

2022



Social- og
Ældreministeriet

Afrapportering af evalueringen af det specialiserede socialområde

Henvendelse om publikationen kan ske til:
Social- og Ældreministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tlf. 33 92 93 00

Omslag: Afrapportering af evalueringen af
det specialiserede socialområde
Tryk: Stibo Complete
Oplag: 25 stk.
Pris:
ISBN: 978-87-7601-416-2

Elektronisk Publikation:
ISBN: 978-87-7601-417-9

Publikationen kan hentes på
Social- og Ældreministeriet hjemmeside:
www.sm.dk

Indledning	7
Opdrag for evalueringen af det specialiserede socialområde (ESS)	
1 Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde	21
2 Projektbeskrivelse spor 1.....	29
3 Projektbeskrivelse spor 2.....	37
Strukturel opbygning af det specialiserede socialområde	
4 Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde	43
5 Finansiering og økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde	61
6 Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen	75
7 Visitation til de specialiserede sociale indsatser	93
8 Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde	111
9 Det specialiserede socialområde i de nordiske lande – komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige	135
10 Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige – en komparativ analyse	297
11 Afrapportering om betalingsforpligtelse og kommunale incitamenter	351
Målgrupper og tilbud på det specialiserede socialområde	
12 Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet	439
13 Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud	507
14 Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde	559
15 Sociale tilbud til målgrupper	603
16 Målgruppekombinationer på specialiserede sociale tilbud	649
17 Notat om afdelinger på det specialiserede socialområde, der henvender sig til mere end 10 målgrupper	679
18 Udviklingen i botilbud og botilbudslignende tilbud	691
19 Notat om analyser af tilbuds billedet tilbage i tid	699
20 Kvalitetsvurderinger af sociale tilbud	707
21 Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner	729
22 Brug af botilbud i andre kommuner	761
23 Kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner – eksempler på praksis og overvejelser	781
24 Visitation til botilbud – eksempler på praksis og overvejelser fra seks kommuner	865
25 Visitation til døgnbehandling for stofmisbrug – eksempler på kommuners praksis	979
26 Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder	1053
27 Variation i uddannelsesniveau blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder	1093
28 Geografisk variation i uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder	1103

- 29 Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper 1113
- 30 Omkostninger til vikarer på døgntilbud og anbringelsessteder 1131

Brugertilfredshed

- 31 Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde – tilfredshed med den socialpædagogiske støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem 1145

Udvikling af model for udarbejdelse af specialebeskrivelser

- 32 Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer (udkast til afprøvning) 1307
- 33 Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme 1333
- 34 Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade .. 1387
- 35 Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med synsnedsættelse 1459
- 36 Vejledning til indplacering af leverandører på området for autisme..... 1525
- 37 Vejledning til indplacering af leverandører på området for erhvervet hjerneskade 1561
- 38 Vejledning til indplacering af leverandører til området for synsnedsættelse 1597
- 39 Evaluering af model for specialisering 1635
- 40 Evaluering af model for specialisering – metodebeskrivelse 1699
- 41 Evaluering af model for specialisering – datarapport 1713
- 42 Model for udarbejdelse af specialebeskrivelser – specialer og specialfunktioner på det specialiserede socialområde..... 1747

Indledning

Denne afrapportering sammenfatter den afdækning af tilbud, målgrupper og den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde, som har været foretaget siden sommeren 2020 samt afprøvningen af en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning.

Afdækningen baserer sig på eksisterende datakilder såvel som en lang række nye analyser og undersøgelser, som er gennemført som led i arbejdet med Evalueringen af det specialiserede socialområde, og som har bidraget med ny viden. Arbejdet peger på, at der – i forhold til de nuværende rammer, strukturer og mekanismer – er forbedringspotentialer samt bredt anerkendte udfordringer og problemstillinger, som det er nødvendigt at adressere med nye initiativer for fremadrettet at sikre sociale tilbud og indsatser på det rette specialiseringsniveau og med den fornødne kvalitet.

Socialområdets forskellige aktører har fulgt arbejdet og er løbende blevet præsenteret for analyser og undersøgelser samt bidraget med input til løsningerne. Aktørerne har desuden peget på en række andre kilder undervejs i arbejdet. Disse kilder er oplistet på side 19.

Afdækningen danner baggrund for regeringens præsentation af løsninger i udspillet *Et liv med ligeværdige muligheder*.

Baggrund

Med aftalen om finansloven for 2020 aftalte regeringen sammen med Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Alternativet at iværksætte en evaluering af det specialiserede socialområde, hvor den nuværende planlægning og organisering af området skulle evalueres med henblik på at styrke indsatsen, den nationale vidensdeling og sikre den mest hensigtsmæssige opgavefordeling mellem kommuner og regioner.

Baggrunden for evalueringen var blandt andet, at bl.a. bruger- og interesseorganisationer på området på baggrund af bl.a. undersøgelserne, der er oplistet på side 19, har vurderet, at der er sket en afspecialisering af socialområdet siden kommunalreformen i 2007, at faglig viden er gået tabt, og at højt specialiserede tilbud er forsvundet. Med kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for området.

Med kommunalreformen blev der iværksat en række initiativer med henblik på at sikre oprettholdelsen af specialiseret viden og tilbud, herunder rammeaftaler mellem kommuner og regioner samt specialrådgivningsfunktionen VISO. Som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen i 2013 blev den nationale koordinationsstruktur (NATKO) oprettet til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Rigsrevisionen har desuden i marts 2022 rettet en kritik af kommunernes forvaltning af handicapområdet og af Social- og Ældreministeriets opfølgning og tilsyn på området. Beretningen dækker perioden fra 2007 til 2022.

Statsrevisorerne konkluderer bl.a., at Social- og Ældreministeriet har ført et utilfredsstillende tilsyn med kommunernes forvaltning af servicelovens bestemmelser på handicapområdet.

Rigsrevisionens kritik omhandler forvaltningen af servicelovens bestemmelser i visitationen, mens evalueringen har fokus på sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, samt visse matrikelløse indsatser og videnscentre.

Boks 1

Kommissorium for evalueringen af det specialiserede socialområde

Rammerne for arbejdet med evalueringen af det specialiserede socialområde er fastlagt i et kommissorium.

Det fremgår af kommissoriet for evalueringen af det specialiserede socialområde, at "Regeringen mener, at der er brug for at styrke det specialiserede socialområde. Retssikkerheden skal højnes, og der skal være de rette specialiserede tilbud, anbringelsessteder og indsatser af høj kvalitet, der svarer til borgernes behov, så udsatte børn, unge og voksne med handicap eller andre særlige behov får de bedste muligheder for at leve et selvstændigt og meningsfyldt liv på egne præmisser. Den ambition forudsætter mere viden på det specialiserede socialområde. I dag ved vi ikke nok om de tilbud, der er på området, om kvaliteten i og effekten af indsatsen, og vi ved ikke, om de dækker behovet."

Af kommissoriet fremgår endvidere, at evalueringen "skal danne grundlag for at nå frem til en national specialeplanlægning. Denne vil være inspireret af sundhedsområdet under hensyntagen til, at socialområdets lovgivningsmæssige og faglige rammer adskiller sig betydeligt fra sundhedsområdet. Det er bl.a. en væsentlig præmis for arbejdet, at socialområdet på nuværende tidspunkt ikke står på samme vidensgrundlag som sundhedsområdet."

Derfor igangsættes evalueringen i tre parallelle spor for trinvist at sikre tilstedeværelsen af de rette tilbud, indsatser og viden på det specialiserede socialområde:

- Afdækning af det specialiserede socialområde
- Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning
- Initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

Afdækning af det specialiserede socialområde (spor 1)

Der er som led i spor 1 siden 2020 gennemført et omfattende analysearbejde samt undersøgelser, der har givet ny viden og et stærkere vidensgrundlag på det specialiserede socialområde, om end analyserne har været begrænset af det mangelfulde datagrundlag på det specialiserede socialområde.

På den baggrund er der udarbejdet fem afdækninger af det specialiserede socialområde inden for fem centrale temaer:

- 1) Overordnet struktur og opgavefordeling

- 2) Finansiering og økonomiske incitamenter
- 3) Eksisterende mekanismer til at sikre specialisering
- 4) Udredning, visitation og opfølgning
- 5) Kvalitet i indsatserne

Temaerne skal ses i lyset af, at de enkeltvis og i kombination udgør nogle af de helt centrale rammer for og elementer i den samlede indsats til borgere på det specialiserede socialområde.

Analyserne har blandt andet givet ny viden om målgrupper, specialiseringsgrader, den geografiske dækning af tilbud, om kommunernes brug af botilbud i andre kommuner og om målgruppekombinationer på sociale tilbud, der kan anvendes i det videre arbejde med udvikling af området.

Udgangspunktet for afdæknings- og analysearbejdet i spor 1 har været ministerier og styrelseres egne analyser, undersøgelser mv., herunder særligt analyser baseret på tilgængelige registerdata. Dertil kommer Ankestyrelsens undersøgelser af udvalgte kommuners praksis og overvejelser, når de hhv. skal visitere en borger til et botilbud, opholdssteder og døgninstitutioner samt til døgnbehandling for stofmisbrug, samt de komparative analyser af det specialiserede socialområdet i Danmark, Norge og Sverige og pilotbrugertilfredsundersøgelsen udarbejdet af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Af tabel 1 fremgår udvalgte analyser mv., der er udarbejdet som led i arbejdet med Evalueringen af det specialiserede socialområde, og som er samlet i denne afrapportering. Derudover har Indenrigs- og Boligministeriet i juni 2021 offentliggjort 'Afrapportering om betalingsforpligtelse og kommunale incitamenter'.

Tabel 1**Udvalgte analyser mv. som led i arbejdet med Evalueringen af det specialiserede socialområde**

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområde er der gennemført et omfattende analysearbejde, herunder en kortlægning af tilbuds billedet på området. Analyserne er blandt andet offentliggjort som en del

af Social- og Ældreministeriets løbende analyseserie Velfærdspolitisk Analyse. Nogle af de centrale analyser og undersøgelser omfatter:

- Velfærdspolitisk Analyse om "Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Størelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Målgruppekombinationer på sociale tilbud".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Kvalitetsvurderinger af sociale tilbud".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Brug af botilbud i andre kommuner".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner".
- Velfærdspolitisk Analyse om "Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder".
- VIVE har for Social- og Ældreministeriet gennemført en komparativ undersøgelse af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige med det formål at afdække og sammenligne den strukturelle opbygning og organisering af området.
- VIVE har for Social- og Ældreministeriet gennemført en brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde, hvor de ser på borgernes tilfredshed med en række specifikke ydelser og visitationsprocessen.
- Ankestyrelsen har undersøgt udvalgte kommuners praksis og overvejelser, når de hhv. skal visitere en borger til et botilbud, opholdssteder og døgninstitutioner samt til døgnbehandling for stofmisbrug.

Kilde: Social- og Ældreministeriet.

Overordnet struktur og opgavefordeling

Som det fremgår af kommissoriet og tabellen ovenfor, er der gennemført en række analyser, der kortlægger tilbud, målgrupper og den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde siden kommunalreformen i 2007. Herunder bl.a. kommunernes visitation og valg af tilbud, finansiering af tilbud, opgavefordeling mellem kommuner og regioner og nuværende mekanismer for sikring af specialisering.

Hovedkonklusioner:

- Arbejdet har peget på indsatsområder, hvor det kan være nødvendigt med nye initiativer for fx i højere grad at sikre specialisering på området, herunder i form af specialeplanlægning, som det var formålet at nå frem til, jf. kommissoriet.
- Grundet manglende historiske data har det ikke været muligt at belyse spørgsmålet om, hvorvidt der er sket en afspecialisering, ligesom der ikke er data til at belyse, hvorvidt opgavefordelingen mellem kommuner og regioner i sig selv udgør en udfordring.
- Antallet af pladser godkendt til botilbud og botilbudslignende tilbud er steget i perioden 2015 til 2020. Det omfatter både pladser på kommunale, regionale, private tilbud og tilbud, som er ejet af fonde, er selvejende mv. Grundet manglende data har det ikke været muligt at se på efterspørgslen af pladser på de forskellige typer af tilbud.

- Da der ikke findes data for tilbuddenes specialiseringsgrad i 2007 eller senere, er det ikke muligt at konkludere, om udviklingen er udtryk for hverken stigende eller faldende grad af specialisering, og der kan ikke peges entydigt på, hvad der har drevet denne udvikling.
- Den manglende viden og data skal ses i lyset af, at der ikke er og aldrig har været centralt fastsatte og præcise kriterier for, hvornår tilbud og indsatser på socialområdet er højt specialiseret. Hvis udviklingen på området skal følges fremadrettet, vil det kræve en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer, der kan danne faglig ramme og grundlag for at monitorere udviklingen.

Finansiering og økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde

Der er foretaget en afdækning af finansieringsstrukturen både før og efter kommunalreformen. Den gældende finansiering af kommunernes udgifter består bl.a. af generel finansiering gennem skatteindtægter og tilskuds- og udligningssystemet samt direkte finansiering vedr. dyre enkeltsager gennem den centrale refusionsordning. Desuden beskrives oprettelse og drift af specialiserede tilbud samt takststrukturer og finansiering af tilbud. Med afsæt i beskrivelsen af den nuværende finansieringsstruktur afdækkes ligeledes de incitamentsstrukturer og hensyn, der er indeholdt heri. Slutteligt beskrives ændringen af handlekommunereglene i 2010.

Boks 2

Med henblik på at understøtte, at økonomiske hensyn ikke tilsidesætter faglige hensyn, fremsatte regeringen i 2020 et lovforslag om tilpasning af den centrale refusionsordning. Forslaget mødte bred opbakning, og med virkning fra den 1. januar 2021 er statsrefusionen på kommunernes udgifter til de dyreste indsatser øget markant. Der er således allerede besluttet væsentlige tiltag med henblik på at mindske betydningen af økonomi i visitationen.

Hovedkonklusioner

- De økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde kan ikke anskues isoleret, men skal ses i sammenhæng med de øvrige rammer, der gælder for området, herunder ansvarsfordelingen og faglige tiltag, fx refusionsordningen, de sociale rammeaftaler, samt NATKOs muligheder for pålæg ved mangel på specialiserede tilbud, blandt andet med henblik på fælleskommunale løsninger – et redskab der dog hidtil ikke er blevet benyttet.
- Der har som led i afdækningen også været set på, om kommunerne i dag tager usaglige økonomiske hensyn ved visitationen af borgerne til forskellige indsatser og tilbud. Ankestyrelsen har således gennemført en række kvalitative undersøgelser i udvalgte kommuner om visitation til botilbud og døgnbehandling samt kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner. Det er med undersøgelserne ikke identificeret, at kommunerne lægger deres primære vægt på økonomiske hensyn.

Eksisterende mekanismer til sikring af specialisering

I forbindelse med og efter kommunalreformen i 2007 blev der indført en række mekanismer, som skulle sikre de rette specialiserede sociale indsatser.

Der er foretaget en afdækning af de centrale mekanismer, der blev indført i forbindelse med og efter kommunalreformen i 2007 for at sikre specialisering i sociale indsatser. Her tænkes på rammeaftalerne mellem kommuner og regioner, den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) og den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Andre eksisterende mekanismer, der kan siges at bidrage til at sikre den rette specialisering på socialområdet, er blandt andet Socialtilsynet og Tilbudsportalen.

Hovedkonklusioner

- Som det fremgår ovenfor, har det grundet manglende historisk data for de sociale tilbuds specialiseringsgrad ikke været muligt at svare på, om der er sket en afspecialisering.
- Afdækningsarbejdet har således ikke givet grundlag for at drage meget håndfaste og entydige konklusioner om, hvorvidt de eksisterende mekanismer har været i stand til at fastholde og sikre det rette udbud af højt specialiserede indsatser.
- Afdækningsarbejdet peger på flere forskellige indsatsområder, hvor det kan være behov for nye initiativer, eksempelvis styrkelse af rammeaftalesystemet og den nationale kapacitetsstyring for at sikre en større grad af styring med kapaciteten af højt specialiserede indsatser – og derigennem højt specialiseret viden og kompetencer på det specialiserede socialområde.

Udredning, visitation og opfølgning

Et væsentligt element i den samlede strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde er rammerne for, hvordan børn, unge og voksne udredes og visiteres, herunder revideres, til specialiserede sociale tilbud, samt hvordan der følges op på indsatsen for at sikre, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Rammerne for handleplaner, som kommunerne skal udarbejde for bestemte målgrupper, er i denne sammenhæng et vigtigt redskab, fordi de netop blandt andet skal beskrive indsats og formål hermed.

Der er foretaget en afdækning, der beskriver de overordnede rammer for udredning, visitation og opfølgning samt handleplaner efter serviceloven. Der har endvidere været set på, om kommunerne i dag tager usaglige økonomiske hensyn, jf. ovenfor.

Hovedkonklusioner

- Den nuværende lovramme fastslår, at borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandling af egen sag, og at kommunerne skal tilrettelægge behandlingen på en måde, der gør det muligt for borgeren at blive inddraget i sagens behandling. Derimod kan der være behov for at styrke implementeringen af de gældende regler om borgerinddragelse i kommunerne.

- En videreudvikling og implementering af Voksenudredningsmetoden (VUM) og KL's udviklingsprojekt om Fælles Faglige Begreber (FFB) kan på sigt danne grundlag for nye og mere dynamiske måder at synliggøre og løbende opdatere mål for og indhold af indsatsen for borgeren og i samarbejde med borgeren.

Derudover peger Ankestyrelsens årlige opgørelse af omgørelsesprocenten af klagesager, børnesagsbarometeret Ankestyrelsens undersøgelser på, at der sker fejl i den kommunale sagsbehandling. Det kan overvejes, om en videreudvikling af udredningsværktøjerne vil kunne bidrage til at mindske omfanget af fejl i sagsbehandlingen.

Det er også en kritik, som Rigsrevisionen påpeger i deres kritik af kommunernes forvaltning af handicapområdet og af Social- og Ældreministeriets opfølgning og tilsyn på området.

Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Der er foretaget en afdækning af de overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser. Således beskrives de lovgivningsmæssige rammer for kvalitet, kvalitetsbegrebet i socialtilsynets kvalitetsmodel, perspektiver på kvalitet fra den socialfaglige forskning og kvalitet i et borgerperspektiv. Afdækningen af rammerne danner grundlag for en afgrænsning af kvalitetsforståelsen på socialområdet.

Med afsæt i de overordnede rammer og afgrænsningen af kvalitetsbegrebet følger en afdækning af de centrale elementer og mekanismer til sikring og udvikling af kvalitet. Disse elementer og mekanismer omfatter Socialtilsynet, udvikling og udbredelse af socialfaglige redskaber og indsatser, sikring af bedre datagrundlag samt de overordnede rammer for kompetenceniiveauet blandt medarbejdere på sociale tilbud og i kommunernes sagsbehandling.

Hovedkonklusioner:

- Der kan ikke gives en entydig definition af, hvad der er kvalitet, når det gælder tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. I arbejdet med evalueringen er der ikke lavet en nærmere afdækning af forskellige kvalitetsdimensioner. Socialtilsynets kvalitetsmodel er imidlertid med til at sætte rammerne for en fælles forståelse af, hvad kvalitet i de sociale tilbud er. Samlet set tegner socialtilsynets kvalitetsvurderinger et billede af en generel høj kvalitet i de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, målt på kriterierne i kvalitetsmodellen. Socialtilsynene fører bl.a. et driftsorienteret tilsyn og er således ikke rettet mod den kommunale sagsbehandling.
- Socialtilsynets kvalitetsvurderinger kan dog ikke indfange den fulde kompleksitet af kvalitetsspørgsmålet, herunder heller ikke den fulde borgeroplevede kvalitet. I den sammenhæng findes der flere undersøgelser, der ser på borgerperspektivet, jf. bilag 1. Undersøgelserne dækker ikke det samlede specialiserede socialområde, men bidrager til et mere nuanceret billede af kvaliteten på de sociale tilbud.
- VIVEs brugertilfredshedsundersøgelse blandt borgere i botilbud og borgere, der modtager § 85 støtte i botilbudslignende tilbud eller i eget hjem, viser blandt andet,

at 77 pct. af respondenterne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 86 pct. af respondenterne i eget hjem er tilfredse eller meget tilfredse med den støtte, de får. Der er dog lavere tilfredshed med støttens omfang, hvor henholdsvis 39 pct. af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 pct. af borgerne i eget hjem oplever, at de mangler støtte til hverdagslige gøremål. De aktiviteter, som flest respondenter – både i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem – angiver at mangle støtte til, er henholdsvis støtte til at deltage i fritidsaktiviteter og have nogen at tale med om, hvordan de har det.

- Af samme undersøgelse fremgår det også, at i jo højere grad, man som borger oplever at have vanskeligheder, (og jo flere vanskeligheder man oplever at have) jo større er sandsynligheden for, at man oplever, at støtten ikke er dækkende, samt at de fagprofessionelle ikke har tid nok. Undersøgelsen indikerer således, at det især er borgere med komplekse vanskeligheder, som oplever at mangle støtte.
- Personalet spiller den helt afgørende rolle for kvaliteten i de sociale tilbud, og derfor har deres uddannelsesbaggrund og kompetencer generelt også afgørende betydning for kvaliteten af den indsats, borgerne modtager. Her viser analyserne i regi af evalueringer, at 23 pct. af medarbejderne på døgntilbud til voksne og døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder til børn og unge har grundskole eller gymnasiale uddannelse med videre som højest fuldførte uddannelse. Disse medarbejdere kan have lang praksiserfaring, men har ikke nødvendigvis den grundlæggende faglige ballast, som en relevant uddannelse giver.

Model for specialeplanlægning (spor 2)

I spor 2 har Socialstyrelsen i 2020-2021 udviklet en model for udarbejdelse af specialebeskrivelser på det specialiserede socialområde. Modellen er revideret på baggrund af erfaringer fra en afprøvning på tre pilotområder – autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse.

Formålet med modellen er at etablere en central definition og forståelse af, hvad der på tværs af det specialiserede socialområde karakteriserer højt specialiserede behov og indsatser, samt at synliggøre, hvilke specialfunktioner der er behov for inden for hvert fagligt speciale, og hvilke leverandører der kan varetage dem.

Modellen er nærmere beskrevet i bilag 42 nedenfor, og heraf fremgår bl.a.:

”Socialstyrelsens specialiseringsmodel bidrager til at synliggøre, hvilke komplekse eller sjældent forekommende behov hos børn, unge og voksne, der kalder på en højt specialiseret indsats, samt hvilke faglige krav der kan stilles til leverandører af de højt specialiserede indsatser for at kunne skabe trivsel og progression hos modtagerne af dem.

Modellen er et generisk koncept for udarbejdelse af specialebeskrivelser, som består af tre dele. For det første udarbejdes en overordnet faglig beskrivelse af specialet. For det andet fastsættes specialfunktioner, og for det tredje opstilles kriterier for varetagelsen af de fastsatte specialfunktioner. Målet med modellen er at etablere en central definition og forståelse af, hvad der på tværs af det specialiserede socialområde karakteriserer højt specialiserede

behov og indsatser, samt at understøtte konkretiseringen heraf inden for hvert speciale i en faglig proces med inddragelse af relevante fagspecialister.

Modellen er udarbejdet med inspiration fra sundhedsområdet under hensyntagen til socialområdets både lovgivningsmæssige og faglige karakteristika. Modellen trækker på den forståelse af specialisering, der aktuelt anvendes i den nationale koordinationsstruktur, og på systematikken i den kvalitetsmodel, som socialtilsynene anvender til at vurdere kvaliteten i de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynsloven.”

I vejledningen for hvert af de tre pilotområder indgår en graduering af otte parametre for specialisering hos en leverandør på området:

1. Aktiv praksis
2. Praksiserfaring
3. Uddannelsesmæssige kompetencer.
4. Fagmiljø
5. Samarbejdsformer
6. Vidensudvikling
7. Metoder og faglige tilgange
8. Hjælpemidler og teknologi

Modellen er udviklet, afprøvet og efterfølgende revideret i en løbende og tæt dialog med interessenterne på socialområdet såvel som følgegruppen. Inddragelsen har således involveret knapt 100 repræsentanter fra de centrale aktører på området, som har været organiseret i to gennemgående udvalg og tre arbejdsgrupper. Det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget har gennem en møderække fra september 2020 til august 2021 rådgivet Socialstyrelsen i tværgående faglige spørgsmål. Tre faglige specialistgrupper bestående af relevante fagpersoner og brugerorganisationer har gennem deltagelse i møder og via skriftlige input bidraget med viden om de tre pilotmålgrupper.

Centrale indsatsområder

På baggrund af ovenstående arbejde peger Social- og Ældreministeriet på en række nye initiativer, der fremadrettet kan understøtte, at borgeren fra start får tilbudt den hjælp, de har brug for.

- Der findes i dag ikke en fælles definition af eller standard for, hvilke typer af problemstillinger der kalder på en højt specialiseret indsats, eller hvilke krav der kan stilles til de leverandører, der skal levere den. Der er behov for at sikre en organisering, som kan imødekomme dette.
- Der er behov for at sikre et bedre overblik over tilbuddenes kompetencer og målgruppernes behov, ligesom der er behov for at understøtte de mekanismer, som skal sikre det rette antal og de rette typer af tilbud til børn, unge og voksne med højt specialiserede behov,
- Der er behov for i højere grad at sikre, at højt specialiserede tilbud og viden ikke går tabt med henblik på at forhindre afspecialisering på socialområdet. Et øget vidensniveau vil gavne hele det specialiserede socialområde.

- Der er behov for at understøtte, at børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer oplever en fagligt funderet og inddragende udredning og visitation.
- Ligesom der er behov for at uddanne flere medarbejdere på de forskellige sociale tilbud, bl.a. på det socialpædagogiske og social- og sundhedsfaglige område.
- Endeligt er det nødvendigt, at datagrundlaget udvikles og forbedres, så vi får en fælles viden om bl.a. borgernes oplevelse af hjælpen og deres udvikling, så vi kan se, hvor vi lykkes med indsatsen, og hvor der er behov for et politisk fokus.

Regeringens konkrete løsningsforslag præsenteres i udspillet *Et liv med ligeværdige muligheder*.

Samlet vidensgrundlag og videnshuller

Afdæknings- og analysearbejdet i spor 1 og afprøvningen og en revideret model for specialeplanlægning i spor 2 har bidraget med ny viden, men udgør ikke et komplet vidensgrundlag på socialområdet.

Der findes i dag ikke en fælles definition af eller standard for, hvilke typer af problemstillinger der kalder på en højt specialiseret indsats, eller hvilke krav der kan stilles til de leverandører, der skal levere den. Derfor er det ikke muligt at drage håndfaste konklusioner om, hvorvidt der siden 2007 er sket en afspecialisering eller ej, da vi ikke kan sige, hvor mange højt specialiserede tilbud der fandtes eller findes nu. Der har således ikke tidligere systematisk været indsamlet viden om målgrupper og målgruppekombinationer på sociale tilbud.

Arbejdet med evalueringen tegner således et klart billede af, at der stadig er betydelige videnshuller på socialområdet og dermed et fortsat behov for at styrke det nuværende vidensgrundlag om borgernes behov og tilbudslandskabet via ny og bedre data, herunder i takt med at der etableres nye statistikker og tilvejebringes nye data de kommende år.

Interessentinddragelse

Til at følge arbejdet med de tre spor blev der nedsat en følgegruppe bestående af en bred kreds af aktører og interessenter på området.

Boks 3

Organisationer og foreninger repræsenteret i følgegruppen

2 repræsentanter for de sociale tilsyn (udpeget af de 5 socialtilsyn)

Børne- og Kulturchefforeningen

Børnerådet

Børns Vilkår

CP Danmark – Landsforeningen for cerebral parese (Repræsentant udpeget af DH)

Dansk Erhverv (DE)

Dansk Handicap Forbund (Repræsentant udpeget af DH)

Dansk Socialrådgiverforening

Danske Handicaporganisationer (DH)
 Danske Regioner
 De Anbragtes Vilkår
 Det Centrale Handicapråd (DCH)
 Fag og Arbejde (FOA)
 Foreningen af Danske Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer (FSD)
 Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD)
 Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling
 Forældrelandsforeningen FBU (forældre til anbragte børn)
 Institut for Menneskerettigheder (IMR)
 KL
 Landsforeningen af Kvindekrisecentre (LOKK)
 Landsorganisationen for Sociale Tilbud (LOS)
 Landssamrådet af PPR-chefer (Deltog frem til marts 2021)
 LEV (Repræsentant udpeget af DH)
 Repræsentant for kommunerne (udpeget af KL)
 Rådet for Socialt Udsatte (RFSU)
 Sammenslutningen af Boforner for Hjemløse (SBH)
 Selveje Danmark
 SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed (Repræsentant udpeget af DH)
 Socialpædagogernes Landsforbund (SL)
 Socialt Lederforum

Følgegruppen har været inddraget i arbejdet, og der har i perioden fra august 2020 – marts 2022 været afholdt 11 følgegruppemøder. Følgegruppen er blevet præsenteret for og har drøftet de undersøgelser og analyser, som er udarbejdet som led i evalueringen. Følgegruppen har bidraget med kommentarer, input og konkrete ændringsforslag hertil samt til arbejdet med udvikling af en model for specialisering i evalueringens spor 2 sammen, jf. ovenfor. Det har ikke været muligt at i mødekomme alle forslag fra følgegruppen.

Følgegruppen har i det indledende arbejde også bidraget med forslag til analysetemaer og konkrete analyser, ligesom de har bidraget med kommentarer og input til indholdet af de projektbeskrivelser, som har dannet rammen for arbejdet. Der har på flere følgegruppemøder været afholdt temadrøftelser om centrale emner såsom visitation og brugerinddragelse. Følgegruppens samlede input samt deres bidrag fra temadrøftelserne har indgået i regeringens arbejde med spor 3. Flere af følgegruppens medlemmer har desuden bidraget med skriftlige input til evalueringsarbejdet og med forslag til løsninger.

Andre analyser og undersøgelser m.v.

Følgegruppen har peget på eksisterende undersøgelser mv., herunder medlemsundersøgelser. Undersøgelserne har ikke været drøftet på følgegruppemøderne. De eksisterende undersøgelser m.v., som følgegruppen har ønsket at fremhæve, fremgår nedenfor.

Rapporter, notater, medlemsundersøgelser:

- Det specialiserede socialområde (medlemsundersøgelse, FOA, 2021)

- Ny analyse: Mere end hver fjerde socialrådgiver på handicapområdet kommer ofte så meget bagud, at det går ud over borgerne (analysenotat, Dansk Socialrådgiverforening, 2021)
- Notat om rundspørge blandt sagsbehandlere på børnehandicap (notat, Dansk Socialrådgiverforening, 2021)
- Evaluering af ICS – Integrated Children's System (rapport, Deloitte for Socialstyrelsen, 2014)
- Tættere på Familien i Aarhus Kommune Fra familiernes perspektiv (rapport, Metodecentret, 2021)
- Tættere på Familien i Aarhus Kommune Fra rådgivernes perspektiv (rapport, Metodecentret, 2021)
- Bedre koordination i indsatserne til børn og unge med handicap og deres familier (rapport, Rambøll, 2021)
- Betydning af uddannede socialpædagoger på socialområdet (rapport, Rambøll, 2021)
- Betydning af uddannede socialpædagoger på socialområdet (baggrundsnotat, Rambøll, 2021)
- Uddannelse af socialpædagoger giver dynamiske effekter (analyse, AE for Socialpædagogerne, 2021)
- Flere og flere er socialt udsatte, men udgifterne halter efter (analyse, AE for Socialpædagogerne, 2020)
- Retssikkerhed for udsatte borgere (rapport, Embedsværket, 2020)
- Analyse af takstudviklingen og incitamentsstrukturer på det specialiserede socialområde (rapport, Finansministeriet, 2010)
- Kommunernes behandling af sager efter beskæftigelses- og sociallovgivningen (tilsynsudtalelse, Statsforvaltningen Midtjylland, 2012)
- Viden, der gør forskel Erfaringsdannelse fra forsøg med videnscentre på handicapområdet (ph.d.-afhandling af Leif Olsen, 1998)
- Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet (rapport, VIVE)
- Kvalitativ analyse af kommunernes rolle som købere af botilbudspladser til voksne (rapport, Deloitte, 2020)
- Undersøgelse af støtte til mennesker med handicap (rapport, DH, 2020)
- Mennesker med handicap - Hverdagsliv og levevilkår 2020 (rapport, VIVE)
- Inddragelse og tillid i mødet mellem kommunerne og borgere med handicap: En gap-analyse for Det Centrale Handicapråd (rapport, VIVE, 2020)
- Guldindikatorerne - Måling af udviklingen for implementeringen af handicapkonventionen i Danmark (rapport, IMR, 2015)
- Boligvalg og retten til et selvstændigt liv for mennesker med handicap (rapport, IMR, 2021)
- Civilsamfundets bidrag til FN's Handicapkomité's emneliste for Kongeriget Danmark (papir, DH, 2019)
- Kvalitet i indsatsen for voksne med udviklingshandicap i botilbud (analysenotat, LEV, 2022)
- Uddannet personale på det sociale område (notat, Socialpædagogerne, 2021)
- Vidnesbyrd (rapport, #enmillionstemmer, 2020)
- Vidnesbyrd II (rapport, #enmillionstemmer, 2021)
- Børnesagsbarometeret 2021 (rapport, Ankestyrelsen, 2021)
- Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien (rapport, VIVE, 2021)
- Kommunernes køb og salg af botilbud på voksenområdet 2011-2020 (VIVE 2022)
- Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet (VIVE 2021)

- Rapport fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe om den fremtidige organisation og varetagelse af den amtskommunale specialrådgivning på handicapområdet (rapport, Amtsrådsforeningen, 1997)

Andet (bøger, artikler, hjemmesider etc):

- Hvordan skulle vi klare os uden? - mennesker fortæller om deres brug af amtslig rådgivning på handicapområdet (bog, Leif Olsen, Olaf Rieper, Christine Lindrum Iversen, 2001)
- Faglighed overskygger alt (artikel, Socialpædagogerne)
- 7 ud af 10 lokalpolitikere: I min kommune trumfer økonomi jævnligt hensynet til borgeres behov (artikel, Altinget)
- <https://handicapbarometer.dk/>

**1.
Kommissorium for en evaluering af det specialiserede
socialområde**

Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde

Formål

Vi skal være sikre på, at mennesker i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap får den hjælp, de har behov for. Alt for mange børn, unge og voksne med specialiserede behov oplever, at de ikke får den rette hjælp. Det skal vi have rettet op på. Børn, unge og voksne med et behov for særlig støtte skal føle sig trygge ved, at fællesskabet træder til med den nødvendige hjælp, når der er behov for det.

Regeringen mener, at der er brug for at styrke det specialiserede socialområde. Retssikkerheden skal højnes, og der skal være de rette specialiserede tilbud, anbringelsessteder og indsatser af høj kvalitet, der svarer til borgernes behov, så udsatte børn, unge og voksne med handicap eller andre særlige behov får de bedste muligheder for at leve et selvstændigt og meningsfyldt liv på egne præmisser.

Den ambition forudsætter mere viden på det specialiserede socialområde. I dag ved vi ikke nok om de tilbud, der er på området, om kvaliteten i og effekten af indsatsen, og vi ved ikke, om de dækker behovet.

Regeringen vil derfor som et vigtigt første skridt udarbejde en evaluering af det specialiserede socialområde og skabe et nationalt overblik over målgrupper og tilbud på området. Med det overblik i hånden skal vi indrette området sådan, at vi er sikre på, at alle får den bedst mulige støtte til at leve et godt liv.

Evalueringen skal ses i tæt sammenhæng med regeringens kommende udspil *"Børnene Først"*, der ligeledes har fokus på kvalitet på området generelt og dermed også de steder, hvor udsatte børn og unge anbringes.

Baggrund

Regeringen har i Aftale om Finansloven for 2020 med Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Alternativet aftalt at iværksætte *en evaluering af den nuværende planlægning og organisering af handicapområdet med henblik på at styrke indsatsen, den nationale vidensdeling og sikre den mest hensigtsmæssige opgavefordeling mellem kommuner og regioner.*

Baggrunden for ovenstående er bl.a., at bruger- og interesseorganisationer siden kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne overtog det samlede ansvar for tilbud på det specialiserede socialområde, har udtrykt bekymring for, at der er sket en afspecialisering af socialområdet, at vigtig viden er gået tabt, og at højt specialiserede tilbud er forsvundet.

Med kommunalreformen blev der iværksat en række initiativer med henblik på at sikre opretholdelsen af specialiseret viden og tilbud, herunder rammeaftaler og specialrådgivningsfunktionen VISO. Som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen i 2013 blev den nationale koordinationsstruktur (NATKO) oprettet til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

De iværksatte initiativer har imidlertid ikke været tilstrækkelige til at dæmpe bekymringen for afspecialisering, ligesom det ikke er muligt at be- eller afkræfte, om der er sket en afspecialisering.

Løsning

Regeringen finder, at der er behov for en grundig evaluering af det specialiserede socialområde. Evalueringen skal danne grundlag for at nå frem til en national specialeplanlægning. Denne vil være inspireret af sundhedsområdet under hensyntagen til, at socialområdets lovgivningsmæssige og faglige rammer adskiller sig betydeligt fra sundhedsområdet. Det er bl.a. en væsentlig præmis for arbejdet, at socialområdet på nuværende tidspunkt ikke står på samme vidensgrundlag som sundhedsområdet.

Derfor igangsættes evalueringen i tre parallelle spor for trinvist at sikre tilstedeværelsen af de rette tilbud, indsatser og viden på det specialiserede socialområde:

1. Afdækning af det specialiserede socialområde
2. Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning
3. Initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

Spor 1. Afdækning af det specialiserede socialområde

Der gennemføres en national afdækning af det specialiserede socialområde, som på baggrund af eksisterende data kortlægger:

- *Tilbuddene på det specialiserede socialområde*, herunder bl.a. tilbud pr. region/kommune og til de konkrete målgrupper samt tilbuddenes størrelse, normering, medarbejderkompetencer, ejer- og driftsforhold.
- *Målgrupperne i tilbud på det specialiserede socialområde*, herunder udviklingen i antallet af mennesker i sociale tilbud de senere år.
- *Den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde*, herunder bl.a. kommunernes visitation og valg af tilbud, finansiering af tilbud, opgavefordeling mellem kommuner og regioner og nuværende mekanismer for sikring af specialisering (NATKO, VISO, rammeaftaler).

Afdækningen afgrænses til hovedsageligt at beskæftige sig med sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, herunder botilbud til personer med handicap og udsatte voksne, anbringelsessteder for børn og unge samt kvindekrisecentre og forsorgshjem. Plejefamilieområdet er ikke omfattet af afdækningen. Endvidere er der behov for at belyse visse såkaldte matrikelløse indsatser (specialiserede indsatser, der ikke er tilknyttet botilbud eller lignende) og videnscentre.

Afdækningen skal ses i tæt sammenhæng med *nyt og fælles samarbejde*, der gennemføres som opfølgning på kommuneøkonomiaftalen for 2020 mellem KL og regeringen, og som fortsættes med kommuneøkonomiaftalen for 2021. I regi af dette arbejde undersøges baggrunden for aktivitetsudviklingen på socialområdet, som udfordrer kommunerne, herunder sammenhængen mellem udgifter og sammensætningen af borgere og indsatser på kommunalt niveau for at belyse, hvad der driver kommunernes udgifter på det specialiserede voksenområde.

Som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde undersøges betydningen af de samlede økonomiske incitamenter for kommunernes prioriteringer, herunder betydningen af udligning. Dette har blandt andet sammenhæng til den ændring, der foretages med udligningsreformen, hvor anvendelsen af det såkaldte betalingskommunefolketal udfases helt. Anvendelsen af bopælskommunefolketal generelt i udligningssystemet har både før og efter reformen kunnet påvirke en kommunes omkostninger ved valg af tilbud i en anden kommune og de samlede økonomiske incitamenter skal derfor belyses.

Afdækningen gennemføres i 2020.

Spør 2 Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning

I dag findes der ikke en fyldestgørende definition eller metode til udpegning af specialiserede eller højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet og dermed heller ikke et afsæt for at indføre specialeplanlægning.

Der skal derfor i tillæg til afdækningen i spor 1 tilvejebringes en model for, hvordan vurderingen af en indsats' eller et tilbuds specialisering kan operationaliseres og omsættes til en konkret specialeplanlægning. Modellen skal med inspiration fra definitionen af specialiseringsniveauerne i NATKO bl.a. kunne:

- Definere specialiseringsniveauerne i indsatserne til den enkelte målgruppe, herunder også hvorvidt der reelt er behov for en højt specialiseret indsats
- Fastlægge kravene til tilbud på et bestemt specialiseringsniveau
- Identificere de tilbud, som kan levere den relevante indsats i dag
- Fremadrettet anvendes i en løbende monitorering af udviklingen i tilbud og specialiseringsniveau

Modellen skal udgøre en sammenlignelig metode og tilgang på tværs af målgrupper, men samtidig tage hensyn til, at målgruppernes behov kan være meget forskellige, og at kravene til specialiseringsniveauerne i praksis derfor kan variere væsentligt på tværs af målgrupper. Modellen skal samtidig tage højde for den løbende faglige udvikling på socialområdet, der kan pege på nye og relevante tilbud, indsatser og metoder.

Endvidere vurderes det at kræve en bred inddragelse af interessenter, eksperter, myndigheder mv. med henblik på at konkretisere, hvad der skal til for at levere en specialiseret indsats for en bestemt målgruppe.

For at sikre, at modellen er effektiv og anvendelig, udvikles den med afsæt i et pilotprojekt for to konkrete målgrupper. Pilotprojektet gennemføres i 2020-2021. På den baggrund skal der efterfølgende ske en udbredelse af modellen med henblik på indførelse af specialeplanlægning i relevant omfang.

Spor 3. Fremadrettede initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

For at sikre anvendelighed af den genererede viden gennem arbejdet med afdækningen (spor 1) og udarbejdelse af modellen (spor 2) udarbejdes løbende konkrete løsningsforslag til sikring af specialisering og kvalitet på det specialiserede socialområde.

I det omfang initiativerne medfører merudgifter skal disse i størst muligt omfang søges finansieret gennem modgående forslag inden for området. Inspiration hertil kan blandt andet hentes fra resultaterne af *Nyt og fælles samarbejde*, jf. ovenfor, som løber i 2020 og 2021.

Udover ydelser til målgruppen efter serviceloven medtænkes ydelser efter anden lovgivning i relevant omfang.

Børne- og Undervisningsministeriet gennemfører parallelt en evaluering af inkluderende læringsmiljøer og specialpædagogisk bistand, der omfatter både almen- og specialundervisningsområdet i folkeskolen som aftalt i ØA20. Der vil i samarbejde med Børne- og Undervisningsministeriet sikres sammenhæng og synergi mellem de to evalueringer.

Arbejdet skal desuden ses i sammenhæng med regeringens øvrige initiativer, der har en naturlig snitflade til det specialiserede socialområde.

Organisering

Der nedsættes en tværministeriel styregruppe og herunder en arbejdsgruppe bestående af Social- og Indenrigsministeriet (formand), Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Undervisningsministeriet.

En række aktører på socialområdet har en afdækning af det specialiserede socialområde øverst på dagsordenen, og det er helt afgørende, at organisationer og interessenter involveres tæt i processen for at kunne tilvejebringe den nødvendige indsigt og viden.

Social- og indenrigsministeren nedsætter derfor en følgegruppe bestående af brugerorganisationer, faglige organisationer, Danske Regioner, KL m.fl., der i hele processen inddrages tæt ved løbende møder, høringer mv. Følgegruppen vil bl.a. blive inddraget i forbindelse med tilrettelæggelse af evalueringen og løbende drøftelse af konkrete resultater fra evalueringen (såvel spor 1 som spor 2) samt i forbindelse med udarbejdelse af løsningsforslag (spor 3).

Social- og indenrigsministeren vil ligeledes løbende drøfte afdækningens fremdrift mv. med Folketingets socialordførere. Hvor der er snitflader til undervisningsområdet, herunder evalueringen af inkluderende læringsmiljøer og specialpædagogisk bistand, vil Folketingets social- og undervisningsordførere blive orienteret om sammenhængen mellem arbejdet på de to områder af social- og indenrigsministeren og børne- og undervisningsministeren.

Proces

Afdækningen (spor 1) og pilotprojektet (spor 2) igangsættes i 1. halvår 2020 og forventes afsluttet i henholdsvis 2020 og 2021. Parallelt hermed udarbejdes øvrige løsningsforslag (spor 3) med henblik på drøftelse med de politiske partier i 2021.

2.
Projektbeskrivelse spor 1

Enhed
Handicap

Dato
19-06-2020

Projektbeskrivelse for spor 1 i evalueringen af det specialiserede socialområde: Afdækning af det specialiserede socialområde

Indledning

Regeringen har iværksat en evaluering af det specialiserede socialområde.

Evalueringen gennemføres i tre spor. I denne projektbeskrivelse gennemgås evalueringens spor 1, der er en afdækning af det specialiserede socialområde. Formålet er at skabe et overblik over området.

Afdækningen i evalueringens spor 1 gennemføres i 2020.

Leverancer

Evalueringens spor 1 har tre delleverancer:

1. Afdækning af tilbud
2. Afdækning af målgrupper
3. Afdækning af områdets strukturelle opbygning

De tre leverancer gennemgås nedenfor:

Ad 1. Afdækning af tilbud

I afdækningens del 1 udarbejdes der en deskriptiv analyse af tilbud på det specialiserede socialområde. Denne del af afdækningen gennemføres gennem en analyse af tilbud, der hovedsageligt er omfattet af socialtilsynet (1.1). Supplerende hertil udarbejdes en oversigt over matrikelløse indsatser, videnscentre mv. på det specialiserede socialområde (1.2).

1.1. Deskriptiv analyse af tilbud til børn, unge og voksne

I afdækningens del 1.1 udarbejdes der en deskriptiv analyse hovedsageligt af tilbud til børn, unge og voksne, der er omfattet af socialtilsynet. Der er tale om tilbud til børn, unge og voksne med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske lidelser og/eller sociale problemer. Analysen skal tilvejebringe generel viden om de specialiserede sociale tilbud. Plejefamilieområdet er ikke omfattet. Afdækningens del 1.1 udarbejdes på baggrund af data fra Tilbudsportalen, der således sætter rammen for analyserne i denne del af afdækningen.

På Tilbudsportalen findes informationer om, hvilke målgrupper tilbuddene er godkendt til. Det drejer sig om i alt 46 målgrupper. Derudover findes bl.a. information om, hvilken lovhjemmel det enkelte tilbud er oprettet efter, tilbuddenes geografiske

placering og ejer- og driftsforhold.

På den baggrund belyses i denne del af afdækningen de forskellige tilbudstyper, herunder fx bo- og døgntilbud og botilbudslignende tilbud til voksne efter almenboligloven. Det belyses, hvilke målgrupper tilbuddene er godkendt til, og der ses på tilbuddenes geografiske placering og virksomhedsform, herunder kommunale, regionale og private tilbud. I den forbindelse vil eventuelle mønstre på tværs af disse parametre blive belyst.

Afdækningen vil således bl.a. belyse:

- Antal tilbud og deres geografiske placering
- Antal tilbud godkendt til de enkelte målgrupper
- Antal forskellige målgrupper tilbuddene er godkendt til
- Antal pladser på de forskellige tilbudstyper
- Antal af kommunale, regionale og private tilbud til de forskellige målgrupper
- Eventuelle sammenhænge mellem et tilbuds ejerform og målgruppe (er der f.eks. målgrupper, hvor der hovedsageligt er tilbud med én bestemt ejerform)
- Hvilke kombinationer af målgrupper, der oftest optræder sammen (hvor et tilbud er godkendt til flere forskellige målgrupper)
- Hvilke kombinationer af tilbudstyper, fx botilbud til henholdsvis midlertidigt og længerevarende ophold, der oftest optræder sammen
- Medarbejdernes uddannelsesniveau (dette vil blive belyst ved at koble data fra Tilbudsportalen med registerdata).

Derudover ses også på tilbud efter servicelovens §§ 103 og 104.

Ovenstående vil blive suppleret med yderligere oplysninger, hvor muligt. Der vil således bl.a. også blive set på, hvilke tilbud der er VISO- og KAS-leverandører.

1.2 Matrikelløse indsatser og videnscentre mv.

Afdækningen af tilbud på det specialiserede socialområde, der er omfattet af socialtilsynet, vil blive suppleret af en oversigt over matrikelløse indsatser, videnscentre og lignende, som også er en væsentlig del af indsatsen på området. Det kan fx være kommunikationscentre for borgere med funktionsnedsættelser og psykologbehandling og terapiforløb knyttet til bestemte/afgrænsede problematikker på børneområdet. Oversigten skal belyse de specialiserede sociale indsatser, der rundt i landet tilbydes til børn, unge og voksne med behov herfor, og som ikke ydes i botilbud eller døgninstitutioner mv., hvor borgeren bor i en kortere eller længerevarende periode. Oversigten vil blive udarbejdet på baggrund af eksisterende viden og information, herunder med input fra evalueringens følgegruppe og andre interessenter.

2. Afdækning af målgrupper

I afdækningens del 2 udarbejdes der på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik en kortlægning af modtagere af specialiserede sociale tilbud for at få overordnet viden om områdets målgrupper. Afdækningen vil bl.a. belyse:

- Antal modtagere af sociale indsatser, herunder bl.a. modtagere af forebyggende foranstaltninger, anbringelser og efterværn til børn og unge, midlertidige og længerevarende botilbud til voksne samt botilbudslignende tilbud og socialpædagogisk støtte. Desuden opgøres antallet af brugere af kvindekrisecentre, herberger og forsorgshjem samt personer i stofmisbrugsbehandling. Endeligt ses der på antallet af modtagere af aktivitets- og samværstilbud, beskyttet beskæftigelse og hjælperordninger (bl.a. BPA) efter serviceloven.
- Udviklingen i antallet af modtagere af sociale indsatser de senere år.
- Køn, alder og herkomst for modtagerne.
- Modtagernes fordeling på målgrupper baseret på kommunernes vurdering af typen af behov/funktionsnedsættelse. Målgrupperne omfatter hhv. fysisk funktionsnedsættelse, kognitiv funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder og socialt problem (sidstnævnte omfatter kun voksenområdet).

3. Afdækning af det specialiserede socialområdes strukturelle opbygning

I afdækningens del 3 belyses den nuværende strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde. Dette bl.a. for at sikre et solidt fundament for at se på områdets fremadrettede opbygning. Der vil også i relevant omfang blive set på snitfladerne til øvrige sektorer, herunder psykiatrien.

Afdækningen af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde omfatter en afdækning af følgende elementer:

- Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på området mellem kommuner og regioner mv.
- Tilbuddenes finansiering.
- Kommunernes visitation til de specialiserede sociale tilbud, herunder belyser Ankestyrelsen i en analyse kommunernes overvejelser ved visitation af borgere til sociale tilbud. Derudover ses også på omfanget af kommunernes anvendelse af botilbud uden for egen kommune.
- Betydningen af de samlede økonomiske incitamenter for kommunernes prioriteringer, herunder betydningen af udligning.
- Nuværende mekanismer til at sikre specialisering og kvalitet i indsatsen. Her ses bl.a. på socialtilsynet, VISO, den nationale koordinationsstruktur i Socialstyrelsen (NATKO) og rammeaftalerne mellem kommuner og regioner.

Afdækningen vil inddrage viden fra det *nye og fælles samarbejde* om det specialiserede voksenområde, som regeringen og KL aftalte med aftalen om kommunernes økonomi for 2020 og den aftalte fortsættelse i aftalen for 2021.

Endelig vil afdækningens resultater blive sat i et internationalt perspektiv gennem en analyse af opbygningen af det specialiserede socialområde i Sverige, Norge og Danmark, som VIVE udarbejder for Social- og Indenrigsministeriet.

3.
Projektbeskrivelse spor 2

Enhed
Handicap

Dato
19-06-2020

Projektbeskrivelse for spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde: Udarbejdelse af model for opgørelse af specialiseringsgrad på socialområdet

Indledning

Regeringen har iværksat en evaluering af det specialiserede socialområde.

Evalueringen gennemføres i tre spor. I denne projektbeskrivelse gennemgås evalueringens spor 2, der omhandler udarbejdelse af en model for specialiseringsgrad i tilbud på det specialiserede socialområde.

Spor 2 gennemføres i 2020-21.

Leverancer

Formålet med spor 2 er gennem en pilotafprøvning at udarbejde og afprøve en overordnet model for, hvordan man kan opgøre og definere specialiseringsgrad for tilbud til målgrupperne på det specialiserede socialområde. På den baggrund skal der efterfølgende ske en udbredelse af modellen med henblik på specialeplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang. Et afgørende element i udarbejdelsen af modellen vil være inddragelse af vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de forskellige målgrupper på det specialiserede socialområde. Inddragelsen vil ske såvel i processen med udarbejdelse af den generelle model, som når der mere specifikt skal ses på enkelte målgrupper, og vil blive tilrettelagt med inspiration fra den proces, der lå til grund for indførelse af specialeplanlægning på sundhedsområdet.

Spor 2 indeholder tre delleverancer:

1. Udarbejdelse af generel model for opgørelse af specialiseringsgrad
2. Afprøvning af modellen for to målgrupper
3. Evaluering af modellen

Ad. 1 Udarbejdelse af en generel model for opgørelse af specialiseringsgrad

Der findes i dag ikke konsolideret og samlet viden om, hvad der udgør en specialiseret eller højt specialiseret indsats til specifikke målgrupper på socialområdet. Udarbejdelsen af den generelle model har derfor til formål at beskrive en systematisk proces for, hvordan viden kan indsamles og håndteres med henblik på at sikre den rette viden til at beskrive den rette indsats og rette specialiseringsgrad til en målgruppe. Modellen vil skulle:

- indeholde en generisk procesplan for udarbejdelse af en beskrivelse for en målgruppe, hvor det sikres, at den rette viden indhentes bl.a. ved inddragelse

af eksperter, interessenter, indhentning af information og vurdering af tilbud (besøg).

- Pege på en række parametre, der vurderes afgørende for at vurdere et tilbuds specialiseringsgrad.

Målgrupperne på det specialiserede socialområde er meget forskellige ift. hvilke typer støtte og hjælp, de har brug for, ligesom der også inden for de enkelte målgrupper er stor forskel på de individuelle behov. Den generelle model skal tage højde for denne forskellighed.

Ad 2 Afprøvning af modellen for to målgrupper

Den generelle model afprøves på to målgrupper. Målgrupperne udvælges, så de afspejler både spredningen imellem og inden for målgrupperne på det specialiserede socialområde. For at sikre en vis volumen og derved styrke generaliserbarheden i afprøvningen er det en overordnet præmis for målgruppeudvælgelsen, at der udvælges to målgrupper, der dækker over en væsentlig del af tilbudslandskabet. Der skal derfor udvælges en stor og en mellemstor målgruppe målt på antallet af tilbud på Tilbudsportalen, der leverer indsatser til de respektive målgrupper. En række øvrige hensyn vil derudover skulle inddrages i forhold til det endelige valg af målgrupper.

Afprøvningen gennemføres i to trin:

2.1 Beskrivelse af specialiseringsgraden for de to målgrupper

Med afprøvningen skal målgruppens behov beskrives og gradueres. Dvs. at beskrivelsen skal belyse hele spektret af borgere i målgruppen, sådan at både "enkle" og meget komplicerede behov afdækkes. I forlængelse heraf skal det fastlægges, hvilken indsats og specialiseringsgrad der på den baggrund er nødvendig at have i de forskellige indsatser (herunder matrikelløse) og tilbud. Den viden, som findes bredt i Socialstyrelsen, inddrages i arbejdet, men der vil være et væsentligt behov for kvalificering af denne viden ved brug af eksperter på området. Arbejdet vil omfatte:

- Beskrivelse af den eksisterende viden om målgruppen i Socialstyrelsen
- Workshops, interviews og/eller skriftligt bidrag fra forskere, VISOs leverandørnetværk, socialtilsynene, eksperter og fagpersoner med viden om målgrupperne samt relevante interesseorganisationer på området.
- Beskrivelse af målgruppens behov for indsatser på forskellige specialiseringsgrader og tilhørende krav til både de konkrete tilbud og indsatser (dette på baggrund af en række parametre, der vurderer tilbuddets specialiseringsgrad jf. del 1 ovenfor).
- Spøgeskemaundersøgelse blandt tilbud til målgruppen for at undersøge specialiseringsgraden i tilbuddene.

2.2 Vurdering af tilbuds specialiseringsgrad

For at teste beskrivelserne, jf. trin 2.1, for de to målgrupper besøges og vurderes ca. 100 tilbuds specialiseringsgrad i forhold til gradueringerne defineret i beskrivelserne. Der tages udgangspunkt i, at der for hver målgruppe vurderes en vis del af alle tilbud for på den måde at kunne afspejle bredden i tilbuddene. Den indhentede information i spørgeskemaer mv. anvendes som supplement til vurderingerne og kan indgå i udvælgelsen af tilbud.

Vurderingen af tilbuddene foretages dels ved indhentning af oplysninger fra tilbuddene samt vurdering heraf og dels ved besøg under hensyntagen til en geografisk dækning. Det tilstræbes, at den konkrete vurdering af de forskellige tilbuds specialiseringsgrad foretages af Socialtilsynene.

Ad 3 Evaluering

På baggrund af erfaringerne fra pilotprojektet evalueres modellen. Erfaringerne herfra inklusiv overvejelser om udbredelse og forankring af modellen vil blive inddraget i evalueringens spor 3 vedr. initiativer til sikring af specialisering og kvalitet på det specialiserede socialområde.

**4.
Den nuværende overordnede struktur og
opgavefordeling på det specialiserede
socialområde**

Dato
04-11-2020

Den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde

- Afdækning af den overordnede opgavefordeling og struktur på det specialiserede socialområde

Boks 1

Resumé

Afdækning

I *kapitel 2* afdækkes rammerne og den historiske baggrund for den gældende struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde. Kapitlet indeholder følgende hovedpointer:

- Frem til 1980 var det specialiserede socialområde forankret i staten. Herefter blev ansvaret for området flyttet til amter og kommuner i takt med en faglig og politisk udvikling, hvor hensyn til nærhed i indsatsen, afinstitutionisering, individualisering og integration af mennesker med handicap i det øvrige samfund fyldte mere. Kommunalreformen i 2007 lå i forlængelse af denne udvikling.
- Siden kommunalreformen har kommunerne haft det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde. Inden da var ansvaret delt mellem amter og kommuner. Formålet med den nuværende struktur var for det første at fremme helhedsorienterede indsatser i nærmiljøet, hvor den sociale indsats sammentænkes med indsatser på andre kommunale områder som beskæftigelse, skole og ældreområdet. For det andet skulle opgaveplaceringen sikre en tydelig ansvarsplacering, idet det delte myndighedsansvar mellem amter og kommuner inden kommunalreformen gav udfordringer og uklarerheder for borgerne, fx om hvem der var den ansvarlige myndighed, og hvem borgeren skulle klage til. Tilsvarende gav det anledning til længere sagsbehandlingstid.
- Efter kommunalreformen blev der indført en række tiltag til at sikre specialisering og kvalitet i de specialiserede sociale indsatser. Et af disse er Tilbudsportalen, som har til formål at sikre overblik over sociale tilbud, understøtte Socialtilsynenes arbejde og styrke kommunernes grundlag for valg af tilbud.
- Efter kommunalreformen blev kommunerne pålagt at overtage tidligere amtslige anbringelsessteder og kunne vælge at overtage driften af andre tidligere amtslige tilbud. Det gjorde kommunerne i stort omfang i de første år efter kommunalreformen. En stor del af de specialiserede sociale tilbud, som kommunerne benytter sig af ud over deres egne sociale tilbud, leveres af regionerne, private eller selvejende aktører, fonde mv. Dertil benytter kommunerne sig også af andre kommuners tilbud. På voksenområdet driver kommunerne over halvdelen af tilbuddene, mens der på børneområdet er omkring to tredjedele af tilbuddene, der er selvejende eller fondsejede mv.
- Siden 2007 har kommunerne udbygget deres egne tilbud og i højere grad inkluderet egne borgere i egne tilbud, hvilket som udgangspunkt var tilsigtet for bl.a. at sikre sammenhæng mellem den sociale indsats og kommunens øvrige tilbud. Kommunerne gør dog stadig brug af specialiserede sociale tilbud fra andre leverandører. 40 pct. af de borgere, der bor på botilbud og botilbudslignende tilbud, bor fx på et tilbud uden for deres handlekommune. Dertil kommer de pladser, som kommunerne køber på tilbud, der ligger inden for handlekommunen, men som ejes af regionen, selvejende, fonde mv. eller private.

Indhold

1. Indledning	4
2. Afdækning.....	5
2.1 Overordnede rammer og historisk baggrund for udviklingen i struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde	5
2.2 Samarbejde og koordination om specialiserede indsatser.....	9
2.3 Forsyningsansvar og ejerskab af specialiserede tilbud	11

1. Indledning

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområdes spor 1 foretages en afdækning af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde som grundlag for at pege på konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

Arbejdet gennemføres under følgende fem analysetemaer:

1. Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde
2. Finansiering og økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde
3. Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen
4. Visitation til de specialiserede sociale tilbud
5. Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Nærværende afdækning behandler analysetemaet om den nuværende over-ordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde i tre dele.

I kapitel 2 foretages en *afdækning*, hvor den eksisterende opgavefordeling og struktur på det specialiserede socialområde beskrives. Herunder beskrives udviklingen før og efter kommunalreformen, kommunernes samarbejde og koordination på området, og hvordan opgaven med at drive tilbud på det specialiserede socialområde er delt mellem forskellige aktører.

2. Afdækning

I det følgende afdækkes den overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde, som den ser ud efter kommunalreformen i 2007. For det første beskrives ændringerne i opgavefordeling og struktur før og efter kommunalreformen. Dernæst beskrives kommunernes samarbejde om at sikre specialisering og udbud af specialiserede indsatser. Herunder beskrives *Tilbudsportalen* som værktøj til at sikre koordinering og overblik, og snitflader mellem sektorer, som følger af den eksisterende struktur og opgavefordeling, afdækkes. Til sidst afdækkes, hvordan opgaverne i praksis fordeles i forhold til forsyning af specialiserede sociale tilbud.

2.1 Overordnede rammer og historisk baggrund for udviklingen i struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde

Kommunerne har siden kommunalreformen i 2007 haft det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på socialområdet. Det betyder, at kommunalbestyrelsen har ansvar for at træffe afgørelse om borgerens visitation til et tilbud, ansvar for at sikre at der er relevante sociale tilbud til borgerne samt endeligt ansvar for at afholde udgifterne for de ydelser, der tildeles. Herunder beskrives udviklingen i struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde og rammerne for den nuværende opgavefordeling.

2.1.1 Opgavefordeling og struktur før kommunalreformen

Før kommunalreformen i 2007 var opgaverne på det specialiserede socialområde delt mellem kommunerne og de daværende amter. Op til kommunalreformen var der sket en decentralisering siden 1970'erne, som betød, at et stigende antal opgaver i forhold til både handicapområdet og udsatte grupper blev løst i nærmiljøet.¹

På handicapområdet var det indtil 1980 staten, der havde ansvaret for særforsorgen, som omfattede personer med alvorlige og varige handicap samt udviklingshæmning. I 1980 blev området udlagt til amter og kommuner, og der kom stadig mere fokus på at sikre en større grad af nærhed og afinstitutionalisering, individualisering og integration af mennesker med handicap og sindslidelser i det øvrige samfund. Samtidig blev der etableret nye specialiserede og målrettede tilbud på baggrund af ny viden om målgrupperne på socialområdet.

Arbejdsdelingen inden kommunalreformen var i grove træk, at kommunerne varetog størstedelen af opgaverne på det specialiserede socialområde vedrørende især rådgivning, levering af sociale ydelser og hjælpemidler samt midlertidige botilbud. Amterne havde bl.a. ansvaret for de sociale tilbud og ydelser, der forudsatte et større befolkningsgrundlag for at sikre en faglig og økonomisk bæredygtig opgaveløsning, jf. boks 1.

¹ Strukturkommissionens betænkning – Bilag Sektorkapitler, kap 33.

Boks 2

Organisering af det specialiserede socialområde før kommunalreformen

Kommunerne

Handicap: Rådgivning, sociale ydelser, hjælpemidler og midlertidige botilbud

Udsatte voksne: Husly til husvilde, rådgivning og opsøgende arbejde, tilbud om personlig omsorg og pleje mv. og midlertidige botilbud

Børn- og unge: Rådgivning, forebyggende foranstaltninger og døgninstitutioner i særlige tilfælde

Amterne

Handicap: Specialrådgivning (borgere og kommuner), specialiserede hjælpemidler, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, drift af specialiserede bo- og dagtilbud med hertil knyttede sociale ydelser

Udsatte voksne: specialrådgivning (borgere og kommuner), dag- og døgnbehandling af stof- og alkoholmisbrugere, længerevarende og midlertidige ophold i boformer og boformer til hjemløse og de hertil knyttede sociale serviceydelser

Børn- og unge: Særlige daginstitutioner, specialrådgivning samt døgninstitutioner og institutioner til ambulante behandling

Kilde: Strukturkommissionen 2004.

For at tilstræbe størst mulig sammenhæng mellem beslutningskompetence og finansieringsansvar finansierede kommunerne og amterne som udgangspunkt egne tilbud 100 pct. Kommuner, der benyttede en amtslig ydelse, betalte en grundtakst herfor, dog højst de faktiske udgifter – den såkaldte *grundtakstmodel*, som blev indført i 2002. Kommunerne havde visitationsansvaret for ydelser på det kommunale område, og amterne havde visitationsansvaret på det amtslige område. Visitation til ydelserne på det grundtakstbelagte område forudsatte enighed mellem kommunen og amtet.

Det delte myndighedsansvar gav imidlertid anledning til en del udfordringer og uklarheder for borgerne, fx om hvem der var den ansvarlige myndighed, og hvem borgeren skulle klage til. Generelt var der relativt stor mulighed for substitution mellem kommunale og amtslige tilbud på nogle dele af socialområdet. For bestemte persongrupper kunne det fx være relevant både at tilbyde ophold på en amtslig døgninstitution og i kommunale tilbud. I disse tilfælde kunne ansvaret for den pågældende indsats ikke klart placeres, hvilket gjorde det vanskeligt at etablere en fuldt effektiv sammenhæng mellem beslutningskompetence og finansieringsansvar. Der var dermed en række snitfladeproblematikker. Uenighed mellem myndighederne om valg af indsats medførte, at borgerne i visse tilfælde oplevede længere sagsbehandlingstid².

2.1.2 Opgavefordeling og struktur efter kommunalreformen

Målet med kommunalreformen var at samle myndighedsansvaret i kommunerne, så hjælpen til borgeren blev forankret ét sted. Der var frem til kommunalreformen meget fokus på de udfordringer, det gav, når borgerne ”faldt mellem to stole”. Med kommunalreformen blev myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret på det specialiserede socialområde som nævnt derfor samlet hos kommunalbestyrelserne. Den samme udvikling skete på specialundervisningsområdet. Det understøttede den allerede igangværende udvikling, hvor de sociale opgaver i højere grad løses i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunens øvrige tilbud. En udvikling, der skal ses i sammenhæng med, at der løbende lægges større vægt på rehabiliterende indsatser.

² Ibid.

Kommunerne har dermed det samlede ansvar for den sociale indsats i form af et samlet myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar. Kommunernes myndighedsansvar fremgår af § 3 i lov om social service (serviceloven) og indebærer, at kommunerne træffer afgørelse om tildeling af sociale ydelser efter serviceloven.

Kommunernes forsyningsansvar for sociale tilbud efter serviceloven fremgår af servicelovens § 4. Kommunerne opfylder forsyningsansvaret ved brug af egne tilbud og ved samarbejde med andre kommuner, regioner eller private leverandører, herunder både private tilbud og tilbud, som er fondsejede, selvejende mv.

Regionerne har dog også en forsyningsforpligtelse, der fremgår af servicelovens § 5 og betyder, at regionerne har ansvaret for at levere en række specifikke tilbud, herunder bl.a. længerevarende botilbud, forsorgshjem og sikrede døgninstitutioner³ efter aftale med kommunerne. Regionerne fik med kommunalreformen derudover en forsynings- og udviklingspligt ift. nogle af de tidligere amtslige institutioner i det omfang, kommuner ikke valgte at overtage driften.

Med kommunalreformen blev det fastlagt, at de daværende amtslige institutioner for børn og unge, som var anbragt uden for hjemmet på grund af sociale eller adfærdsmæssige problemer, skulle overføres til beliggenhedskommunerne. Som udgangspunkt var kommunerne altså forpligtet til at drive disse tilbud og endte med at overtage driften af størstedelen af tilbuddene.

De øvrige amtslige tilbud på socialområdet var ”kan-institutioner”, som kommunerne kunne vælge at overtage, eller som kunne blive overtaget af regionerne. Kommunerne overtog også disse tilbud i stort omfang, idet 80 pct. af alle de tidligere amtslige tilbud blev overtaget af kommunerne umiddelbart efter kommunalreformen pr. 1. januar 2007⁴. Siden de første år efter kommunalreformen er kommunernes overtagelse af tidligere amtslige samt regionale tilbud aftaget.

Siden da har kommunerne også kunnet beslutte at overtage tilbageværende regionale sociale tilbud beliggende i kommunen, jf. § 186 i serviceloven. En beslutning herom skal drøftes med de andre kommuner i regionen i forbindelse med, at kommunalbestyrelserne og regionsrådet i en region hvert andet år indgår en rammeaftale om styring, udvikling og koordinering af regionens og kommunernes specialiserede sociale tilbud. Overtagelsen betinges af, at tilbuddet fortsat indgår i rammeaftalen og står til rådighed for de øvrige kommuner i det omfang, det aftales i rammeaftalen. Kommunerne kan gøre brug af muligheden for at overtage regionale tilbud én gang i hver valgperiode, forudsat af de meddeler dette til regionsrådet senest 1. januar i valgperiodens tredje år og overtager tilbuddet/tilbuddene senest 1. januar i valgperiodens fjerde år. For yderligere om rammeaftaler henvises til afdækning af mekanismer til at sikre specialisering i indsatserne.

Kommunernes forsyningsansvar for tilbud efter serviceloven skal ses i sammenhæng med en udvikling, hvor kommunerne og de tidligere amtskommuner siden årtusindskiftet i stigende grad har anvendt almene plejeboliger til voksne med handicap i stedet for længerevarende botilbud efter serviceloven. Introduktionen af almene plejeboliger har historisk set afsat i en ambition om at hæve boligstandard og forbedre rettighederne for mennesker med handicap og sindslidelse, og den øgede brug heraf skal

³ Alle tilbud hvor regionerne har et leverandøransvar fremgår her: <https://sim.dk/arbejdsmraader/udsatte-voksne/ogavefordelingen-paa-det-sociale-omraade/>

⁴ Evalueringsrapport af Kommunalreformen, 2013, bilag b.

desuden ses i lyset af, at der er finansieringsmæssige fordele for kommunerne ved anvendelsen af disse frem for at opføre botilbud efter serviceloven.

Kommunerne skal sørge for, at der i nødvendigt omfang tilvejebringes almene handicapboliger⁵ til personer med handicap, som har særligt behov for sådanne boliger, jf. almenboliglovens § 105. Boligerne kan opføres med servicearealer til personale m.v. og fremstår i praksis i mange tilfælde som sammenlignelige med botilbud efter serviceloven. Boliger med tilknyttede servicearealer betegnes plejeboliger i almenboligloven⁶. Regionerne skal efter aftale med kommunerne etablere almene handicapboliger, der indrettes særligt til at betjene personer med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, jf. almenboliglovens § 185 b. Beliggenhedskommunen kan på samme måde som for botilbud efter serviceloven en gang i hver valgperiode beslutte at overtage regionale almene handicapboliger/plejeboliger, jf. almenboliglovens § 185 c.

Nye botilbud til voksne på det specialiserede socialområde opføres i dag i overvejende grad som almene boliger. Det er endvidere muligt at modernisere mange ældre botilbud efter serviceloven ved ombygning til almene boliger. Regionerne har stort set ikke etableret almene plejeboliger siden kommunalreformen⁷.

Kommunernes finansieringsansvar for de ydelser, de visiterer til efter serviceloven, fremgår af servicelovens § 173. Der findes forskellige tiltag, som skal skærme kommunerne mod særligt dyre enkeltsager m.m. For uddybning heraf henvises til afdækning om finansieringen og de økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde.

Formålet med at samle opgaverne hos kommunerne var således at skabe en mere robust organisatorisk ramme, der understøttede en sammenhængende offentlig service for borgere med behov for indsatser på det specialiserede socialområde. Derudover skulle det blive nemmere for borgerne at gennemskue, hvor ansvaret for indsatsen ligger.

2.1.3 Snitflader på det specialiserede socialområde

Den entydige placering af myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar hos kommunerne efter kommunalreformen skulle skabe en entydig ansvarsfordeling og understøtte, at opgaverne i højere grad løses i nærmiljøet og i tæt samspil med de almene tilbud i kommunerne.⁸ Målet om at sikre en helhedsorienteret og forebyggende indsats kræver koordinering mellem sektorer og forvaltningsgrene.

Med kommunalreformen blev en række snitflader mellem sektormyndigheder elimineret ved at samle socialområdet hos kommunerne. Kommunerne varetager beskæftigelsesindsatsen, som er relevant for flere målgrupper på voksenområdet, og folkeskole- og dagtilbudsområdet, hvor indsatser på det specialiserede socialområde til børn og unge med handicap, herunder udviklingsforstyrrelser, eller udsatte børn og unge koordineres med skolen eller PPR. På specialundervisningsområdet overgik amternes specialskoler også til kommunerne efter kommunalreformen. Kommunerne varetager også ældreområdet, hvor der i stigende grad er brug for koordinering med det specialiserede socialområde om voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller udsatte borgere, der bliver ældre og kræver nye indsatser.

⁵ I almenboligloven anvendes betegnelsen "ældrebolig" uanset om målgruppen er ældre eller personer med handicap.

⁶ Almene plejeboliger er defineret i § 5, stk. 2, i lov om almene boliger.

⁷ Siden kommunalreformen i 2007 er der givet tilsagn om støtte til 4 regionale almene handicapboliger (ældreboliger) i 2009.

⁸ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005: Kommunalreformen kort fortalt.

Placering af hovedansvaret for det specialiserede socialområde hos kommunerne skulle således sikre sammenhæng og koordination mellem indsatserne. Kommunerne kan dog stadig opleve udfordringer med snitfladeproblematikker internt i kommunen mellem de forskellige forvaltninger, der har ansvaret for forskellige dele af indsatsen, både på børneområdet, fx i forhold til skolen, og på voksenområdet, fx i forhold til beskæftigelsesindsatsen⁹.

Derudover kan det nævnes, at der med kommunalreformen på nogle punkter er skabt en større snitflade mellem kommunerne og regionerne i forhold til sundhedsområdet på både voksenområdet og børne- og ungeområdet, som kan give en række udfordringer på det specialiserede socialområde. I *Evalueringen af kommunalreformen fra 2013* beskrives snitfladerne til psykiatrien som en særlig udfordring. På voksenområdet gælder det samarbejdet mellem den regionale psykiatriske enheder og den kommunale socialpsykiatriske indsats over for borgere med sindslidelse eller psykiske vanskeligheder. Dertil er der en snitflade for borgere med dobbeltdiagnose, som både har et misbrug og en psykisk lidelse, hvor der er behov for tæt samarbejde og kommunikation mellem de kommunale misbrugsenheder, den kommunale sociale indsats og den regionale psykiatri.

På børne- og ungeområdet er der også en snitfladeproblematik i forhold til samarbejde mellem kommunen og psykiatrien om henvisninger af børn og unge til udredning og behandling. Evalueringen fremhæver behov for at samarbejde og sikre en god indsats, mens barnet eller den unge venter på undersøgelse og behandling.

Disse udfordringer og problemstillinger ved snitfladeproblematikker uddybes yderligere i analysefasen (kapitel 3).

2.2 Samarbejde og koordination om specialiserede indsatser

For at sikre det rette udbud af specialiserede sociale tilbud er der behov for, at kommunerne samarbejder og koordinerer med hinanden og med regionerne. I det følgende gennemgås for det første rammerne for samarbejde og koordination. Dernæst følger en nærmere beskrivelse af Tilbudsportalen som værktøj til at anskueliggøre udbuddet af sociale tilbud.

Problemstillinger og praktiske udfordringer med samarbejde og koordination om specialiserede indsatser undersøges i analysefasen (kapitel 3).

2.2.1 Tiltag for at sikre specialisering og centrale instanser på det specialiserede socialområde

Det fremgår af Strukturkommissionens betænkning, at en styrke ved organiseringen før kommunalreformen i 2007 var, at de specialiserede opgaver på socialområdet var forankret på et forvaltningsniveau (amterne), som var fagligt og økonomisk bæredygtigt, samt at kommunerne kunne trække på specialiseret rådgivning og konsulentfunktioner i amterne.

Efter kommunalreformen blev kommunerne større, hvilket generelt medvirkede til at styrke den faglige bæredygtighed i kommunerne. De nye, større kommuner skulle dermed være i stand til at overtage opgaver, som tidligere lå hos amterne, og som de mindre kommuner før kommunalreformen var for små til at løfte.

⁹ VIVE, 2019: Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet; VIVE, 2019: Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

På det specialiserede socialområde blev der yderligere gennemført flere tiltag for at sikre de nye kommuners overblik, koordinering samt fastholdelse og udvikling af den specialiserede viden på området, herunder regler om rammeaftaler mellem kommuner og regioner, VISO (som beskrives nærmere i temaanalyse 3 om Mekanismer til at sikre specialisering i indsatserne på det specialiserede socialområde) og Tilbudsportalen.

Kommunerne i en region indgår hvert andet år en rammeaftale sammen med regionsrådet om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud. Rammeaftalerne skal bidrage til at sikre det rette udbud af indsatser af høj kvalitet, herunder til små målgrupper og personer med komplicerede problemer, sikre den faglige udvikling og være et redskab til at styre kapacitet og økonomi. På nationalt plan står VISO derudover for at indsamle, udvikle og formidle viden til kommuner og tilbud og tilbyder gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager.

Opgaveløsningen på det specialiserede socialområde understøttes derudover af tilsynsmyndigheder og en klageinstans. Ankestyrelsen er klageinstans i konkrete enkeltsager, jf. servicelovens § 166. Samtidig fører Ankestyrelsen det generelle tilsyn med kommunernes forvaltning, mens Socialtilsynene har ansvaret for at føre det driftsorienterede tilsyn med størstedelen af tilbuddene på det specialiserede socialområdet samt godkendelsen heraf. Styrelsen for Patientsikkerhed fører endvidere et risikobaseret tilsyn i henhold til sundhedsloven med sundhedsfaglige indsatser på bl.a. botilbud.

I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen i 2013 blev der indført nye mekanismer for fra statsligt hold at understøtte den faglige planlægning og sikre specialiseret viden på området, da udvalget for evalueringen vurderede, at rammeaftalerne ikke i tilstrækkelig grad sikrede koordinering og udbud af specialiserede indsatser.

Socialstyrelsen fik en ny rolle i forbindelse med etableringen af den nationale koordinationsstruktur (NATKO), der har til formål at sikre, at der ikke sker en u hensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede socialområde og specialundervisningsområde. Formålet er desuden at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til særligt små eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov. Til at sikre dette har Socialstyrelsen en række redskaber og beføjelser til rådighed.

Rammeaftaler, VISO og NATKO beskrives nærmere i afdækning om mekanismer for specialisering på det specialiserede socialområde.

2.2.2 Tilbudsportalen som værktøj

Social- og Indenrigsministeriet har ansvar for at samle og formidle oplysninger om tilbud i en landsdækkende oversigt, jf. servicelovens § 14, i form af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen blev etableret i 2007 og er en digital platform, som indeholder oplysninger om plejefamilier og kommunale, regionale og private sociale tilbud til børn, unge og voksne med funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer.

På Tilbudsportalen findes oplysninger om særlige dagtilbud og klubtilbud, anbringelsessteder, herunder opholdssteder og døgninstitutioner, til børn og unge, tilbud om misbrugsbehandling til stofmisbrugere og alkoholmisbrugere, tilbud om beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, botilbud og botilbudslignende tilbud, forsorgshjem, kvindekrisecentre mv. og friplejeboliger.

Tilbudsportalen blev etableret for at skabe et fælles overblik over de sociale tilbud til kommunerne og regionerne. Den skulle styrke grundlaget for valg af konkrete tilbud til

den enkelte borger og blandt andet være med til at skabe en generel åbenhed og gennemskelighed i de tilbud, der er registreret i portalen, herunder i forhold til priser.

Tilbudsportalen er primært et værktøj til sagsbehandlere i kommunerne, der skal gøre det nemt at finde relevante tilbud eller plejefamilier, der retter sig direkte mod den enkelte borgers specifikke problemstilling, men Tilbudsportalen er også en central datakilde til viden om udbuddet.¹⁰ Formålet med Tilbudsportalen fremgår af boks 3 nedenfor.

Boks 3

Formålene med Tilbudsportalen (fremgår af Bekendtgørelse om Tilbudsportalen § 1):

1. at sikre sammenlignelige og gennemskelige oplysninger om de registrerede tilbud og plejefamilier, herunder om tilbuddenes og plejefamiliernes målgrupper, metoder, økonomi herunder takster, resultater samt om tilsynet med tilbuddene og dermed,
2. at styrke kommunernes grundlag for valg af effektive tilbud til den enkelte borger,
3. at bidrage til overblik over udviklingen på det sociale område, herunder udvikling i antal tilbud og plejefamilier samt tilbuddenes og plejefamiliernes målgrupper og metoder,
4. at understøtte tilsynsmyndighedernes arbejde og
5. at understøtte lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører.

Kommunerne må alene visitere borgere til sociale tilbud og plejefamilier, som er registreret og offentliggjort på Tilbudsportalen. Tilbudsportalen skal understøtte lokal styring i kommunerne ved at sikre et overblik over relevante tilbud.

Plejefamilier og sociale tilbud indberetter deres oplysninger til Tilbudsportalen. For så vidt angår tilbud, der er omfattet af Socialtilsynet, godkendes oplysningerne af Socialtilsynet, inden oplysningerne offentliggøres. Socialtilsynenes vurderinger af tilbuddene offentliggøres ligeledes på Tilbudsportalen. For sociale tilbud, som ikke er omfattet af Socialtilsynet, er det den kommune eller region, hvor tilbuddet er beliggende, som godkender de indberettede oplysninger, inden tilbuddet offentliggøres på Tilbudsportalen.

Tilbudsportalen har gennemgået flere opdateringer siden 2007, og senest blev en ny version lanceret i juni 2019. I 2016 blev der gennemført en behovsanalyse af Tilbudsportalen, som bl.a. førte til en reduktion i omfang og kompleksitet i oplysningerne på Tilbudsportalen. Formålet hermed var at gøre det nemmere for sagsbehandlere at bruge portalen til at få et hurtigt overblik over relevante sociale tilbud, når de skal finde et konkret tilbud, der matcher barnet, den unge eller den voksnes behov. Derudover blev driften af Tilbudsportalen flyttet fra Socialstyrelsen til Erhvervsstyrelsen med henblik på at sikre en mere bæredygtig teknisk drift af Tilbudsportalen.

2.3 Forsyningsansvar og ejerskab af specialiserede tilbud

Hensigten med kommunalreformen var ikke, at kommunerne skulle være selvforsynende med sociale tilbud til børn, unge og voksne på det specialiserede socialområde. Kommunerne opfylder forsyningsforpligtelsen ved brug af egne tilbud og tilbud, der leveres af eksterne aktører.

Social- og Indenrigsministeriet har som led i Evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet en række velfærdspolitiske analyser, som har til formål at belyse tilbudslandskabet. Analyserne er udarbejdet på baggrund af data fra Tilbudsportalen

¹⁰ Evalueringen af kommunalreformen, 2013, bilag b.

og indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen, med undtagelse af plejefamilier og friplejeboliger¹¹.

Analyserne belyser bl.a. tilbuddenes ejerforhold. Overordnet kan tilbuddene betegnes som enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i hhv. de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I analyserne bruges begrebet ”private” om de kommercielle private.

Analyserne viser bl.a., at kommunerne overordnet set ejer de fleste tilbud på voksenområdet, mens tilbuddene på børne- og ungeområdet oftere er fondsejede eller selvejende mv., end de er regionale, private eller kommunale. På både børne- og ungeområdet samt voksenområdet er kun 3 pct. af tilbuddene regionale¹². I det følgende beskrives tilbuddenes ejerforhold på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet.

2.3.1 Ejerforhold på tilbud på voksenområdet

På voksenområdet er 58 pct. af de i alt 2.158 tilbud kommunalt ejede, 3 pct. er regionale, 11 pct. er private og 28 pct. er fondsejede eller selvejende mv.¹³

Kommunerne ejer 55 pct. af alle botilbud og botilbudslignende tilbud, som i alt udgør omkring to tredjedele af tilbuddene på voksenområdet. Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i serviceloven, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven. Det gælder fx tilbud efter almenboligloven som almene plejeboliger, handicapvenlige boliger samt almene boliger til socialt udsatte borgere. Derudover ejer kommunerne størstedelen af ambulante tilbud og dagtilbud til alkohol- og stofmisbrugsbehandling og de fleste aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud. Regionerne ejer blandt andet omkring 5-10 pct. af de længerevarende botilbud og midlertidige botilbud samt det eneste sikrede botilbud.

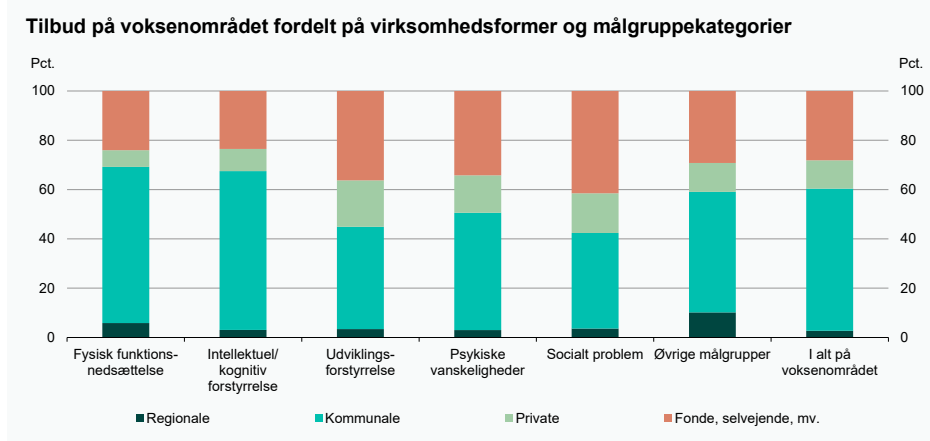
Kvindekrisecentre samt forsorghjem og herberger er for størstedelens vedkommende fondsejede eller selvejende mv. Der er også omkring en tredjedel til halvdelen af de midlertidige og længerevarende botilbud, der er fondsejede eller selvejende mv., mens omkring en femtedel er privatejede. Det samme gælder for døgnbehandlingstilbud til personer med alkohol- eller stofmisbrug.

¹¹ Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet, samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Plejefamilier og friplejeboliger indgår ikke i analyserne. Fripeljeboliger indgår ikke, da de ikke er underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. dec. 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

¹² Velfærdspolitisk Analyse nr. 24, september 2020: Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud.

¹³ Ibid.

Figur 1



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019 fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen over tilbud fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På Tilbudsportalen kan tilbud være registreret til én eller flere af 46 målgrupper, som overordnet kan inddeles i seks kategorier. Som det fremgår af ovenstående figur 1¹⁴, ejer kommunerne omkring to tredjedele af tilbuddene på voksenområdet, som henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse og personer med intellektuel eller kognitiv forstyrrelse. Regionerne ejer generelt få tilbud, men der er enkelte målgrupper, til hvem regionerne ejer en større del af tilbuddene. Det gælder fx tilbud, som henvender sig til personer med henholdsvis multipel funktionsnedsættelse og sjældent forekommende funktionsnedsættelse, hvor 10-15 pct. er regionale.

Tilbud, der er henholdsvis privatejede og fondsejede eller selvejende mv., udgør en større andel af tilbuddene, som henvender sig til personer med henholdsvis sociale problemer, udviklingsforstyrrelse og psykiske vanskeligheder, end blandt tilbud til de resterende tre målgruppekategorier. Blandt tilbuddene, der er registreret til hver af de tre målgruppekategorier, er omkring 15 pct. privatejede og en tredjedel er fondsejede eller selvejende mv. Målgruppekategorien 'socialt problem' omfatter 15 forskellige målgrupper, herunder personer i hjemløshed, personer med udfordringer som følge af omsorgssvigt og personer, der har været udsat for overgreb.

Sociale tilbud på Tilbudsportalen består af én eller flere afdelinger. Et tilbuds afdelinger kan ligge ved siden af hinanden eller være fysisk adskilte i større eller mindre omfang. Det er afdelingerne på et tilbud, som registreres til målgruppen. Et tilbud kan dermed godt have flere afdelinger, der henvender sig til forskellige målgrupper.

Der er overordnet stor geografisk spredning i tilbuddene. Således er der på voksenområdet afdelinger af tilbud til alle målgrupper i størstedelen af kommunerne og i næsten alle landsdele. Afdelinger af botilbud og botilbudslignende tilbud findes i næsten alle kommuner, og pladserne er spredt relativt jævnt¹⁵.

¹⁴ Velfærdspolitisk analyse nr. 27, oktober 2020: Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse. Figur 1, s. 8.

¹⁵ Velfærdspolitisk analyse nr. 25, september 2020: Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde.

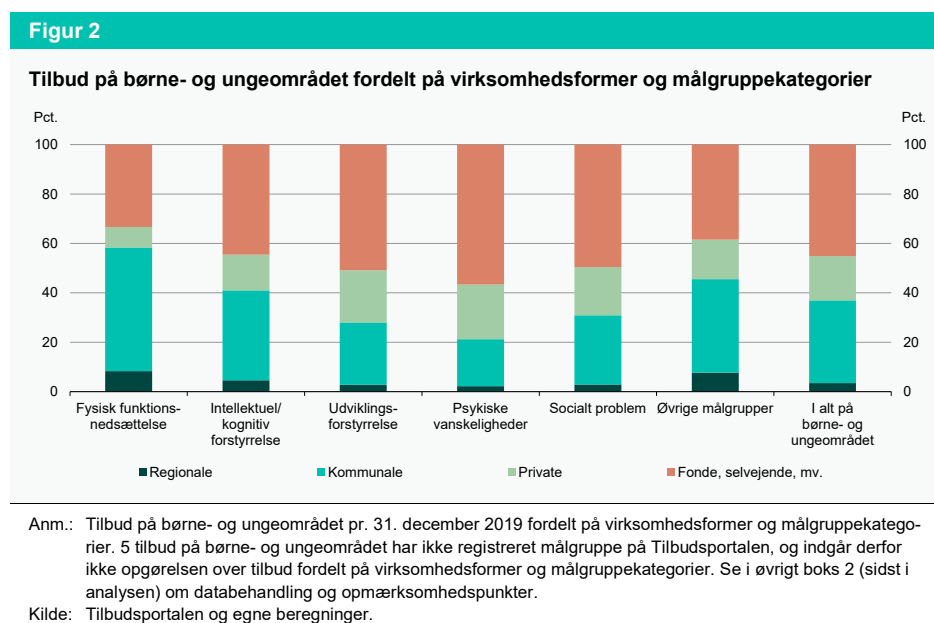
2.3.2 Ejerforhold på tilbud på børne- og ungeområdet

På børne- og ungeområdet er 33 pct. af de i alt 747 tilbud kommunalt ejede, 3 pct. er regionale, 18 pct. er private og 45 pct. er selvejende, fondsejede m.m. Når der ses bort fra plejefamilier er langt størstedelen af tilbuddene på Tilbudsportalen til børn og unge anbringelsessteder, heraf er 197 godkendt som åbne døgninstitutioner og 429 er godkendt som socialpædagogiske opholdssteder.

På anbringelsesområdet ejer kommunerne 80 pct. af de åbne døgninstitutioner, ligesom de også ejer omkring 80 pct. af de særlige dag- og klubtilbud samt de ambulante stofmisbrugstilbud. Det bemærkes dog, at serviceloven sætter begrænsninger for, hvem der kan være driftsherre for hvilke tilbud. Således er socialpædagogiske opholdssteder altid private eller fondsejede/selvejende mv., mens åbne, delvist lukkede og sikrede døgninstitutioner altid drives af kommuner, regioner eller som selvejende institutioner, jf. § 66, stk. 3.

Der findes i Danmark otte sikrede døgninstitutioner, hvoraf regionerne driver de syv, og Københavns Kommune driver én sikret institution. Regionerne ejer desuden to af de i alt fire delvist lukkede døgninstitutioner. De resterende henholdsvis delvist lukkede og sikrede døgninstitutioner ejes af kommunerne.

Omkring to tredjedele af de socialpædagogiske opholdssteder er fondsejede eller selvejende mv., mens den resterende tredjedel er privatejede. Alle 11 socialpædagogiske efterskole- og kostskoletilbud er selvejende eller fondsejede mv.



Som det fremgår af ovenstående figur 2¹⁶, ejer kommunerne over halvdelen af tilbuddene på børne- og ungeområdet, som henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse, og omkring 40 pct. af tilbuddene, der henvender sig til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Ligesom på voksenområdet er der blandt tilbuddene til enkelte målgrupper en større andel, der er regionalt ejede. På børne- og ungeområdet gælder det fx for tilbud, der henvender sig til personer med henholdsvis erhvervet døvblindhed, medfødt døvblindhed og med hørenedsættelse, hvor 20-60 pct. af tilbuddene er regionale.

¹⁶ Velfærdspolitisk analyse nr. 27, oktober 2020: Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse. Figur 9, s. 24.

Tilbud, der er fondsejede eller selvejende mv., udgør næsten halvdelen af tilbuddene på børne- og ungeområdet. Blandt tilbud, som henvender sig til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder, udviklingsforstyrrelse og sociale problemer er mindst halvdelen fondsejede eller selvejende mv. Private tilbud udgør omkring 20 pct. af tilbuddene til de samme tre målgruppekategorier.

Der er overordnet stor geografisk spredning i tilbuddene. Således er der på børne- og ungeområdet afdelinger af tilbud til børn og unge i næsten alle kommuner. Åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder findes i hele landet.

2.3.3 Kommunernes brug af egne og andre tilbud

Evalueringen af kommunalreformen fra 2013 viste, at der siden kommunalreformen var sket en gradvis bevægelse hen imod øget inklusion af borgere i den enkelte kommunes tilbud i nærmiljøet. Kommunerne overtog også flere af de tidligere amtslige institutioner end oprindeligt forventet.¹⁷

En vis grad af hjemtagning af borgere og øget brug af egne tilbud var som udgangspunkt tilsigtet for at sikre den sammenhæng mellem den sociale indsats og kommunernes øvrige tilbud og forankre indsatsen i nærmiljøet, som var formålet.¹⁸

Brug af specialiserede sociale tilbud uden for kommunen er dog stadig udbredt. På voksenområdet viser Velfærdspolitisk Analyse nr. 26, september 2020 af Brug af botilbud i andre kommuner, at 39 pct. af de voksne borgere på botilbud¹⁹ i de 57 undersøgte kommuner har adresse uden for handlekommunen. 62 pct. af de borgere, der bor uden for handlekommunen, bor i samme landsdel, som handlekommunen ligger i. På børne- og ungeområdet var det i 2017 cirka halvdelen af anbragte børn, der var anbragt uden for handlekommunen. Det gjaldt 55 pct. af børn og unge anbragt på døgninstitutioner og opholdssteder og 40 pct. af børn og unge anbragt i plejefamilier²⁰.

Der er stor variation mellem kommunerne, og andelen af borgere, der bor uden for handlekommunen, spænder fra 20 pct. til 90 pct. Analysen viser bl.a. en tendens til, at kommuner, hvor der ligger mange tilbud, har flere borgere boende i handlekommunen, mens kommuner, hvor der ligger få tilbud, har flere borgere i tilbud uden for kommunen.

KORA har i en række analyser undersøgt omfanget af kommunernes køb og salg af pladser på botilbud og botilbudslignende tilbud. Den seneste analyse er fra 2017 og vedrører 2015. Kommunerne kan også købe pladser hos andre leverandører, fx regionen eller en privat leverandør, på et tilbud, der er placeret inden for kommunens grænser. Andelen af pladser, som kommunerne køber hos andre leverandører, vil derfor alt andet lige være højere end antallet af borgere, som har adresse uden for handlekommunen. KORA's tal kan derfor ikke sammenlignes med de tal, der er gennemgået ovenfor.

Ifølge KORAs undersøgelse udgjorde køb af pladser i 2015 hos andre kommuner, regioner og private leverandører i gennemsnit 57 pct. af kommunernes samlede udgifter til botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet. Heraf gik cirka halvdelen til køb af pladser hos andre kommuner og cirka en fjerdedel hver til køb hos regionerne hhv. hos private, selvejende, fonde mv. På anbringelsesområdet for børn og unge var

¹⁷ Evaluering af Kommunalreformen, 2013, bilag b.

¹⁸ Ibid.; Strukturkommissionens betænkning, kapitel 9

¹⁹ Analysen fokuserer på botilbud til voksne til længerevarende ophold (SEL § 108) og midlertidigt ophold (SEL § 107) samt botilbudslignende tilbud som socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85.

²⁰ Velfærdspolitisk Analyse nr. 21, december 2019.

der et lignende billede med et stort omfang af køb og salg af pladser. Der var på begge områder en del variation blandt de undersøgte kommuner i omfanget af køb og salg.²¹

I 2010 udgjorde køb hos andre leverandører 67 pct. af kommunernes samlede udgifter til botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet, så der er sket et fald frem til 2015. Det er dog værd at bemærke, at andelen i 2012 var faldet til 59 pct.²²

²¹ KORA, 2017: Køb og salg af pladser på det specialiserede socialområde.

²² KORA, 2014: Botilbud – stadig en handelsvare?

**5.
Finansiering og økonomiske incitamentter på det
specialiserede socialområde**

Dato
08-01-2021

Den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde – Afdækning af finansiering og økonomiske incitament

Boks 1

Resumé

Afdækning

I *kapitel 2* afdækkes finansieringsstrukturene samt historikken for den nuværende finansieringsstruktur og økonomiske incitament på det specialiserede socialområde. Følgende hovedpointer er indeholdt i kapitlet:

- Finansieringen af kommunernes opgaver blev ændret markant med kommunalreformen i 2007. I forbindelse med at kommunerne overtog det fulde finansieringsansvar for det specialiserede socialområde, blev der foretaget en tilpasning af udligningssystemet, således at dette bl.a. i højere grad tager højde for socioøkonomiske karakteristika.
- Den daværende finansieringsmodel inden kommunalreformen indeholdt i sig selv ikke nogen mekanisme, der sikrede det nødvendige udbud af specialiserede pladser som følge af en stigende efterspørgsel
- Udligningen af udgiftsbehov giver kommunerne mere ensartede muligheder for at levere service, da bl.a. alderssammensætningen og de socioøkonomiske omstændigheder tilstræbes udlignet.
- Den centrale refusionsordning skærmer den enkelte kommune for særligt dyre enkeltsager. Refusionsordningen understøtter, at kommunerne kan få refunderet en del af de udgifter efter serviceloven, der ligger over et vist beløb og kan henføres til den samlede sociale udgift til en konkret borger. Desuden er ordningen udvidet betydeligt fra 2021. Dette skønnes at fordoble udgifterne til ordningen, hvilket er med til kollektivt at forsikre kommunerne mod særligt dyre enkeltsager.
- Tilbud på det specialiserede socialområde finansieres af 1) takster, 2) objektiv finansiering og 3) kombination af takster og objektiv finansiering. Takstfinansieringen gør, at driftsherren har incitament til tilpasning og udvikling af tilbud i forhold til behovene og efterspørgslen hos kommunerne, og bygger således på en markedslignende ramme. Der har vist sig et behov for løbende justeringer for at understøtte, at markedet fungerer hensigtsmæssigt, herunder i forbindelse med, at taksterne ikke nødvendigvis sikrer gennemsigtighed omkring pris og indhold.
- Med L 169 af 20. maj 2010 blev der skabt sammenhæng mellem visitationskompetencen og finansieringsansvaret på det specialiserede socialområde for borgere visiteret til tilbud på tværs af kommuner. Ændringen i reglerne betød således, at en kommune forbliver handlekommune i relation til serviceloven for borgere, der med kommunens eller anden offentlig myndigheds medvirken visiteres til et botilbud i en anden kommune.

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Afdækning.....	4
2.1 Finansiering før kommunalreformen.....	4
2.2 Finansiering efter kommunalreformen	5

1. Indledning

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområdes spor 1 foretages en afdækning og en analyse af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde som grundlag for at pege på konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

Arbejdet gennemføres under følgende fem analysetemaer:

1. Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde
2. Finansiering og økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde
3. Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen
4. Visitation til de specialiserede sociale tilbud
5. Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Nærværende afdækning og analyse behandler tilbuddenes finansieringsregler og betydningen af de samlede økonomiske incitamenter for kommunernes prioriteringer i tre dele.

I *kapitel 2* foretages en *afdækning* af den generelle finansiering både før og efter kommunalreformen. I beskrivelsen af den eksisterende finansiering afdækkes udlignings-systemet samt fordeling af bloktilskud, den centrale refusionsordning, oprettelse og drift af specialiserede tilbud samt takststrukturer og finansiering af tilbud. Med afsæt i beskrivelsen af den nuværende finansieringsstruktur afdækkes ligeledes de incitamentsstrukturer og hensyn, der er indeholdt heri. Slutteligt beskrives ændringen af handlekommunereglerne i 2010.

2. Afdækning

I dette kapitel afdækkes finansieringsregler og økonomiske incitamentter på tværs af det specialiserede socialområde, herunder hvilke typer tilbud der er takstfinansieret, og hvilke der er finansieret på anden vis. Desuden belyser afdækningen baggrunden og formålet for tidligere foretagne ændringer af finansieringsreglerne samt de hensyn og incitamentsstrukturer indeholdt heri. Før de nuværende finansieringsregler gennemgås nærmere, redegøres imidlertid overordnet for finansieringsreglernes historiske baggrund.

Ved beskrivelsen af det kommunale finansieringssystem er det værd at nævne nogle af de principper, der i vidt omfang har ligget til grund for indretningen heraf. Disse principper er til stadighed gyldige. De væsentligste principper i relation til nærværende afdækning fremgår af nedenstående *boks 1*.

Boks 1

Principper for kommunal finansiering

- Kompetence og økonomisk ansvar bør følges ad, så den myndighed, der har kompetencen på et område, også selv finansierer udgifterne.
- Der bør være finansieringsmæssig neutralitet mellem substituerbare kommunale foranstaltninger (neutralitetsprincippet).
- Det bør sikres, at en myndighed ikke utilsigtet gennem finansieringsreglerne tilskyndes til en adfærd, der er u hensigtsmæssig i forhold til andre myndigheder (samordningsprincippet).
- At udlignings- og tilskudsystemet skal undgå u hensigtsmæssige påvirkninger af den kommunale adfærd.

Kilde: Et nyt udligningssystem - Indenrigs- og Sundhedsministeriets Finansieringsudvalg - Betænkning nr. 1437, januar 2004.

2.1 Finansiering før kommunalreformen

Før kommunalreformen i 2007 var finansieringen af tilbud på det specialiserede socialområde delt mellem kommuner og amter efter en grundtakstmodel.

Udgangspunktet i grundtakstmodellen var, at amter og kommuner skulle finansiere egne ydelser. Kommunen betalte en grundtakst, der dog ikke kunne overskride de faktiske udgifter, når borgere blev visiteret til amtslige tilbud. Foranstaltninger i et amtsligt tilbud kom således i stand gennem fælles visitation, hvor kommunen betalte grundtaksten, og amterne afholdt udgifter herudover.

Grundtakstmodellen skabte økonomiske incitamentter for både kommuner og amter. Kommunerne kunne vælge selv at løse en opgave og dermed undgå betaling til amtet, ligesom det blev muligt efter aftale med amtet i konkrete tilfælde at opnå amtslig medfinansiering, hvis det valgte kommunale tilbud lå over grundtaksten, og det samtidig vurderedes at være et alternativ til et amtsligt tilbud. Det har givet kommunerne en vis fleksibilitet i sammensætningen af indsatsen til borgerne.

Amterne kunne fra deres side opnå den fulde gevinst ved at effektivisere tilbud, da det ikke havde indflydelse på grundtaksten. Desuden havde amterne selv risikoen ved tilbud, der ikke blev fyldt op med borgere. Finansieringsmodellen indeholdt i sig selv dermed ikke nogen mekanisme, der sikrede det nødvendige antal pladser på baggrund af stigende efterspørgsel.

2.2 Finansiering efter kommunalreformen

Et af formålene med kommunalreformen i 2007 var at skabe en bedre sammenhæng og helhed i opgaveløsningen. For at afhjælpe problemstillinger vedrørende kassetænkning, uklart ansvar og gråzoner, samledes myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret derfor entydigt hos kommunerne. Omlægningen var også med til at understøtte hensynet om, at opgaverne i højere grad skulle løses i nærmiljøet og i tæt samspil med andre kommunale tilbud. Dermed blev kommunernes muligheder for at tilrettelægge mere sammenhængende og helhedsorienterede forløb også styrket.

Derudover havde overdragelsen af det samlede finansierings- og visitationsansvar til kommunerne for i udgangspunktet alle sociale ydelser også til formål at give kommunerne et incitament til ikke at visitere ydelser, der går ud over et fagligt tilstrækkeligt niveau.

Nærværende afsnit vil belyse formålet med udligningssystemet som et led i den enkelte kommunes finansiering, den centrale refusionsordning, takststrukturer, oprettelse og drift af specialiserede tilbud samt ændringen af handlekommunereglerne i 2010. I beskrivelserne afdækkes samtidig de incitamentsstrukturer og hensyn, der er indeholdt i den nuværende finansieringsstruktur.

2.2.1 Tilskud- og udligningssystemet, herunder udligning af udgiftsbehov

Det kommunale tilskuds- og udligningssystem er en væsentlig kommunal finansieringskilde, der i 2019 udgjorde ca. 17 pct. af de samlede kommunale indtægter. Udligningssystemet består af dels en statslig finansiering af kommunerne via bloktilskuddet (se afsnit 2.2.2), og dels en betydelig omfordeling mellem kommunerne af kommunernes finansiering. I den sammenhæng er et af udligningssystemets helt centrale hensyn at give kommunerne mere ensartede vilkår for opgaveløsningen. Kommunernes indtægtsmuligheder er forskellige, bl.a. på grund af forskelle i befolkningens indkomster. Kommunernes udgiftsbehov er også forskellige som følge af forskelle i bl.a. befolkningens alderssammensætning og socioøkonomi. Disse forskelle tilstræbes netop udlignet gennem det kommunale udligningssystem.

Der blev derfor samtidig med, at kommunerne overtog det fulde finansieringsansvar for det specialiserede socialområde, foretaget en tilpasning af udligningssystemet, der bl.a. i højere grad tager højde for kommunernes socioøkonomiske karakteristika.

Den kommunale udligning bygger derfor både før og efter den netop vedtagne udligningsreform fra juni 2020 bl.a. på en opgørelse af den enkelte kommunes udgiftsbehov, det såkaldte beregnede udgiftsbehov. I opgørelsen indgår dels den enkelte kommunes sammensætning af befolkningen på aldersgrupper samt befolkningsudviklingen, dels en række socioøkonomiske kriterier, som afspejler karakteristiske forhold blandt de borgere, som bor i kommunen.

Kommuner med et beregnet udgiftsbehov over landsgennemsnittet modtager et tilskud på 93 pct. af forskellen mellem kommunens udgiftsbehov og landsgennemsnittet, og omvendt skal kommuner med et beregnet udgiftsbehov under landsgennemsnittet betale et bidrag på 93 pct. af forskellen mellem kommunens udgiftsbehov og landsgennemsnittet.

Ved at udligne nogle af disse forskelle i det beregnede udgiftsbehov sikrer udligningssystemet kommunerne mere ensartede muligheder for at tilbyde samme serviceniveau trods forskellige udgangspunkter i befolkningssammensætningen, herunder tyngden af sociale udgifter.

2.2.2 Bloktilskud

Tilskuds- og udligningssystemet finansieres i overvejende grad af det af staten fastsatte bloktilskud. Den overskydende del af bloktilskuddet, der ikke finansierer udligningssystemet, fordeles efter kommunefolketallet. Desuden ydes bloktilskuddet som et generelt finansieringstilskud fra staten til kommunerne.

Det indebærer, at bloktilskuddet ikke er øremærket til de enkelte områder, men at den enkelte kommune har mulighed for at udøve lokale prioriteringer på tværs af velfærdsområder. Det indebærer et incitament for kommunen til at prioritere forebyggelse med det formål at få mest mulig velfærd for den finansiering, de har til rådighed. Mekanismen i udligningssystemet, hvor udgiftsbehovet beregnes på basis af kommunernes samlede gennemsnitsudgifter, giver ligeledes incitament til at klare sig bedre end gennemsnittet. Dette understøtter ligeledes forebyggelsesaspektet i den samlede indsats på tværs af sektorer.

2.2.3 Den centrale refusionsordning

En undtagelse fra reglen om den fulde kommunale finansiering på det specialiserede socialområde er den centrale refusionsordning. For at skærme den enkelte kommunes økonomi mod særligt dyre enkeltsager blev den centrale refusionsordning indfaset i perioden 2007-2010. Gennem refusionsordningen kan kommunerne få refunderet en del af de udgifter efter serviceloven, der ligger over et vist beløb og kan henføres til den samlede sociale udgift til en konkret borger.

Refusionsordningen er af generel karakter og tager udgangspunkt i de samlede udgifter efter serviceloven og ikke de enkelte ydelser. Samtidig er der fortsat en kommunal egenbetaling uanset refusionsgrænserne. Dermed er ordningen indrettet, så den både giver kommunerne en større budgetsikkerhed i de dyre sager og fortsat understøtter kommunernes incitamenter til også at prioritere forebyggende indsats på tværs af sektorer. Det vil sige, at refusionsordningens indretning er med til at sikre det overordnede hensyn med kommunalreformen om at komme kassetænkning til livs.

Ordningen blev justeret pr. 1. september 2012. Her blev der oprettet en særskilt refusionsmodel på børn- og ungeområdet¹, hvor beløbsgrænserne blev sat lavere end for voksenområdet, således at der kunne opnås refusion ved billigere tilbud, og udgifterne til fire eller flere søskende anbragt uden for hjemmet kunne lægges sammen.²

Med henblik på at sikre større finansieringsmæssig sikkerhed for kommunerne samt understøtte en forebyggende og mere helhedsorienteret indsats i familier med søskende, er der sket en række justeringer³ med *Aftale om en reform af det kommunale udligningssystem* fra maj 2020. Med aftalen blev bl.a. grænseværdierne sænket på voksenområdet, refusionsprocenterne for de dyreste enkeltsager blev forøget, og mulighederne for refusion i sager med søskende blev forbedret. Dette medfører således en betydelig udvidelse af ordningen, hvilket skønnes at medføre en fordobling af de statslige udgifter hertil. Det skal være med til at understøtte, at økonomien ikke er det afgørende hensyn i kommunerne.

¹ Støtte efter § 76 (efterværn) er også medtaget i ordningen, hvorfor unge op til 22 år kan omfattes af ordningen.

² Beløbsgrænserne blev sat til det planlagte niveau for 2009 og opregnet med satsreguleringsprocenten til 2012-priser (afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.).

³ L 197 af 26.5.2020 Lovforslag om ændring af lov om social service (Tilpasning af den centrale refusionsordning).

Bl.a. er ordningen forenklet, så beløbsgrænserne på børne- og voksenområdet er blevet ens ved at sænke grænserne på voksenområdet. Derudover kan udgifterne i sager vedrørende udsatte børn og unge nu summeres i sager om søskende uanset antal og uanset, om de er anbragte eller modtager forebyggende foranstaltninger i hjemmet. Begge ændringer øger kommunernes mulighed for refusion. Dermed understøttes afskærmningen af kommunernes økonomi i særligt dyre enkeltsager og i familier med søskende yderligere. Medføre

Beløbsgrænserne for udgifter pr. sag i 2021 ser således ud⁴:

- 25 pct. refusion for udgifter mellem 850.000 kr. og 1.660.000 kr.
- 50 pct. refusion for udgifter mellem 1.660.000 kr. og 2.090.000 kr.
- 75 pct. refusion for udgifter over 2.090.000 kr.

Ved ændringer i refusion ændres på, hvem der afholder udgifterne. Derfor er der ved justeringer af refusionsordningen overført midler fra bloktilskuddet til statens udgifter til den centrale refusionsordning.

Da justeringer af ordningen finansieres af bloktilskuddet, er den centrale refusionsordning medvirkende til en omfordeling kommunerne imellem. Dette gøres ved at omlægge en del af den generelle finansiering til samtlige kommuner til en målrettet refusion til de kommuner med særligt dyre enkeltsager.

2.2.4 Takststruktur og finansiering af tilbud

Med overdragelse af forsyningsansvaret på socialområdet til kommunerne har det været forudsat, at den enkelte kommune ikke kan være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov. Derfor var det hensigten at sikre en markedslignende ramme for sociale tilbud, hvor kommunerne kunne købe og sælge tilbud til hinanden eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører.

Kommunen kan således løfte deres forsyningsansvar i et samarbejde med andre kommuner, regioner, og private udbydere, jf. servicelovens § 4, stk. 2. Takstfinansieringen gør samtidig, at driftsherren har et incitament til tilpasning og udvikling af tilbud i forhold til behovene og efterspørgslen hos kommunerne. Takstfinansieringen understøtter således i princippet via markedsmekanismerne, at driftsherrerne har incitamenter til at sikre en afdæmpet takstudvikling og ligeledes kvalitet og udvikling af tilbuddene med henblik på at sikre efterspørgsel efter pladserne.

Til at understøtte dette blev det fastsat, at langt hovedparten af tilbuddene på det specialiserede socialområde finansieres ved omkostningsbestemte takster, jf. servicelovens § 174, med undtagelse af få udvalgte tilbudstyper, hvor der i lovgivningen er fastsat særlige finansieringsmodeller⁵ ⁶, jf. tabel 1.

⁴ Angivet i 2021-pl.

⁵ Bekendtgørelse nr. 1017 af 19/08/2017 om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner

⁶ Bekendtgørelse nr. 1298 af 03/09/2020 om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde

Tabel 1

Lovfastsatte finansieringsmodeller for tilbud på det specialiserede socialområde

	Princip	Anvendelse
Takster	Betaling er koblet til forbrug	Langt de fleste tilbud efter serviceloven (ekskl. plejefamilier, sikrede institutioner for så vidt angår unge anbragt efter dom/varetægtsurrogat, sikrede institutioner for voksne anbragt ved dom samt kvindekrisecentre og forsorgshjem ¹)
Objektiv finansiering	Betaling er uafhængig af forbruget – alle kommuner betaler på baggrund af en fordelingsnøgle baseret på objektive kriterier, fx folketal	Sikret institution for voksne (Kofødsminde)
Kombination af takst og objektiv finansiering	En del af betalingen er afhængig af forbruget, mens resten betales ud fra objektive kriterier gennem en fordelingsnøgle mellem kommunerne	Anvendes på de sikrede døgninstitutioner for børn og unge anbragt i henhold til dom/varetægtsurrogat

Note: Ophold på kvindekrisecentre mv. (§ 109) og forsorgshjem (§ 110) finansieres ved betaling af en fast beregnet takst.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 1017 af 19/08/2017 om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner

Baseret på tabel fra "Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på socialområdet samt af de specialiserede undervisningstilbud (2012), s. 23".

Taksterne skal fastsættes på baggrund af det enkelte tilbuds gennemsnitlige langsigtede omkostninger. Formålet med et omkostningsbestemt takstfastsættelsesprincip er at fremme gennemskelighed og sammenlignelighed mellem de forskellige leverandører af tilbud og skabe et marked med køb og salg af pladser, hvor betalingen er direkte koblet til forbruget af ydelser mv., og hvor sælgerne har et incitament til at sikre kvalitet og udvikling i tilbuddene samt en omkostningseffektiv og afdæmpet prisudvikling.

Selvom den markedslignende ramme understøttede køb og salg af tilbud mellem kommuner, regioner og private leverandører, viste evalueringen af kommunalreformen (2013) imidlertid, at markedet ikke altid fungerede hensigtsmæssigt. Herunder viste det sig, at taksterne ikke altid sikrede gennemsigtighed omkring pris og indhold, hvilket gjorde det svært som køber at sammenligne de forskellige muligheder for tilbud til borgerne og vælge det mest effektive. Derudover kan det bemærkes, at der ikke udøves kontrol med prisfastsættelsen på de private tilbud ift. den enkelte borger.

I forhold til markedsmekanismer blev der konstateret en række begrænsninger i forhold til det forudsatte. Mekanismerne fungerer som udgangspunkt bedst for tilbud målrettet en korterevarende, midlertidig indsats, hvor efterspørgslen også på kort sigt kan variere. For tilbudstyper, hvor der generelt er tale om langsigtede og stabile indsatser, og hvor målet i højere grad er stabilitet frem for progression (fx længerevarende botilbud efter § 108), er der imidlertid ikke den fleksibilitet og allokering af tilbud og ydelser, som er en forudsætning for priskonkurrence.

Herudover blev der konstateret en række udfordringer ift. at sikre gennemsigtighed mellem pris og indhold og hermed understøtte kommunerne i at vælge det mest omkostningseffektive tilbud, der kan levere på borgernes behov.

Det skyldtes bl.a., at takstberegningen efter daværende regler var bundet op på de enkelte ydelsespargraffer, mens en aftale om levering af en konkret ydelse i højere grad baserer sig på en samlet vurdering af, hvad den pågældende borger har behov for.

Som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen blev der derfor taget følgende initiativer for at imødegå nogle af de konstaterede problemer:

- Fælles regler om beregning af takster for kommunale, regionale og private tilbud for at skabe større sammenlignelighed.
- Taksterne fastsættes i højere grad ved beskrivelse af grundydelse og ydelsesenheder eventuelt kombineret i ”ydelsespakker”. Der skabes dermed en øget gennemsigtighed og sammenlignelighed mellem tilbud, da beskrivelsen i højere grad afspejler, hvad der reelt købes og leveres.
- Takstændringen forbedrer incitamenterne til at drive tilbuddene effektivt og sikre en afdæmpet takstudvikling. Kommunale og regionale driftsherrer fik således adgang til at beholde overskud på op til 5 pct. af budgettet lokalt. Samtidig kan underskud på 5 pct. af budgettet ikke indregnes i taksten for tilbuddet. Således kan underskud mellem 0-5 pct. ikke indregnes, men skal dækkes af opsparing mv., mens underskud ud over de 5 pct. kan indregnes.

Tiltagene er således implementeret for at understøtte, at markedet bedst muligt fungerer på den tiltænkte måde. Herved har det været muligt at minimere nogle af de udfordringer, som evalueringen af kommunalreformen (2013) belyste.

2.2.5 Oprettelse og drift af specialiserede tilbud

Takstfinansieringen på området stiller krav til tilbuddene om at kunne reagere på ændringer i efterspørgslen, da ændringer i efterspørgsel kan have indvirkning på, hvorvidt den givne takst er tilstrækkelig for opretholdelse af tilbuddet, herunder hvis efterspørgslen efter det specifikke tilbud falder. Alternativet er en mindre indtægt eller en forøgelse af taksterne og dermed yderligere risiko for vigende efterspørgsel. Evalueringen af kommunalreformen (2013) påpegede, at dette gør de meget specialiserede tilbud særligt sårbare, da efterspørgslen er svær at forudsige, når målgruppen er lille og kan være spredt ud over flere regioner⁷. Højt specialiserede tilbud kan derfor forudsætte yderligere koordination, og eventuelt supplerende finansieringsmodeller.

At et tilbud er tvunget til at lukke eller omstrukturere kan være en del af en dynamisk udvikling i tilbudsstrukturen, hvor udbuddet løbende tilpasses behovene eller den faglige udvikling på området, men det kan også medvirke til at skabe afspecialisering.

I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen blev der imidlertid peget på den udfordring, at den enkelte kommune kun i begrænset omfang har incitament til at oprette og udvikle nye meget specialiserede tilbud og indsatser, da der er store initialomkostninger. Det blev vurderet at være en mulig barriere for en dynamisk tilbudsstruktur, der tilpasser sig udviklingen i behovet for specialiserede indsatser.

For at sikre drift og udvikling af tilbud og indsatser til små grupper, herunder højt specialiserede tilbud, hvis målgruppe er fordelt over landet, hvorfor tilbuddene er afhængige af mange andre kommuners visitationspraksis, har kommunerne mulighed for at fravige takstreglerne og etablere særlige finansieringsordninger lokalt. Det kan fx være abonnementsordninger, forpligtende købsaftaler eller delt finansieringsansvar. Derved mindskes risikoen ved at påtage sig driften af tilbuddet. Derudover har den nationale koordinationsstruktur (NATKO) mulighed for at pålægge kommuner at etablere eller opretholde tilbud til særlige målgrupper. For uddybning om NATKO henvises til afdækning om mekanismer til at sikre specialisering i indsatserne på det specialiserede socialområde.

⁷ Evaluering af kommunalreformen 2013

En *abonnementsordning* indebærer, at kommunen køber en generel trækingsret frem for et konkret fastsat antal ydelser/pladser i tilbuddet. Ordningen minder om objektiv finansiering, men med den forskel, at ingen kommune tvinges ind i ordningen.

Forpligtende købsaftaler indebærer, at én eller flere kommuner garanterer for betaling af et bestemt antal pladser i et tilbud i en aftalt periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Det giver sikkerhed for en basisindtægt.

Delt finansieringsansvar indebærer, at én kommune (eller region) påtager sig driftsansvaret for et tilbud. En eller flere kommuner bidrager til finansieringsansvaret uden selv at være driftsherre.

Kommunernes brug af disse ordninger vil blive søgt afdækket nærmere i analysen i kapitel 3. Desuden vil det blive søgt undersøgt, om rammeaftalerne på hensigtsmæssig vis understøtter køb og salg hos andre kommuner/leverandører.

Etablering af nye tilbud påvirker anlægsrammen⁸ i den kommune, der vælger at opføre tilbuddet. Derudover kan det give likviditetsudfordringer, når kommunen skal kunne betale udgifterne til opførelse af sådanne anlæg. Den enkelte kommune har derfor et begrænset incitament til at påtage sig hele investeringen for et tilbud, hvor kommunen kun skal bruge enkelte pladser selv, og dermed ønsker at sælge de resterende pladser til andre kommuner.

En løsning er, at de kommuner, der er interesserede i det givne tilbud, etablerer et § 60 selskab, jf. kommunestyrelseslovens § 60, der skal opføre og drive tilbuddet. § 60 selskaber er en selvstændig juridisk enhed og aflægger særskilt regnskab. Det betyder, at anlægsudgifterne ikke belaster anlægsrammen. Kommunerne har tidligere givet udtryk for, at det er en administrativ tung proces at etablere et § 60 selskab. Det kan være én af årsagerne til, at denne løsning så vidt vides ikke er blevet anvendt til etablering og drift af botilbud.

2.2.6 Ændring af handlekommunereglene

Folketinget vedtog den 20. maj 2010 lovforslag L 169 om sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde.

Lovændringen ændrede ikke på finansieringen af det specialiserede socialområde, men havde til formål at skabe sammenhæng mellem visitationskompetence (handlekompetencen) og finansieringsansvar (betalingsforpligtelsen) på det specialiserede socialområde⁹. En af problematikkerne før ændringen var, at kommunerne ikke havde tilstrækkelige redskaber til at skabe overblik over, hvilke ydelser borgerne blev bevilget. Fordelingen af handlekompetence- og betalingsforpligtelsen mellem to kommuner – hvor den oprindelige opholdskommune ikke havde handlekompetencen, men alene betalingsforpligtelsen – bevirkede, at kommunerne havde svært ved at håndtere styringen af udgiftsudviklingen.

Hvor visitationskompetencen og finansieringsansvaret tidligere var delt mellem hhv. handle- og betalingskommune, er udgangspunktet efter handlekommunereglernes ændring af d. 1. august 2010, jf. retssikkerhedslovens § 9, stk. 7, at den kommune, der

⁸ Som led i de årlige økonomiaftaler aftales der mellem regeringen og KL en økonomisk ramme for kommunernes samlede anlægsudgifter

⁹ Ankestyrelsen, Maj 2012 "Evaluering af de ændrede handlekommunereglene på det specialiserede socialområde".

betaler, samtidig har visitationskompetencen¹⁰. Dermed blev reglerne i tråd med kommunalreformens grundlæggende princip om, at den, der beslutter indsatsen, også betaler den.

Ændringen i reglerne betød således, at en kommune forbliver handlekommune i relation til serviceloven for borgere, der med kommunens eller anden offentlig myndigheds medvirken visiteres til et botilbud i en anden kommune, jf. retssikkerhedslovens § 9, stk. 7.

En persons oprindelige opholdskommune skulle med lovændringen således forblive handlekommune ift. hjælp efter serviceloven, når denne kommune eller anden offentlig myndighed har medvirket til, at den pågældende person får ophold i et socialt botilbud eller lignende for voksne eller nærmere angivne institutioner i en anden kommune end den oprindelige opholdskommune. Den oprindelige opholdskommune, som efter de tidligere regler skulle refundere den nye opholdskommune i de nævnte tilfælde, får hermed såvel handle- som betalingspligten ift. personen med hensyn til hjælp efter serviceloven¹¹.

¹⁰ Ankestyrelsen, Maj 2012 "Evaluering af de ændrede handlekommuneregler på det specialiserede socialområde".

¹¹ SKR nr. 9294 af 20/05/2010 Orientering om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om social service (Sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde).

**6.
Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i
indsatsen**

Den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde

- Afdækning af mekanismer til at sikre specialisering i indsatserne på det specialiserede socialområde

Dato
27-10-2020

Boks 1

Resumé

Afdækning

I *kapitel 2* afdækkes de centrale mekanismer, der blev indført i forbindelse med og efter kommunalreformen i 2007 for at sikre specialisering i sociale indsatser. Kapitlet indeholder følgende hovedpointer:

- Da kommunerne med kommunalreformen i 2007 overtog det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på socialområdet, var det vurderingen, at der var behov for nye tiltag til at sikre kommunalbestyrelsernes overblik, koordinering samt fastholdelse og udvikling af den specialiserede viden på området. På den baggrund blev VISO og rammeaftalerne mellem kommuner og regioner indført.
- Reglerne om *rammeaftaler* blev indført for at understøtte, at alle kommuner til stadighed kan leve op til deres forsyningsforpligtelse og således er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet på det sociale område og det almene ældreboligområde. Kommunalbestyrelserne i hver region skal hvert andet år sammen med regionsrådet indgå en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud efter serviceloven og på det almene ældreboligområde.
- *Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsinstitution, VISO*, blev etableret for at understøtte kommunernes opgavevaretagelse på det specialiserede social- og specialundervisningsområde. Rationalet var, at de enkelte kommuner ikke i sig selv havde et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag til, at de kunne være selvforsynende med den mest specialiserede viden. VISO, som er en del af Socialstyrelsen, indsamler, udvikler og formidler derfor viden til kommuner og institutioner samt bistår kommuner, borgere og institutioner med gratis vejledende specialrådgivning og udredning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltssager på det sociale område og specialundervisningsområdet.
- Evalueringen af kommunalreformen fra 2013 pegede bl.a. på, at rammeaftalesystemet ikke kunne sikre tilstrækkelig koordination af udbuddet af tilbud i de tilfælde, hvor efterspørgslen selv på regionalt plan er begrænset. Som opfølgning på evalueringen blev *Den Nationale koordinationsstruktur på det specialiserede socialområde (NATKO)* derfor etableret. NATKO, der er forankret i Socialstyrelsen, har til formål - gennem vidensopbygning og monitoring - at styrke samarbejdet på tværs af kommuner og regioner med henblik på at bidrage til, at der ikke sker en u hensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede socialområde og specialundervisningsområde. Formålet er endvidere at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til særligt små eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov.

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Afdækning.....	4
2.1 Overordnede rammer og historisk baggrund for rammeaftalerne, VISO og NATKO	4
2.2 Afdækning af rammeaftaler mellem kommuner og regioner	5
2.3 Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation – VISO	8
2.4 Den nationale koordinationsstruktur på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde (NATKO)	11

1. Indledning

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområdes spor 1 foretages en afdækning og en analyse af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde som grundlag for at pege på konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

Arbejdet gennemføres under følgende fem analysetemaer:

1. Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde
2. Finansiering og økonomiske incitamenter på det specialiserede socialområde
3. Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen
4. Visitation til de specialiserede sociale tilbud
5. Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Nærværende notat behandler analysetemaet om mekanismer til at sikre specialisering i indsatserne på området.

I kapitel 2 foretages en *afdækning*, hvor der gennemføres en deskriptiv analyse af de centrale mekanismer, der blev indført i forbindelse med og efter kommunalreformen i 2007 for at sikre specialisering i sociale indsatser. Her tænkes på rammeaftalerne mellem kommuner og regioner, den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) og den nationale koordinationsstruktur (NATKO).

2. Afdækning

Nærværende afdækning skal bidrage til at skabe et samlet billede af de hovedmekanismer, der blev indført i forbindelse med og efter kommunalreformen i 2007 for at sikre tilstedeværelsen af de rette specialiserede sociale indsatser. Her tænkes på rammeaftalerne mellem kommuner og regioner, den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO, herunder VISO's koordinering af specialrådgivningen (KaS)) og den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Andre eksisterende mekanismer, der kan siges at bidrage til at sikre den rette specialisering på socialområdet, er bl.a. Socialtilsynet og Tilbudsportalen. Socialtilsynet og Tilbudsportalen behandles i analysetemaerne om hhv. kvalitet i sociale indsatser og den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde.

Før de enkelte mekanismer gennemgås nærmere, redegøres imidlertid overordnet for baggrunden for deres etablering.

2.1 Overordnede rammer og historisk baggrund for rammeaftalerne, VISO og NATKO

Da kommunerne med kommunalreformen i 2007 overtog det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på socialområdet, var det vurderingen, at der var behov for nye tiltag til at sikre kommunalbestyrelsernes overblik, koordinering samt fastholdelse og udvikling af den specialiserede viden på området. På den baggrund blev VISO og rammeaftalerne mellem kommuner og regioner indført.

Rammeaftalerne mellem kommuner og regioner blev indført for at sikre planlægning og udvikling af kommunale og regionale tilbud i de enkelte regioner, så alle kommuner til stadighed kan leve op til deres forsyningsforpligtelse og således er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet på det sociale område og det almene ældreboligområde. Rammeaftalerne skal bl.a. sikre den faglige udvikling og være et redskab til at styre kapacitet og økonomi, herunder takstudvikling.

VISO blev etableret i Socialstyrelsen for at indsamle, udvikle og formidle viden til kommuner og institutioner samt bistå kommuner, borgere og institutioner med gratis vejledende specialrådgivning og udredning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på social- og specialundervisningsområdet.

I 2013 gennemførte den daværende regering en evaluering af kommunalreformen, som på socialområdet viste et behov for øget national overvågning og for at styrke koordinationen på tværs af kommuner og regioner i forhold til at understøtte det nødvendige udbud af tilbud og indsatser på de mest specialiserede områder. Det fremgik, at rammeaftalerne alene ikke i tilstrækkelig grad sikrede dette. På den baggrund indgik alle Folketingets partier i 2013 *Aftale om rammer for justering af kommunalreformen*.

Et centralt element i aftalen var etablering af *en national koordinationsstruktur (NATKO)*, der skulle forankres i Socialstyrelsen og give staten en væsentlig rolle i at forebygge og forhindre en uhensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. NATKO fik således til formål gennem vidensopbygning og monitorering at styrke samarbejdet på tværs af kommuner og regioner med henblik på at bidrage til, at der ikke sker en uhensigtsmæssig afspecialisering på

det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, og at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til særligt små og/eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov.

Nedenfor gennemgås rammeaftalerne mellem kommuner og regioner, VISO og NATKO nærmere.

2.2 Afdækning af rammeaftaler mellem kommuner og regioner

2.2.1 Baggrund og formål med rammeaftalerne

Da kommunalbestyrelserne med kommunalreformen fra 2007 overtog det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på socialområdet, blev de daværende amtslige tilbud på området fordelt mellem beliggenhedskommunen og regionen, og kommunerne fik endvidere mulighed for at overtage regionale tilbud. Ændringerne skabte et øget behov for at sikre kommunalbestyrelsernes overblik, koordinering samt fastholdelse og udvikling af den specialiserede viden på socialområdet, bl.a. idet de enkelte kommuner alt andet lige i mindre grad end de tidligere amter har forudsætninger for selv at kunne levere indsatser til alle behov, da amternes befolkningsgrundlag var betydeligt større.

Derfor indførte man med kommunalreformen regler om, at kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet hvert år (dette er siden blevet ændret til hvert andet år) skal indgå en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud efter lov om social service (serviceloven) og på det almene ældreboligområde. Formålet med rammeaftalerne er nærmere beskrevet i boks 2.

Boks 1

Formålet med rammeaftalerne:

1. Regulere regionernes forsyningspligt og dermed sikre kommunernes forsyning.
2. Sikre og styre den faglige udvikling på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer.
3. Skabe synlighed og gennemsigtighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling.
4. Sikre koordinering og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

2.2.2. Beskrivelse af reglerne om rammeaftaler

Det følger af servicelovens § 6 og lov om almene boligers (almenboligloven) § 185 b, stk. 3., at kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet hvert andet år, i den kommunale valgperiodes første og tredje år, skal indgå en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud efter serviceloven, som er beliggende i regionen. Kommunalbestyrelserne og regionsrådet kan aftale løbende revision og opdatering af rammeaftalen.

Rammeaftalebekendtgørelsen¹ indeholder nærmere retningslinjer for, hvad rammeaftalerne skal indeholde, herunder eksempelvis, hvilke tilbud der efter serviceloven skal være omfattet af rammeaftalerne.

¹ Bekendtgørelse nr. 1298 af 3. september 2020 om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde.

Kommunerne i regionen koordinerer udarbejdelsen af rammeaftalen, der indgås på baggrund af drøftelser mellem kommuner og regionsråd. Der er ikke krav til, hvordan arbejdet med koordineringen tilrettelægges. Kommuner kan f.eks. vælge at lægge det praktiske ansvar for arbejdet hos én af regionens kommuner eller i fælleskommunalt regi. I praksis er arbejdet med rammeaftalerne forankret i de kommunale kontaktråd (KKR).

Det er centralt, at der i rammeaftalerne er fokus på behovet for udvikling af nye indsatser og tilbud samt på styring. Det er op til rammeaftalernes parter at fastlægge ud fra lokale forhold, hvilke konkrete indsatser, målgrupper eller tilbud der skal fokuseres på. Der stilles derfor i rammeaftalebekendtgørelsen krav til både indholdsmæssige og styringsmæssige overvejelser.

Rammeaftalerne er bindende for de deltagende parter, men uenighed om rammeaftalen kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed idet det forudsættes, at de deltagende parter har en så stor interesse i, at der indgås en aftale, at der vil blive arbejdet konstruktivt for et aftaleresultat, som alle kan tilslutte sig.

Det er som udgangspunkt alene tilbud beliggende inden for regionens geografiske område, der drives af aftaleparterne (kommuner og regioner), der er omfattet af rammeaftalen for den enkelte region. De kommunale og regionale tilbud, som er omfattet af rammeaftalen, er tilbud, som stiller pladser til rådighed for andre kommuner. Kommunale tilbud, der alene anvendes af driftskommunen, indgår ikke i rammeaftalen. Tilbud, som benyttes af to eller flere kommuner i regionen, eller som benyttes af to eller flere kommuner beliggende i flere regioner, skal behandles mere indgående i forhold til de indholdsmæssige krav. Private tilbud, herunder selvejende institutioner, der har indgået driftsaftale med kommunale og regionale driftsherrer, indgår ikke i rammeaftalerne. De private leverandører vil kunne bruge rammeaftalerne til at orientere sig om kommunernes behov og krav, og de har dermed mulighed for at indrette deres tilbud herefter.

Nedestående boks 3 viser de typer af tilbud inden for regionen, som er omfattet af rammeaftalekonceptet, og som fremgår af rammeaftalebekendtgørelsens § 2, stk. 1.

Boks 2

Rammeaftalens anvendelsesområde er følgende typer af tilbud, der ligger i regionen

- 1) Særlige dagtilbud efter § 32 i lov om social service.
- 2) Særlige klubtilbud efter § 36 i lov om social service.
- 3) Generelt godkendte plejefamilier og generelt godkendte kommunale plejefamilier efter § 66, nr. 1 og 2, i lov om social service, jf. lovens § 142, stk. 1, nr. 1.
- 4) Opholdssteder for børn og unge efter § 66, nr. 5, i lov om social service.
- 5) Døgninstitutioner efter § 66, nr. 6, lov om sociale service.
- 6) Tilbud om behandling af stofmisbrugere efter § 101 i lov om social service.
- 7) Beskyttet beskæftigelse efter § 103 i lov om sociale service.
- 8) Aktivitets- og samværstilbud efter § 104 i lov om social service.
- 9) Botilbud, forsorghjem og kvindekrisecentre mv. efter §§ 107-110 i lov om social service.
- 10) Hjælpe-middelcentraler, jf. § 5, stk. 2, i lov om social service.
- 11) Almene ældreboliger, der ejes af en region, en kommune, en almen boligorganisation eller en selvejende institution, og som er tilvejebragt med særligt henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne efter § 105, stk. 2, i lov om almene boliger m.v.
- 12) Plejeboliger efter lov om boliger for ældre og personer med handicap.
- 13) 13) Køb af specialrådgivningsydelser i tilknytning til de konkrete tilbud, der er omfattet af styringsaftalen, jf. § 11, nr. 1.

I forhold til rammeaftalernes indhold udarbejder kommunalbestyrelserne i regionen en beskrivelse af behovet for udvikling af indsatser og tilbud ved, at kommunerne melder ind, hvor mange pladser de forventer at købe inden for den pågældende målgruppe det kommende år. Det skal indgå i beskrivelsen, hvorvidt der er behov for oprettelse af nye indsatser og tilbud, herunder udviklingsplaner for botilbud med mere end 100 pladser. Beskrivelsen udarbejdes på baggrund af et samlet overblik over tilbud, der ligger i regionen, samt kommunalbestyrelsernes og regionsrådets overvejelser over sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede udbud af tilbud. Herudover skal konklusioner og overvejelser fra socialtilsynets seneste årsrapporter samt centrale udmeldinger fra Socialstyrelsen (se afsnit om NATKO nedenfor herom) og konklusionerne fra kommunernes tilbagemeldinger herpå siden sidste rammeaftale indgå i drøftelserne om behovet for udvikling af indsatser og tilbud.

Regionsrådet bidrager til beskrivelsen for så vidt angår de tilbud, der aktuelt drives af regionen, eller som kommunalbestyrelserne påtænker at anmode regionen om at etablere med henvisning til § 5 i serviceloven og § 185 b, stk. 1, i almenboligloven .

Afhængigt af de lokale forhold kan den faglige udvikling i tilbuddene og fleksibel anvendelse af eksisterende tilbud indgå i beskrivelsen af behovet for udvikling af eksisterende og nye indsatser og tilbud. Derudover kan kommunernes forebyggende foranstaltninger, som de har etableret eller planlægger at etablere, og som har betydning for planlægning og udvikling af tilbud, der er omfattet af rammeaftalen, indgå (se også boks 4).

Boks 3

Rammeaftalerne skal indeholde følgende vedr. økonomi og kapacitet:

1. Angivelse af hvilke konkrete tilbud der er omfattet.
2. Aftaler om udviklingen i taksterne for tilbud omfattet af aftalen.
3. Aftaler om takst- og prisstrukturen for de omfattede tilbud.
4. Aftaler om oprettelse og lukning af tilbud og pladser.
5. Aftaler om principper for evt. indregning af driftsherrens udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud aftalt i rammeaftaleregion.
6. Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud.
7. Tilkendegivelse fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud efter kapitel 33 i serviceloven og fastlæggelse af, i hvilket omfang overtagne tilbud skal stå til rådighed for de øvrige kommuner.

Rammeaftalen skal indeholde en vurdering og beskrivelse af økonomi og kapacitet for tilbud, der omfatter de kommunale og regionale tilbud, som ligger i regionen, og som anvendes af flere kommuner end driftskommunen med henblik på styring af økonomi og kapacitet. Tilbud, som anvendes af flere kommuner end driftskommunen, kan dog i visse tilfælde undtages fra denne del af rammeaftalen, hvis der er indgået en aftale mellem driftskommunen og en anden eller få andre kommuner, som anvender de konkrete tilbud.

2.2.3. Offentliggørelse og løbende opfølgning på rammeaftalerne i praksis

Når rammeaftalerne er indgået, skal de offentliggøres og sendes til Socialstyrelsen. På baggrund af en stående forespørgsel fra Social- og Indenrigsministeriet foretager Socialstyrelsen herefter en undersøgelse på tværs af rammeaftalerne med henblik på at vurdere, om de formelt lever op til bekendtgørelsens krav.

Undersøgelsen blev senest gennemført i foråret 2019 og vedrørte rammeaftalerne for 2019-20. Socialstyrelsen har oplyst, at undersøgelsen viser, at rammeaftalerne generelt efterlever bestemmelserne i rammeaftalebekendtgørelsen.

Hvordan rammeaftalerne anvendes i praksis og med hvilken virkning vil så vidt muligt blive undersøgt i kapitel 3.

2.3 Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation – VISO

2.3.1 Baggrund og formål med VISO

VISO blev etableret i forbindelse med kommunalreformen i 2007 som en støttefunktion for kommuner og borgere i vanskelige enkeltsager på det specialiserede socialområde. Rationalet var, at de enkelte kommuner ikke i sig selv havde et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag til, at de kunne være selvforsynende med den mest specialiserede viden.

Det fremgår af den politiske aftale om strukturreformen², at der skulle oprettes en videns- og specialrådgivningsorganisation ”for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret vidensindsamling og udvikling samt rådgivning og vejledning af borgere og kommuner og et landsdækkende overblik over den samlede specialrådgivning”.

VISO blev etableret med en central enhed i Socialstyrelsen og et netværk af landsdækkende leverandører i kommunalt, regionalt og privat regi. Herudover blev de tidligere

² ”Aftale om strukturreformen”, 2004, indgået i juni 2004 mellem den daværende V-K-regering og Dansk Folkeparti

amtslige videnscentre og statslige videns- og formidlingscentre knyttet til Socialstyrelsen for at styrke vidensarbejdet i forhold til de mest specialiserede og komplicerede problemstillinger på handicap- og socialområdet, herunder socialpsykiatrien og specialundervisningsområdet.

VISO rådgiver og formidler viden til kommuner, tilbud og borgere om børn, unge og voksne, der er socialt udsatte eller har et handicap. Dermed bidrager VISO til at løfte kompetencerne lokalt, så man kan træffe velfunderede faglige beslutninger til gavn for borgernes trivsel og udvikling. VISO udgør således en støttefunktion for kommunerne i de mest specialiserede og komplekse sager og bidrager til at bevare og udvikle den mest specialiserede viden på socialområdet og specialundervisningsområdet.

Med opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen i 2013 blev VISOs ansvarsområde i 2014 udvidet, idet VISO overtog opgaven med at tilvejebringe og sikre koordination og vidensudvikling af den mest specialiserede specialrådgivning om syn, hørelse, døvblindhed, epilepsi mv. (KaS-området). Der er tale om rådgivningsopgaver, der gives i henhold til lov om folkeskolen og lov om specialundervisning for voksne, som tidligere hørte under de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud.

Baggrunden for etableringen af KaS-området i VISO var, at evalueringen af kommunalreformen pegede på et behov for bedre koordination og samarbejde om fastholdelse og udvikling af viden på den specialiserede del af specialundervisningsområdet. Samtidig med flytningen blev der bibeholdt en række bindinger på området, f. eks. uændrede rammestyrede budgetter og en uændret visitationspraksis, hvor leverandørerne selv kan visitere borgere til leverandørernes egne indsatser.

Med det afsat skulle VISOs øgede ansvarsområde sammen med Den Nationale Koordinationsstruktur (NATKO), der ligeledes blev indført på baggrund af evalueringen af kommunalreformen i 2013, understøtte fastholdelse, udvikling og udbredelse af den mest specialiserede viden på socialområdet og specialundervisningsområdet.

2.3.2 *Beskrivelse af VISO*

VISO har, jf. servicelovens § 13 og bekendtgørelse om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation –VISO – i Socialstyrelsen³, en specialrådgivnings-, udrednings- og vidensfunktion på både det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet samt ansvaret for at tilvejebringe en samlet koordination af specialrådgivning på den mest specialiserede del af specialundervisningsområdet, herunder tilvejebringe relevant materialeproduktion til blinde og svagsynede samt døve, hørehæmmede og døvblinde.

VISO er forankret i Socialstyrelsen og følges af en faglig bestyrelse, der rådgiver styrelsens direktør om VISOs faglige virksomhed, herunder om prioritering af VISOs indsatsområder.

VISOs centrale enhed finansieres via Socialstyrelsens driftsbevilling, mens VISOs rådgivningsydelse og vidensarbejde finansieres af kommunerne via det kommunale bloktilskud. Der er i 2020 afsat 140,2 mio. kr. til VISOs rådgivningsydelse⁴ og 106,7 mio. kr. til KaS-leverandørernes specialrådgivningsydelse⁵.

³ Bekendtgørelse nr. 817 af 27. juni 2014.

⁴ FL § 15.11.31.10

⁵ FL § 15.11.31.20

2.3.3 Rådgivnings- og udredningsarbejde

VISO leverer gratis og vejledende rådgivning til kommuner, borgere og tilbud i de mest specialiserede enkeltsager på social- og specialundervisningsområdet, når kommunerne ikke selv har den fornødne ekspertise. VISO gennemfører desuden udredning forud for nogle af rådgivningsforløbene. Rådgivningen kan f.eks. handle om, hvordan en faglig indsats kan tilrettelægges, hvad et tilbud kan indeholde, herunder om metoder og støttemuligheder og kvalitet i myndighedernes sagsbehandling. VISO kan hermed både støtte kommunen i forbindelse med visitationen af en borger til et tilbud og i den løbende tilpasning og opfølgning på indsatsen for den enkelte.

VISO leverer også rådgivning om grupper af borgere med overvejende enslydende problemstillinger, som fagpersonalet har vanskeligt ved at håndtere. Her kan VISO bidrage med specialiseret viden om målgruppen og med rådgivning om f.eks. anvendelse af nye tilgange og metoder.

Rådgivningen ydes konkret og fleksibelt tilpasset behovene og skal løfte kompetencerne lokalt, så modtageren sættes i stand til at træffe fagligt velfunderede valg.

Rådgivningens omfang er styret af efterspørgslen. Kommuner, borgere, kommunale og regionale tilbud kan henvende sig til VISO. Den overvejende del af de henvendelser, der fører til et rådgivningsforløb, kommer fra kommunale forvaltninger og kommunale tilbud og i mindre grad fra borgere eller pårørende. Det er kompleksiteten af en henvendelse, der afgør, om VISO kan tilbyde rådgivning. Denne vurdering foretages af VISO i samarbejde med den pågældende myndighed.

Konsulenter i VISOs centrale enhed i Socialstyrelsen yder dagligt telefonisk rådgivning og vejledning til borgere, fagfolk og sagsbehandlere. Antallet af henvendelser til VISO er steget gennem årene, og i 2019 fik VISO 5.545 henvendelser. Konsulenterne foretager desuden den indledende visitation i forhold til henvendelser, som kan føre til et rådgivningsforløb. VISO igangsatte 2.065 forløb i 2019. VISOs rådgivningsforløb varer typisk ca. 5-8 måneder. VISO følger løbende op på kvaliteten af rådgivningsforløbene.

VISOs rådgivningsforløb varetages af specialister, der er ansat i kommunale, regionale og private tilbud, og som VISO indgår leverandør-kontrakter med efter afholdelse af tilbagevendende udbudsrunder. Kriterierne i udbuddene understøtter VISOs formål, så der sigtes mod, at kontrakterne understøtter lokale, robuste, specialiserede vidensmiljøer. Der er aktuelt 85 leverandører, som dækker hele landet. Dermed er højt specialiseret viden, der måske kun findes ét sted i landet, tilgængelig for kommuner, borgere og tilbud i hele landet og bidrager til at styrke den lokale indsats. Rådgivningen foregår altid i borgerens nærmiljø.

2.3.4 Vidensarbejde

VISO har også til opgave at indsamle viden og gøre den anvendelig for kommuner og tilbud samt for VISOs egen rådgivning, jf. servicelovens § 13, stk. 2. Dette kan ske gennem afdækning af virksomme metoder på områder, hvor kommunerne efterspørger viden – f.eks. om børn med autisme og skolevægring eller voksne med udviklingshæmning og udadreagerende adfærd. Det kan også ske i form af analyser af rådgivningsforløb på udvalgte områder med henblik på at afdække problembillede og handlemuligheder til brug for udviklingsarbejde på social- og specialundervisningsområdet. VISO kan også opsamle viden om fx målgrupper og metoder på meget specialiserede områder, hvor der er så få videnskavere, at viden risikerer at forsvinde, når en specialist fra-træder.

2.3.5 Koordination af specialrådgivningen (KaS)

VISO har endvidere til opgave at tilvejebringe og sikre koordination af specialrådgivning og vidensudvikling på områderne for

- børn og unge med høretab,
- børn og unge med døvblindhed,
- børn, unge og voksne med synsnedsættelse,
- børn, unge og voksne med epilepsi og
- førskolebørn med svære kommunikative, sociale, udviklingsmæssige vanskeligheder.

På KaS-området er der seks leverandører, der rådgiver om syn, høretab, døvblindhed, epilepsi samt førskolebørn med svære kommunikative problemer mv. De fik 4.255 henvendelser og igangsatte 1.254 rådgivningsforløb i 2019. Det gælder særligt for leverandørerne under KaS, at kommuner og borgere i målgruppen kan henvende sig direkte til leverandørerne uden forudgående visitation af VISO's centrale enhed.

VISO's praksis og anvendelsen af VISO vil blive belyst nærmere i kapitel 3.

2.4 Den nationale koordinationsstruktur på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde (NATKO)

2.4.1 Baggrund og formål med NATKO

Den nationale koordinationsstruktur (NATKO), der er forankret i Socialstyrelsen, skal gennem gradvis opbygning af viden og monitorering styrke samarbejdet på tværs af kommuner og regioner med henblik på at bidrage til, at der ikke sker en u hensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, og at der er det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til små eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov.

NATKO blev etableret som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen fra 2013. Evalueringen af kommunalreformen fra 2013⁶ pegede på, at reformen havde skabt et behov for øget national overvågning og for at styrke koordinationen på tværs af kommuner og regioner i forhold til at understøtte det nødvendige udbud af tilbud og indsatser på de mest specialiserede områder. Ligeledes konkluderedes det, at rammeaftalesystemet ikke kunne sikre tilstrækkelig koordination af udbuddet af tilbud i de tilfælde, hvor efterspørgslen selv på regionalt plan er begrænset.

Baggrunden herfor var bl.a., at kommunerne siden kommunalreformen i vid udstrækning havde overtaget tidligere amtskommunale tilbud. Allerede fra 1. januar 2007 overtog kommunerne tilsammen 80 pct. af de daværende amtskommunale tilbud, og siden da er endnu flere tilbud overtaget af kommunerne. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med en socialfaglig udvikling med øget fokus på inklusion og rehabilitering i nærmiljøet.

Det fremgår af evalueringen af kommunalreformen, at inklusionen af borgere i lokale tilbud betyder, at kommunerne i højere grad får brug for at indhente ekstern specialviden og rådgivningsydelse, så borgere kan få specialiserede indsatser, der lokalt er tilpasset deres behov. Det fremgår videre af evalueringen, at der i sammenhæng hermed "har været rejst en kritik af, at kommunerne ved inklusion af målgrupper med komplekse behov i lokale tilbud ikke i tilstrækkelig grad gør brug af specialiseret viden i

⁶ Evalueringen af kommunalreformen, 2013. Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen.

indsatserne, og at der derfor kan være sket en uhensigtsmæssig afspecialisering. Hertil kommer en bekymring for, om særlige faglige miljøer går tabt.”⁷

Etableringen af NATKO, der var et centralt element i den politiske aftale om justering af kommunalreformen, skulle imødegå ovennævnte problemstillinger ved at give staten en væsentlig rolle i at overvåge, forebygge og forhindre en uhensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Det fremgik af aftalen om justering af kommunalreformen, at der skulle gennemføres en opfølgning på NATKO. Opfølgningen blev drøftet politisk i forsommeren 2018, hvilket ikke medførte ændringer.

NATKOs virkning i forhold til sit formål vil så vidt muligt blive søgt belyst i kapitel 3.

2.4.2 Beskrivelse af NATKO

NATKO, der er reguleret i servicelovens §§ 13 b og 13 c, understøtter kommunernes og regionernes planlægning på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde gennem løbende dialog, samarbejde og vidensopbygning og gennem konkrete redskaber til at understøtte, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Den nationale koordinationsstruktur er overordnet organiseret i følgende fire hovedspor, der beskrives nedenfor: En dialog- og samarbejdsstruktur, en overvågningsfunktion, forløbsbeskrivelser og centrale udmeldinger.

Dialog- og samarbejdsstrukturen er grundlæggende for den dialogbaserede tilgang, som den nationale koordinationsstruktur er bygget op omkring. Herigennem får Socialstyrelsen løbende rådgivning og viden fra en række samarbejdspartnere om udviklingen på området, der blandt andet kan give styrelsen kendskab til, hvis specialiseret viden er i risiko for at forsvinde, eller hvis tilbud er sårbare eller lukningstruede. Dialog- og samarbejdsstrukturen kan ligeledes fremme opmærksomhed i kommunerne om risiko for uhensigtsmæssig afspecialisering.

Dialogen bygger på faste halvårlige møder med formændene for de administrative styregrupper i hvert af de fem Kommunekontaktråd (KKR), løbende ad hoc-møder med KL og en fast årlig høring af bruger- og interesseorganisationerne på området. Hertil kommer en løbende faglig dialog med relevante samarbejdspartnere efter behov om forhold og udviklingstendenser af betydning for sikring af specialiseret viden.

Desuden er der nedsat et fagligt råd. Det Faglige Råd for National Koordination mødes fire gange årligt for at rådgive Socialstyrelsen om varetagelsen af den nationale koordinationsstruktur. Rådet består af en formand samt repræsentanter fra Socialstyrelsen, Børne- og Undervisningsministeriet, KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og VIVE. Derudover deltager fire eksperter udpeget efter indstilling fra Danmarks Frie Forskningsfond.

Et centralt element i NATKO er en *overvågningsfunktion*, hvor igennem Socialstyrelsen følger udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser og indsamler viden om indsatserne på det mest specialiserede socialområde og området for den mest specialiserede specialundervisning. Overvågningsfunktionen har til formål gradvist at skabe et nationalt overblik over viden og indsatser med henblik på videreformidling på tværs af

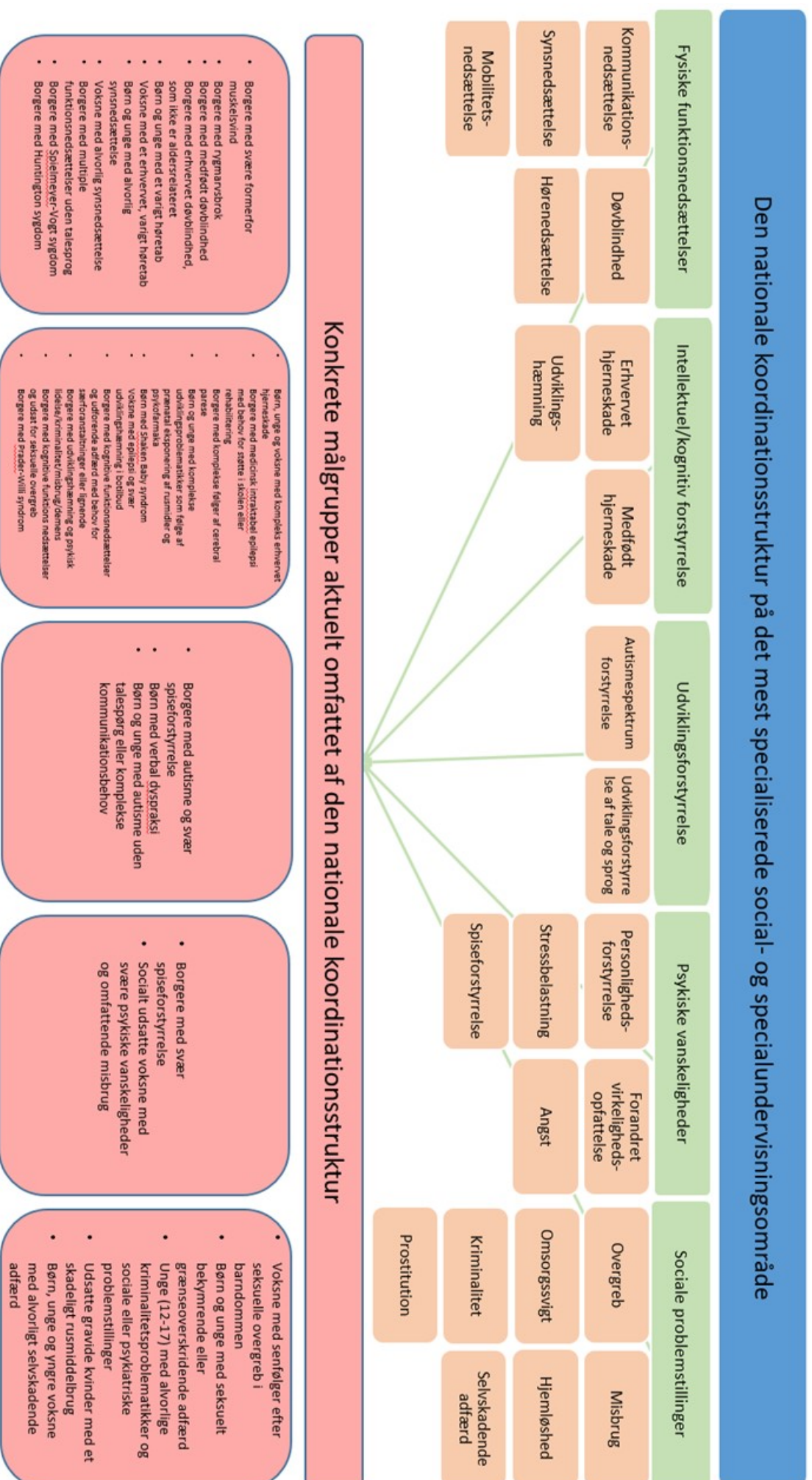
⁷ Ibid

kommuner og regioner. NATKO omfatter målgrupper, som er meget små, og målgrupper med komplekse problemstillinger, som kræver særlig viden. Målgrupperne udvælges bl.a. på baggrund af input fra samarbejdspartnere, jf. ovennævnte dialog- og samarbejdsstruktur, og ud fra kriterierne om, at der skal være tale om målgrupper, som er meget små, eller målgrupper med komplekse problemstillinger der kræver særlig viden. Aktuelt er 35 målgrupper omfattet af Socialstyrelsens overvågning i NATKO-regi, jf. figur 1 nedenfor.

Den generelle monitorering, der gælder for alle målgrupper omfattet af NATKO, består af udarbejdelse og løbende opdatering af viden om målgrupperne, deres volumen og indsatsbehov samt indsamling af data om tilbud til målgrupperne. Den generelle monitorering indebærer også to årlige risikovurderinger af samtlige målgrupper baseret på de oplysninger, der akkumuleres gennem forskellige kilder.

Hvis der i forbindelse med risikovurderingen opstår bekymring for, om der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud, iværksættes en intensiveret monitorering med henblik på at afklare, om der er behov for en central udmelding. Intensiveringen kan bestå af dels en supplerende dataindsamling og dels en tættere dialog med relevante aktører på det pågældende område.

Figur 1. De 35 målgrupper aktuelt omfattet af NATKO



Socialstyrelsen udarbejder endvidere *forløbsbeskrivelser*, der kan understøtte, at borgerne i de omfattede målgrupper får en indsats, der er baseret på aktuelt bedste viden på det gældende område. Forløbsbeskrivelserne er vejledende og indeholder den aktuelt bedste viden om, hvilke indsatser der kan være relevante for den omfattede målgruppe, herunder hvilke faglige kompetencer der er relevante at inddrage i indsatsen i de forskellige faser. Forløbsbeskrivelserne bliver udarbejdet, når Socialstyrelsen vurderer, at der er behov for det, og at der er tilstrækkelig sikker viden om den højt specialiserede indsats på et område.

Socialstyrelsen har indtil videre udarbejdet seks forløbsbeskrivelser for henholdsvis børn og unge med tidligt konstateret høretab (april 2015/august 2019), børn og unge med alvorlig synsnedsættelse (januar 2016/juni 2020), voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (august 2016), børn med verbal dyspraksi (oktober 2017), børn og unge med sjældne handicap (april 2019) og børn og unge med svær cerebral parese (juni 2019).

For at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud, kan Socialstyrelsen endvidere foretage *centrale udmeldinger* om målgrupper eller særlige indsatser, hvor der vurderes at være behov for øget koordinering eller planlægning på tværs af kommunerne i en eller flere regioner. Beslutning om, hvorvidt der er behov for en central udmelding på et område, træffes af Socialstyrelsen med afsæt i styrelsens løbende faglige dialog med kommuner, regioner og bruger- og interesseorganisationer, jf. dialog- og samarbejdsstrukturen ovenfor, og med afsæt i styrelsens egen viden fra bl.a. overvågningsfunktionen og forløbsbeskrivelser samt øvrige input. Beslutningen træffes endvidere på baggrund af drøftelse i Det Faglige Råd, der er nedsat i regi af NATKO for blandt andet at rådgive Socialstyrelsen om centrale udmeldinger, og om det er de rette målgrupper, som styrelsen følger gennem NATKO.

Når Socialstyrelsen har foretaget en central udmelding, skal kommunerne behandle den og afrapportere deres løsningsforslag på de opmærksomhedspunkter, som den centrale udmelding peger på. I et samarbejde mellem kommunerne i regionen og med regionen afrapporteres løsningsforslag til Socialstyrelsen om sikring af tilstrækkeligt specialiseret viden og indsatser. Hvis Socialstyrelsen vurderer, at kommunernes løsninger ikke er fagligt tilstrækkelige, kan de pålægges fornyet behandling og afrapportering. Undtagelsesvist kan Socialstyrelsen pålægge en kommune eller en region et driftsansvar. Denne mulighed har endnu ikke været benyttet.

Rammeaftalebekendtgørelsen har indtil seneste ændring heraf i 2020 indeholdt regulering af, hvordan kommunerne skal afrapportere til Socialstyrelsen på de centrale udmeldinger, som Socialstyrelsen afgiver i regi af NATKO. I forbindelse med seneste ændring af rammeaftalebekendtgørelsen er reguleringen af kommunernes afrapporteringer på de centrale udmeldinger efter 2020 udskilt fra rammeaftalebekendtgørelsen. Det skyldes blandt andet, at der er behov for at kunne foretage årlige kommunale afrapporteringer på de centrale udmeldinger i forlængelse af, at rammeaftalerne er blevet toårige. Der pågår derfor aktuelt et arbejde med at fastlægge rammerne for kommunernes fremtidige afrapporteringer på de centrale udmeldinger.

Socialstyrelsen har indtil videre udarbejdet seks centrale udmeldinger om henholdsvis børn og unge med alvorlig synsnedsættelse (2014), voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (2014), borgere med svære spiseforstyrrelser (2015 og 2020), borgere med udviklingshæmning og dom med behov for anbringelse i sikret afdeling (2019) og udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug (2019).

**7.
Visitation til de specialiserede sociale indsatser**

Dato
13-10-2020

Den strukturelle opbygning på det specialiserede socialområde

- Afdækning af visitation til de specialiserede soci-ale indsatser

Boks 1

Resumé

Afdækning

I *kapitel 2* afdækkes rammene for udredning, visitation og opfølgning samt handleplaner efter lov om social service (serviceloven). Kapitlet indeholder følgende hovedpointer:

- Serviceloven danner ramme for den hjælp og støtte, der *visiteres* til på det specialiserede socialområde. Kommunerne skal visitere (træffe afgørelse) på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og med inddragelse af den person, som har behov for hjælp og støtte. Derudover gælder principper om fx en samlet helhedsorienteret indsats, den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie, i det omfang det er muligt, samt at kommunerne skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn i afgørelserne om hjælp og støtte.
- På voksenområdet stilles der ikke mange proceskrav til udredning og visitation ud over de generelle principper som nævnt ovenfor.
- Omvendt er udredning på børneområdet i høj grad knyttet op på den børnefaglige undersøgelse, som kommunen skal udarbejde, når det må antages, at et barn eller en ung og/eller familien har behov for særlig støtte, og hvad denne støtte i givet fald skal bestå i. I forhold til en række af de foranstaltninger, der kan iværksættes over for børnene og deres familier, er det således en forudsætning, at der først er foretaget en børnefaglig undersøgelse, som skal danne grundlag for, at kommunen kan visitere til den/de konkrete indsatser, der kan imødekomme barnets eller den unges og/eller familiens hjælpebehov. Dog forudsætter iværksættelse af rent handicapkompenserende foranstaltninger til børn og familier – eksempelvis tilkendelse af et hjælpemiddel eller af hjælp til dækning af nødvendige merudgifter - som altovervejede hovedregel ikke, at der er gennemført en børnefaglig undersøgelse.
- Ift. *opfølgning* har kommunerne efter servicelovens § 148 ansvar for løbende at føre tilsyn med, at hjælpen til det enkelte barn, unge eller voksne, som får hjælp og støtte efter serviceloven, fortsat er tilstrækkelig og opfylder sit formål. Det kaldes det personrettede tilsyn. Tilsynet udføres af den kommune, der har ansvaret for den sociale indsats til den enkelte person. På børneområdet stilles eksplicit krav til, at kommunerne følger op på barnet, den unge eller vordende forældre senest tre måneder efter, at der er iværksat en foranstaltning for at vurdere, om indsatsen skal ændres. Kommunernes tilsyn skal omfatte mindst to årlige tilsynsbesøg på anbringelsesstedet, hvor kommunen taler med barnet eller den unge.
- Kommunerne skal udarbejde en *handleplan* på børneområdet og skal tilbyde at udarbejde en handleplan til en afgrænset gruppe på voksenområdet efter servicelovens §§ 140 og 141. Formålet med handleplanen er at beskrive bl.a. formål og nødvendig indsats samt varighed med henblik på at sikre en sammenhængende, helhedsorienteret og koordineret hjælp og støtte. Formålet er endvidere at styrke den enkeltes indflydelse på sagsbehandlingen, idet handlingsplanen skal udarbejdes i samarbejde med den enkelte. I modsætning til voksenområdet stilles på børneområdet en række proceskrav for opfølgning på og revidering af handleplaner. Kommunen skal fx i forbindelse med opfølgning på en foranstaltning vurdere, om handleplanen skal revideres.

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Afdækning.....	4
2.1 Overordnet om historik og lovmæssig ramme for visitation på socialområdet.....	4
2.2 Rammerne for udredning og visitation på socialområdet	6
2.3 Rammerne for opfølgning på indsatsen til børn, unge og voksne.....	11
2.4 Rammerne for handleplaner på socialområdet.....	12

1. Indledning

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområdes spor 1 foretages en afdækning og en analyse af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde som grundlag for at pege på konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

Arbejdet gennemføres under følgende fem analysetemaer:

1. Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde
2. Finansiering og økonomiske incitamentter på det specialiserede socialområde
3. Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen
4. Visitation til de specialiserede sociale indsatser
5. Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Nærværende afdækning og analyse behandler analysetemaet om visitation til de specialiserede indsatser i tre dele.

I kapitel 2 foretages en *afdækning*, hvor der gennemføres en deskriptiv analyse af rammerne for udredning og visitation af børn, unge og voksne til specialiserede sociale indsatser samt af rammerne for opfølgningen på indsatsen for den enkelte. Endelig ses der på rammerne for handleplaner.

2. Afdækning

Et væsentligt element i den samlede strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde er rammerne for, hvordan børn, unge og voksne udredes og visiteres, herunder revisiteres, til specialiserede sociale tilbud, samt hvordan der følges op på indsatsen for at sikre, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Rammerne for handleplaner, som kommunerne skal udarbejde for bestemte målgrupper, er i denne sammenhæng et vigtigt redskab, fordi de netop bl.a. skal beskrive indsats og formål hermed.

I følgende afdækning beskrives de overordnede rammer for udredning, visitation og opfølgning samt handleplaner efter serviceloven. Kapitlet bygger på lov om social service (serviceloven) og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven) samt forarbejder og vejledninger hertil. Kapitlet bygger endvidere på materiale, der blev udarbejdet i forbindelse med strukturreformen fra 2007, herunder bl.a. Strukturkommissionens betænkning og politiske aftaler om selve reformen.

2.1 Overordnet om historik og lovmæssig ramme for visitation på socialområdet

På det specialiserede socialområde danner serviceloven ramme om hovedparten af den hjælp og støtte, der ydes. I dette afsnit beskrives først servicelovens formål i en historisk ramme i forhold til de indsatser, som børn, unge og voksne visiteres til. Dernæst beskrives visitation før og efter strukturreformen fra 2007.

2.1.1 Servicelovens formål i et historisk perspektiv

Serviceloven blev indført i 1998 som afløsning for den tidligere bistandslov. En afgørende forskel fra tidligere var bl.a., at institutionsbegrebet blev ophævet. Det betød, at fx botilbud med lovændringen fremadrettet betragtes som den enkeltes hjem. Et andet væsentligt element var, at der blev indført en adskillelse af den indholdsmæssige del af hjælpen og den fysiske bolig-mæssige ramme, sådan at barnet, den unge eller voksne skal visiteres særskilt til hhv. et botilbud eller anbringelsessted og til de serviceydelser, som den enkelte modtager på tilbuddet.

Målgruppen for hjælpen efter serviceloven er børn, unge og voksne i social udsathed eller med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, en sindslidelse eller et særligt socialt problem.

Indsatsen for børn og unge, der har særlige behov, har efter servicelovens § 46 som mål at sikre børn og unge de bedst mulige opvækstvilkår til at opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende. Støtten skal ydes med henblik på at sikre barnets eller den unges bedste. Desuden skal støtten være tidlig og helhedsorienteret, så problemer så vidt muligt kan forebygges og afhjælpes i hjemmet eller i det nære miljø. Støtten skal i hvert enkelt tilfælde tilrettelægges på baggrund af en konkret vurdering af det enkelte barns eller den enkelte unges og familiens forhold. Der fremhæves i den forbindelse en række opmærksomhedspunkter, som er centrale forhold i barnets eller den unges udvikling, og som skal være i fokus for indsatsen. Det vedrører følgende forhold: Opvækstvilkår og nære, kontinuerlige omsorgsrelationer, personlig udfoldelse, skolegang, sundhed samt forberedelse til voksenlivet.

For voksne er formålet efter servicelovens § 1 med den rådgivning, hjælp og støtte, der gives efter serviceloven, at fremme den enkeltes mulighed for en selvstændig tilværelse og at forbedre livskvaliteten. Hjælpen mv. skal bygge på den enkeltes ansvar for sig

selv og sin familie samt den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt.

Serviceovens formålsbestemmelse (§ 1) er ændret flere gange siden dens indførelse.

I 2012 blev det indskrevet i bestemmelsen, at afgørelser efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn. Ændringen blev aftalt som led i aftalen om kommunernes økonomi for 2012 om at præcisere de gældende uskrevne retsgrundsætninger i loven. Fx blev der ved samme lejlighed indført en ny bestemmelse (§ 138) om, at kommunen inden for lovens rammer kan træffe beslutning om at fastsætte generelle, vejledende serviceniveauer for den lokale udmøntning af hjælp efter serviceloven.

Ifølge forarbejderne til loven havde tilføjelsen til formål at tydeliggøre gældende ret, da der i praksis var uklarhed om, i hvilket omfang kommunen måtte inddrage økonomiske hensyn, når der træffes afgørelse. Det betyder, at kommunen bør vælge det billigste tilbud, hvis valget står mellem to lige egnede til at opfylde borgerens behov. Kommunen må dog aldrig vælge en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser, ligesom kommunen heller aldrig må afvise at hjælpe borgere, der har krav på hjælp, med henvisning til kommunens økonomi.

Serviceovens formålsbestemmelse er senest ændret i 2018, hvor det blev tydeliggjort, at loven bl.a. har til formål at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig. Denne ændring afspejler en generel udvikling i bl.a. den kommunale praksis mod øget fokus på at fremme den enkeltes selvhjulpethed, udvikling og rehabilitering samt inklusion i samfundet. Ændringen blev aftalt som led i aftalen om revision af servicelovens voksenbestemmelser fra 2016.

2.1.2 Visitation før og efter strukturreformen i 2007

Visitation til indsatser på det specialiserede socialområde var før strukturreformen i 2007 delt mellem kommuner og amter, hvilket ifølge Strukturkommissionen medførte en uklar ansvarsfordeling, opgaveglidning, uenighed om indsatsen i konkrete sager og u hensigtsmæssige økonomiske incitamenter.¹

Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for socialområdet – dog med en solidarisk refusionsordning for særligt dyre enkeltsager og statsrefusion i forbindelse med borgeres ophold på herberg og krisecentre.

Dette betød, at kommunerne bl.a. overtog det fulde ansvar for udredning, visitation og opfølgning med det enkelte barn, unge eller voksne, som havde behov for hjælp og støtte efter serviceloven. Kommunerne valgte ligeledes at overtage ansvaret for en lang række indsatser, som tidligere have været amternes ansvar, fx stofmisbrugsbehandling, længerevarende botilbud, beskyttet beskæftigelse mv. De nyoprettede regioner fik med reformen ansvar for at videreføre og udvikle amtslige sociale tilbud, som kommunerne ikke selv valgte at overtage.

Ændringerne var bl.a. begrundet i politiske ønsker om at skabe mere borgernær velfærd med større sammenhæng i indsatsen, herunder på tværs af fagområder, en mere enkel og gennemskuelig ansvarsfordeling samt økonomiske incitamenter til at styrke særligt forebyggende indsatser. Ved at samle visitationskompetencen og finansierings-

¹ Strukturkommissionens betænkning – Bilag Sektorkapitler, kap 32, 33 og 34

ansvaret i kommunerne var hensigten endvidere at sikre kommunerne større indflydelse på serviceniveauet i den enkelte sag. Endelig blev de tidligere 271 kommuner slået sammen til 98 for at skabe større faglig robusthed i den kommunale indsats.²

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) blev også oprettet med reformen for at bistå med vejledning og rådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. Dette skal bl.a. ses i lyset af Strukturkommissionens vurdering af, at kommunerne ikke havde mulighed for at opbygge en selvstændig ekspertise om alle brugergrupper, hvorfor det var vigtigt, at kommunerne skulle være fagligt kvalificerede til at kunne indhente og udnytte den rigtige rådgivning i de mere specialiserede og komplicerede sager.³

For yderligere om strukturreformen og VISO henvises til analysetema 1 om den overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde og analysetema 3 om mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen.

2.2 Rammerne for udredning og visitation på socialområdet

I det følgende gennemgås de overordnede regler for at træffe afgørelse og visitere til sociale indsatser efter serviceloven, herunder i forhold til behandling af sociale sager og udredning af børn, unge og voksnes hjælpebehov. Dernæst gennemgås reglerne for udredning og visitation på børneområdet, herunder den børnefaglige undersøgelse og valg af foranstaltning.

2.2.1 Udredning og visitation

Der kan efter serviceloven visiteres til en lang række indsatser, der skal tilgodese et bredt spektrum af behov. Indsatser efter serviceloven kan fx strække sig fra en enkeltstående bevilling af et hjælpemiddel, over et rådgivningsforløb, let støtte en gang om ugen til at få struktur på hverdagen i eget hjem, ophold på et anbringelsessted, herberg eller kvindekrisecenter og til omfattende hjælp og støtte døgnet rundt i eget hjem eller på et botilbud.

Serviceloven er en rammelov, der rammesætter kommunernes visitation til hjælp og støtte. Kommunerne træffer afgørelse på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og med inddragelse af barnet, den unge eller voksne, som har behov for hjælp og støtte, jf. tabel 1 nedenfor. Det er således ikke en konkret diagnose, der udløser ydelser efter serviceloven, men i stedet de behov for støtte, som den enkeltes nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne, sindslidelse eller særlige sociale problemer afføder, der er udgangspunktet for den hjælp og støtte, der skal visiteres til.

Ud over, at afgørelser skal baseres på en konkret og individuel vurdering, gælder der en række andre hensyn, som kommunen skal lægge vægt på i forbindelse med visitationen.

Loven understreger bl.a. et *forebyggelselement*, og der lægges vægt på en samlet *helhedsorienteret indsats*, der bl.a. kan understøtte den enkeltes muligheder for en selvstændig tilværelse. For voksne skal hjælpen desuden bygge på *den enkeltes ansvar* for sig selv og sin familie samt den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt.

² Evalueringen af kommunalreformen (2013) og Aftale om strukturreform (2004)

³ Strukturkommissionens betænkning (2004)

Kommunerne har desuden en generel forpligtelse til at handle *økonomisk ansvarligt*, hvorfor kommunerne skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der træffes afgørelse, jf. afsnit 2.1.1. Hensynet til kommunernes økonomi må dog aldrig stå alene, da afgørelser netop skal baseres på den enkeltes konkrete, individuelle støttebehov. Kommunerne må derfor aldrig vælge, udsætte, indstille eller reducere en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser.

At serviceloven har karakter af en rammelov indebærer en fleksibilitet i sammensætningen af løsninger og i anvendelsen af faglige metoder. Der er derfor ikke på det sociale område fastsat regler eller retningslinjer om for eksempel sagsbehandlingstider (dog med undtagelse af regler på børneområdet, jf. fx afsnit 2.2.2), normering og personalets kompetencer, som man ser det på bl.a. henholdsvis sundheds- og undervisningsområdet. Det indebærer også et politisk handlerum til, at kommunen på visse områder kan fastsætte lokale kvalitetsstandarder, retningslinjer eller lokale serviceniveauer om, hvilken type hjælp der typisk gives i forhold til bestemte typer af behov eller målgrupper. Handlerummet varierer dog for de enkelte af servicelovens bestemmelser, fx efter bestemmelsens udformning og efter om rummet for skøn er indsnævret som følge af en mangeårig retspraksis. Det kan være en praksis, som er fastlagt gennem Ankestyrelsens principafgørelser, der udstikker en juridisk forståelse af bestemmelsernes indhold og omfang.

I forlængelse heraf gælder desuden, at det lokale serviceniveau i den enkelte kommune kun er vejledende og skal fraviges i tilfælde, hvor borgerens behov efter en konkret og individuel vurdering nødvendiggør dette.

Uanset rummet for udøvelse af skøn og fastsættelse af lokale serviceniveauer ændrer det ikke på det grundlæggende princip, at der altid i den konkrete sag skal foretages en individuel vurdering af, om den påtænkte indsats afhjælper behovet hos borgeren.

Ud over servicelovens principper i forbindelse med udredning og visitation, indeholder lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven) også en række regler om, hvordan myndighederne skal behandle sager på socialområdet med henblik på at sikre borgernes retssikkerhed. Nogle af de væsentlige principper i forbindelse med udredning og visitation er, at kommunen skal behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt ud fra en helhedsbetragtning af borgerens situation og alle de muligheder, der er for hjælp. Desuden skal kommunen oplyse sagen tilstrækkeligt til at kunne træffe afgørelse, herunder til at behovet for hjælp er afdækket. Endelig er det et centralt princip, at borgeren skal have mulighed for at medvirke i egen sag. De omtalte principper er beskrevet i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1

Væsentlige principper for behandling af sociale sager ved udredning og visitation efter retssikkerhedsloven

Frister (§ 3)	<i>Kommunen skal behandle spørgsmål om hjælp og støtte så hurtigt som muligt. Det er myndighedens opgave at fastsætte de nærmere frister for at træffe afgørelser som led i lokale prioriteringer af, hvordan kommunens samlede ressourcer bedst anvendes.</i>
Inddragelse af borgeren (§ 4)	<p><i>Kommunen skal sikre, at den, som skal have hjælp, har mulighed for at medvirke i behandlingen af sin sag. Kommunen skal tilrettelægge arbejdsgange, så det kan ske. Manglende adgang til medvirken kan føre til en afgørelses ugyldighed.</i></p> <p>Inddragelsen skal understøtte, at borgeren har det primære ansvar for sin egen situation, hvorfor det er vigtigt, at borgeren selv sætter sig nogle mål og træffer sine egne beslutninger, som skal støtte målet og hensigten med hjælpen. Manglende inddragelse kan medføre en betydelig risiko for, at myndigheden overtager ansvaret, og derved oplever borgeren, at der handles hen over hovedet på ham eller hende.</p> <p>Borgeren skal desuden kende sine rettigheder og pligter for at kunne tage ansvar og gøre sin medindflydelse på sagsbehandlingen gældende. Det gælder både rettigheder og pligter i forhold til det problem, der har fået borgeren til at henvende sig, og de regler, der gælder for sagsbehandlingen f.eks. om oplysningspligt, bisidder og klagemuligheder. Det er sagsbehandlerens opgave at formidle dette klart til borgeren.</p>
Helhedsvurdering (§ 5)	<p><i>Kommunen har pligt til at behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed, herunder efter anden lovgivning.</i></p> <p>Det betyder, at hjælpen til en borger skal tilrettelægges ud fra en samlet vurdering af borgerens situation, og at kommunen skal behandle ansøgninger om hjælp bredt og ikke kun i forhold til den konkrete form for hjælp, som borgeren har søgt om. Hovedsigtet med den brede vurdering er at tilrettelægge hjælpen bedst muligt.</p>
Officialprincippet (§ 10)	<p><i>Kommunen har ansvar for at indhente tilstrækkelige oplysninger til at afgøre, hvilken hjælp borgeren er berettiget til (officialprincippet). Til dette princip hører også, at hvis der er tvivl om oplysninger i sagen, skal myndigheden forsøge at få denne tvivl afklaret, så det kan vurderes, om den pågældende oplysning kan lægges til grund ved afgørelsen.</i></p> <p>For at oplyse en borgers sag er der efter retssikkerhedsloven fastlagt en række regler for indhentelse af nødvendige oplysninger, herunder for borgerens medvirken hertil, som kommunerne skal rette sig efter i sagsbehandlingen.</p>

Kilde: Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område (VEJ nr 9330 af 21/03/2019)

Ud over de førnævnte principper for behandling af sociale sager og afgørelser om hjælp og støtte efter serviceloven og retssikkerhedsloven, findes der i modsætning til børneområdet (se afsnit 2.2.2.) ikke på voksenområdet mange procesregler for sagsbehandlingen i forbindelse med visitation og udredning. Dog gælder fx, at kommunerne skal meddele borgeren et varsel på mindst 14 uger fra borgerens modtagelse af afgørelser om bl.a. frakendelse eller nedsættelse af hjælperordninger efter servicelovens §§ 95, 96 og 98, frakendelse af bilstøtte efter § 114 eller ophør af hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste efter § 42 mv. Hvis borgeren vælger at klage over afgørelser i disse sager, må kommunen først påbegynde iværksættelsen af afgørelsen, når varslingsperioden er udløbet. Det er bl.a. begrundet i, at det er svært at genoprette hjælpen, hvis afgørelsen gennemføres.

Det er dog vigtigt, at kommunen er opmærksom på betydningen af, at hjælpen tidligt i forløbet målrettes efter de behov, borgeren har her og nu og på længere sigt, fordi den tidlige og målrettede hjælp ofte vil afværge yderligere problemer for borgeren. Kommunen skal således allerede tidligt i forløbet foretage en kvalificeret vurdering af borgerens aktuelle støttebehov.

Kommunerne kan i den forbindelse benytte sig af *udredningsværktøjer* for at sikre en helhedsorienteret sagsbehandling, der grundigt afdækker borgerens samlede støttebehov, jf. boks 2 nedenfor.

Boks 2

Eksempler på udredningsværktøjer på det specialiserede socialområde

Der findes en række udredningsværktøjer på det specialiserede socialområde, som har til formål at understøtte en helhedsorienteret sagsbehandling og afdække det samlede støttebehov hos det enkelte barn, unge eller voksne, hvoraf de mest anvendte fremgår nedenfor. Kommunerne er ikke forpligtet til at benytte værktøjerne.

ICS (Integrated Children's System) anvendes i 75 kommuner, og er dermed det mest benyttede udredningsværktøj på børneområdet. Værktøjet er understøttet af det digitale værktøj DUBU (Digitalisering – Udsatte Børn og Unge). Som supplement til ICS er der udviklet et særligt udredningsværktøj, som er målrettet sagsbehandlingen i sager om børn og unge med funktionsnedsættelse og/eller indgribende kroniske eller varige lidelser.

VUM (Voksenudredningsmetoden) er et udredningsværktøj i sager om voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som anvendes i forskellig udstrækning i 92 kommuner. Metoden understøtter alle faser i sagsbehandlingen fra en sag åbnes, til der følges op på indsatsen. VUM er digitalt understøttet af det digitale værktøj DHUV.

Der findes derudover en række redskaber, f.eks i forbindelse med behandling af stofmisbrug, til at afdække en borgers problemer og ressourcer samt behov for yderligere udredning f.eks i behandlingspsykiatrien.

For langt de fleste indsatser på voksenområdet efter serviceloven gælder, at det er kommunerne, der visiterer dertil. Serviceloven indeholder dog også generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte (§ 79), som kan anvendes uden visitation.

Derudover gælder for kvindekrisecentre og herberger (§§ 109 og 110) et *selvmøderprincip*, hvor det er lederen af det konkrete tilbud, der afgør, om en fremmødt person er i målgruppen for tilbuddet og dermed kan få ophold uden forudgående kommunal visitation. Selvmøderprincippet har til formål at understøtte tilbuddenes akutte karakter, som er afgørende for, at kvinder udsat for vold og de allermost udsatte borgere kan få akut hjælp og et tag over hovedet uden at skulle afvente en afgørelse fra kommunen. Det ændrer dog ikke på, at kommunen fra indskrivningstidspunktet har ansvar for, at borger og evt. medflyttende børn på krisecentre får de rette indsatser.

Desuden kan nævnes borgere med udviklingshæmning, som har begået en strafbar handling, men som efter straffelovens § 16 ikke vurderes strafegnede. I disse tilfælde får borgeren i stedet en foranstaltningsdom, som effektueres i socialt regi. Personer med udviklingshæmning, der er dømt til foranstaltning i en åben institution, placeres i et åbent § 108-tilbud godkendt til målgruppen af domfældte med udviklingshæmning. Personer med udviklingshæmning, der er dømt til foranstaltning i en sikret institution, placeres på institutionen Kofoedsminde, som drives af Region Sjælland og er beliggende i Lolland Kommune.

Hvordan rammerne for udredning og visitation anvendes i praksis til at sikre rette indsats vil så vidt muligt blive undersøgt i analysen i kapitel 3.

2.2.2 Regler om udredning og visitation på børneområdet

Ud over de generelle principper for behandling af sager på socialområdet gælder der på børneområdet en række særlige regler i forbindelse med udredning og visitation, som beskrives overordnet i det følgende.

Fordi området for udsatte børn og unge omfatter lovgivning, der kan have meget voldsomme konsekvenser for barn og familie - herunder tvangsmæssige indgreb - er det et område præget af en relativt tæt og tydelig regulering.

En af de mest centrale reformer på området i et historisk perspektiv, var Anbringelsesreformen i 2006. Overvejelserne bag reformen var overordnet at søge at løfte kvalite-

ten af indsatsen primært med fokus på en styrkelse af sagsbehandlingen. Centralt i reformen var styrkelse af kravene til udredningen af barnets og familiens ressourcer og problemer (den børnefaglige undersøgelse), krav om systematisk inddragelse af familie netværk, og krav om mere detaljeret måloppstilling (handleplanen) og opfølgning i sagerne.

Desuden kan ”Overgrebspakken” fra 2013 fremhæves i forhold til reglerne om håndtering af underretninger og sager om overgreb. Overvejelserne bag ”Overgrebspakken” var bl.a. at understøtte en bedre opsporing, en tidligere indsats og en bedre udredning, særligt men ikke kun i overgrebssager. Lovændringerne havde fokus på særligt at styrke reglerne om sagsbehandlingen i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn og unge. Blandt andet kan nævnes styrkede krav om, at alle underretninger skal vurderes rettidigt og systematisk, så det afklares, om barnet har brug for støtte.

Udredning på børneområdet er i høj grad knyttet op på den børnefaglige undersøgelse efter servicelovens § 50. Som udgangspunkt skal der gennemføres en børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse) i alle tilfælde, hvor kommunen har grund til at antage, at et barn kan have brug for støtte – det gælder både ved behov for forebyggende støtte, anbringelse og anbringelse med tvang.

Endvidere indeholder serviceloven også hjemmel til at iværksætte en række forskellige indsatser, som alene er målrettet børn og unge med handicap og deres forældre. Disse indsatser, som har et rent handicapkompenserende sigte, kan som altovervejende hovedregel iværksættes, uden at der foreligger en børnefaglig undersøgelse⁴.

Som led i kommunens tidlige, forebyggende arbejde er det dog også muligt at give hjælp i form af en forebyggende indsats efter servicelovens § 11, hvor der ikke er krav om udredning i form af en børnefaglig undersøgelse. Det gælder i de tilfælde, hvor der alene gives hjælp til en ”afgrænset” problemstilling – det kan fx være et kortere rådgivningsforløb. Formålet er at kunne sætte tidligt og forebyggende ind, så det ikke bliver nødvendigt med en mere indgribende indsats efter servicelovens kapitel 11.

En tidlig, forebyggende indsats forudsætter bl.a., at der arbejdes tværfagligt med disse sager, for at den nødvendige viden er til stede, og at der samarbejdes mellem forskellige sektorer og faggrupper. Kommunen skal desuden forsøge både at drage nytte af ressourcerne hos personer i barnets eller den unges hjem, typisk forældremyndighedsindehaverne og hjemmeboende søskende, og skal også overveje, om der er andre nære pårørende og nærtstående personer i øvrigt, som vil kunne bidrage til løsning af problemerne. Det kan være bedsteforældre, onkler, tanter, naboer, venner, venners forældre, skolelærere, sundhedsplejersker og pædagoger m.v.

Indholdet i den børnefaglige undersøgelse er oplyst i boks 3 nedenfor.

Boks 3

Indhold i den børnefaglige undersøgelse efter servicelovens § 50

⁴ Der stilles alene krav om en børnefaglig undersøgelse forud for godkendelse af hjemmetræning efter servicelovens § 32 a.

Den børnefaglige undersøgelse skal omfatte barnets eller den unges:

- udvikling og adfærd,
- familieforhold,
- skoleforhold,
- sundhedsforhold,
- fritidsforhold og venskaber og
- andre relevante forhold.

Punkterne kan udelades, hvis konkrete forhold betyder, at de ikke er relevante i forhold til det pågældende barn eller unge.

I forbindelse med undersøgelsen skal kommunen holde en samtale med barnet eller den unge. Samtalen kan dog udelades, hvis barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod det. Hvis der ikke kan gennemføres en samtale, skal kommunen forsøge at få oplysninger om barnets eller den unges synspunkter på anden vis.

På børneområdet stilles der eksplicit lovkrav om, at kommunen som led i undersøgelsen inddrager fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Det kan fx være sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre.

Undersøgelsen skal afsluttes senest fire måneder efter, at kommunen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis undersøgelsen undtagelsesvist ikke kan afsluttes inden fire måneder, skal kommunen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte undersøgelsen.

Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger og i bekræftende fald hvilke. Det er altså først når der er foretaget en børnefaglig undersøgelse, at kommunen efter servicelovens § 52 træffer beslutning om foranstaltninger, dvs. visiterer til den/de indsatser, der kan imødekomme barnets eller den unges og/eller familiens hjælpebehov. Det kan fx være familiebehandling, anbringelse uden for hjemmet eller kontaktperson mv.

Inden der træffes afgørelse om støtte, skal kommunen holde en samtale med barnet eller den unge, medmindre der er holdt en samtale under den børnefaglige undersøgelse.

I sager om bl.a. anbringelse uden samtykke, dvs. uden samtykke fra forældrene, er det *børn og unge-udvalget*, der træffer afgørelse på baggrund af en indstilling fra kommunen. Børn og unge-udvalget består af to medlemmer af kommunalbestyrelsen, én dommer og to pædagogisk-psykologisk sagkyndige.

Det er også børn og unge-udvalget, der efter servicelovens § 63 b træffer afgørelse om og dermed visiterer børn og unge til *sikrede døgninstitutioner* af henholdsvis sociale og strafferetlige årsager. Visitationen kan også ske i henhold til § 16 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet efter afgørelse af ungdomskriminalitetsnævnet.

2.3 Rammerne for opfølgning på indsatsen til børn, unge og voksne

En afgørende del af at sikre, at der gives den rette hjælp og støtte efter serviceloven til børn, unge og voksne, er, at der løbende følges op på indsatsen. På det specialiserede socialområde sikres denne opfølgning bl.a. ved at føre tilsyn både med indsatsen til de personer, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven (personrettet tilsyn), og med de sociale tilbud (bl.a. driftsorienteret tilsyn og Socialtilsynet). I det følgende gen-

nemgås rammerne for opfølgning med indsatsen. Der henvises til afdækning om kvalitet i indsatsene for en nærmere gennemgang af det driftsorienterede tilsyn med de sociale tilbud.

2.3.1 *Det personrettede tilsyn*

Kommunerne har efter servicelovens § 148 ansvar for løbende at føre tilsyn med, at hjælpen til det enkelte barn, unge eller voksne, som får hjælp og støtte efter serviceloven, fortsat er tilstrækkelig og opfylder sit formål. Det kaldes *det personrettede tilsyn*. Tilsynet udføres af den kommune, der har ansvaret for den sociale indsats til den enkelte person.

Tilsynspligten i forbindelse med det personrettede tilsyn omfatter alle typer af ydelser og indsatser, som kommunerne har truffet afgørelse om over for det enkelte barn, unge eller voksne.

Kommunen skal i forbindelse med opfølgningen være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Hvis det personrettede tilsyn viser, at forudsætningerne for fx borgerens ophold i et tilbud eller for at modtage støtte til et hjælpemiddel ikke længere er opfyldt, er kommunen forpligtet til at reagere herpå. Tilsvarende er kommunen forpligtet til at intensivere støtten, hvis borgerens hjælpebehov tilsiger det. Kommunens opfølgning skal ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med den, der modtager ydelsen eller indsatsen. Der gælder på voksenområdet ikke konkrete procesregler, som regulerer hyppigheden af tilsynet eller formen på opfølgningen.

På *børneområdet* stilles efter servicelovens § 70 eksplicit krav til, at kommunerne følger op på indsatsen til barnet, den unge eller de vordende forældre senest tre måneder efter, at der er iværksat en foranstaltning for at vurdere, om indsatsen skal ændres. Kommunernes tilsyn skal omfatte mindst to årlige tilsynsbesøg på anbringelsesstedet, hvor kommunen taler med barnet eller den unge. Samtalen skal så vidt muligt finde sted uden tilstedeværelse af ansatte fra anbringelsesstedet. Formålet med opfølgningen er at sikre, at indsatsen bidrager til at opnå de mål, der er opstillet for indsatsen. Reglerne for opfølgning på børneområdet har en tæt kobling til udarbejdelse af handleplaner, som gennemgås i næste afsnit. Endvidere gælder der særlige krav til tilsynet med børn med handicap, som hjemmetrænes efter servicelovens § 32 a.

Hvordan rammerne for det personrettede tilsyn bidrager til at sikre den løbende opfølgning og evt. justering af indsatsen til den enkelte vil så vidt muligt blive belyst i analysen i kapitel 3.

2.4 Rammerne for handleplaner på socialområdet

En vigtig del af kommunernes udredning, visitation og ikke mindst opfølgning på indsatsen er de handleplaner, som kommunerne skal udarbejde på børneområdet og skal tilbyde at udarbejde til en afgrænset gruppe på voksenområdet efter servicelovens §§ 140 og 141. Formålet med handleplanen er at beskrive bl.a. formål og nødvendig indsats samt varighed med henblik på at sikre en sammenhængende, helhedsorienteret og koordineret hjælp og støtte. Formålet er endvidere at styrke den enkeltes indflydelse på sagsbehandlingen, idet handlingsplanen skal udarbejdes i samarbejde med den enkelte.

Der stilles lidt forskellige krav til handleplaner på hhv. børne- og voksenområdet, som gennemgås i det følgende.

2.4.1 Handleplaner på voksenområdet

På voksenområdet har kommunerne efter servicelovens § 141 pligt til at tilbyde at udarbejde en handleplan for

1. Personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og
2. Personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Eksempler herpå kan fx være mennesker med udviklingshæmning, svært sindslidende eller med nedsat fysisk funktionsevne. Kommunen skal for alle borgere, der har behov for hjælp og støtte efter serviceloven, vurdere, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde borgeren at udarbejde en handleplan. Det er i den forbindelse vigtigt, at borgeren er orienteret om muligheden for at ønske en handleplan. Ved vurderingen af behovet for at udarbejde en handleplan skal der tages hensyn til borgerens samlede funktionsevne og behov samt karakteren, omfanget, sværhedsgraden og tidshorisonten for den indsats, der er brug for.

Uden for målgruppen for obligatoriske tilbud om handleplaner falder borgere, der er i stand til at tage vare på egne interesser, og som fx udelukkende har behov for hjælp til at strukturere dagligdagen.

Der stilles i serviceloven krav til handleplanens indhold, som er nærmere skitseret i boks 4, mens der ikke stilles specifikke krav til handleplanens form eller til processen for opfølgning på handleplanen.

Boks 4

Indhold i handleplaner på voksenområdet efter servicelovens § 141

Handleplanen skal indeholde en beskrivelse af følgende:

- Formålet med indsatsen for den pågældende borger
- Nødvendig indsats for at opnå formålet
- Forventet varighed af indsatsen
- Andre særlige forhold om boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv.

I forlængelse heraf kan handleplanen konkret fx forholde sig til og opstille mål for følgende:

- Uddannelse, beskæftigelse og fritid
- Bolig, herunder hjælp til at fastholde en bolig, samt hjælpemidler og boligindretning
- Økonomi
- Opbygning af sociale relationer
- Indsatser af pædagogisk, pleje- og omsorgsmæssig karakter, som kan medvirke til at højne livskvaliteten
- Opfølgning af indsatserne med henblik på justering af handleplanen

For at skræddersy en helhedsorienteret indsats for den enkelte er det afgørende, at kommunen får kortlagt, hvilke myndigheder der dels allerede er inddraget i forhold til borgeren, og hvilke det vil være relevant at inddrage. Det kan fx være sygehusafdelinger, distriktpsychiatrien, Kriminalforsorgen, uddannelses- og beskæftigelsesforvaltninger m.v.

Når en borger visiteres til et socialt døgntilbud eller til et behandlingstilbud for stofmisbrug, skal kommunen udlevere relevante dele af handleplanen til tilbuddet for, at det enkelte tilbud kan give borgeren den nødvendige og rette indsats.

2.4.2 Handleplaner på børneområdet

På børneområdet skal kommunerne efter servicelovens § 140 udarbejde handleplaner:

1. Før der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. servicelovens §§ 52, 76 eller 76 a, over for et barn eller en ung, der har behov for særlig støtte, herunder unge mellem 18-23 år i efterværn,
2. Før der træffes afgørelse om foranstaltninger over for vordende forældre, hvor det må formodes, at det kommende barn vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen,
3. Når et barn eller en ung under 18 år har et behandlingskrævende stofmisbrug,
4. Når en ung er idømt en sanktion efter straffelovens § 74 a⁵.

Handleplanen skal angive formålet med indsatsen, og hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet. En handleplan er således både kommunens eget arbejdsredskab til at sikre en systematisk planlægning og redskab for samarbejdet med familien og barnet eller den unge.

Kravene til handleplanens indhold er oplistet nedenfor i boks 5.

Boks 5

Indhold i handleplaner på børneområdet efter serviceloven

Handleplanen skal beskrive:

- Formålet med indsatsen
- Nødvendig indsats for at opnå formålet
- Konkrete mål om trivsel og udvikling for de problemer, der er afdækket i den børnefaglige undersøgelse
- Indsatsens forventede varighed

Hvis den unge er fyldt 16 år, skal handleplanen desuden beskrive:

- Konkrete mål for overgang til voksenlivet, herunder i forhold til beskæftigelse og uddannelse (hvis den unge er fyldt 16 år)

I sager om anbringelse uden for hjemmet, skal handleplanen desuden beskrive:

- Støtte over for familien i forbindelse med anbringelse uden for hjemmet og i tiden efter hjemgivelse

I modsætning til voksenområdet stilles der ydermere på børneområdet en række proceskrav for opfølgning på og revidering af handleplaner. Kommunen skal fx i forbindelse med opfølgning på en foranstaltning som beskrevet i afsnit 2.3 vurdere, om handleplanen skal revideres. Ved anbringelse uden for hjemmet skal kommunerne ved det løbende tilsyn med barnet eller den unge vurdere behovet for revisionen af handleplanen. Endelig kan det nævnes, at handleplanen også skal revideres i forbindelse med visse afgørelser om efterværn.

Ligesom for voksne på botilbud skal kommunen udlevere relevante dele af handleplanen eller for barnet eller den unge til anbringelsesstedet eller behandlingstilbud for stofmisbrug. Dette for at sikre at barnets eller den unges hjælpebehov er tilstrækkeligt oplyst.

⁵ § 74 a i straffeloven: Hvis en person, der på gerningstiden ikke var fyldt 18 år, har begået grovere personfarlig kriminalitet eller anden alvorlig kriminalitet, kan retten bestemme, at den pågældende skal undergive sig en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling af 2 års varighed, hvis det må anses for formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser.

**8.
Kvalitet i indsatserne på det specialiserede
socialområde**

Dato
11-01-2021

Den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde

- Afdækning af kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Boks 1

Resumé

Afdækning

I kapitel 2 afdækkes de centrale elementer og mekanismer til sikring af kvalitet i indsatser og tilbud på specialiserede sociale tilbud. Kapitlet indeholder følgende hovedpointer:

- Der findes ikke en entydig definition af kvalitet i sociale tilbud og indsatser på socialområdet, og det vil variere fra person til person, hvad der er væsentligt ift. at betegne en indsats som værende af høj kvalitet. Med afsæt i bl.a. lovgivningen på socialområdet, socialtilsynets kvalitetsmodel og et litteraturstudie afgrænses kvalitetsforståelsen i indeværende analyse til at omfatte følgende:
 - *Sammenhængende og helhedsorienteret støtte* til barnet, den unge eller voksne - også på tværs af sektorer
 - *Inddragelse* af barnet, den unge eller voksne i egen sag
 - *Fokus på forebyggelse og tidlig indsats*
 - *Inklusion* i samfundslivet
 - Borgeren støttes i at udnytte sit fulde potentiale i forhold til *skolegang, uddannelse og beskæftigelse*
 - Understøtte mulighederne for i så høj grad som muligt at indgå i *sociale relationer og leve et selvstændigt liv*
 - Klart formål med indsatsen, herunder at de valgte metoder medvirker til *trivsel* og resulterer i den *ønskede udvikling* for borgeren
 - Indsatsen understøtter barnet, den unge eller voksne *fysiske og mentale sundhed og trivsel*
 - Tilbuddet har en hensigtsmæssig *organisering* og en kompetent og ansvarsfuld *ledelse*
 - Tilbuddets medarbejdere har de nødvendige faglige, relationelle og personlige *kompetencer*
 - De *fysiske rammer* understøtter udvikling og trivsel hos barnet, den unge eller voksne
- En række forskellige elementer og mekanismer bidrager til sikring og udvikling af kvalitet i de sociale indsatser og tilbud. Nogle mekanismer - såsom socialtilsynet - er målrettet kvalitetssikring af afgrænsede områder inden for det specialiserede socialområde. Andre mekanismer har et bredere sigte og fokuserer på at sikre og udvikle kvaliteten på det specialiserede socialområde mere generelt.
- Centrale elementer og mekanismer til sikring af kvalitet er bl.a.: de generelle regler om tilsyn og godkendelse af tilbud og indsatser, herunder socialtilsynet, som godkender og fører tilsyn med sociale tilbud, udvikling og udbredelse af socialfaglige metoder, sikring af bedre datagrundlag og kompetenceniveauet blandt medarbejdere på sociale tilbud.

Indhold

1. Indledning	3
2. Afdækning	4
2.1. Overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser	4
2.2. Elementer og mekanismer til sikring og udvikling af kvalitet	9

1. Indledning

Som led i Evalueringen af det specialiserede socialområdes spor 1 foretages en afdækning og en analyse af den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde som grundlag for at pege på konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

Arbejdet gennemføres under følgende fem analysetemaer:

1. Den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde
2. Finansiering og økonomiske incitamentter på det specialiserede socialområde
3. Nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen
4. Visitation til de specialiserede sociale indsatser
5. Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde

Nærværende afdækning og analyse behandler analysetemaet om kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde.

I *kapitel 2* foretages en *afdækning* af de overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser. Afdækningen af rammerne danner grundlag for en afgrænsning af kvalitetsforståelsen på socialområdet. Med afsæt i de overordnede rammer og afgrænsningen af kvalitetsbegrebet følger en afdækning af de centrale elementer og mekanismer til sikring og udvikling af kvalitet. Til brug herfor afdækkes bl.a. de nuværende tilsynsforpligtelser på det specialiserede socialområde og relevante medarbejderkompetencer i henholdsvis visitationsprocessen og på sociale tilbud.

2. Afdækning

I det følgende afdækkes de centrale elementer og mekanismer, som har til formål at sikre den fornødne kvalitet i indsatser og tilbud på det specialiserede socialområde. Afdækningen indledes med en gennemgang af de *overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser*. Således beskrives de lovgivningsmæssige rammer for kvalitet, kvalitetsbegrebet i socialtilsynets kvalitetsmodel, perspektiver på kvalitet fra den socialfaglige forskning og kvalitet i et borgerperspektiv. Med afsæt heri foretages en afgrænsning af denne analyses kvalitetsforståelse.

For at skabe et samlet billede af de centrale elementer og mekanismer, som har til formål at sikre den fornødne kvalitet i de specialiserede sociale tilbud og indsatser, gennemføres herefter og med afsæt i gennemgangen af den overordnede ramme og afgrænsningen af kvalitetsforståelsen, en deskriptiv afdækning af de centrale elementer og mekanismer, som skal sikre kvalitet i tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. Disse elementer og mekanismer omfatter Socialtilsynet, udvikling og udbredelse af socialfaglige redskaber og indsatser, sikring af bedre datagrundlag samt de overordnede rammer for kompetenceniveauet blandt medarbejdere på sociale tilbud og i kommunernes visitation.

2.1. Overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser

Der findes ikke en entydig ramme for og definition af begrebet kvalitet på det specialiserede socialområde, og i praksis kan der være stor variation i, hvad der for den enkelte bidrager til høj kvalitet i en social indsats.

I dette afsnit afdækkes de overordnede rammer for kvalitet i sociale indsatser. Dette gøres med udgangspunkt i lovgivningen på socialområdet, socialtilsynets kvalitetsmodel og perspektiver på kvalitet fra henholdsvis den socialfaglige forskning og fra borgernes synsvinkel. Med afsæt i denne afdækning foretages afslutningsvis en afgrænsning af kvalitetsforståelsen på socialområdet.

2.1.1. Den lovmæssige ramme for kvalitet

Da lov om social service (herefter serviceloven) har karakter af en rammelov, påhviler det i høj grad kommunerne at sikre god kvalitet i indsatsen er for den enkelte. Denne vurdering skal ske i tæt samarbejde med borgeren.

Serviceloven indeholder således ikke en definition af kvalitet. Dog kan man af flere af lovens bestemmelser indirekte udlede, hvad der ligger til grund for kvalitetsforståelsen på det sociale område. Derudover er der en række bestemmelser i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), som ligeledes kan siges at være retningsgivende for kvalitetsforståelsen. Af nedenstående tabel fremgår de relevante bestemmelser fra serviceloven og retssikkerhedsloven, som danner grundlag for centrale principper i lovgivningen på socialområdet.

Tabel 1 : Udvalgte bestemmelser fra serviceloven og retssikkerhedsloven som er retningsgivende for kvalitetsforståelsen på socialområdet

Serviceloven

§ 1 om formål	<p>Formålet med denne lov er</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at <u>forebygge sociale problemer</u>, 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have <u>et forebyggende sigte</u>, og 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. <p>Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at <u>fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig</u> og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og <u>forbedre livskvaliteten</u>.</p>
----------------------	--

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn.

§ 46 om formål og bl.a. helhedsorienteret støtte

Formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende. Støtten skal ydes med henblik på at sikre barnets eller den unges bedste og skal have til formål at

- 1) sikre kontinuitet i opvæksten og et trygt omsorgsmiljø, der tilbyder nære og stabile relationer til voksne, bl.a. ved at understøtte barnets eller den unges familiemæssige relationer og øvrige netværk,
- 2) sikre barnets eller den unges muligheder for personlig udvikling og opbygning af kompetencer til at indgå i sociale relationer og netværk,
- 3) understøtte barnets eller den unges skolegang og mulighed for at gennemføre en uddannelse,
- 4) fremme barnets eller den unges sundhed og trivsel og
- 5) forberede barnet eller den unge til et selvstændigt voksenliv.

Stk. 2. Støtten skal være tidlig og helhedsorienteret, så problemer så vidt muligt kan forebygges og afhjælpes i hjemmet eller i det nære miljø. Støtten skal i hvert enkelt tilfælde tilrettelægges på baggrund af en konkret vurdering af det enkelte barns eller den enkelte unges og familiens forhold.

Stk. 3. Støtten skal bygge på barnets eller den unges egne ressourcer, og barnets eller den unges synspunkter skal altid inddrages med passende vægt i overensstemmelse med alder og modenhed. Barnets eller den unges vanskeligheder skal så vidt muligt løses i samarbejde med familien og med dennes medvirken. Hvis dette ikke er muligt, skal foranstaltningens baggrund, formål og indhold tydeliggøres for forældremyndighedsindehaveren og for barnet eller den unge.

§ 81 om formål og bl.a. helhedsorienteret støtte

Formålet med at yde støtte efter denne lov til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktions-evne eller med særlige sociale problemer er at sikre, at den enkelte får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der modsvarer den enkeltes behov. Støtten skal ydes med det formål at styrke den enkeltes egne muligheder og eget ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Desuden er formålet at medvirke til at sikre, at den enkelte kan fastholde sit aktuelle funktionsniveau, og at yde kompensation, omsorg og pleje. Indsatserne til voksne skal således

- 1) forebygge, at den enkeltes problemer forværres,
- 2) understøtte den enkeltes muligheder for at fastholde egne ressourcer eller fremme øget selvstændighed samt forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion,
- 3) forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje,
- 4) fremme inklusion i samfundet, herunder medvirke til at øge den enkeltes mulighed for deltagelse i uddannelse, beskæftigelse og sociale relationer, og
- 5) sikre en helhedsorienteret støtte med tilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

Retssikkerhedsloven

Myndigheden skal sikre, at den som skal have hjælp, har mulighed for at medvirke i behandlingen af sin sag. Kommunen skal tilrettelægge arbejdsgange, så det kan ske. Manglende adgang til medvirken kan føre til en afgørelses ugyldighed.

§ 4 om inddragelse

Inddragelsen skal understøtte, at borgeren har det primære ansvar for sin egen situation, hvorfor det er vigtigt, at borgeren selv sætter sig nogle mål og træffer sine egne beslutninger, som skal støtte målet og hensigten med hjælpen. Manglende inddragelse kan medføre en betydelig risiko for, at myndigheden overtager ansvaret, og derved oplever borgeren, at der handles hen over hovedet på ham eller hende.

Borgeren skal desuden kende sine rettigheder og pligter for at kunne tage ansvar og gøre sin medindflydelse på sagsbehandlingen gældende. Det gælder både rettigheder og pligter i forhold til det problem, der har fået borgeren til at henvende sig, og de regler, der gælder for sagsbehandlingen f.eks. om oplysningspligt, bisidder og klage muligheder. Det er sagsbehandlerens opgave at formidle dette klart til borgeren.

Myndigheden har pligt til at behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed, herunder efter anden lovgivning.

§ 5 om helhedsvurdering

Det betyder, at hjælpen til en borger skal tilrettelægges ud fra en samlet vurdering af borgerens situation, og at kommunen skal behandle ansøgninger om hjælp bredt og ikke kun i forhold til den konkrete form for hjælp, som borgeren har søgt om. Hovedsigtet med den brede vurdering er at tilrettelægge hjælpen bedst muligt.

Dette princip følger også af kommunernes generelle rådgivningsforpligtelser efter servicelovens §§ 10 og 11. Rådgivningen skal ske på et så sagligt og vidensfunderet grundlag som muligt. Hvis kommunen ikke selv råder over den nødvendige faglige viden, kan kommunen søge den hos VISO, der har til opgave at sikre en systematisk indsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af den faglige viden på det sociale område.

§ 10 om official-princippet

Myndigheden har ansvar for at indhente tilstrækkelige oplysninger til at afgøre, hvilken hjælp borgeren er berettiget til (officialprincippet). Til dette princip hører også, at hvis der er tvivl om oplysninger i sagen, skal myndigheden forsøge at få denne tvivl afklaret, så det kan vurderes, om den pågældende oplysning kan lægges til grund ved afgørelsen.

For at oplyse en borgers sag er der efter retssikkerhedsloven fastlagt en række regler for indhentelse af nødvendige oplysninger, herunder for borgerens medvirken hertil, som kommunerne skal rette sig efter i sagsbehandlingen.

Kilder: Lov om socialservice og vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område (VEJ nr. 9330 af 21/03/2019)

Serviceovens formålsbestemmelse (§ 1) indgår i ovenstående tabel. Heraf fremgår det, at lovens formål er at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer, at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Serviceovens formål er senest ændret i 2018, hvor det blev tydeliggjort, at loven desuden har til formål at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig. Denne ændring afspejler en generel udvikling i bl.a. den kommunale praksis mod øget fokus på at fremme den enkeltes selvhjulpenhed, udvikling og rehabilitering.

Derudover fremgår det også af bl.a. lovens § 46 og § 81, at der lægges vægt på, at indholdet i indsatsen er helhedsorienteret, forebyggende, og at der sker en inddragelse af brugere og pårørende.

Fokus på at styrke den forebyggende indsats og sikre borgeren større indflydelse på tilrettelæggelsen af servicetilbud var således også nogle af de centrale politiske ønsker bag indførelsen af serviceoven i 1998.

Indførelsen af serviceoven markerede et nybrud i forhold til den tidligere særforbrug, hvor mennesker med handicap ofte boede i store institutioner adskilt fra det øvrige samfund, mens mennesker med svære psykiske lidelser typisk opholdt sig store dele af deres liv på psykiatriske afdelinger. Med den nye lov blev institutionsbegrebet på socialområdet ophævet, således at længerevarende boliger til mennesker med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, herunder sindslidelse, betragtes som den enkeltes hjem.

Formålet med lovændringen var at give mennesker med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, en sindslidelse eller et særligt socialt problem mulighed for at nyde godt af samme grundlæggende rettigheder om bl.a. hjemmets ukrænkelighed som resten af befolkningen og at fremme inklusionen i resten af samfundet.

Retssikkerhedsloven indeholder ligeledes en række bestemmelser om myndighedsindsatsen bl.a. §§ 4, 5 og 10, som fremgår af ovenstående tabel. Disse skal bl.a. bidrage til, at borgerne visiteres til de rette indsatser, at borgeren inddrages i sin sag, og at der sker en helhedsvurdering, således at hjælpen tilrettelægges ud fra en samlet vurdering af borgerens situation. Disse bestemmelser har til hensigt at sikre, at barnet, den unge eller den voksne modtager den rette hjælp og bidrager dermed også til at sikre kvaliteten i indsatserne.

Ovennævnte er således nogle af de lovgivningsmæssige principper, der danner grundlag for kvalitet på socialområdet.

2.1.2. Socialtilsynets kvalitetsmodel

Socialtilsynets kvalitetsmodel¹ sætter i modsætning til serviceloven og retssikkerhedsloven en tydeligere ramme for, hvad der definerer kvalitet i sociale tilbud, og denne er således også relevant at inddrage i indeværende analyses afgrænsning og forståelse af kvalitet.

Kvalitetsmodellen er en ramme, som skal strukturere og systematisere socialtilsynets kvalitetsvurdering af tilbuddene. Der er imidlertid altid et betydeligt fagligt skøn forbundet med at vurdere, hvorvidt et tilbud har fornøden kvalitet. I forbindelse med godkendelse af og driftsorienteret tilsyn med tilbud, som er omfattet af socialtilsynsloven, vurderer socialtilsynet tilbuddenes generelle kvalitet inden for følgende temaer:

1. Uddannelse og beskæftigelse
2. Selvstændighed og relationer
3. Målgrupper, metoder og resultater
4. Sundhed og trivsel
5. Organisation og ledelse
6. Kompetencer
7. (Økonomi)²
8. Fysiske rammer

Kvalitetsvurderingen indebærer, at socialtilsynet skal tage stilling til, om det er sandsynligt, at tilbuddet vil kunne levere den fornødne kvalitet i indsatsen inden for disse temaer. Kvalitetsmodellens temaer kan dog også siges at have en bredere gyldighed og har således også relevans for indsatser på det sociale område, som ikke er omfattet af socialtilsynet.

Socialtilsynets brug af kvalitetsmodellen vil blive nærmere gennemgået i afsnit 2.2.3.

2.1.3 Perspektiver på kvalitet fra socialfaglig forskning

Til belysning af perspektiver på kvalitet fra socialfaglig forskning er udvalgt et litteraturstudie om kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder. Litteraturstudiet er valgt, fordi det med udgangspunkt i nyere litteratur om kvalitet på botilbud giver et overblik over relevante temaer for kvalitet. Litteraturstudiet er et samarbejde mellem VIVE og Socialt Udviklingscenter (SUS) med inddragelse af Socialstyrelsen. Litteraturstudiet er en del af det samlede satspuljeinitiativ ”En styrket indsats i psykiatrien”³. Initiativet rummer flere delindsatser, bl.a. udarbejdes der et indsatskatalog for kvalitet på botilbud. Litteraturstudiet indgår som en del af dette arbejde.

Det fremgår af litteraturstudiet, at kvalitetstemaerne fra socialtilsynets kvalitetsmodel også gør sig gældende i litteraturen. Følgende temaer fremhæves desuden som værende centrale for kvalitet i litteraturen: borgerperspektivet på kvalitet, inklusion og social integration i samfundslivet samt recovery⁴ og rehabilitering..

Litteraturstudiet peger desuden på, at borgerne altid bør inddrages i arbejdet med at styrke kvaliteten på deres botilbud. Gennemgående viser litteraturen, at mennesker,

¹ Socialtilsynet har en kvalitetsmodel for hhv. tilbudsområdet og plejefamilieområdet. Plejefamilieområdet er ikke omfattet af evalueringen af det specialiserede socialområde. Når der i denne analyse henvises til kvalitetsmodellen refereres der således til kvalitetsmodellen for tilbudsområdet.

² Temaet økonomi (nr. 7) vurderes særskilt og er ikke indeholdt i kvalitetsmodellen.

³ Initiativet fremgår af: Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2019-2022

⁴ Recovery handler i denne sammenhæng om at komme sig fra psykiske vanskeligheder og overvinde de sociale følgevirkninger, det for mange kan medføre. Tilgangen har fokus på, at den enkelte selv definerer og skaber sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv. Kilde: VIVE og Socialstyrelsen (2020): *Kvalitet på botilbud – Et litteraturstudie på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder*.

der bor på botilbud, vægter forhold som autonomi og medbestemmelse, individualiserede støttemuligheder, beskyttelse af personlig værdighed og privatliv samt relationen til ansatte og andre beboere på botilbuddet. Fysiske rammer, tryghed, økonomiske og praktiske forhold samt muligheden for en meningsfuld hverdag har ligeledes betydning.

Temaerne som fremhæves i studiet er dog ikke udtømmende, og der vil være studier og undersøgelser, som fremhæver andre faktorer, som værende væsentlige for kvaliteten.

Litteraturstudiet tydeliggør dog væsentligheden af at medtage parametre som bl.a. inklusion i samfundslivet og et helhedsorienteret blik på indsatser i forståelsen af kvalitet. Temaer som også kunne uddrages af den lovgivningsmæssige ramme.

2.1.4 Kvalitet set fra borgerens perspektiv

Det vil variere fra person til person, hvad der er væsentligt ift. at betegne en indsats som værende af høj kvalitet. For nogle kan eksempelvis tilbuddets omgivelser være af afgørende betydning for deres vurdering. For andre kan det være afgørende, at tilbuddet har stort fokus på fælles aktiviteter og oplevelser for beboerne, og for mange børn og unge vil eksempelvis tætte og stabile relationer til voksne have stor betydning for deres vurdering af indsatsens kvalitet.

Sammenhæng i indsatser og et helhedsorienteret fokus på indsatser bliver ofte fremhævet som værende afgørende for den enkeltes oplevelse og vurdering af indsatsens kvalitet. Inddragelsen af det enkelte barn, den unge eller den voksne kan således også siges at have betydning for kvaliteten både ift. indsatsens effekt og for oplevelsen af det samlede forløb.

Både de lovmæssige rammer, kvalitetsmodellen og perspektiverne fra socialfaglig forskning indeholder elementer og mekanismer, som understreger vigtigheden af borgerinddragelse.

Således fastslås det eksempelvis i retssikkerhedslovens § 4 (se tabel 1), at borgerne skal inddrages i egen sag, og at myndigheden skal sikre, at den som skal have hjælp, skal have mulighed for at medvirke i behandlingen af sin sag.

I kvalitetsmodellens tema "sundhed og trivsel" understreges vigtigheden af, at tilbuddet respekterer barnets, den unges og den voksnes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer den enkeltes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet.

Kvalitetsmodellen understreger også, at medarbejdernes relationelle kompetencer er afgørende for kvaliteten i tilbuddet. Medarbejderne skal således møde barnet, den unge og den voksne med respekt for dennes behov og forudsætninger. Det fremhæves også, at tilbuddet skal kunne sikre børn og unge en tryk hverdag og opvækst med nære og stabile relationer. Betydningen af relationer mellem medarbejdere og beboere understreges også i kvalitetsmodellens tema om "selvstændighed og relationer", hvoraf det fremgår, at det er centralt, at børnene og de unge har en fortrolig relation til en eller flere voksne.

Medbestemmelse og inddragelse blev også fremhævet som væsentlige faktorer i det tidligere omtalte litteraturstudie.

Med udgangspunkt i undersøgelser foretaget af bl.a. VIVE og Ankestyrelsen vil borgerperspektivet på kvalitet blive undersøgt nærmere i analysefasen.

2.1.5 Kvalitetsbegrebet på det sociale område

Ovenstående afdækning af den lovgivningsmæssige ramme, temaerne i socialtilsynets kvalitetsmodel, perspektiver på kvalitet fra den socialfaglige forskning og det tværgående afsnit vedr. borgerens perspektiv på kvalitet søger at indkredse og beskrive kvalitetsforståelsen på det sociale område. I nedenstående boks er således listet de elementer, som har været fremtrædende i afdækningen af kvalitet på det socialområde, og som ligger til grund for kvalitetsforståelsen i denne analyse.

Boks 2: Kvalitetsforståelse

Følgende elementer indgår i analysens kvalitetsforståelse

- *Sammenhængende og helhedsorienteret støtte til barnet, den unge eller den voksne også på tværs af sektorer*
- *Inddragelse af barnet, den unge eller den voksne i egen sag*
- *Fokus på forebyggelse og tidlig indsats*
- *Inklusion i samfundslivet Borgeren støttes i at udnytte sit fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse*
- *Understøtte mulighederne for i så høj grad som muligt at indgå i sociale relationer og leve et selvstændigt liv*
- *Klart formål med indsatsen, herunder at de valgte metoder medvirker til trivsel og resultere i den ønskede udvikling for borgeren*
- *Indsatsen understøtter barnet, den unge eller den voksnes fysiske og mentale sundhed og trivsel*
- *Tilbuddet har en hensigtsmæssig organisering og en kompetent og ansvarfuld ledelse*
- *Tilbuddets medarbejdere har de nødvendige faglige, relationelle og personlige kompetencer*
- *De fysiske rammer understøtter udvikling og trivsel hos barnet, den unge eller den voksne*

2.2 Elementer og mekanismer til sikring og udvikling af kvalitet

En række forskellige elementer og mekanismer bidrager til sikring og udvikling af kvalitet i de sociale indsatser og tilbud. Således er eksempelvis medarbejdernes kompetencer afgørende for kvaliteten i de sociale tilbud og indsatser. Nogle mekanismer - såsom socialtilsynet - er målrettet kvalitetssikring af afgrænsede områder inden for det specialiserede socialområde. Andre mekanismer har et bredere sigte og fokuserer på at sikre og udvikle kvaliteten på det specialiserede socialområde mere generelt. Som eksempel herpå kan fremhæves, at der har været en generel udvikling mod øget fokus på vidensbaserede indsatser på socialområdet.

I det følgende afdækkes de generelle regler om tilsyn og godkendelse af tilbud og indsatser, socialtilsynet – herunder tilsynets kvalitetsmodel, rammerne for udvikling og udbredelse af socialfaglige metoder, sikring af bedre datagrundlag og rammerne for kompetencer blandt medarbejdere på sociale tilbud.

2.2.1 Generelle regler om tilsyn og godkendelse af tilbud og indsatser

Sociallovgivningen indeholder en række bestemmelser, som forpligter forskellige myndigheder til at føre tilsyn med indsatser og tilbud på det specialiserede socialområde. Tilsynsbestemmelserne er et centralt element til sikring af kvalitet i de sociale indsatser.

Kommunernes pligt til at føre *personrettet tilsyn* er én af disse tilsynsforpligtelser. Kommunerne har således ansvaret for løbende at føre tilsyn med barnets, den unge el-

ler den voksnes forhold, og følge op på om hjælpen til den enkelte fortsat er tilstrækkelig og opfylder sit formål. For yderligere om det personrettede tilsyn henvises til temaanalysen om visitation til de specialiserede sociale indsatser. De centrale tilsyn med tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde er listet i boks 3 nedenfor.

Boks 3

Oversigt over tilsyn på det sociale område

Tilsyn på socialområdet	Lovgrundlag	Kort beskrivelse af tilsynet
Det personrettede tilsyn	Serviceovens § 148	Udføres af den kommune, der har ansvaret for borgerens ophold i tilbuddet. Tilsynspligten omfatter alle typer af ydelser og indsatser, kommunalbestyrelsen har truffet afgørelse om for den enkelte borger. Det personrettede tilsyn har til formål at sikre, at den hjælp, der er truffet afgørelse om at yde, fortsat opfylder sit formål.
Regionsrådets tilsyn	Serviceovens § 5 stk. 8	Regionsrådet skal føre tilsyn med regionalt drevne beskyttet beskæftigelses- og aktivitets- og samværstilbud efter §§ 103 og 104. Regionsrådene skal ligeledes føre tilsyn med regionalt drevne tilbud efter § 32 og § 36, tilbud om særlige dag- og klubtilbud til børn og unge med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
Det kommunale driftstilsyn	Retssikkerhedslovens § 16 og serviceovens § 148 a	Ifølge retssikkerhedsloven har kommunen pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses på de lovområder, der er omfattet af loven. Pligten til at føre tilsyn gælder også for hjælp, som udføres af andre end ansatte i kommunen. Det fremgår af lovforarbejderne til retssikkerhedsloven, at kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, at opgaverne løses med den kvalitet – både fagligt og økonomisk – som myndigheden inden for lovgivningens rammer har besluttet, der skal være i kommunen. Af serviceoven fremgår det ydermere, at kommunen fører generelt driftsorienteret tilsyn med egne og private tilbud efter serviceoven, som ikke er omfattet af socialtilsynet. Det driftsorienterede tilsyn omfatter tilsyn med tilbuddets personale, bygninger og økonomi.
Styrelsen for patientsikkerheds tilsyn efter §§ 83 -87	Serviceovens § 150	Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre tilsyn med den personlige hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83 -87, som ydes på registreringspligtige kommunale og private enheder efter § 150 c stk. 1 og 2.
Ankestyrelsens tilsyn med kommuner og regioner	Kommunestyrelseslovens kapitel 6 & regionslovens §§ 30-31.	Ankestyrelsen fører tilsyn med, at kommunerne, kommunale fællesskaber og regioner overholder den lovgivning, der særligt gælder for offentlige myndigheder.
Socialtilsynets driftsorienterede tilsyn	Socialtilsynsloven	Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med sociale tilbuds generelle kvalitet (det fremgår af boks 2, hvilke tilbud der er omfattet), herunder plejefamiliernes generelle kvalitet.
Det kriminalpræventive tilsyn	Retssikkerhedslovens § 16 a.	Kommunen fører et kriminalpræventivt tilsyn med personer, som i henhold til dom eller kendelse eller som vilkår for tiltalefrafald eller prøveløsladelse skal undergives tilsyn af de sociale myndigheder. Dette tilsyn føres af den kommune, der har pligt til at yde hjælp, jf. §§ 9 og 9 a. Kommunen kan træffe afgørelse om ophold i en boform efter § 108 i lov om social service.

I denne afdækning fokuseres på socialtilsynet. Genstanden for socialtilsynet er netop de sociale tilbud, og det overordnede formål er at sikre, at tilbuddene har den fornødne kvalitet og drives i overensstemmelse med lovgivningen.

2.2.2 Socialtilsynet – baggrund og formål

I det følgende gennemgås baggrunden for indførslen af socialtilsynet samt tilsynets opgave og formål. Herefter gennemgås tilsynets kvalitetsmodel.

I oktober 2012 indgik den daværende regering (Socialdemokraterne, Radikale Venstre og SF), Venstre, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti en bred politisk aftale om et nyt socialtilsyn. På baggrund af aftalen og en omfattende inddragelse af et bredt felt af interessenter blev der udarbejdet forslag til lov om socialtilsyn (socialtilsynsloven), som blev enstemmigt vedtaget af Folketinget, og som trådte i kraft den 1. januar 2014. Af den politiske aftale blev fem målsætninger for tilsynsreformen fremhævet:

- Et mere professionelt og uafhængigt tilsyn
- Fra tilfældige indsatser til systematisk inddragelse af viden
- Borgeren i centrum
- Alle sociale døgntilbud, plejefamilier og ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud skal godkendes
- Bedre styr på økonomien

Socialtilsynene fører tilsyn med en stor del af tilbuddene på det specialiserede socialområde. Se boks 4 for en præcisering af hvilke tilbud, der er omfattet af socialtilsynet. Øvrige sociale tilbud er overvejende omfattet af det driftsorienterede tilsyn i kommuner og regioner⁵.

Formålet med loven var at styrke tilsynet med de sociale bo- og døgntilbud. *Baggrunden* herfor var bl.a. en vurdering af, at den daværende proces for godkendelse og tilsyn, hvor kommunerne drev egne tilbud og selv førte tilsyn med både egne og private tilbud, ikke var tilstrækkelig. Godkendelsen af og tilsynet med sociale døgntilbud havde således ikke den fornødne høje faglighed og systematik, som var og er nødvendig for, at tilsynet kan kontrollere og bidrage til at udvikle tilbuddene. Det resulterede eksempelvis i, at nogle tilbud modtog borgere, som de ikke havde kompetencerne til at løfte, nogle tilbud havde opkrævet for høj betaling ift. tilbuddets kvalitet, og nogle ellers gode tilbud ikke udviklede sig tilstrækkeligt.⁶ Opgaven med at godkende og føre driftsorienteret tilsyn er således både kompleks og fagligt krævende, og der er behov for faglige kompetencer inden for både økonomi, jura, pædagogik og socialfaglige metoder. I mange kommuner var der kun få tilsynsførende, og det var vanskeligt for den enkelte kommune at sikre, at alle disse kompetencer var til stede i godkendelses- og tilsynsprocessen. Ligeledes var det problematisk, at der ikke var uafhængighed i opgaveløsningen med at drive og føre tilsyn med de sociale tilbud, og det blev vurderet, at der var behov for en større grad af uvildighed.⁷

Således stillede den nye lov om socialtilsyn bl.a. krav om, at borgerne skulle høres, og at der skulle skabes mulighed for, at borgerne anonymt kunne rette henvendelse til socialtilsynet. Indførslen af loven betød desuden, at flere tilbud blev omfattet af tilsynskravet. Tidligere var der således kun krav om, at nogle af døgntilbuddene til udsatte børn, voksne og borgere med handicap skulle godkendes. Med loven blev længerevarende botilbud til voksne således også omfattet af kravet om tilsyn.

Socialtilsynets *hovedopgave* er at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med den generelle kvalitet i sociale tilbud og plejefamilier, som er omfattet af socialtilsynsloven. Godkendelse fra socialtilsynet er en forudsætning for, at tilbuddet kan anvendes af kommunerne⁸.

Formålet med socialtilsynet er at sikre, at borgeren får en indsats, der er i overensstemmelse med formålet med indsatsen efter serviceloven. Socialtilsynet har således en central rolle i at sikre og understøtte udviklingen af den generelle kvalitet i de specialiserede sociale tilbud. Reglerne om socialtilsynet findes i socialtilsynsloven.

⁵ Kommunens driftsorienterede tilsyn føres i henhold til servicelovens § 148A. Regionernes driftsorienterede tilsyn føres i henhold til Servicelovens § 5, stk. 8

⁶ KORA (2013): *Hvad vil lovforslaget om socialtilsyn betyde for kommunernes styring?*

⁷ Folketingstidende 2012-2013: *Forslag til Lov om socialtilsyn (lovforslag nr. L 205)*

⁸ Det gør sig dog ikke gældende for tilbud og indsatser, som ikke er omfattet af Lov om socialtilsyn. Det fremgår af boks 4, hvilke tilbud, der er omfattet af socialtilsynet.

Med socialtilsynsloven blev der etableret ét socialtilsyn i hver geografisk region. Socialtilsynet varetages af fem kommuner (Frederiksberg, Holbæk, Faaborg-Midtfyn, Silkeborg og Hjørring), som har ansvaret for at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med de omfattede tilbud beliggende i regionen. Socialtilsynene fører dog ikke tilsyn med tilbud beliggende i egen kommune eller med egne tilbud beliggende i andre kommuner. Tilsyn med disse tilbud føres af et af de øvrige socialtilsyn. På den måde sikres tilsynets uvildighed.

Socialtilsynet har ansvaret for, at tilbud, der er omfattet af socialtilsynsloven, er generelt egnede til målgruppen. De omfattede tilbud fremgår af boksen nedenfor.⁹

Boks 4 : Tilbud omfattet af socialtilsynet efter socialtilsynsloven

§ 4. Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med følgende tilbud:

- 1) Almene plejefamilier, forstærkede plejefamilier og specialiserede plejefamilier efter § 66, stk. 1, nr. 1-3, i lov om social service.
- 2) Døgntilbud efter § 66, stk. 1, nr. 6-8, jf. dog § 66 f, og §§ 107-110 i lov om social service samt stofmisbrugsbehandlingstilbud efter §§ 101 og 101 a i lov om social service.
- 3) Tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, når
 - a) tilbuddet leveres til beboere i boligformer efter andre bestemmelser end nævnt i nr. 2, dog ikke friplejeboliger,
 - b) hjælpen udgår fra servicearealer knyttet til boligerne og ydes af et fast ansat personale,
 - c) tilbuddet til beboerne i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service og
 - d) tilbuddets målgruppe er personer, der har ophold i boligen på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktions- evne eller særlige sociale problemer.
- 4) Alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141.

Socialtilsynet godkender sociale tilbud som generelt egnede til at modtage borgere inden for tilbuddets målgruppe, hvis de opfylder en nærmere række betingelser i socialtilsynslovens §§ 6 og 12-18. Disse gennemgås senere i dette afsnit.

Supplerende til kvalitetsmodellen og de temaer, den indeholder, fører socialtilsynet tilsyn med tilbuddenes økonomi og godkender som led her i hvert år tilbuddenes årsbudget.

Foruden opgaven med at godkende tilbud fører socialtilsynene *driftsorienteret tilsyn* med de godkendte tilbuds generelle kvalitet. Her påser socialtilsynet, at tilbuddet fortsat opfylder betingelserne for godkendelse. Tilsynet skal som led i det driftsorienterede tilsyn besøge alle omfattede tilbud og plejefamilier mindst én gang om året. Tilsynsopgaven har både karakter af kontrol og kvalitetsudvikling.

Socialtilsynet har både i forbindelse med godkendelse og driftsorienteret tilsyn en udtrykkelig forpligtelse til at indgå i dialog med tilbuddet. Dialogen skal bidrage til at fastholde og udvikle kvaliteten i tilbuddet.

⁹ Socialtilsynet har derudover fra 01. jan.'18 godkendt og ført tilsyn med foreninger og private virksomheder, der varetager eller ønsker at varetage arbejdsgiverfunktioner i ordninger med kontant tilskud til ansættelse af hjælpere og borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens §§ 95&96. Socialtilsynet udfører desuden på vegne af Udlændingestyrelsen, og på grundlag af en aftale med Udlændingestyrelsen, fagligt tilsyn med indkvarteringssteder, jf. udlændingelovens § 42 a, stk. 5, hvor der alene er indkvarteret uledsagede mindreårige udlændinge, og med særlige afsnit el. afdelinger på andre indkvarteringssteder end børnenecentre, hvor der opholder sig uledsagede mindreårige udlændinge.

Private, kommunale og regionale tilbud er underlagt en række regler for godkendelse og tilsyn. Socialtilsynet skal sikre sig, at de enkelte tilbud generelt har en kvalitet, så det er forsvarligt for kommunerne at benytte de konkrete tilbud.

Socialtilsynet kan i forbindelse med godkendelsen fastsætte vilkår, som skal opfyldes, inden godkendelsen kan træde endeligt i kraft. Ligesom tilsynet har mulighed for at gøre brug af sanktioner (påbud og skærpet tilsyn) over for tilbud, som ikke har den fornødne kvalitet eller på anden vis skal rette op på forhold af betydning for at kunne opretholde godkendelsen. Socialtilsynet skal fastsætte en frist for et påbuds overholdelse. Endelig kan tilsynet træffe afgørelse om ophør af godkendelse for tilbud, der ikke længere lever op til godkendelsesgrundlaget.

Hver af de fem socialtilsyn skal årligt udarbejde en årsrapport om kvaliteten af tilbuddene. I årsrapporten skal socialtilsynet bl.a. gøre sig nogle kvalitative overvejelser om den generelle kvalitet i de tilbud, de fører tilsyn med. Socialtilsynenes kvalitetsvurderinger vil blive beskrevet nærmere i analysefasen.

Som følge af socialtilsynsloven har Socialstyrelsen en særlig funktion, kaldet auditfunktionen. Socialstyrelsens auditfunktion understøtter, at socialtilsynets opgaveløsning udføres i overensstemmelse med lovens formål og intention. Socialstyrelsen skal følge praksis i socialtilsynet, understøtte udførelsen af godkendelses- og tilsynsopgaven samt levere analyser og viden om socialtilsynets virksomhed. Socialstyrelsen udarbejder årligt en rapport om socialtilsynenes virksomhed.

Socialstyrelsen har som en central opgave ansvaret for at videreudvikle kvalitetsmodellen for socialtilsyn samt nødvendige redskaber, guidelines m.v. knyttet til tilsynenes anvendelse af denne. Socialstyrelsen skal understøtte, at kvalitetsmodellen anvendes systematisk og ensartet på tværs af de fem socialtilsyn.

2.2.3 Socialtilsynets kvalitetsmodel

I forbindelse med godkendelse og tilsyn vurderer socialtilsynet tilbuddenes generelle kvalitet inden for nedenstående temaer. Ved vurderingen af kvaliteten inden for tema 1-6 og 8 anvender socialtilsynene en centralt fastsat kvalitetsmodel, som for hvert tema er opdelt i en række kriterier og indikatorer. Under hvert tema fremgår ét af de fastsatte kriterier.

1. Uddannelse og beskæftigelse
– *Tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse*
2. Selvstændighed og relationer
– *Tilbuddet styrker borgerens kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed*
3. Målgrupper, metoder og resultater
– *Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne.*
4. Sundhed og trivsel
– *Tilbuddet understøtter borgerens fysiske og mentale sundhed og trivsel*
5. Organisation og ledelse
– *Tilbuddet har en kompetent ledelse*
6. Kompetencer
– *Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til tilbuddets metoder*

7. (Økonomi - Temaet økonomi vurderes særskilt og er ikke indeholdt i kvalitetsmodellen.)
8. Fysiske rammer
- *Tilbuddets fysiske rammer understøtter borgerens udvikling og trivsel*

Der er udarbejdet én kvalitetsmodel for plejefamilier¹⁰ og én for øvrige tilbud. Herudover er kvalitetsmodellen i udgangspunktet generisk. Det vil sige, at den gælder for samtlige sociale tilbud, som er omfattet af loven, dog med enkelte variationer mellem forskellige typer af tilbud. Modellen skal således understøtte et ensartet grundlag for kvalitetsbedømmelsen på tværs af alle landets tilbud og danner udgangspunkt for godkendelse af og tilsyn med tilbud.

Alle tilbud godkendt af socialtilsynet skal fremgå af den digitale database *Tilbudsportalen*. Socialtilsynene lægger oplysninger på portalen om resultaterne af deres tilsyn, herunder tilsynets vurdering af tilbuddenes kvalitet. For nærmere om tilbudsportalen henvises til temanalysen om den nuværende overordnede struktur og opgavefordeling på det specialiserede socialområde.

2.2.4 Faglige redskaber og indsatser til sikring af kvalitet i tilbud på det specialiserede socialområde

Faglige redskaber og anvendelse af virksomme sociale indsatser bidrager ligeledes til at understøtte kvaliteten i tilbuddene på socialområdet. På det sociale område har der således gennem en længere årrække været fokus på at benytte evidens- og vidensbaserede indsatser. I det følgende beskrives Socialstyrelsens rolle ift. at udvikle samt udbrede kendskab og brug af virksomme indsatser og veldokumenterede faglige redskaber på socialområdet.

Socialstyrelsen er en udviklings-, rådgivnings- og implementeringsvirksomhed for hele det sociale serviceområde. Socialstyrelsens hovedopgave er at tilvejebringe ny socialfaglig viden og udbrede virksomme sociale indsatser, som understøtter, at kommuner, regioner og øvrige aktører kan yde en vidensbaseret og effektiv social indsats. Socialstyrelsen understøtter ligeledes implementeringen af indsatserne i praksis og varetager rådgivning af både kommuner, regioner og staten.

Socialstyrelsen arbejder med udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser på de dele af socialområdet, hvor udfordringerne og udviklingspotentialer vurderes at være størst. Arbejdet retter sig først og fremmest mod socialområdet, men kan også omfatte initiativer, der går på tværs af velfærdsområder. Socialstyrelsen har således en central rolle ift. at tilvejebringe ny socialfaglig viden, formidle og udbrede virksomme indsatser på socialområdet.

Socialstyrelsen udfører bl.a. sin hovedopgave gennem en målrettet og systematisk udvikling og udbredelse af sociale indsatser i samarbejde med kommunerne, fx gennem *Udviklings- og investeringsprogrammet (UIP)*, Den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM), rådgivnings- og taskforceforløb med afsæt i lokale rammevilkår og styringsmæssige udfordringer, fx på myndighedsområdet, forløbsbeskrivelser samt udvikling af faglige redskaber, fx voksenudredningsmetoden (VUM) og Integrated Children System (ICS) som anvendes til udredning af børn, unge og voksne i forbindelse med visitation.

¹⁰ Plejefamilieområdet er ikke omfattet af evalueringen af det specialiserede socialområde.

UIP har som formål at understøtte en mere vidensbaseret og effektiv socialpolitik. Dette gøres ved systematisk at screene for og udvikle og udbrede sociale indsatser, der efterspørges i kommunerne.

Socialstyrelsen udvikler og drifter ligeledes *Den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM)*. SØM er et beregningsværktøj, der styrker beslutningsgrundlaget i en konkret lokal sammenhæng og sætter fokus på de budgetøkonomiske konsekvenser, der over tid kan være ved at investere i sociale indsatser.

Socialstyrelsen tilbyder på en række områder rådgivningsforløb til kommunerne, som har til formål at løse en konkret social udfordring. Det kan være med afsæt i udfordringer i den kommunale organisering ift. eksempelvis tidlige forebyggende indsatser til børn og unge, forebyggelse af vold på botilbud eller omlægning af socialpsykiatrien mod en mere recoveryorienteret tilgang. Derudover tilbyder Socialstyrelsen i samarbejde med Ankestyrelsen taskforce-forløb til kommuner, hvor formålet er at styrke kvaliteten af den kommunale sagsbehandling på børne- og handicapområdet.

Endelig kan nævnes Socialstyrelsens *forløbsbeskrivelser om den højt specialiserede indsats*. Forløbsbeskrivelser er en overordnet beskrivelse af den tværsektorielle og koordinerede indsats over for en given målgruppe, som skal bidrage til at styrke samarbejdet og koordination mellem involverede aktører. Som en del af forløbsbeskrivelserne beskrives det, hvilke faglige kompetencer det er relevant at inddrage på forskellige tidspunkter i borgerens samlede forløb. For nærmere om Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser henvises til temanalyse 3 om nuværende mekanismer til at sikre specialisering i indsatsen.

Socialstyrelsens samarbejde med kommunerne er karakteriseret ved frivillighed. Kommunerne er ikke forpligtet til at indgå i samarbejder med Socialstyrelsen og kan gøre brug af de forskellige faglige redskaber efter behov.

2.2.5 Bedre datagrundlag på socialområdet

Foruden et øget fokus på vidensbaserede indsatser er der igangsat en strategisk satsning for at forbedre det nationale videns- og datagrundlag på socialområdet. Der blev i 2015 oprettet en afdeling i Social- og Indenrigsministeriet med det formål at udvikle data og analyser på socialområdet, og der blev udarbejdet en datastrategi for 2016-2020, som har været omdrejningspunktet for ministeriets arbejde med at sikre bedre data siden 2016. Med strategien har ministeriet løftet det grundlæggende datafundament på socialområdet betydeligt.

Med implementeringen af datastrategien 2016-2020 er der for de fleste målgrupper på det specialiserede socialområde sikret bedre og mere præcis viden om, hvilke udsatte mennesker og mennesker med handicap, der modtager hvilke indsatser og ydelser efter serviceloven og hvornår. Størstedelen af landets kommuner indberetter nu individdata til de nationale statistikker om antal af ydelser til borgere på socialområdet, og kvaliteten af de data, der bliver indberettet, er samtidig væsentligt forbedret. Det viser sig bl.a. ved, at flere kommuner hvert år godkender data og kommer med i offentliggørelsen af de forskellige socialstatistikker. Ligeledes er Tilbudsportalen omstruktureret med henblik på at styrke brugervenligheden og datakvaliteten samt sammenligneligheden på tværs af tilbud og dermed bl.a. understøtte, at kommunale sagsbehandlere nemt kan identificere relevante tilbud til de konkrete udfordringer, borgerne har.

De forbedrede individdata i socialregistre, herunder muligheden for at koble disse oplysninger med registeroplysninger om fx beskæftigelse, uddannelse og sundhed

samt de forbedrede data om sociale tilbud fra Tilbudsportalen, har muliggjort en langt mere offensiv analytisk anvendelse af data på socialområdet, der understøtter politikudvikling, implementering og forskning samt sammenligning og erfaringsudveksling mellem kommuner. Endeligt gør det forbedrede datagrundlag det bl.a. muligt fremadrettet at følge udviklingen på området ift. borgere og indsatser over tid.

Udviklingen af data fortsætter efter 2020, og her vil fokus bl.a. være på udvikling af nationale registre med individhenførbare udgiftsdata og data om børn med handicap, som er områder, hvor der ikke hidtil har været et nationalt overblik. Med denne nye viden bliver det bl.a. muligt at give et væsentligt mere detaljeret beregningsgrundlag for SØM, og dermed styrke investeringstankegangen i kommunerne.

2.2.6 Uddannelsesniveau og kompetencer blandt medarbejdere

Kompetencer og uddannelsesniveau blandt medarbejdere på sociale tilbud, øvrige sociale indsatser og i kommunernes visitation er ligeledes et væsentligt element til at sikre kvalitet i indsatserne. I det følgende afdækkes de overordnede rammer, som har betydning for kompetencebehovet blandt medarbejdere på området samt de kompetencemål, som gør sig gældende for pædagoguddannelsen og socialrådgiveruddannelsen.

Af socialtilsynets kvalitetsmodel fremgår, at det er afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at medarbejderne har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, som er nødvendige ift. tilbuddets målgrupper og borgernes aktuelle behov. Således indgår følgende kriterier som en del af socialtilsynets vurdering af tilbuddets kvalitet:

- Besidder tilbuddets medarbejdere relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder
- Har medarbejdergruppen samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metoder
- Er det afspejlet i medarbejdernes sammenspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer

Der findes på socialområdet ikke regler for, hvilke medarbejdere der skal udføre de sociale indsatser ej heller specifikke krav om medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund eller øvrige specifikke kompetencer. Dette gør sig gældende for medarbejdere i sociale tilbud (døgn- og botilbud), såvel som medarbejdere i øvrige sociale indsatser. Det konkrete kompetencebehov, herunder behovet for særlige fagkompetencer, varierer på tværs af tilbud, indsatser og målgrupper. Fælles for alle tilbud og øvrige indsatser er dog behovet for stærke relationelle kompetencer, ligesom det vil være afgørende for kvaliteten i indsatsen, at der i den samlede medarbejdergruppe er tilstrækkelig praksiserfaring samt de nødvendige ledelsesmæssige kompetencer. Mange tilbud vil desuden have behov for fagkompetencer inden for: omsorg, pleje og sundhed. Ligeledes vil størstedelen af alle tilbud have behov for specialpædagogiske kompetencer.

Det er afgørende for kvaliteten i de sociale tilbud, at der uddannes kvalificerede medarbejdere på tværs af de relevante faggrupper, og at disse opnår den nødvendige praksiserfaring.

Pædagoger er en faggruppe, som udgør en stor andel af personalet i landets sociale tilbud og indsatser. Undervisningen på pædagoguddannelsen tager udgangspunkt i uddannelsens kompetencemål, der beskriver hvilke professionsrelevante kompetencer, viden og færdigheder, den færdiguddannede pædagog skal besidde. Inden for speciali-

seringen ”social- og specialpædagogik” arbejder man med tre overordnede målgrupper: Børn og unge med særlige behov, mennesker med sociale vanskeligheder og mennesker med psykisk og/eller fysisk funktionsnedsættelse. [I 2019 blev 1.359 personer uddannet pædagog med specialiseringen social- og specialpædagog svarende til, 33,7 pct. af færdigudannede pædagoger i 2019.¹¹] I nedenstående boks er listet de kompetencemål, som gør sig gældende for pædagoguddannelsen generelt og de, som er særlige for specialiseringen social- og specialpædagogik.

Boks 5 Kompetencemål for pædagoguddannelsen

Kompetencemål for grundfagligheden

Pædagogiske miljøer og aktiviteter

Området retter sig mod centrale videns- og færdighedsmål, som danner et fagligt pædagogisk udgangspunkt for det samlede pædagogiske arbejdsområde.

Kompetencemål: Den studerende kan med udgangspunkt i børn, unge og voksnes forudsætninger og perspektiver etablere, vurdere og evaluere pædagogiske miljøer og aktiviteter, der understøtter børn, unge og voksnes udvikling, samt i relation til dette redegøre for faglige vurderinger og valg.

Profession og samfund

Området retter sig mod den samfundsmæssige og historiske kontekst for pædagogprofessionens virkefelt og aktuelle vilkår.

Kompetencemål: Den studerende kan fagligt begrunde pædagogisk arbejde i relation til den samfundsmæssige, historiske, institutionelle og professionelle sammenhæng.

Pædagogens praksis – 1. praktik.

Området retter sig mod deltagelse i pædagogisk praksis inden for det pædagogiske arbejdsområde.

Kompetencemål: De studerende kan begrunde, tilrettelægge, gennemføre og evaluere pædagogiske aktiviteter gennem deltagelse i pædagogisk praksis på praktikstedet, herunder vurdere egne læreprocesser i praksis.

Tværprofessionelt samarbejde

Området retter sig mod samarbejde om indkredsning og udvikling af helhedsorienterede løsninger på tværs af den offentlige, private og frivillige sektor.

Kompetencemål: Den studerende kan identificere, analysere og reflektere over tværprofessionelle og tværsektorielle dilemmaer og potentialer og skal indgå i, koordinere og lede helhedsorienterede og tværgående samarbejdsprocesser.

Bachelorprojektet, herunder 4. praktikperiode.

Bachelorprojektet udspringer af den studerendes specialiseringsområde. Bachelorprojektet og den tilhørende bachelorpraktik tager udgangspunkt i en professionsrelevant problemstilling. Bachelorprojektets problemformulering danner grundlag for en empirisk og teoretisk analyse, identifikation af udviklingsmuligheder og perspektivering af praksis.

Kompetencemål: Den studerende kan identificere, undersøge, udvikle og perspektivere pædagogfaglige problemstillinger.

Kompetencemål for specialiseringsdelen: Social- og specialpædagogik

Mennesker i udsatte positioner

Området retter sig mod de tre målgruppers forudsætninger og udviklingsmuligheder samt de social- og specialpædagogiske lærings-, udviklings- og omsorgsopgaver, der knytter sig hertil.

Kompetencemål: Den studerende kan med udgangspunkt i de tre målgruppers forudsætninger og perspektiver identificere og varetage pædagogiske opgaver i relation hertil. Den studerende har indsigt i social- og specialpædagogiske paradigmer, videnformer og metoder.

Identitet og fællesskab

Området retter sig mod den enkelte og fællesskabet, herunder relations- og netværksdannelse, social interaktion og inklusion.

¹¹ Uddannelses- og Forskningsstyrelsen (2020): ”Vidensgrundlag, forudsætning og resultater på pædagoguddannelsen – Delrapport fra evalueringen af pædagoguddannelsen”

Kompetencemål: Den studerende kan tilrettelægge, gennemføre og evaluere social- og specialpædagogiske indsatser og aktiviteter, der sigter mod at fremme trivsel og livskvalitet, og som understøtter de tre målgruppers udvikling, læreprocesser og deltagelse i fællesskaber.

Relation og kommunikation

Området retter sig mod pædagogens relationer, professionelle kommunikation og pædagogiske aktiviteter og midler i pædagogisk praksis.

Kompetencemål: Den studerende kan kommunikere professionelt i relation til målgruppen og kolleger og kan på den baggrund gennemføre pædagogiske aktiviteter på et etisk forsvarligt grundlag

Samarbejde og udvikling

Området retter sig mod samarbejdsrelationer i og udvikling af social- og specialpædagogisk praksis i samspil med målgrupperne.

Kompetencemål: Den studerende kan gennem udvikling af pædagogisk praksis understøtte de tre målgruppers lærings-, udviklings- og omsorgsbehov og perspektiver i samarbejde med relevante aktører.

Kilde: Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som pædagog (BEK nr. 354 af 07/04/2017)

Afgørende for at sikre den nødvendige kvalitet i indsatserne er desuden, at barnet, den unge og den voksne visiteres til den rette indsats. Det er derfor også væsentligt, at der blandt de kommunale medarbejdere, som varetager visitationen, er de fornødne kompetencer hertil. Blandt de kommunale sagsbehandlere er bl.a. socialrådgivere. Siden 2015 er ca. 1.240 studerende årligt dimitteret fra socialrådgiveruddannelsen¹². De studerende modtager bl.a. undervisning om socialt arbejde med voksne udsatte og voksne med handicap samt socialt arbejde med udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap og deres familier. Af boks 6 nedenfor fremgår den viden samt de færdigheder og kompetencer, som den uddannede socialrådgiver ifølge bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor som socialrådgiver skal opnå under uddannelsen. For nærmere om visitation henvises til temaanalysen om visitation til de specialiserede sociale indsatser.

¹² Danske Professionshøjskoler (2020): *Fakta om socialrådgiveruddannelsen*. Danske professionshøjskoler.

Boks 6

Mål for læringsudbytte for uddannelsen til socialrådgiver

Mål for læringsudbyttet omfatter den viden, de færdigheder og kompetencer, som en professionsbachelor som socialrådgiver skal opnå i uddannelsen.

Viden

Den uddannede har viden om

- 1) anvendt teori og metode inden for socialt arbejde, historisk og nutidigt,
- 2) professionens videngrundlag, værdier og etik, og samspillet med andre professioner i tværprofessionelle og tværsektorielle sammenhænge,
- 3) anvendte teorier og begreber om individ og samfund, samt menneskelig adfærd og udvikling,
- 4) sociale problemer og deres årsager,
- 5) velfærdsstatens udvikling og opbygning, herunder centrale velfærdspolitiske principper og områder for socialfaglige indsatser,
- 6) det danske arbejdsmarked, regler og rammer for beskæftigelsesområdet, reformintentioner og centrale redskaber i den beskæftigelsesrettede indsats,
- 7) den sociale lovgivning, centrale retlige principper og begreber, og det administrative ankesystems organisering og praksis, samt har forståelse af retssikkerhed og juridisk metode,
- 8) juridiske, organisatoriske og økonomiske rammer for udøvelse og styring af indsatser på det sociale og det arbejdsmarkedspolitiske område og
- 9) forskning inden for det sociale og det arbejdsmarkedspolitiske område og kan reflektere over professionens anvendelse af forskningsresultater og udviklingsbaseret viden.

Færdigheder

Den uddannede kan

- 1) beskrive, analysere og vurdere livsbetingelser og sociale problemer på individ-, gruppe-, organisations- og samfundsniveau,
- 2) rådgive og vejlede borgere om sociale og beskæftigelsesrelaterede problemer, samt anvende og udvikle helhedsorienterede metoder og redskaber til behandling, forebyggelse og løsning heraf,
- 3) mestre funktioner som myndighedsudøver, tværprofessionel koordinator, projektleder og forhandler samt tilrettelægge socialfaglige indsatser på foranstaltningsområdet,
- 4) systematisk planlægge og gennemføre undersøgelses- og sagsbehandlingsforløb,
- 5) anvende juridisk metode og træffe afgørelser, der tilgodeser lovgivningens krav, borgerens situation og forvaltningens praksis,
- 6) foretage begrundede valg af analyse- og løsningsmodeller på baggrund af aktuell relevant viden og dokumenterede erfaringer,
- 7) anvende forsknings- og udviklingsbaseret viden, samt relevante teorier og metoder til dokumentation, evaluering, kvalitetssikring og -udvikling inden for fagområdet og
- 8) formidle praksisnære og faglige problemstillinger, løsninger og afgørelser målrettet og forståeligt i skriftlig og mundtlig form til relevante målgrupper.

Kompetencer

Den uddannede kan

- 1) etablere, vedligeholde og afslutte den professionelle relation med borgeren, herunder kommunikere og samarbejde med forskellige målgrupper,
- 2) foretage faglige prioriteringer, herunder prioritere rækkefølgen af indsatser på det sociale og arbejdsmarkedspolitiske område i forhold til borgerens ressourcer og den forventede effekt med henblik på at løse borgerens sociale eller beskæftigelsesmæssige problemer,
- 3) håndtere modsætningsfyldte krav og forventninger fra borgere, forskellige faggrupper og samarbejdspartner i forbindelse med rådgivning og udvikling af indsatser på det sociale og det arbejdsmarkedspolitiske område,

- 4) indstille og udmønte afgørelser om tildeling og udmåling af sociale ydelser og foranstaltninger på baggrund af en vurdering af løsningsforslagenes forventede effekt, kvalitet og pris, herunder sikre inddragelse af borgerens egne ressourcer,
- 5) selvstændigt indgå i, koordinere og lede tværprofessionelt eller projektorganiseret samarbejde og
- 6) identificere egne læringsbehov og strukturere egen læring i tilknytning til professionen.

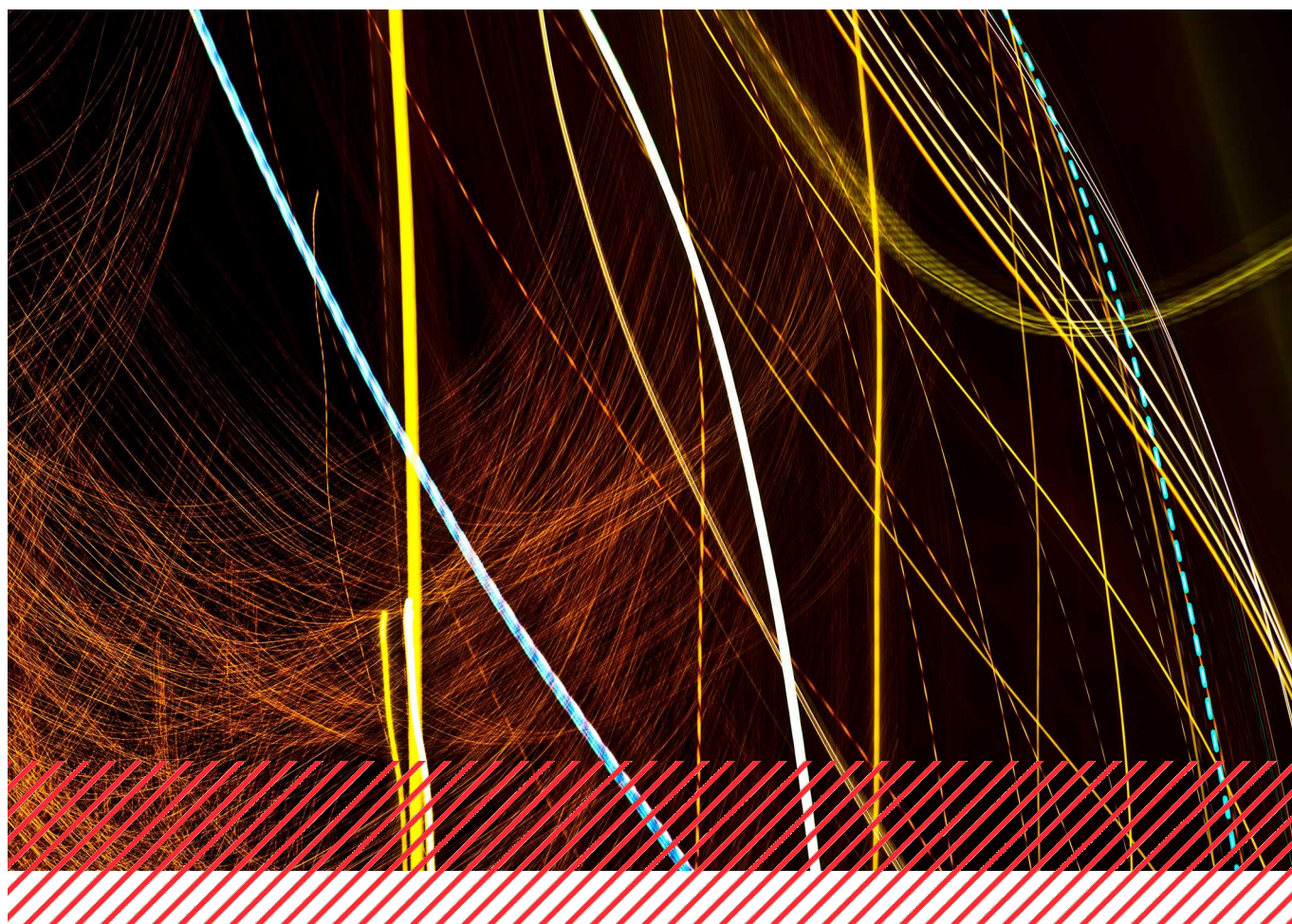
Kilde: Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor som socialrådgiver (BEK nr. 766 af 24/06/2011)

I analysefasen vil kompetencer og uddannelsesniveau blandt medarbejdere i sociale tilbud blive undersøgt nærmere. Dette gøres bl.a. med afsæt i den kommende velfærdspolitiske analyse af medarbejderes uddannelse samt evalueringen af pædagoguddannelsen, som er under udarbejdelse i Uddannelses- og Forskningsministeriet. Evalueringen af pædagoguddannelsen danner ligeledes grundlag for, at kompetencerne blandt dimittender fra pædagoguddannelsen afdækkes nærmere i analysefasen.

**9.
Det specialiserede socialområde i de nordiske lande
– komparativ analyse af områdets organisering i
Danmark, Norge og Sverige**

Det specialiserede socialområde i de nordiske lande

Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige



Camilla T. Dalsgaard, Hans Skov Kloppenborg, Jakob Trane Ibsen, Kasper Lemvig
og Maria Røgeskov

Det specialiserede socialområde i de nordiske lande – Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-946-8

Forsidefoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301681

Finansiering: Social- og Ældreministeriet

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Regeringen har i 2020 igangsat en evaluering af det specialiserede socialområde. Som led i evalueringen har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE gennemføre en komparativ undersøgelse af området i Danmark, Norge og Sverige. Undersøgelsen består af to dele, og denne rapport er resultatet af delanalyse 1.

Formålet med delanalyse 1 er at afdække og sammenligne den strukturelle opbygning og organisering af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige. Dermed dannes et nyt og systematisk vidensgrundlag om de tre landes indretning af området, der kan bruges som afsæt for videre overvejelser om udviklingen. Delanalysen er primært beskrivende, og det er således ikke en del af formålet at vurdere eller evaluere, hvilken organisering der er mest hensigtsmæssig til hvilke formål.

Delanalyse 2 er afrapporteret særskilt.¹ Den sammenholder de tre landes modtagertal på det specialiserede voksenområde fordelt på forskellige indsatsstyper og kigger på enkelte udgiftstal.

Denne rapport er udarbejdet af projektchef Camilla T. Dalsgaard, chefanalytiker Hans Skov Kloppenborg, chefanalytiker Jakob Trane Ibsen, chefanalytiker Kasper Lemvig og senioranalytiker Maria Røgeskov.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse
2021

¹ Dalsgaard, Foged & Ibsen, under udgivelse

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning	14
1.1 Baggrund og formål	14
1.2 Afgrænsning af genstandsfelt	14
1.3 Fremgangsmåde	17
1.4 Læsevejledning	18
2 Lovgivningsmæssige rammer	19
2.1 Lovgivning for det specialiserede socialområde	19
2.2 Hvordan defineres og beskrives målgrupperne i lovgivningen?	22
2.3 Tilbudsvifte i lovgivningen	27
2.4 Hvad siger lovgivningen om kriterier for tildeling?	37
3 Myndighedsansvar	40
3.1 Placering af myndighedsansvaret	40
3.2 Placering af ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn	47
3.3 Borgerens adgang til at klage over afgørelser	49
4 Driftsansvar	51
4.1 Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen	53
4.2 Leverandørstruktur	66
4.3 Driftsrettet tilsyn	80
5 Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet	86
5.1 Specialisering	87
5.2 Monitorering af målgrupper og behov	92
5.3 Planlægning og tilpasning af kapacitet	95
6 Betalingsansvar og finansieringsmodeller	103
6.1 Betalingsansvar	103
6.2 Finansieringsmodeller	114
7 Faglig styring	125
7.1 Nationalt fastlagte faglige retningslinjer	125
7.2 Retningslinjer for og understøttelse af myndighedsarbejdet	135
7.3 Krav til uddannelse og kompetencer	136
Litteratur	141
Bilag 1 Liste over anvendte forkortelser	158

Sammenfatning

Regeringen har i 2020 igangsat en evaluering af det specialiserede socialområde. Som led i evalueringen har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE gennemføre en komparativ undersøgelse af området i Danmark, Norge og Sverige. Undersøgelsen består af to dele, og denne rapport er resultatet af delanalyse 1.²

Formålet med delanalyse 1 er at afdække og sammenligne den strukturelle opbygning og organisering af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige. Dermed dannes et nyt og systematisk vidensgrundlag om de tre landes indretning af området, der kan bruges som afsæt for videre overvejelser om udviklingen. Delanalysen er primært beskrivende, og det er således ikke en del af formålet at vurdere eller evaluere, hvilken organisering der er mest hensigtsmæssig til hvilke formål. Delanalysens fokus på national organisering betyder, at der ikke er foretaget en afdækning af kommunal praksis i de tre lande. Hvordan eksempelvis retningslinjer er implementeret, herunder lokale variationer i praksis inden for det enkelte land, er således ikke undersøgt. Undersøgelsen har dog i et vist omfang afdækket nationale videnspersoners vurderinger af fordele og ulemper ved udvalgte elementer i organiseringen.

Delanalysen bygger på en kombination af omfattende desk research og 26 semistrukturerede interviews med nationale videnspersoner i de tre lande. Der er i udvælgelsen af videnspersoner søgt en bred repræsentation af forskellige aktører, interessenter og eksperter, herunder forskere, på området i de tre lande. Brugerperspektivet er ikke selvstændigt repræsenteret, da undersøgelsen har fokus på systemernes opbygning.

Delanalysen belyser det, der i Danmark betegnes som 'det specialiserede socialområde', dvs. sociale tilbud og indsatser til børn, unge og voksne med særlige behov. Det specialiserede socialområde omfatter således et fåtal af borgerne i en aldersgruppe, ligesom specialiserede indsatser typisk kræver en vis grad af faglig specialviden.³

Der er fokus på tilbud og indsatser til socialt udsatte børn og unge, børn og unge med funktionsnedsættelser, voksne borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder samt misbrugsproblematikker. Der er fokus på den mere indgribende del af indsatsviften, mens grænsefeltet mellem almenområderne, fx skoleområdet, og 'de specialiserede områder' ikke er afdækket.⁴

'Det specialiserede socialområde' er organiseret forskelligt i de tre lande. Derfor er det vanskeligt at afgrænse det nøjagtigt ens på tværs af landene. En væsentlig forskel i forhold til de mere indgribende indsatser findes i snitfladen mellem social- og sundhedsområdet. Delanalysen søger at belyse det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde, hvorfor den omfatter de dele af sundhedsområdet i Norge og Sverige, som retter sig til målgrupper, der i Danmark primært dækkes af det specialiserede socialområde.

² Dalsgaard, Foged & Ibsen, under udgivelse.

³ Målgruppen bliver mindre, og kravet om specialviden større, jo mere 'specialiseret' en indsats er, jf. også afsnit 5.1 (se fx Socialstyrelsen, 2016).

⁴ Til almenområderne hører eksempelvis ældreområdet, skoleområdet og dagtilbudsområdet, dvs. de områder, der omfatter flertallet af borgerne i en aldersgruppe. Det specialiserede socialområde omfatter derimod som nævnt et fåtal af borgerne i en aldersgruppe, nemlig borgere med særlige behov, ligesom specialiserede indsatser typisk kræver faglig specialviden.

Delanalysen fokuserer på seks analysetemaer og en række undersøgelsesspørgsmål inden for hvert tema. Analysetemaerne fremgår af boksen nedenfor og er uddybet i Boks 1.1 i rapportens afsnit 1.2.2. I det følgende sammenfattes undersøgelsens hovedkonklusioner inden for hvert af de seks temaer.

De seks analysetemaer

- Lovgivningsmæssige rammer
- Myndighedsansvar
- Driftsansvar, herunder forsyningspligt og leverandørstruktur
- Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet
- Betalingsansvar og finansieringsmodeller
- Faglig styring, herunder af sociale indsatser og sagsbehandling.

Note: De seks analysetemaer er uddybet i Boks 1.1 i afsnit 1.2.2.

Tema 1: Lovgivningsmæssige rammer

I Danmark dækkes hele det specialiserede socialområde i store træk af én lov, serviceloven. Den omfatter både borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sociale problemer, psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematikker, dog med særskilte regler for forskellige målgrupper. Psykiatrisk behandling og dele af misbrugsbehandlingen er omfattet af sundhedsloven. I Norge og særligt Sverige har man i stedet nogle overordnede rammelovgivninger for området og dertil en række lovgivninger, som gælder for mere specifikke målgrupper. I Norge er de to mest relevante rammelove helse- og omsorgstjenesteloven og socialtjenesteloven. Dertil kommer en særskilt barnevernlov vedrørende indsatser til socialt udsatte børn og unge. Specialisthelsetjenesteloven regulerer bl.a. dele af misbrugs- og psykiatriområdet samt dele af rehabilitering og habilitering til borgere med funktionsnedsættelser. I Sverige er rammeloven socialtjenesteloven, der regulerer overordnede forhold på tværs af mange målgrupper. Dertil kommer en række lovgivninger for mere specifikke målgrupper, herunder LSS⁵ (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), der regulerer indsatser til børn og voksne med funktionsnedsættelser.

I alle tre lande anvendes der i lovgivningen relativt brede beskrivelser af, hvilke borgere og målgrupper der hører ind under lovgivningen. En undtagelse herfra er den svenske LSS, hvor der anvendes en række relativt objektive kriterier til at beskrive lovens målgruppe.

Generelt giver landenes lovgivninger på området en stor fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud man vurderer, vil være det bedst egnede i det konkrete tilfælde. I både Danmark, Norge og Sverige gælder det, at beslutninger om støtte foretages på baggrund af en konkret individuel vurdering af den enkelte borgers situation og behov. Som noget særligt fremgår det i Danmark eksplicit af lovgivningen, at ikke bare faglige, men også økonomiske hensyn skal indgå i den individuelle vurdering af, hvilken hjælp der skal tildeles til den enkelte borger. Dette er ikke tilfældet for de kommunale indsatser i Norge og Sverige.

⁵ Socialdepartementet (2021b).

Tema 2: Myndighedsansvar

Placering af myndighedsansvaret, dvs. bevillingskompetencen for forskellige indsatser. I både Danmark, Norge og Sverige er det som hovedregel kommunerne, der har myndighedsansvaret for indsatser til socialt udsatte borgere og borgere med funktionsnedsættelser. Der er dog visse undtagelser fra denne hovedregel. Eksempelvis er der i Sverige en særlig opdeling af myndighedsansvaret for PA (personlig assistance), idet kommunen har myndighedsansvaret ved et 'grundlæggende' støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten har myndighedsansvaret, hvis borgerens grundlæggende støttebehov er større end 20 timer pr. uge.⁶ Ansvarsdelingen har ifølge svenske videnspersoner bl.a. den ulempe, at borgere skal i kontakt med flere myndigheder om den samme sag. Endvidere er der på børn og unge-området i både Danmark, Norge og Sverige særlige organer, som træffer beslutninger om meget indgribende foranstaltninger eller foranstaltninger, hvor der ikke er samtykke. Norske videnspersoner fremhæver, at dette organ (fylkesnemnda) bidrager til at styrke retssikkerheden omkring disse foranstaltninger.

Misbrugsområdet er primært et kommunalt myndighedsansvar i Danmark. I Norge og Sverige er ansvaret for misbrugsområdet i højere grad delt mellem kommuner og regionale helseforetak (Norge) hhv. regionerne (Sverige). Ansvaret for psykiatrisk behandling er i alle tre lande placeret på regionalt niveau, mens kommunerne har ansvaret for sociale indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder. Desuden har regionerne i Sverige og de Regionale Helseforetak i Norge et medansvar for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. I alle tre lande er der videnspersoner, der fortæller, at der kan være udfordringer i kommunernes samarbejde med region og stat, som bl.a. skyldes, at der i visse tilfælde kan være uklarhed om, hvem der har myndighedsansvaret for specifikke borgere med problematikker, der går på tværs af aktørernes områder.

I alle tre lande giver de interviewede videnspersoner udtryk for, at det kommunale selvstyre står stærkt, og at placeringen af myndighedsansvar i kommunerne har den fordel, at den skaber rum til lokale prioriteringer og understøtter, at beslutninger træffes tæt på borgerne. Dette vurderes af videnspersonerne generelt at understøtte mulighederne for helhedsorientering i indsatsen til borgerne. Flere videnspersoner vurderer dog også, at det især i mindre kommuner kan være vanskeligt at opbygge og opretholde tilstrækkelig specialiseret kompetence i myndighedsarbejdet inden for komplicerede emner som fx Personlig Assistance (PA) i Sverige. Videnspersoner peger desuden på, at der i alle tre lande er debat om, hvorvidt det stærke kommunale selvstyre kan medvirke til, at lokale forhold i nogle kommuner kan medføre, at nogle borgere modtager indsatser, som vurderes at være utilstrækkelige eller mindre specialiserede, end hvad der socialfagligt ville være optimalt.

Ansvar for opfølgning og personrettet tilsyn. I alle tre lande følger opfølgningsansvaret som udgangspunkt myndighedsansvaret. En undtagelse herfra er, at statsforvalteren⁷ i Norge har ansvaret for det personrettede tilsyn på døgninstitutioner for udsatte børn og unge, mens kommunerne har myndighedsansvaret for de anbragte børn og unge.

Klageadgang for borgeren. Generelt ligner klagemulighederne i de tre lande hinanden, idet en klage i første omgang rettes til den kommune, som har myndighedsansvaret for sagen. Hvis

⁶ Skellet mellem indsatserne 'Personlig Assistans', som administreres af kommunerne, og 'Assistansersättning', som administreres af staten, er, om behovet for *visse specificerede grundlæggende behov* overstiger 20 timer pr. uge eller ej. Der er således borgere med mere end 20 timer pr. uge, som modtager 'Personlig Assistans' – blot er det færre end 20 timer, der vedrører behovet for *visse specificerede grundlæggende behov*.

⁷ Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

kommunen ikke giver klageren medhold, går klagen videre til en overordnet instans, som behandler og træffer afgørelse i sagen. Derudover er der i Danmark og Norge særlige muligheder for at klage til hhv. Ombudsmanden og Sivilombudsmannen.

Tema 3: Driftsansvar

Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen, dvs. ansvaret for, at de nødvendige tilbud er til rådighed for borgerne. I alle tre lande ligger forsyningsforpligtelsen for indsatser og tilbud på det specialiserede socialområde som hovedregel hos kommunerne. I alle tre lande giver de interviewede videnspersoner udtryk for, at placeringen af forsyningsforpligtelsen i kommunerne har den fordel, at man kan finde lokale, helhedsorienterede løsninger tæt på borgerne.

I Danmark har staten ikke en forsyningsforpligtelse på det specialiserede socialområde, mens der i Norge og Sverige er områder, hvor staten har forsyningsforpligtelsen. I Sverige drejer det sig om sikrede pladser og pladser med særlige beføjelser til tvangsbehandling.⁸ Et hensyn bag dette synes at være, at man ønsker statslig kontrol med de mest indgribende foranstaltninger. I Norge drejer det sig på voksenområdet om specialisthelsetjenesten gennem de regionale helseforetak, jf. nedenfor. Desuden drejer det sig om barnevernet, hvor staten skal stille døgninstitutioner til udsatte børn og unge til rådighed for kommunerne og bistå kommunerne med rekruttering af plejefamilier. Et hensyn bag placeringen af forsyningsforpligtelsen for døgninstitutioner hos staten har været at sikre adgang til kapacitet for både store og små kommuner i Norge. En statslig udredning peger dog også på udfordringer ved den norske model, bl.a. kan de kommunale barneverntjenester opleve, at de har begrænsede muligheder for at påvirke kvaliteten i indsatsen, som børn modtager under et institutionsophold.

De danske regioner har – efter aftale med kommunerne – et leverandøransvar for udvalgte tilbud, der falder inden for kommunernes forsyningsforpligtelse. Derudover har regionerne i Danmark forsyningsforpligtelsen for psykiatrisk behandling på sygehusene. Det gælder også det regionale niveau i Norge (statslige regionale helseforetak) og Sverige (regionerne). I Norge og Sverige har det regionale niveau desuden forsyningsforpligtelsen for dele af misbrugsområdet samt dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.

I alle tre lande opfyldes forsyningsforpligtelsen i en markedslignende ramme, hvor der er mulighed for som kommune selv at drive tilbud eller købe pladser eller indsatser i tilbud drevet af andre offentlige aktører eller af private leverandører. I Norge og Sverige skelner man eksplicit mellem kommercielle og ikke-kommercielle private leverandører. Der er i alle tre lande krav om frit valg til borgeren på nogle ydelser, hvorfor forsyningspligten indebærer, at borgeren skal have reelle valgmuligheder herom. Alle tre lande er underlagt EU-udbudsretten. Der er dog forskel på landenes implementering heraf. Svenske kommuner synes således at stå over for fastere krav om konkurrenceudsættelse på socialområdet end norske og danske kommuner.

Leverandørstruktur, dvs. hvilke typer af driftsherrer der leverer tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. I alle tre lande består den faktiske leverandørstruktur af en kombination af tilbud, som kommunen selv driver, og køb hos eksterne leverandører, herunder andre offentlige aktører og private leverandører. Det er ikke muligt ud fra de fundne opgørelser at lave direkte sammenligninger af leverandørstrukturen på tværs af landene, da man har forskellige opgørelsesmetoder, jf. nedenfor. Desuden kan der være variationer i indholdet mellem

⁸ SiS har ansvar for indsatser med særlige tvangsbeføjelser efter LVU og LSU til børn og unge, og efter LVM til både børn, unge og voksne. Der findes også hjemmel til brug af tvang inden for regionerne i forbindelse med sundhedsområdet og psykiatrien, både i forhold til børn, unge og voksne. SiS' særlige beføjelser inkluderer eksempelvis bæltefiksering og isolering.

forskellige indsats typer fra land til land. Der kan identificeres en række hovedtræk i de enkelte landes leverandørstruktur:

- I Danmark kan man opgøre andelen af *pladserne*, der drives af offentlige hhv. private leverandører på det specialiserede socialområde på tværs af børn og unge- og voksenområdet. 71 pct. af pladserne på det samlede specialiserede socialområde var i 2017 drevet af offentlige aktører, mens 29 pct. af pladserne var drevet af private leverandører. I Danmark driver private leverandører cirka 60 pct. af de godkendte døgninstitutionspladser på børn og unge-området i 2020 og cirka 26 pct. af de godkendte pladser i botilbud til voksne i 2020.
- I Norge kan man opgøre andelen af *udgifterne*, der går til private leverandører. I den statslige specialhelsetjeneste, der bl.a. leverer indsatser på misbrugs- og psykiatriområdet, udgør udgifter til private cirka 10 pct. af de samlede udgifter i 2019. I den kommunale helse- og omsorgssektor, der bl.a. omfatter børn og voksne med handicap, men også ældre borgere, udgør udgifterne til private leverandører – alt efter opgørelsesmetode – cirka 8,5 hhv. 11 pct. af de samlede udgifter i 2017 hhv. 2018. På barnevernsområdet, dvs. området for socialt udsatte børn og unge, var 57 pct. af de anbragte børn og unge anbragt i en privat barnevernsinstitution pr. 31.12.2019.
- I Sverige kan man opgøre andelen af *påbegyndte anbringelsesforløb* på børn og ungeområdet. 59 pct. af de påbegyndte anbringelsesforløb i 2019 var i private institutioner. På voksenområdet har det været muligt at opgøre andelen af pladserne, der drives af private og offentlige aktører for udvalgte indsatser, herunder visse bo-, dag- og aflastningstilbud. Private aktører drev her 15 pct. af pladserne, mens offentlige aktører drev 85 pct. i 2019.

I alle tre lande ser der ud til over de senere år at være sket en vis stigning i omfanget af private aktører på socialmarkederne. Der er forskel mellem landene på, hvilke typer af opgørelser der har været tilgængelige og for hvilken periode. Videnspersoner fra Norge og Sverige bemærker en tendens til koncerndannelse, hvor større private aktører varetager opgaver for mange borgere på tværs af målgrupper. Tendensen ses også i Danmark. I Norge og Sverige har der været diskussion af, om private-kommercielle leverandører henter 'overnormale' afkast på deres virksomhed. Der har desuden været nationalpolitiske drøftelser i både Norge og Sverige om at styrke ikke-kommercielle private aktørers rolle på socialområdet.

I alle tre lande arbejder man på at styrke kommunernes muligheder for at indgå i mellemkommunale samarbejder om fx drift af tilbud. Driftssamarbejder udgør beskedne dele af den samlede leverandørstruktur på socialområdet i alle tre lande. De er dog tilsyneladende mere udbredte i Sverige og Norge end i Danmark.

Driftsrettet tilsyn. Alle tre lande har en model med centraliseret og standardiseret tilsyn med driften af tilbud. I Danmark er Socialtilsynet administrativt opdelt i fem enheder, i Norge er driftstilsynet fordelt på de 11 fylker, og i Sverige er driftstilsynet ved Inspektionen for Vård og Omsorg (IVO) opdelt på seks enheder. De centrale driftstilsyn arbejder med standardiserede modeller og procedurer for vurdering af de enkelte tilbuds kvalitet. I Danmark og Sverige har man centraliseret det driftsrettede tilsyn inden for de senere år og herefter set et fald i antallet af godkendte tilbud. Videnspersoner ser dette som udtryk for en 'oprydning', som generelt har styrket kvaliteten. I alle tre lande peger videnspersoner på behovet for, at tilsynet medvirker til at udvikle tilbuddenes faglige kvalitet og ikke udelukkende fokuserer på formelle kvalitetskrav.

Tema 4: Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

Specialisering. I de tre lande anvendes termen 'specialisering' forskelligt. I Danmark taler man om specialisering på socialområdet, hvilket indbefatter alle indsatser efter serviceloven, som omfatter borgere med særlige behov. Det drejer sig om udsatte børn og unge samt borgere med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Fælles for målgrupperne inden for det 'specialiserede' område er således, at de har særlige behov, dvs. behov, som et fåtal af borgerne har. Kommunerne har i Danmark hovedansvaret for 'det specialiserede socialområde', hvorunder der bl.a. ydes 'højt specialiserede' indsatser til borgere med særligt komplekse behov. I Norge og Sverige benyttes termen 'specialisering' (i Sverige 'Specialiserad vård' og 'Nationell högspecialiserad vård') primært om indsatser på sundhedsområdet, som varetages af statslige regionale helseforetak i Norge hhv. regionerne i Sverige. Hertil hører også indsatser, som i Danmark ligger inden for 'det specialiserede socialområde', fx dele af rehabilitering til mennesker med handicap samt dele af misbrugsområdet. Hvad angår sociale indsatser, hvor kommunen har ansvaret, er der ikke identificeret brug af termen 'specialisering' i Norge og Sverige. Danmark er således det eneste af de tre lande, hvor lovgivningen omtaler specialisering i relation til indsatser på socialområdet, som kommunen har ansvaret for. Det er ikke ensbetydende med, at kommunale indsatser inden for det, vi i Danmark kalder det specialiserede socialområde, fagligt og indholdsmæssigt er mindre specialiserede i Norge og Sverige end i Danmark. Men der ser ud til at være forskel på, hvordan man *taler om* 'specialiserede' indsatser i de tre lande.

I Danmark defineres det 'mest specialiserede' socialområde ud fra målgruppens volumen, kompleksiteten i borgernes problemstillinger og kravet til faglig specialviden i indsatsen. I Norge anvendes kravet til kompetence i indsatsen, herunder tværfaglig viden, som kriterie for, om indsatsen ydes af regionale helseforetak og dermed er 'specialiseret'. I Sverige anvendes også kriterier om kompetence, hvad angår 'Specialiserad vård', og i relation til 'Nationell högspecialiserad vård' benyttes derudover kriterier om tværfaglighed samt andelen af udbydere, volumen og tilgængelighed for borgere.

I alle tre lande fremhæver videnspersoner udfordringer for særligt mindre kommuner med at yde tilstrækkelige indsatser til borgere med komplekse behov, fordi disse kommuner kan have svært ved at tiltrække og opretholde de nødvendige faglige kompetencer. Samtidig beskriver videnspersoner i de tre lande, at øget 'specialisering' kan reducere helhedsforståelsen af borgerens udfordringer, fordi indsatser bliver for specifikke og fragmentariske.

Monitorering af målgrupper og behov. I alle landene sker der en overvågning af udviklingen i forskellige målgruppers behov for sociale indsatser på det specialiserede socialområde. I Danmark og Norge er det overordnede ansvar placeret på nationalt niveau. I Danmark er det den nationale koordinationsstruktur (NATKO) i Socialstyrelsen, som tager sig af denne overvågningsopgave. I Norge varetages opgaven af Helsedirektoratet og de regionale helseforetak. I Sverige er overvågningsansvaret delt mellem staten (Socialstyrelsen) og regionerne. Sammenligningen viser endvidere, at overvågningen af forskellige målgruppers behov i Norge og Sverige ikke er så konkret, som tilfældet er i Danmark, hvor monitoreringen omfatter 35 specifikke målgrupper. I Norge og Sverige har kommunerne et mere formelt ansvar for at medvirke til at overvåge udviklingen i målgruppernes behov for specialiserede ydelser og tilbud.

Planlægning og tilpasning af kapacitet. Analysen viser, at planlægning og tilpasning af tilbudskapaciteten i forhold til forskellige målgrupper på det specialiserede socialområde er forskellig i de tre lande. I Danmark er området organiseret med en kombination af en markedsliggende struktur med både offentlige og private leverandører, en national koordinationsstruktur (NATKO) samt en lokal samarbejds- og koordinationsstruktur (rammeaftalesamarbejde). Disse elementer understøtter tilsammen, at tilbudskapaciteten tilpasses målgruppernes behov. I

Norge og Sverige er det i udgangspunktet den enkelte kommunes ansvar at tilpasse kapaciteten til målgruppernes behov inden for det kommunale socialområde. I Norge har staten dog en koordinerende funktion på området for socialt udsatte børn og unge (barnevernet), idet Barne-, Ungdoms- og Familieetaten (Bufetat) har ansvaret for, at udbud og efterspørgsel matcher for de mest specialiserede tilbud. I både Sverige og Norge har det regionale niveau – regionerne hhv. de statslige regionale helseforetak – ansvar for at tilpasse kapaciteten på deres ansvarsområder, fx i forhold til misbrugsbehandling på sygehusene. I begge lande er der desuden et marked med private leverandører, som supplerer den offentlige tilbudskapacitet på området. I relation til kapacitetsudvikling er det som nævnt mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, at kommunerne indgår i mellemkommunale samarbejder om drift og udbud på det specialiserede socialområde. Især den norske stat har været en drivkraft for øget mellemkommunalt samarbejde gennem reformtiltag og lovgivning.

Videnspersoner i alle tre lande peger på, at kommunernes centrale rolle er en mulig fordel ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten tilpasses efterspørgslen. Det hænger bl.a. sammen med, at den enkelte kommune har stort kendskab til sine borgere og er i stand til hurtigt at justere sine tilbud og indsatser med udviklingen i målgruppernes behov. Omvendt kan det være vanskeligt for kommunerne at få etableret de mest specialiserede tilbud til meget små målgrupper med særlige behov. Videnspersoner i Danmark peger bl.a. på, at der for den enkelte driftskommune er en økonomisk risiko ved at påtage sig at etablere et nyt tilbud til en snæver målgruppe, herunder initialomkostninger som anlægsinvesteringer og afhængighed af efterspørgsel fra andre kommuner. Videnspersoner i især Norge og Sverige peger på den begrænsede koordination på tværs af kommuner og på behovet for en større national koordination af navnlig de mest specialiserede sociale tilbud.

Tema 5: Betalingsansvar og finansieringsmodeller

Betalingsansvar. I alle tre lande har kommunerne betalingsansvaret for en stor del af indsatserne på det specialiserede socialområde. Staten har dog i varierende omfang og på forskellig vis andel i det økonomiske ansvar på området. Eksempelvis har den norske stat en stor del af betalingsansvaret for området for socialt udsatte børn og unge (barnevernet). Et andet fælles træk ved de tre landes organisering af området er, at myndigheds- og betalingsansvaret som hovedregel følges ad. Der er dog også undtagelser fra denne regel. Således medfinansierer den danske og norske stat dyre enkeltsager via særlige refusionsordninger, mens myndighedsansvaret er placeret hos kommunerne. Den svenske stat yder ikke på samme måde refusion for dyre sager. I Sverige er der i stedet en særlig udligning på området for funktionsnedsættelser, som bygger på, hvor mange borgere der modtager indsatser. Endvidere deler den svenske stat og kommunerne myndigheds- og betalingsansvaret for personlig assistance.

Ifølge videnspersoner i alle tre lande understøtter den gennemgående samplacering af myndigheds- og betalingsansvar hensigtsmæssige incitamenter i den økonomiske styring af området. En mulig fordel ved placeringen af betalingsansvaret hos kommunen er desuden, at kommunerne har mulighed for at prioritere ressourceanvendelsen på tværs af forskellige velfærdsområder. Dette understøttes af styringsmidler som mellemkommunal udligning og statslig medfinansiering, som kan bidrage til at kompensere for konsekvenser af forskelle i kommunernes økonomiske vilkår. Videnspersonerne peger således samtidig på, at især mindre eller økonomisk trængte kommuner kan have vanskeligt ved at levere indsatser, som fuldt ud imødekommer den enkelte borgers behov. Endvidere påpeger de, at statslige refusions- eller medfinansieringsordninger kan tilskynde kommunerne til en adfærd, som øger statens udgifter på området, om end kommunernes grundlæggende betalingsforpligtelse, fx op til en beløbsgrænse, indebærer et modsatrettet incitament. Eksempelvis peger videnspersoner i Sverige på, at det delte ansvar for

personlig assistance kan give kommunerne et økonomisk incitament til at visitere til personlig assistance i stedet for andre, mindre udgiftskrævende indsatser.

Finansieringsmodeller. Fælles for de tre lande er som nævnt, at der eksisterer en markeds-lignende struktur på det specialiserede socialområde. Der er dog forskelle mellem landenes markedsstrukturer, hvilket har betydning for, hvilke finansieringsmodeller der findes på området og for prisdannelsen. I Danmark reguleres finansieringsmodeller og takster på området på både nationalt og regionalt niveau, mens det i højere grad er overladt til markedskræfterne i Norge og (især) Sverige. Et andet fællestræk er, at honorering af plejefamilier i udgangspunktet er baseret på vederlag og dækning af øvrige udgifter tilknyttet plejeopgaven. Honoreringen kan bl.a. bero på vejledende takster, som udarbejdes af kommunernes respektive fællesorganisationer, dvs. KL, KS og SKR. Endvidere viser afdækningen af finansieringsmodeller for mellemkommunalt samarbejde i Norge og Sverige, at aftaler på tværs af kommuner bl.a. skal indeholde bestemmelser om de økonomiske relationer mellem parterne. Fordelingen af udgifter sker typisk med udgangspunkt i kommunernes befolkningstal.

Tema 6: Faglig styring

Faglige retningslinjer for socialfaglige indsatser og sagsbehandling. I alle tre lande udarbejder nationale myndigheder faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde. Størstedelen af retningslinjerne er ikke bindende. Retningslinjerne fokuserer fx på konkrete målgrupper, sociale problemer, indsatser og myndighedssamarbejde. Endvidere findes i alle tre lande nationale vidensinstanser, hvis formål er at formidle målgruppespecifik viden og yde faglig vejledning til kommuner og fagpersoner i sociale tilbud. Imidlertid er Danmark det eneste land, hvor der er identificeret en national rådgivningsinstans, VISO, hvis formål bl.a. er at yde rådgivning til kommuner i sagsbehandlingen af konkrete borgersager. I Norge og Sverige findes skriftlige nationale vejledninger til den kommunale sagsbehandling.

Krav til uddannelse og kompetencer hos pædagogisk personale og sagsbehandlere. I alle tre lande indeholder lovgivningen generelle krav til, at personale, der yder social- og specialpædagogiske indsatser, skal have de fornødne kompetencer. I Norge stiller lovgivningen desuden krav til, at kommuner skal tilbyde faglig opkvalificering ved behov, at personalet har pligt til at deltage heri og til treårig uddannelse (høyskoleuddanning) inden for socialfag blandt ledere af institutioner til anbragte børn og unge. I Sverige er der krav om, at ledere af botilbud for voksne efter LSS og af HVB-hem for anbragte børn, unge samt voksne efter SoL skal have relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau (högskoleutbildning). Hvad angår sagsbehandling indeholder lovgivningen i alle tre lande krav til god forvaltning, herunder uvildighed, samt at sagen skal være tilstrækkeligt oplyst. I Danmark og Norge stilles ikke specifikke krav til sagsbehandlernes uddannelse, men i Sverige skal kommunale sagsbehandlere på børn og unge-området have en svensk grunduddannelse som socionom eller tilsvarende grunduddannelse.

Refleksioner på tværs af temaer

Når man læser rapportens konklusioner, skal man være opmærksom på, at både de svenske og – især – de norske kommuner er små i sammenligning med de danske. De 356 norske kommuner har i gennemsnit 15.000 indbyggere, og knap halvdelen har et befolkningstal under 5.000.⁹ De svenske kommuner har i gennemsnit knap 36.000 indbyggere. 130 af de 290 kommuner, svarende til 44 pct., har færre end 15.000 indbyggere.¹⁰ De danske kommuner har i

⁹ Jf. tal fra Statistisk Sentralbyrå, www.ssb.no, bearbejdet af VIVE.

¹⁰ Jf. tal fra Statistikmyndigheten SCB, www.scb.se, bearbejdet af VIVE.

gennemsnit knap 60.000 indbyggere. Seks af de 98 kommuner, svarende til 6 pct., har færre end 15.000 indbyggere.¹¹ Forskellen i størrelse kan give forskellige forudsætninger for at løse opgaverne i kommunerne. Undersøgelsen har dog ikke belyst betydningen af kommunestørrelse.

I alle tre lande har kommunerne ansvaret for mange af indsatserne på det, vi i Danmark betegner 'det specialiserede socialområde'. Man har således valgt en relativt høj grad af decentralisering på området, og det kommunale selvstyre står stærkt i alle tre lande. De hensyn ved balanceringen mellem centralisering og decentralisering, som videnspersoner fremhæver, ligner også hinanden i de tre lande. På den ene side skaber placeringen af ansvar i kommunerne rum til lokale prioriteringer og understøtter, at beslutninger træffes tæt på borgerne. Dette kan understøtte mulighederne for helhedsorientering i indsatsen til borgerne. På den anden side kan det stærke kommunale selvstyre muligvis medvirke til, at lokale forhold i nogle kommuner kan medføre, at nogle borgere modtager indsatser, som er utilstrækkelige eller mindre specialiserede, end hvad der socialfagligt ville være optimalt i forhold til borgerens behov.

Der peges altså i alle tre lande på både fordele og ulemper ved en høj grad af decentralisering af det specialiserede socialområde. Landene forsøger på forskellige måder at balancere centralt og decentralt ansvar, blandt andet ved på nogle områder at placere hele eller dele af ansvaret på statsligt eller regionalt niveau. Det ser ud til, at det statslige eller regionale niveau har et større medansvar for visse specialiserede indsatser i Norge og Sverige end i Danmark. Det gælder eksempelvis på misbrugsområdet i begge lande, i relation til døgninstitutioner til socialt udsatte børn og unge i Norge og i relation til personlige hjælperordninger i Sverige. I Danmark har man – til forskel fra de andre to lande – formaliseret koordination af højt specialiserede indsatser på nationalt niveau. Desuden har man som nævnt større kommuner i Danmark end i Norge og Sverige.

Når man læser rapportens konklusioner, er det væsentligt at være opmærksom på, at undersøgelsen tager udgangspunkt i den danske afgrænsning af 'det specialiserede socialområde', som er vanskeligt at afgrænse nøjagtigt ens på tværs af landene. Det har især betydning i relation til afdækningen af snitfladen til sundhedsområdet. Endvidere fokuserer undersøgelsen på indretning af nationale systemer og afdækker ikke systemernes virkemåde i praksis eller lokalt. Hvad der kan se ud til at være ligheder på systemniveau, kan således være implementeret forskelligt i praksis, eller omvendt. Som eksempel herpå kan nævnes spørgsmålet om 'specialisering', hvor rapporten ikke kan sige noget om faglig specialisering af kommunale indsatser i praksis – kun om, hvordan man anvender termen 'specialisering' på nationalt plan. Det, at der ikke tales om 'specialisering' af kommunale indsatser i Norge og Sverige, er således ikke ensbetydende med, at der *i praksis* leveres mindre specialiserede indsatser i de to landes kommuner end i de danske. Et andet eksempel er spørgsmålet om vidensdeling og faglig styring, hvor det måske på systemniveau kan se ud, som om man har mere systematisk vidensdeling i Danmark. Det er dog ikke ensbetydende med, at man i Danmark er bedre til *i praksis* at sprede og dele viden i og mellem kommunerne.

Endelig skal det igen understreges, at undersøgelsen er bred og beskrivende. Der er altså ikke tale om en evaluering af de tre landes systemer, ligesom brugernes oplevelse ikke er medtaget. Det kunne formentlig i kommende analyser være relevant at gå nærmere ind i en komparativ analyse af systemets virkemåde i praksis, herunder brugerperspektivet, på udvalgte indsatser eller delområder.

¹¹ Jf. tal fra Danmarks Statistik, www.statistikbanken.dk, bearbejdet af VIVE.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne det fulde myndigheds- og finansieringsansvar for det specialiserede socialområde. En del af baggrunden for at samle ansvaret for området hos kommunerne var at forbedre mulighederne for at sammentænke den samlede indsats i kommunen på tværs af fx social- og beskæftigelsesområdet. Der opstod samtidig behov for at sørge for at bevare specialiseret viden og kompetencer fra amterne samt for at koordinere, både mellem kommunerne og på tværs af kommuner og regioner, for bl.a. at sikre koordination af kapacitet i specialiserede tilbud.

Med evalueringen af det specialiserede socialområde¹² er der i dag fornyet fokus på planlægning og organisering af det specialiserede socialområde i Danmark. Der ses bl.a. på mulighederne for at styrke national vidensdeling, sikre en hensigtsmæssig opgavefordeling og sikre de rette tilbud og indsatser til borgere med særlige behov. På den baggrund har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE om at udarbejde denne sammenlignende undersøgelse af organiseringen af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige.

Undersøgelsens formål er at afdække og sammenligne den strukturelle opbygning og organisering af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige.

Undersøgelsen er primært beskrivende, og det er således ikke en del af formålet at vurdere eller evaluere, hvilken organisering der er mest hensigtsmæssig til hvilke formål. Undersøgelsen danner imidlertid et nyt og systematisk vidensgrundlag om de tre landes indretning af området, der kan bruges som afsæt for videre overvejelser om udviklingen.

Når man læser rapportens konklusioner skal man være opmærksom på, at både de svenske og – især – de norske kommuner er små i sammenligning med de danske. De 356 norske kommuner har i gennemsnit 15.000 indbyggere, og knap halvdelen har et befolkningstal under 5.000.¹³ De svenske kommuner har i gennemsnit knap 36.000 indbyggere. 130 af de 290 kommuner, svarende til 44 pct., har færre end 15.000 indbyggere.¹⁴ De danske kommuner har i gennemsnit knap 60.000 indbyggere. Seks af de 98 kommuner, svarende til 6 pct., har færre end 15.000 indbyggere.¹⁵ Forskellen i størrelse kan give forskellige forudsætninger i kommunerne for at løse opgaverne. Undersøgelsen har dog ikke belyst betydningen af kommunestørrelse.

1.2 Afgrænsning af genstandsfelt

I dette afsnit redegøres der for afgrænsningen af undersøgelsens genstandsfelt, herunder områder, målgrupper, indsatser, analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål.

1.2.1 Områder, målgrupper og indsatser

Undersøgelsen belyser det, der i Danmark betegnes 'det specialiserede socialområde', dvs. sociale tilbud og indsatser til børn, unge og voksne med særlige behov.

¹² Regeringen, 2020.

¹³ Jf. tal fra Statistisk Sentralbyrå, www.ssb.no, bearbejdet af VIVE.

¹⁴ Jf. tal fra Statistikmyndigheten SCB, www.scb.se, bearbejdet af VIVE.

¹⁵ Jf. tal fra Danmarks Statistik, www.statistikbanken.dk, bearbejdet af VIVE.

Inden for det specialiserede børn og unge-område er der fokus på tilbud og indsatser til socialt udsatte børn og unge samt børn og unge med funktionsnedsættelser. Snitfladen til kriminalforsorgen er ikke behandlet detaljeret, men sikrede institutioner indgår i de overordnede beskrivelser af de tre lande. Inden for det specialiserede voksenområde er der fokus på tilbud og indsatser til borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker. Indsatser til borgere primært berørt af social udsathed, fx hjemløseområdet og krisecenterområdet, er i udgangspunktet ikke inkluderet i undersøgelsen.¹⁶

Der er fokus på den mere indgribende del af indsatsviften. Derfor er der lagt vægt på at beskrive de dele af området, vi i Danmark betragter som 'det specialiserede' og 'det højt specialiserede', mens grænsefeltet mellem 'det almene' og 'det specialiserede' ikke er afdækket. Det betyder eksempelvis, at undersøgelsen ikke omfatter specialundervisning, PPR og særlige dagtilbud og klubber. Til almenområderne hører eksempelvis ældreområdet, skoleområdet og dagtilbudsområdet, dvs. de områder, der omfatter flertallet af borgerne i en aldersgruppe. Det specialiserede socialområde omfatter derimod et fåtal af borgerne i en aldersgruppe, nemlig borgere med særlige behov, ligesom specialiserede indsatser typisk kræver en vis grad af faglig specialviden.¹⁷

'Det specialiserede socialområde' er organiseret forskelligt i de tre lande. Derfor er det vanskeligt at afgrænse det nøjagtigt ens på tværs af landene. En af de væsentligste forskelle i forhold til de mere indgribende indsatser findes i placeringen af snittet mellem social- og sundhedsområdet. Undersøgelsens afgrænsning af området søger at belyse det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde. Derfor har undersøgelsen bestræbt sig på at omfatte de dele af sundhedsområdet i Norge og Sverige, som retter sig til målgrupper, der i Danmark primært dækkes af det specialiserede socialområde. Det drejer sig fx om målgrupper inden for misbrug og psykiatri. I rapporten bruges betegnelsen 'det specialiserede socialområde' om de indsatser og målgrupper, som i Danmark hører til området, jf. ovenstående afgrænsning.

Undersøgelsen har fokus på den nuværende organisering af det specialiserede socialområde i de tre lande. Beskrivelsen inddrager dog i et vist omfang relevante ændringer i organiseringen i de seneste ti år, fx reformer med konsekvenser for området. Endvidere har undersøgelsen fokus på at sammenligne nationale retningslinjer i de tre lande. Implementeringen i praksis af retningslinjer mv., herunder lokale variationer i praksis inden for det enkelte land, er således ikke afdækket. Undersøgelsen anlægger et systemfokus og inkluderer derfor ikke eksplicit brugerperspektivet. Selvom undersøgelsen primært er beskrivende og anlægger et systemfokus, har den i et vist omfang søgt at afdække forskellige nationale videnspersoners vurderinger af fordele og ulemper ved udvalgte elementer i organiseringen. Afdækningen af vurderinger af fordele og ulemper er primært sket i forhold til spørgsmålene om placering af myndighedsansvar og driftsansvar samt i relation til spørgsmålet om planlægning og tilpasning af kapacitet til behov. Der er dog også i forhold til analysetemaet om betalingsansvar søgt vurderinger fra videnspersoner af mulige fordele, ulemper og incitamenter i indretningen i de tre lande.

Afsnit 1.2.2 giver et samlet overblik over undersøgelsens analysetemaer og undersøgelses-spørgsmål.

¹⁶ Dette fravalg er begrundet i et valg om at inkludere de største målgrupper på det specialiserede socialområde inden for undersøgelsens rammer.

¹⁷ Målgruppen bliver mindre og kravet om specialviden større, jo mere 'specialiseret' en indsats er, jf. også afsnit 5.1 (se fx Socialstyrelsen, 2016).

1.2.2 Analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

Undersøgelsen fokuserer på seks analysetemaer og en række undersøgelsesspørgsmål inden for hvert tema. I Boks 1.1 findes en oversigt over temaer og undersøgelsesspørgsmål. Det enkelte lands organisering er i rapporten beskrevet under iagttagelse af den specifikke kontekst og landets særtræk. Undersøgelsen har således taget udgangspunkt i de generelle temaer og spørgsmål nedenfor, men det er i nogle tilfælde forskelligt, hvilke temaer og spørgsmål der er mere og mindre relevante i det enkelte land. Bredden i undersøgelsens fokus medfører endvidere, at ikke alle temaer er behandlet udtømmende. Det er imidlertid forsøgt at kondensere det mest centrale inden for de enkelte temaer og spørgsmål.

Boks 1.1 Oversigt over analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

Analysetema 1: Lovgivningsmæssige rammer

1. Hvilken lovgivning regulerer det specialiserede socialområde i de tre lande, og hvordan er snitfladen til sundhedsområdet?
2. Hvordan defineres og beskrives målgrupperne i lovgivningen?
3. Hvilken tilbudsvifte er indeholdt i lovgivningen vedrørende specialiserede indsatser?
4. Hvad siger lovgivningen om kriterier for tildeling af indsatser?

Analysetema 2: Myndighedsansvar

1. Hvem har myndighedsansvaret, dvs. hvem bevilger hvilke indsatser? Hvilke fordele og ulemper kan der knytte sig til placeringen af myndighedsansvaret?
2. Hvem har ansvaret for personrettet tilsyn og opfølgning på indsatser?
3. Hvordan er borgerens adgang til at klage over afgørelser?

Analysetema 3: Driftsansvar

1. Hvem har forsyningsforpligtelsen for hvilke indsatser, og hvordan er vilkårene for at opfylde forsyningsforpligtelsen? Hvilke fordele og ulemper kan der knytte sig hertil?
2. Hvordan er leverandørstrukturen, dvs. hvilke driftsherretyper er der, hvilket omfang har de hver især, og hvordan er de fordelt på forskellige indsatser og evt. målgrupper?
3. Hvem har ansvaret for tilsyn med driften af tilbuddene, og hvordan er det driftsrettede tilsyn organiseret?

Analysetema 4: Specialisering, monitorering og kapacitet

1. Hvordan arbejder man i de tre lande med specialiseringsgrader, og har man evt. opstillet generelle kriterier for, hvornår en indsats er specialiseret og højt specialiseret?
2. Sker der en (central) overvågning af udviklingen i målgrupperne og deres behov? I givet fald: Hvordan og for hvilke målgrupper?
3. Hvordan tilpasses og koordineres tilbudskapaciteten det aktuelle antal borgere i målgrupperne? Hvordan planlægges og overvåges udviklingen i kapaciteten af specialiserede og højt specialiserede pladser? Hvilke fordele og ulemper kan knytte sig hertil?

Analysetema 5: Betalingsansvar og finansiering

1. Hvor er betalingsforpligtelsen placeret, dvs. hvilke instanser betaler for hvilke borgere og indsatser? Er der evt. delt finansiering af visse indsatser, og hvordan er det tilrettelagt? Hvilke fordele, ulemper og incitament kan knytte sig hertil?
2. Hvilke typer af finansieringsmodeller anvendes inden for området? For eksempel takstmodeller, abonnementsordninger mv. Hvad kendetegner de forskellige modeller, og kan man

Boks 1.1 Oversigt over analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

sige noget om, hvor udbredte de er? Hvilke fordele, ulemper og incitamenter kan knytte sig hertil?

Analyssetema 6: Socialfaglig styring af indsatser og sagsbehandling

1. Anvendes der nationalt fastlagte faglige retningslinjer for *de socialpædagogiske indsatser til borgerne*? Hvilke aktører er omfattet af de faglige retningslinjer, og er de møntet på fx bestemte målgrupper eller indsatser? Er de faglige retningslinjer bindende eller vejledende?
2. Anvendes der nationalt fastlagte faglige retningslinjer for *myndighedsarbejdet*? Er de bindende eller vejledende? Er der nationale understøttende strukturer for rådgivning og vejledning til det lokale myndighedsarbejde i de tre lande?
3. Stilles der krav til uddannelse og kompetencer blandt personalet i sociale tilbud hhv. myndighedssagsbehandlere på det specialiserede socialområde?

1.3 Fremgangsmåde

VIVE har gennemført en række analyseaktiviteter til afdækning af undersøgelsesspørgsmålene. Aktiviteterne beskrives kort i dette afsnit.

For det første er der gennemført omfattende desk research med fokus på at afdække viden om analysetemaerne og undersøgelsesspørgsmålene i afsnit 1.2.2. Desk researchen har omfattet tilgængeligt materiale, primært 'grå litteratur', dvs. eksempelvis analyser, rapporter, lovgivninger, hjemmesider mv. Det relevante materiale blev indsamlet på baggrund af søgninger på en lang række udvalgte hjemmesider samt gennemsøgning af litteraturlister i relevante udgivelser. Herudover har VIVE parallelt med desk researchen haft en dialog med videnspersoner i Sverige, Norge og Danmark om litteratur og viden. Gennem desk researchen blev der således identificeret vidensmiljøer og -personer i de tre lande, som blev kontaktet for henvisning til relevante materialer og andre videnspersoner. På den måde er det søgt at sikre, at det væsentligste og mest relevante materiale blev identificeret.

For det andet er der gennemført en række semistrukturerede interviews med nationale videnspersoner i de tre lande. Interviewene havde bl.a. til formål at afprøve viden fra den gennemførte desk research samt at supplere denne med videnspersonernes vurderinger og viden om praksis i landene. Der er gennemført i alt 26 virtuelle interviews med i alt 40 videnspersoner i de tre lande. Der er i hvert land interviewet videnspersoner fra socialstyrelser, departementer, kommunale og regionale landsforeninger samt nationale videns- og forskningsinstitutioner, jf. Boks 1.2. Der er i udvælgelsen af videnspersoner søgt en bred repræsentation af forskellige aktører, interessenter og eksperter på området i de tre lande. Der er udvalgt personer med central viden, som dækker forskellige vinkler på området. Interviewdataene anvendes på lige fod med viden fra desk researchen.

Som nævnt i afgrænsningen i afsnit 1.2.1 anlægger undersøgelsen et bredt og beskrivende systemfokus. Det er baggrunden for, at der er fokus på de ansvarlige aktører – myndighed og leverandører – i udvælgelsen af interviewpersoner, mens brugerorganisationer ikke er repræsenteret. Undersøgelsen er således som nævnt en kortlægning og ikke en evaluering af de tre landes systemer. Brugerperspektivet ville have kunnet bidrage med oplevelsen af praksis inden for forskellige indsatser, hvilket kan være relevant i evt. kommende undersøgelser af konkrete indsatsers implementering eller systemernes virkemåde i praksis.

Boks 1.2 Interviewede aktører i de tre lande

Danmark: Socialstyrelsen, Social- og Indenrigsministeriet*, Kommunernes Landsforening (KL), Danske Regioner, nationale videns- og forskningsinstitutioner (i alt 8 interviews med i alt 18 videnspersoner).

Norge: Helse- og Omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Barne-, Ungdoms- og Familiedirektoratet (BUFDIR), Kommunesektorens Organisasjon (KS), nationale videns- og forskningsinstitutioner (i alt 9 interviews med i alt 11 videnspersoner).

Sverige: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner og Regioner (SKR), nationale videns- og forskningsinstitutioner (i alt 9 interviews med i alt 11 videnspersoner).

Note: *På interviewtidspunktet. Pr. januar 2021 Social- og Ældreministeriet.

1.4 Læsevejledning

Rapporten følger strukturen i analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål i Boks 1.1. Kapitlerne 2-7 belyser således hvert sit analysetema, og afsnitsinddelingen følger undersøgelsesspørgsmålene.

Hvert kapitel indledes med en opsummering af kapitlets hovedkonklusioner i overblikform. Herefter følger underafsnit om de enkelte undersøgelsesspørgsmål. Afsnittene er som hovedregel struktureret på den måde, at hvert enkelt land først belyses hver for sig med en beskrivelse af organiseringen og i de udvalgte tilfælde en fremstilling af afdækkede fordele og ulemper herved. Under hvert land er der således en behandling af såvel børn og unge-området som voksenområdet, hvor beskrivelserne differentieres efter behov. Efter de tre særskilte landebeskrivelser følger en afsluttende sammenligning af de tre landes organisering inden for hvert underafsnit (undersøgelsesspørgsmål).

I Bilag 1 findes en liste over anvendte forkortelser i rapporten.

2 Lovgivningsmæssige rammer

I dette kapitel ser vi på de overordnede lovgivningsmæssige rammer på det specialiserede socialområde i de tre lande. Derudover belyser vi de lovgivningsmæssige snitflader mellem det specialiserede socialområde og sundhedsområdet. Kapitlet indledes i afsnit 2.1 med et overblik over lovgivningen på området i de tre lande. Derefter viser vi i afsnit 2.2, hvordan forskellige målgrupper defineres og beskrives i landenes lovgivning. I afsnit 2.3 belyser vi, hvilken tilbudsvifte der er beskrevet i landenes lovgivninger om det specialiserede socialområde, inden vi til sidst i afsnit 2.4 ser på, hvilke bestemmelser om kriterier for tildeling der fremgår af lovgivningen.

Boks 2.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 2.1 Konklusioner – lovgivningsmæssige rammer

- I Danmark dækkes hele det specialiserede socialområde i store træk af én lov. I Norge og særligt Sverige har man i stedet nogle overordnede rammelovgivninger for området og dertil en række lovgivninger, som gælder for mere specifikke målgrupper.
- I både Danmark, Norge og Sverige anvendes der i lovgivningen relativt brede beskrivelser af, hvilke borgere og målgrupper der hører ind under lovgivningen. En undtagelse herfra er dog den svenske lovgivning om støtte til borgere med funktionsnedsættelser (LSS), hvor der anvendes en række relativt objektive kriterier til at beskrive lovens målgruppe.
- I alle tre lande giver lovgivningerne på området generelt fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud man vurderer vil være det bedst egnede i det konkrete tilfælde.
- I både Danmark, Norge og Sverige foretages beslutninger om støtte på baggrund af en konkret individuel vurdering af den enkelte borgers situation og behov.
- I Danmark fremgår det eksplicit af lovgivningen, at ikke bare faglige, men også økonomiske hensyn, skal indgå i den individuelle vurdering af, hvilken hjælp der skal tildeles til den enkelte borger. Dette er ikke tilfældet for de kommunale indsatser i Norge og Sverige.

2.1 Lovgivning for det specialiserede socialområde

I dette afsnit ser vi på, hvilke love der dækker det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde samt det tilgrænsende sundhedsområde i de tre lande. Vi inkluderer snitfladen mellem socialområdet og sundhedsområdet, dels fordi mange borgere med behov for specialiserede indsatser modtager ydelser fra begge områder, dels fordi vores undersøgelse har peget på, at snitfladen er væsentlig for i alle tre lande at kunne beskrive det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde. Se også afsnit 1.2.1.

2.1.1 Danmark

I Danmark reguleres det specialiserede socialområde først og fremmest gennem serviceloven, som indeholder bestemmelser vedrørende både børn og unge samt voksne med behov for særlig støtte. Loven omfatter både borgere med behov for støtte som følge af sociale problemstillinger og som følge af funktionsnedsættelser, ligesom loven indeholder bestemmelser om støtte til hjælpemidler, merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste. Loven er opdelt, således at forskellige kapitler vedrører forskellige målgrupper, eksempelvis kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge og kapitel 20 om botilbud til voksne.

I forhold til borgere med funktionsnedsættelser gælder der desuden det såkaldte 'sektoransvarlighedsprincip', som indebærer, *"at den sektor (fx undervisningssektoren og sundhedssektoren), der er ansvarlig for en ydelse mv., også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne"*.¹⁸ Princippet betyder, at de forskellige offentlige sektorer hver især har en opgave i forhold til indsatsen over for mennesker med nedsat funktionsevne.

Derudover er det væsentligt at nævne sundhedsloven, som regulerer indsatser til borgere (både børn, unge og voksne), som har behov for indsatser i behandlingspsykiatrien, misbrugsbehandling samt sygepleje.

I forhold til psykiatri er selve behandlingen af sygdommen en sundhedsfaglig indsats, som primært varetages af regionerne – enten i praksissektoren eller på sygehusene – mens den forebyggende og rehabiliterende indsats oftest sker i kommunerne og kan bestå af en socialfaglig, beskæftigelsesrettet og/eller uddannelsesfaglig indsats. Specifikt i forhold til psykiatri gælder desuden psykiatriloven, som regulerer brugen af tvang i psykiatrien.

2.1.2 Norge

I Norge regulerer en række love både det specialiserede socialområde samt almene indsatser til en bred vifte af målgrupper på tværs af aldersgrupper (børn, unge og voksne).

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunal rehabilitering og praktisk hjælp til alle borgergrupper, herunder borgere med funktionsnedsættelser, psykisk sygdom, rusmiddelproblemer eller sociale problemer. Denne lov dækker således langt de fleste af de sociale indsatser, man i Danmark har reguleret i regi af serviceloven.

Sosialtjenesteloven omfatter bl.a. midlertidige boligindsatser til voksne, fremskaffelse af boliger til vanskeligstillede personer, *"som ikke selv kan varetage sine interesser på boligmarkedet"* samt generel forebyggelse af sociale problemer.

Specialisthelsetjenesteloven regulerer behandlingspsykiatrien og den specialiserede misbrugsbehandling, som leveres af de regionale helseforetak (som ejes af staten) samt specialisthelsetjenestens vejledningspligt over for den kommunale helse- og omsorgstjeneste¹⁹. I relation hertil er psykisk helsevernloven relevant, da denne bl.a. regulerer brugen af tvang i psykiatrien.

Støtte til hjælpemidler til borgere med funktionsnedsættelser samt økonomisk støtte til personer, som har behov for særligt tilsyn og pleje som følge af fx en funktionsnedsættelse (hjælpstønad), reguleres via folketrykloven. Folketrygden er en social sikringsordning for alle, der er bosat eller arbejder i Norge og administreres af NAV²⁰.

Indsatser til socialt udsatte børn og unge reguleres i Norge via barnevernloven. Loven omfatter fx anbringelser uden for eget hjem og hjælpetiltag i hjemmet. Dertil kommer lov om familievernkontorer, som omfatter den behandling og rådgivning i forhold til familierelaterede konflikter og udfordringer, der finder sted på de statslige familievernkontorer.

¹⁸ DUKH, 2020

¹⁹ Specialisthelsetjenestens vejledningspligt inkluderer fx habilitering og rehabilitering af borgere med funktionsnedsættelser og psykiske lidelser, jf. Helsedirektoratet (2015a).

²⁰ NAV er en norsk offentlig etat, som har ansvar for organisering og finansiering af bl.a. sociale sikringsydelse og socialhjælp. Læs evt. mere om NAV her: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/om-nav/fakta-om-nav>

2.1.3 Sverige

I Sverige er der flere lovgivninger, som dækker social- og sundhedsområdet bredt set, dvs. både forskellige målgrupper og forskellige aldersgrupper.

Det drejer sig for det første om Socialtjänstlagen (SoL²¹), der regulerer sociale indsatser til blandt andre borgere med funktionsnedsættelse, børn og unge samt borgere med misbrugsproblemer. Socialtjänstlagen er en rammelov, og støtten til specifikke målgrupper er således yderligere beskrevet i øvrige love.

Hälsö- och sjukvårdslagen (HSL) regulerer driften og organiseringen af sundheds- og sygeplejevirkksomhed, herunder rehabilitering, rehabilitering, behandlingspsykiatri samt hjælpemidler til borgere med funktionsnedsættelser. I relation hertil regulerer Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) brugen af tvang i psykiatrien.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) regulerer mere detaljeret indsatser til personer med funktionsnedsættelser – det gælder både børn og voksne.

Ligeledes komplementerer Lag om vård av missbrukare (LVM) SoL med nærmere regulering af indsatser til voksne misbrugere, hvor borgeren ikke giver samtykke til behandlingen. Ifølge interview med Socialstyrelsen modtager unge med misbrugsproblematikker normalt indsatser via LVU (se nedenfor), mens LVM anvendes til voksne.

Socialforsäkringsbalken (SFB) regulerer de fleste udbetalinger, som Försäkringskassan har ansvaret for, herunder assistansersättning for borgere med grundlæggende behov for støtte i mere end 20 timer om ugen (tilskud til ansættelse af personlig hjælper i eget hjem). SFB regulerer desuden udbetaling af merudgiftsydelse (merkostnadsersättning) samt økonomisk støtte til forældre med børn med et særligt plejebæhov som følge af en funktionsnedsættelse (omvårdnadsbidrag).

På området for socialt udsatte børn og unge komplementerer Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) Socialtjänstlagen (SoL). LVU regulerer brugen af sociale foranstaltninger i tilfælde, hvor forældremyndighedsindehaveren eller den unge selv (unge over 15 år) ikke giver samtykke. Loven omfatter unge op til 20 år.

2.1.4 Sammenligning på tværs af landene

Når man sammenligner lovgivningerne i de tre lande med hinanden, ses der en grundlæggende forskel i, at man i Danmark i store træk dækker hele det specialiserede socialområde inden for én lov, nemlig serviceloven. Det indebærer, at loven omfatter både borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sociale problemer, dog med særskilte regler for forskellige målgrupper. I Sverige har man i stedet SoL som en rammelovgivning, der regulerer overordnede forhold på tværs af mange målgrupper, og dertil kommer så en række lovgivninger for mere specifikke målgrupper. I Norge har man to hovedlovgivninger på området, nemlig helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dertil kommer en særskilt barnevernlov vedrørende støtte til socialt udsatte børn og unge.

I alle tre lande reguleres sundhedssystemet – herunder psykiatrisk behandling – i særskilt lovgivning, ligesom også brugen af tvang reguleres i særskilte love i de tre lande.

²¹ I Sverige omtales de forskellige lovgivninger ofte med forkortelser på tre bogstaver. For Sverige er forkortelserne derfor skrevet ind i parenteser.

I både Sverige og Norge er der lovgivninger om forsikringssystemer, som er ansvarlige for visse indsatser eller ydelser på det sociale område. Det drejer sig om den svenske Försäkringskassan, som bl.a. har ansvar for PA, og den norske Folketrygd, som bl.a. har ansvar for støtte til hjælpemidler til personer med nedsat funktionsevne. I Danmark findes ikke et lignende forsikringssystem.

Nedenstående tabel giver et overblik over relevant lovgivning på det specialiserede socialområde samt det tilgrænsende sundhedsområde i de tre lande.

Tablet 2.1 Central lovgivning for det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde i Danmark, Norge og Sverige

Land	Oversigt – lovgivning
Danmark	Serviceloven Sundhedsloven Psykiatriloven
Norge	Helse- og omsorgstjenesteloven Sosialtjenesteloven Spesialisthelsetjenesteloven Folketrygdloven Særligt for børn og unge-området: Barnevernloven Særligt for voksenområdet: Psykisk helsevernloven
Sverige	Socialtjänstlagen, SoL Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS Socialförsäkringsbalken, SFB Hälso- och sjukvårdslagen, HSL Særligt for børn og unge-området (op til 20 år): Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU Særligt for voksenområdet: Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT

2.2 Hvordan defineres og beskrives målgrupperne i lovgivningen?

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan forskellige målgrupper inden for det specialiserede socialområde defineres og beskrives i de tre landes lovgivninger på området. Først ser vi på voksenområdet og derefter på børn og unge-området.

2.2.1 Voksenområdet

Danmark

I den danske servicelovs bestemmelser på voksenområdet (§ 81) fremgår det, at:

Formålet med at yde støtte efter denne lov til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer er at sikre, at den enkelte får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der modsvarer den enkeltes behov.

Loven omfatter således både borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sociale problemer, herunder borgere med misbrug og borgere med psykiske vanskeligheder.

Der er ikke i loven nærmere præciseret nogle kriterier, som skal være opfyldt for, at en borger er inden for lovens målgrupper. I stedet lægges der vægt på, at *"Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte"* (SEL § 1 stk. 3).

Norge

I den norske lovgivning er målgrupperne generelt beskrevet i brede termer. Helse og omsorgstjenesteloven omfatter således *"alle pasient- og brugergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sygdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sociale problemer eller nedsatt funksjonsevne"* (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1).

Socialtjenestelovens formål indebærer ligeledes, at målgruppen, som loven vedrører, er relativt bred: *"Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer"* (Socialtjenesteloven § 1).

Borgere med misbrug falder inden for både helse- og omsorgstjenesteloven, socialtjenesteloven og specialisthelsetjenesteloven. Det samme gælder for borgere med psykiske vanskeligheder.

Sverige

I SoL fremgår en relativt bred beskrivelse af, hvilke borgere der er inden for målgruppen (SoL kap. 4 § 1): *"Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt"*. Lovens kapitel 5 angiver hertil særskilte bestemmelser og mål for forskellige målgrupper, der er berørt af den brede beskrivelse ovenfor, herunder bl.a. borgere med misbrug og borgere med funktionshindringer. Der er dog ikke i SoL nærmere præciseret nogle kriterier for at høre inden for sidstnævnte målgruppe.

LSS, som vedrører borgere med funktionsnedsættelser, indeholder til gengæld en række relativt veldefinerede kriterier for, hvilke borgere (kaldet personkredse) der ligger inden for lovens område. Konkret drejer det sig om følgende tre personkredse:

1. Personer med udviklingshæmning, autisme eller autismlignende tilstand
2. Personer med en betydelig og permanent nedsat psykisk funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade
3. Personer med andre varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, som åbenlyst ikke beror på normal aldring, og som er markante og forårsager betydelige vanskeligheder i den daglige livsførelse og dermed et omfattende behov for støtte og hjælp.

Vurderingen af, om en person er omfattet af personkreds 1 og 2, sker ud fra medicinske diagnoser. Vurderingen af, om en person er omfattet af personkreds 3, sker ud fra en funktionsevnevurdering baseret på de vanskeligheder, som personen med funktionsnedsættelse har i den daglige livsførelse.

Indsatsen til borgere med misbrugsproblemer er som udgangspunkt forankret i SoL. LVM finder dog anvendelse i de tilfælde, hvor der gennemføres misbrugsbehandling uden borgerens samtykke hertil. I LVM er målgruppen for tvangsbehandling afgrænset til:

1. personer, der som følge af varigt misbrug af alkohol, narkotika eller andre rusmidler eller inhalanter har et behov for at komme ud af sit misbrug
2. personer, hvis støttebehov ikke kan tilgodeses ifølge Socialtjänstlagen eller gennem anden lovgivning
3. personer, der som følge af misbruget
 - a. udstætter egen fysiske eller psykiske sundhed for alvorlig fare
 - b. løber en åbenbar risiko for at ødelægge sit liv
 - c. kan frygtes at gøre alvorlig skade på sig selv eller nærtstående.

Sammenligning på tværs af landene

I alle tre lande er beskrivelserne af, hvilke borgere der hører ind under de forskellige lovgivninger, relativt brede. Lovene retter sig således mod borgere med potentielt meget forskellige behov. Dog anvendes der i Sveriges LSS nogle mere specifikke kriterier for, hvilke borgere med funktionsnedsættelser der er inden for lovgivningens område.

Tabellen nedenfor giver et overblik over, hvilke målgrupper på voksenområdet der hører under de forskellige lovgivninger i de tre lande.

Tablet 2.2 Overblik over, hvilke **målgrupper** der omfattes af forskellige lovgivninger på voksenområdet

Land/lov	Voksne funktionsnedsættelser	Voksne psykiske vanskeligheder	Voksne misbrug
Danmark			
ServiceLOven	x	x	x
SundhedsLOven (bl.a. psykiatrisk behandling og sygepleje)	x	x	x
PsykiatriLOven		x	
Norge			
Helse- og omsorgstjenesteloven	x	x	x
Sosialtjenesteloven		x	
BarnevernLOven			
Spesialisthelsetjenesteloven (behandling)		x	x
Psykisk helsevernLOven		x	
FolketrygdLOven	x		
Sverige			
Socialtjänstlagen, SoL	x	x	x
Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU			
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	x		
Socialförsäkringsbalken, SFB	x		
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL	x	x	x
Lag om vård av missbrukare, LVM			x
Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT		x	

Note: Markeringerne i tabellen fremhæver, hvilke lovgivninger der er særligt relevant for den pågældende målgruppe i et omfang, som ligger ud over, hvad man kan beskrive som 'almenområdet'.

2.2.2 Børn og unge-området

Danmark

Af servicelovens § 46 om formålet med særlig støtte til børn og unge fremgår det, at

Formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Dette indebærer, at målgruppen er relativt bred og omfatter såvel socialt udsatte børn og unge som børn og unge med funktionsnedsættelser. Behovet for støtte kan skyldes mangler ved barnets sociale opvækstforhold, men kan også skyldes forhold ved barnet selv, fx psykisk sygdom eller sociale udfordringer.

Lovens 'børne-paragraffer' omfatter 0-17-årige børn og unge, men indeholder derudover bestemmelser om efterværnsindsatser til 18-22-årige (SEL kapitel 12).

Norge

På det specialiserede børn og unge-område i Norge er Barnevernloven central. Formålet med loven fremgår af § 1-1 og lyder som følger:

Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår.

Formålet fokuserer på karakteren af børns opvækstvilkår, og det følger heraf, at målgruppen er børn og unge, som kommer fra hjem, der er præget af manglende omsorg og sociale udfordringer.

Barnevernloven omfatter 0-17-årige børn og unge, men indeholder derudover bestemmelser om efterværn til 18-25-årige (Barnevernloven § 1-3).

Børn og unge med funktionsnedsættelser er som udgangspunkt ikke omfattet af barnevernloven, men dækkes af helse- og omsorgstjenesteloven, som bl.a. har til formål at "forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne" (Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1). Børn og unge med funktionsnedsættelser modtager således støtte efter de samme bestemmelser som voksne med funktionsnedsættelser, jf. afsnit 2.2.1.

I praksis vil der være nogle børn og unge, som i et vist omfang både er socialt udsatte og har funktionsnedsættelser. I forhold til grænsedragningen mellem de to målgrupper fremgår følgende af Saksbehandlingsrundskrivet²²:

For barn med funksjonsnedsettelse gjelder vilkårene for å iverksette tiltak etter barnevernloven på samme måte som overfor funksjonsfriske barn. Funksjonsnedsettelsen i seg selv gir ikke grunnlag for å iverksette tiltak. At barnet på grunn av funksjonsnedsettelsen har større omsorgsbehov enn foreldre med

²² Saksbehandlingsrundskrivet inneholder en gjennomgang af principper, centrale hensyn og retlige kilder, som har betydning for barneverntjenestens sagsbehandling (Bufdir, 2021a).

alminnelig god omsorgsevne er i stand til å ivareta, er ikke tilstrekkelig til plassering utenfor hjemmet etter barnevernlovens regler. Barnevernlovens atferdsbestemmelser er heller ikke ment å omfatte problemer som skyldes psykose, autisme eller andre psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse. Tiltak og tjenester for å avhjelpe særlige funksjonsnedsettelse skal først og fremst ivaretas av andre tjenester enn barneverntjenesten.

En af de interviewede videnspersoner giver udtryk for, at det i praksis kan være vanskeligt at lave en entydig skelnen mellem børn og unge med funktionsnedsættelser og socialt udsatte børn og unge. Eksempelvis kan unge med psykosociale udfordringer høre under begge systemer. Videnspersonens vurdering er, at den unges tilhørsforhold til et af de to systemer formentlig i høj grad afgøres af, hvordan den unge oprindeligt er kommet i kontakt med kommunen. Videnspersonen siger bl.a.: *"Har du store adfærdsproblemer med fx autisme, så følger du en helse- og omsorgslinje. Er det mere uklare grunde, så følger du barnevernslinjen"*.

Sverige

På det specialiserede børn og unge-område i Sverige er Socialtjänstlagen (SoL) central, da denne danner en overordnet ramme for området. Af denne lov (kap. 5 § 3) fremgår det, at:

Socialnämnden skall verka för trygga och goda uppväxtförhållanden för barn och unga. Särskilt uppmärksamma dem som visat tecken till en ogynnsam utveckling.

For LVU, der regulerer brugen af sociale foranstaltninger i sager, hvor der ikke er samtykke fra forældre eller den unge selv (hvis over 15 år), er målgruppen mere afgrænset. For unge op til 18 år beskrives målgruppen i loven som børn og unge, for hvem der *"på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas"*. LVU gælder derudover for unge op til 20 år, som *"utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas"*. Sidstnævnte kan fx være misbrug.

Hvor der i SoL lægges vægt på børn og unge, som viser tegn på ugunstig udvikling, er der i LVU fokus på børn og unge, som er i væsentlig risiko for at lide skade i forhold til helbred eller udvikling, og hvor der ikke er samtykke til indsatser fra forældremyndighedsindehaveren eller de unge selv.

Børn og unge med funktionsnedsættelser er i Sverige omfattet af LSS og SFB på samme måde som voksne med funktionsnedsættelser, hvor der er en række kriterier, der definerer, om en borger er inden for lovens målgruppe, jf. afsnit 2.2.1.

Sammenligning på tværs af landene

Ligesom det er tilfældet på voksenområdet, gælder det for børn og unge-området i alle tre lande, at målgrupperne i lovgivningen beskrives i relativt brede termer. Man kan eksempelvis være 'socialt udsat' på mange forskellige måder.

Som nævnt i afsnit 2.1 er der en forskel mellem landene i forhold til, om børn og unge med funktionsnedsættelser og socialt udsatte børn og unge hører inden for samme lovgivningsmæssige rammer. Det afspejles i ordlyden på lovenes formål. I Norge (barnevernloven) og Sverige (SoL og LVU) vedrører de specifikke lovgivninger på børn og unge-området alene socialt udsatte børn og unge. Derfor er der i lovenes formål primært fokus på børn og unge, som oplever mangler i deres opvækstvilkår. Målgruppeafgrænsningen for borgere med funktionsnedsættelser (både

voksne og børn/unge) fremgår af særskilte lovgivninger i Norge og Sverige. I Danmark omfatter serviceloven både socialt udsatte børn og unge samt børn og unge med funktionsnedsættelser. Lovens formål og målgrupper er derfor beskrevet bredere, idet der også er fokus på behov, der skyldes forhold ved barnet selv, fx funktionsnedsættelser. I Sverige og Norge er indsatser til børn med funktionsnedsættelser som tidligere nævnt reguleret i samme lovgivning som indsatser til voksne med funktionsnedsættelser, jf. afsnit 2.2.1.

Tabel 2.3 giver et overblik over, hvilke målgrupper på børn og unge-området der hører under de forskellige lovgivninger i de tre lande.

Tabel 2.3 Overblik over, hvilke målgrupper der omfattes af forskellige lovgivninger på børn og unge-området

Land/lov	Socialt udsatte børn og unge	Børn og unge med funktionsnedsættelser
Danmark		
Serviceloven	x	x
Sundhedsloven (bl.a. psykiatrisk behandling og sygepleje)		x
Psykiatriloven		x
Norge		
Helse- og omsorgstjenesteloven		x
Sosialtjenesteloven	x	
Barnevernloven	x	
Spesialisthelsetjenesteloven		x
Psykisk helsevernloven		x
Folketrygdloven		x
Sverige		
Socialtjänstlagen, SoL	x	x
Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU	x	
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS		x
Socialförsäkringsbalken, SFB		x
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL		x
Lag om vård av missbrukare, LVM		
Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT		x

Note: Markeringerne i tabellen fremhæver, hvilke lovgivninger der er særligt relevant for den pågældende målgruppe i et omfang, som ligger ud over, hvad man kan beskrive som 'almenområdet'. Det betyder, at selvom fx den danske sundhedslov dækker bredt og vedrører tilbud til alle borgere, så indeholder tabellen kun en markering for 'børn og unge med funktionsnedsættelser', fordi loven har særlig relevans for netop denne målgruppe.

2.3 Tilbudsvifte i lovgivningen

I dette afsnit ser vi på, hvilke beskrivelser af tilbudsviften på det specialiserede socialområde som findes i de enkelte landes lovgivninger. Der er tale om en overordnet beskrivelse, og afsnittet indeholder således ikke en vurdering af tilbuddenes konkrete indhold eller muligheden for direkte at sammenligne eller 'oversætte' de forskellige tilbud mellem landene. Først ser vi på voksenområdet og derefter på børn og unge-området.

2.3.1 Voksenområdet

På voksenområdet har vi grupperet de indsatser, som fremgår af landenes lovgivninger, i fem overordnede kategorier, nemlig 1) forebyggende og rådgivende indsatser, 2) støtte og hjælp i eget hjem (dvs. uden for botilbud eller lignende), 3) støtte og hjælp i botilbud eller dagtilbud, 4) indsatser til pårørende og 5) misbrugsbehandling. I beskrivelsen af tilbudsviften er vægten på tilbud, som i Danmark er under det specialiserede socialområde, jf. afsnit 1.2.

Danmark

På voksenområdet indeholder serviceloven forskellige former for hjælp og støtte til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, samt pårørende. Når vi ser på **forebyggende og rådgivende indsatser**, giver loven mulighed for kortere varig tilbud om hjælp, omsorg og støtte samt genoptræning af personlige færdigheder. Tilbuddene ydes gruppebaseret (SEL § 82a) eller individuelt (SEL §82b). Tildeling af disse to tilbud forudsætter en vurdering af, at borgerens funktionsniveau kan forbedres eller forebygge yderligere forværring ved at modtage tilbuddene. Desuden ydes sociale akuttilbud, hvor borgere med psykiske lidelser kan modtage akut støtte, omsorg samt rådgivning (SEL § 82c).

Serviceloven indeholder mulighed for **støtte og hjælp i eget hjem**. Efter lovens §§ 95-96 gives tilskud til ansættelse af hjælpere til at bistå med personlig pleje og assistance i hjemmet til borgere med betydelig og varig nedsat fysisk eller psykiske funktionsevne. Efter SEL § 85 kan borgere modtage socialpædagogisk bistand, som inkluderer hjælp, omsorg samt støtte og hjælp til at udvikle personlige færdigheder. Socialpædagogisk bistand ydes også i botilbudslignende boformer, fx efter almenboliglovens § 105. SEL § 83 giver mulighed for personlig hjælp, pleje og omsorg, herunder støtte til praktiske opgaver i hjemmet. Endvidere indeholder loven støtte til ledsagelse (§ 97), hvor borgere under 67 år kan modtage støtte til at bevæge sig uden for hjemmet²³ og for døvblinde tilbydes en særlig kontaktperson (SEL § 98) til, fx at ledsage borgere til aktiviteter samt hjælpe med kontakt til myndigheder. Endvidere giver lovens § 99 mulighed for, at borgere med psykiske lidelser, alkohol- eller stofmisbrug samt borgere med sociale problemer tilbydes en støtte-kontaktperson. Støtteordningen er uvisiteret og fungerer som opsøgende arbejde over for borgerne.

Lovgivningen indeholder også tilbud om **hjælp og støtte i botilbud eller dagtilbud**. Botilbud kan tildeles som midlertidige (SEL § 107) eller længerevarende (SEL § 108). Begge typer af tilbud kan indbefatte hjælp til almindelige daglige funktioner, pleje eller behandlingsmæssig støtte. Hvad angår dagtilbud giver loven mulighed for beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), når borgere ikke kan varetage et job på normale vilkår, og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) med det formål at opretholde eller forbedre personlige færdigheder og levevilkår.

I relation til **indsatser til pårørende** gives efter SEL § 84 afløsning eller aflastning. Afløsning ydes som hjælp i hjemmet, mens aflastning ydes uden for hjemmet, fx som midlertidige dag-, nat- eller døgnophold i plejebolig. Afløsning og aflastning ydes til nære pårørende, der passer personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Endelig indeholder serviceloven og sundhedsloven tilbud om **misbrugsbehandling**. Efter sundhedsloven er der mulighed for behandling for alkoholmisbrug (SUL § 141) samt tilbud om støtte i form af døgnophold til gravide alkoholmisbrugere (SUL § 141b). I serviceloven er der

²³ Ledsagelse efter SEL § 97 tilbydes 15 timer om måneden.

bestemmelser om social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101), der kan ydes som anonym ambulans behandling (SEL § 101a), mens der i sundhedsloven er bestemmelser om lægelig stofmisbrugsbehandling (SUL § 142).

Norge

Som tidligere beskrevet indeholder den norske helse- og omsorgstjenestelov tilbud til borgere med bl.a. psykisk sygdom, rusmiddelbrug, sociale problemer og funktionsnedsættelse, mens socialtjenesteloven har til formål generelt at forbedre levevilkår for vanskeligt stillede og bidrage til social og økonomisk tryghed. I begge love findes en række bestemmelser vedrørende støtte. Dette afsnit fokuserer på det, der i Danmark hører under det specialiserede socialområde. I Norge kan både børn, unge og voksne modtage tilbud efter begge love. I relation til forebyggende og rådgivende indsatser indeholder lovene generelle bestemmelser om forebyggelse af sociale problemer gennem oplysning, råd og vejledning til borgere (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, Socialtjenesteloven § 17), hvilket kan være i forhold til boligsituation, familieliv, fysisk og psykisk sundhed. Endvidere har kommunen et generelt ansvar for at forebygge, afdække og afværge vold og seksuelle overgreb (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a).

Hvad angår hjælp og støtte i eget hjem tilbydes støttekontakt, tilskud til ansættelse af egne hjælpere samt praktisk hjælp og medicinsk, social og psykosocial habilitering og rehabilitering²⁴. Disse tilbud gives alle efter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. Habilitering og rehabilitering skal bidrage til optræning af borgernes færdigheder til at mestre så meget af hverdagslivet som muligt. Støtten integreres i borgernes hverdag og kan ydes fx i forbindelse med børnehave, skole, dagtilbud, i hjemmet og på arbejdsmarkedet²⁵. Endvidere ydes praktisk bistand²⁶, der inkluderer hjælp og optræning af færdigheder i praktiske gøremål i og uden for hjemmet og personlig pleje. Praktisk bistand kan også organiseres som brugerstyret (borgersstyret) personlig assistance (BPA). Dette indebærer, at borgeren selv organiserer og leder sine hjælpers arbejde²⁷. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 giver også mulighed for støttekontaktordning, hvor borgere kan få en støtte-kontaktperson til at hjælpe med at deltage i fritidsaktiviteter, sociale aktiviteter eller få besøg i hjemmet²⁸.

Hvad angår støtte i bo- og dagtilbud inkluderer lovgivningen i Norge en række tilbud. Der ydes midlertidige botilbud (socialtjenesteloven § 27), hvilket kan være af en række årsager, fx udsættelse fra egen bolig, samlivssammenbrud og udskrivelse fra institution²⁹ og botilbud (helse- og omsorgstjenesteloven §3-7), herunder boliger til børn, fx med funktionsnedsættelser med behov for aflastning og botilbud med støtte til borgere med funktionsnedsættelser og misbrugsproblemer³⁰. Endvidere gives døgnophold for borgere med akutte behov (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5). Endvidere ydes dagtilbud i form af velfærds- og aktivitetstilbud (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3), hvilket indeholder sociale og fysiske aktiviteter til at fremme en

²⁴ I Norge skelnes mellem habilitering og rehabilitering. Borgere med behov for habilitering er børn, unge og voksne med tidligt eller medfødte funktionsnedsættelser. Rehabilitering fokuserer på borgere, der har erhvervet funktionsnedsættelser senere i livet. Rehabilitering handler om at genvinde tidligere færdigheder, mens habilitering fokuserer på at lære nye færdigheder (<https://www.helsenorge.no/hjelpe tilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>).

²⁵ Borgere med funktionsnedsættelser, psykiske lidelser og rusmiddelbrug med behov for specialiseret behandling kan også modtage habilitering og rehabilitering i Specialisthelsetjenesten, når den kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke kan forventes at have kompetencerne dertil (Helsedirektoratet, 2015a).

²⁶ I Norge hed 'praktisk bistand' tidligere hjemmehjælp.

²⁷ Helse Norge, 2018a. BPA beskrives desuden i Patient- og brugerrettighedsloven § 2-1 d.

²⁸ Helse Norge, 2019a

²⁹ Helsetilsynet, 2016

³⁰ Helse Norge, 2019b

meningsfuld hverdag. De kan gives i forbindelse med rehabilitering og aflastning af pårørende³¹.

Indsatser til pårørende inkluderer aflastning samt oplæring og vejledning til pårørende (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6). Tilbuddene gives til borgere med særligt tyngende omsorgsarbejde. Oplæring og vejledning kan inkludere viden til at håndtere omsorgsarbejdet samt egen sundhedssituation³². Aflastning kan gives som hjælp i eget hjem eller ophold på institution³³.

I forhold til misbrugsbehandling indeholder den norske specialihelsetjenestelov tilbud om specialiseret og tværfaglig misbrugsbehandling på behandlingssteder (§ 2-1a), og helse- og omsorgstjenesteloven giver mulighed for tilbageholdelse under misbrugsbehandling med og uden eget samtykke, herunder tilbageholdelse af gravide. Tilbageholdelsen kan ske i op til tre måneder uden eget samtykke³⁴ (helse- og omsorgstjenesteloven §§§ 10-2-10-4).

Sverige

Som tidligere nævnt indeholder den svenske SoL (socialtjänstlagen) brede bestemmelser for mennesker, der har behov for hjælp og støtte. I SoL er der en række bestemmelser, hvoraf dette afsnit fokuserer på det, der i Danmark hører under det specialiserede socialområde. LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) fokuserer på specifikke grupper, herunder borgere med udviklingshæmning, autisme eller autismealignende tilstand med en betydelig og permanent nedsat psykisk funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade samt personer med andre varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser. Endelig indeholder HSL bestemmelser i relation til sundhed og pleje, herunder habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.

I relation til forebyggende og rådgivende indsatser indeholder LSS (§ 9) en generel bestemmelse om rådgivning og anden personlig støtte fra fagpersoner med særlige kompetencer. Dette inkluderer rehabiliterende indsatser, der skal understøtte borgernes mulighed for deltagelse og et liv på egne vilkår. Indsatserne gives ofte sammen med tilbud efter HSL³⁵ og vedrører primært sundhedsområdet, men inkluderer også social støtte³⁶. Desuden indeholder SoL § 7 en generel bestemmelse om kommunens pligt til at forebygge misbrug, herunder af alkohol, rusmidler og penge gennem generel oplysning og opsøgende arbejde.

Hvad angår hjælp og støtte i eget hjem giver LSS (§ 9) mulighed for ledsagerservice, hvilket inkluderer støtte til deltagelse i fritidsaktiviteter. Der er også mulighed for personlig assistans³⁷ (PA), hvilket kan sammenlignes med BPA i Danmark. PA inkluderer fx hjælp til personlige behov, kommunikation og støtte til fritidsaktiviteter³⁸. SoL (kap. 5 § 7) indeholder en generel bestemmelse om hjælp til borgere med fysiske, psykiske og andre udfordringer til at deltage i samfundet på lige fod med andre, hvilket også kaldes boendestöd (bostøtte). Herunder ydes praktisk, pædagogisk og social støtte i hjemmet. Desuden ydes hemtjänst (hjemmehjælp) efter SoL § 6, hvilket primært gives til borgere over 65 år, men også kan ydes til yngre med fysiske

³¹ Helse Norge, 2019c

³² Helse- og omsorgsdepartementet, 2016

³³ Helse Norge, 2018b

³⁴ For gravide skal grundlaget for tilbageholdelsen vurderes mindst hver tredje måned af behandlingsinstitutionen og kommunen.

³⁵ Funktionsrätt Sverige, 2019

³⁶ Habilitering & Hälsa, 2021

³⁷ LSS § 9 giver også mulighed for økonomisk støtte til udgifter hertil, som ikke dækkes af SFB, kap. 51 (Socialstyrelsen i Sverige, 2020a, s. 73-74)

³⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2020a.

og psykiske funktionsnedsættelser³⁹, fx inden for socialpsykiatri. Endvidere ydes støtte-kontaktpersonordning, fx til socialt samvær (LSS § 9) og efter SoL (§ 6b), hvor der for unge under 21 år kan gives en særlig kontaktperson til forebyggelse af misbrug. Endelig tilbydes habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser (HSL kap. 8 § 7, kap. 12 § 5). Det inkluderer fx træning i bevægelse, at klare daglige gøremål og etablere og opretholde social kontakt⁴⁰.

I forhold til **indsatser i bo- og dagtilbud** indeholder LSS § 9 tilbud om korterevarige ophold i botilbud eller støttefamilie et par døgn månedligt. Formålet er rekreation for borgere og pårørende. Længerevarende ophold i botilbud ydes efter SoL § kap. 5 § 7 og LSS § 9⁴¹, hvor der ydes støtte til, at borgere kan leve et liv på lige fod med andre, herunder praktisk, personlig og social støtte. Endvidere gives beskæftigelsestilbud efter LSS § 9 og SoL kap. 5, § 7 til borgere i alderen 18-65 år, der ikke kan opnå beskæftigelse på det ordnære arbejdsmarked. Tilbuddet kan både indeholde aktiviteter og rehabiliterende tiltag⁴². Hvilken lovgivning beskæftigelsestilbuddet gives efter, afhænger af, hvilken af lovene borgerne er i målgruppen for.

I relation til **pårørende** gives mulighed for aflastning i hjemmet (LSS § 9 og SoL § 10), hvis formål er at give pårørende mulighed for rekreation. Hvilken lovgivning aflastning gives efter, afhænger af, hvorvidt borgeren er i målgruppen for LSS eller SoL.

Hvad angår **misbrugsbehandling** ydes der hjælp til at komme ud af misbrug (SoL kap 5, § 9, HSL kap. 16, § 3), herunder beskrives kommunens og regionens forpligtelse til at samarbejde og indgå skriftlig aftale om behandlingen. Desuden giver LVM (§§ 2-4) mulighed for misbrugsbehandling uden borgerens samtykke. Tvangsbehandling kan igangsættes, når en borger med misbrug har behov for hjælp til at komme ud af misbruget, når støttebehovet ikke kan varetages tilstrækkeligt efter SoL, eller når en borger med langvarigt misbrug udsætter sit fysiske og psykiske helbred for fare og kan skade sig selv eller andre (LVM §§ 2-4). Tvangsbehandlingen kan vare i op til seks måneder (LVM § 20).

Sammenligning på tværs af landene

De tre landes lovgivninger giver generelt fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud eller kombination af indsatser man vurderer vil være det bedst egnede i det konkrete tilfælde. Tabel 2.4 giver et overordnet overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på voksenområdet.⁴³

Overordnet set er der en række fællestræk mellem lovgivningen på voksenområdet i Danmark, Norge og Sverige. I alle tre lande er der mulighed for indsatser til rådgivning og forebyggelse, herunder korterevarige tilbud om hjælp, omsorg og støtte i Danmark og generel forebyggelse af sociale problemer i Norge og Sverige. Der ydes støtte i eget hjem, herunder borgerstyret personlig assistance (BPA), støtte til ledsagelse samt hjælp og støtte til praktiske gøremål, personlig pleje og socialpædagogisk støtte. Landenes lovgivning inkluderer også botilbud med støtte, særlige dagtilbud og aflastning til pårørende.

I alle tre lande ydes misbrugsbehandling, men på dette område adskiller Danmark sig fra Norge og Sverige ved mindre mulighed for behandling uden borgerens samtykke. I Norge kan borgere

³⁹ Kunskapsguiden, 2020a

⁴⁰ 1177 Vårdguiden, 2019

⁴¹ Botilbud efter LSS § 9 kan gives til borgere, der bor på samme matrikel og modtager støtte der, (gruppebostad) eller til borgere, der bor i samme område (servicebostad) (Kunskapsguiden, 2020b).

⁴² Kunskapsguiden, 2017

⁴³ Der er vægt på sociale indsatser inden for undersøgelsens afgrænsning, jf. tabelnote til Tabel 2.4. Det vil sige, at der ikke er tale om en udtømmende gennemgang af samtlige bestemmelser i landenes sociallovgivninger. Se i øvrigt afsnit 1.2.

i alkohol- og misbrugsbehandling tilbageholdes i op til tre måneder og i Sverige i op til seks måneder uden at have givet samtykke dertil.

Tablet 2.4 Overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på voksenområdet

	Danmark	Norge	Sverige
Forebyggende og rådgivende indsatser	<p>Gruppebaseret hjælp, støtte samt optræning (SEL § 82a)</p> <p>Tidsbegrænset individuel hjælp, omsorg, støtte eller genoptræning (SEL § 82b)</p> <p>Sociale akuttilbud (SEL § 82c)</p>	<p>Oplysning råd og vejledning (Socialtjenesteloven § 17)</p> <p>Forebyggelse af sygdom, skade og sociale problemer (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3).</p> <p>Forebyggelse af vold og seksuelle overgreb (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a)</p>	<p>Rådgivning og anden personlig støtte (LSS § 9)</p> <p>Forebyggelse af misbrug (SoL § 7)</p>
Støtte og hjælp i eget hjem	<p>Ledsagelse (SEL § 97)</p> <p>Socialpædagogisk bistand, (SEL §85)</p> <p>Personlig hjælp og pleje (SEL § 83)</p> <p>Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere (SEL § 95)</p> <p>Borgerstyret personlig assistance (SEL § 96)</p> <p>Kontaktperson til døvblinde (SEL § 98)</p> <p>Støtte- og kontaktperson (SEL § 99)</p>	<p>Støttekontakt (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Praktisk bistand (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Habilitering og rehabilitering, (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p>	<p>Ledsagarservice (LSS § 9)</p> <p>Kontaktperson (LSS § 9)</p> <p>Kontaktperson (SoL § 6b)</p> <p>Personlig assistans (PA) (LSS § 9)</p> <p>Hjælp til at deltage i samfundet på lige fod med andre (boendestöd)⁴⁴ (SoL kap. 5 § 7)</p> <p>Hemtjenst (hjemmehjælp) (SoL kap. 3 § 6)</p> <p>Habilitering og rehabilitering (HSL kap. 8 § 7, kap. 12 § 5)</p>
Indsatser i bo- og dagtilbud	<p>Botilbud:</p> <p>Midlertidige ophold i botilbud (SEL §107)</p> <p>Længerevarende ophold i botilbud (SEL §108)</p> <p>Dagtilbud:</p> <p>Beskyttet beskæftigelse (SEL § 103)</p> <p>Aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104)</p>	<p>Botilbud:</p> <p>Midlertidige ophold i botilbud (Socialtjenesteloven § 27)</p> <p>Døgnophold til borgere med akut behov for hjælp (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5)</p> <p>Botilbud/omsorgsboliger (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7)</p> <p>Dagtilbud:</p> <p>Velferds- og aktivitetstiltak (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3)</p>	<p>Kortvarigt ophold i støttefamilien eller botilbud (korttidsvistelse) (LSS § 9)</p> <p>Botilbud (SoL Kap. 5 § 7)</p> <p>Botilbud (LSS § 9)</p> <p>Beskæftigelsestilbud (LSS § 9).</p> <p>Beskæftigelsestilbud (SoL kap. 5 § 7)</p>
Indsatser til pårørende	<p>Afløsning og aflastning (SEL § 84)</p>	<p>Aflastning (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6)</p> <p>Oplæring og vejledning (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6)</p>	<p>Aflastning i hjemmet til nærtstående (LSS § 9)</p> <p>Aflastning i hjemmet til nærtstående (SoL § 10)</p>
Misbrugsbehandling	<p>Alkoholbehandling på behandlingssteder/ institutioner (SUL § 141)</p> <p>Alkoholbehandling af gravide (SUL § 141b)</p> <p>Social misbrugsbehandling (SEL § 101)</p> <p>Lægesamtaler og lægelig behandling (SUL § 142)</p>	<p>Specialiseret og tværfaglig misbrugsbehandling (specialisthelsestjenesteloven § 2-1a)</p> <p>Tilbageholdelse uden eget samtykke i behandlingsinstitution, herunder gravide (helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2-10-3)</p> <p>Tilbageholdelse på institution med eget samtykke (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4)</p>	<p>Misbrugsindsats (SoL kap 5, § 9)</p> <p>Misbrugsindsats og samarbejdesforpligtelse (HSL kap. 16, § 3).</p> <p>Tilbageholdelse uden eget samtykke (LVM §§ 2-4, § 20).</p>

Note: I alle tre lande findes en række tilbud på det, der i Danmark betegnes som det specialiserede socialområde. I tabel 2.4 er vægten lagt på beskrivelse af sociale tilbud og indsatser på området, og derfor indgår eksempelvis hjælpemidler og merudgiftsydelse ikke i beskrivelsen. Der er således ikke i tabellen tale om en udtømmende beskrivelse af samtlige bestemmelser i landenes sociallovgivninger.

⁴⁴ Socialstyrelsen i Sverige, 2020a, s. 26

2.3.2 Børn og unge-området

På børn og unge-området har vi grupperet de indsatser, som fremgår af landenes lovgivninger i tre overordnede kategorier, nemlig 1) forebyggende og rådgivende indsatser, 2) støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt samt 3) anbringelse af børn og unge uden for eget hjem.

Danmark

Som nævnt omfatter den danske servicelov støtte til både socialt udsatte børn og unge samt børn og unge med funktionsnedsættelser.

Hvad angår **forebyggende og rådgivende indsatser** indeholder servicelovens § 10 og § 11 bestemmelser om, at kommunen *skal* sikre mulighed for gratis rådgivning samt en række tidlige forebyggende indsatser, bl.a. konsulentbistand (herunder familierettede indsatser), netværksgrupper og rådgivning om familieplanlægning. Fælles for de nævnte forebyggende og rådgivende indsatser er, at børn, unge og forældre skal kunne modtage indsatserne anonymt og som et åbent tilbud.

En stor del af servicelovens bestemmelser om **støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt**, findes i § 52, stk. 3. Iværksættelse af disse indsatser forudsætter, at kommunen forudgående gennemfører en såkaldt børnefaglig undersøgelse (SEL § 50). Loven indeholder muligheden for at iværksætte indsatser såsom aflastningsordning eller støtte-kontaktperson, men også indsatser inden for nogle bredere indsatsgrupper som fx *"familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer"* og *"anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte"*. Servicelovens § 101 giver desuden mulighed for at iværksætte social stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år.

I forhold til støtte til børn og unge, der ikke er anbragt, indeholder serviceloven desuden en række indsatser specifikt til børn og unge med funktionsnedsættelser. Det drejer sig bl.a. om hjemmetræning til børn med nedsat funktionsevne (SEL § 32a) samt genoptræning, afløsning og aflastning (§ 44)⁴⁵.

Endelig beskriver serviceloven en række forskellige muligheder for **anbringelse af børn og unge uden for eget hjem** (SEL § 66). Anbringelse kan ske i bl.a. forskellige typer plejefamilier, egne værelser eller kollegier, opholdssteder og døgninstitutioner (herunder sikrede institutioner). Anbringelsesmulighederne gælder for både socialt udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelser.

Den danske lovgivning giver desuden mulighed for at fortsætte støttetiltag til unge i alderen 18-22 år, som har modtaget støtte efter serviceloven, umiddelbart inden den unge fyldte 18 år (jf. SEL § 76) – såkaldt efterværn. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge og kan fx bestå i døgnophold på et anbringelsessted eller udpegning af en fast kontaktperson til den unge.

Norge

Grundlæggende modtager børn og unge med funktionsnedsættelser i Norge støtte efter samme lovgivning som på voksenområdet, hvorfor tilbudsviften i vid udstrækning er den samme som præsenteret i afsnit 2.3.1 ovenfor. Dog kan der ifølge en af de interviewede videnspersoner være

⁴⁵ Serviceloven indeholder desuden tilbud til børn med funktionsnedsættelser i form af særlige dagtilbud og særlige klubber (SEL § 32 og § 36). Disse tilbud ligger dog i snitfladen mellem socialområdet og dagtilbuds-/skoleområdet og indgår derfor ikke yderligere i undersøgelsen.

nogle forskelle mellem hhv. børn og unge-området og voksenområdet. Helse- og omsorgstjenesten har således en særlig involvering specifikt i forhold til børn og unge med funktionsnedsættelser i form af aflastning, plejepenge til forældre samt i visse tilfælde barne- og aflastningsboliger. Barne- og aflastningsboliger er et tilbud til børn og unge med behov for helse- og omsorgstjenester hele døgnet.⁴⁶ Betegnelsen barnebolig anvendes i de tilfælde, hvor barnet bor der fast, mens betegnelsen aflastningsbolig anvendes, når barnet bor fast hos sine forældre, men flytter ind i boligen, når forældrene har behov for aflastning. Derudover er specialhelsetjenesten ifølge interview med videnspersoner i Norge mere aktivt involveret i habilitering og rehabilitering på børn- og ungeområdet, fx i indsatser til børn med autisme, end det er tilfældet på voksenområdet.

For socialt udsatte børn og unge giver barnevernloven mulighed for at iværksætte en lang række forskellige **forebyggende og rådgivende indsatser samt støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt**. Indsatserne under de to kategorier er ikke adskilt i lovgivningen – indsatserne gives som såkaldte hjulpetiltak efter § 4-4. Eksempler på hjulpetiltak er råd og vejledning, hjemkonsulent, støttekontakt til barnet eller den unge samt forældretræningsprogrammer som fx PMTO og De Utrolige År⁴⁷.

Anbringelse af børn og unge uden for eget hjem kan ifølge barnevernloven ske i plejefamilier (fosterhjem) eller på institutioner (barnevernloven § 4-14). Dertil kommer en mulighed for, at børn og unge med funktionsnedsættelser kan blive anbragt på oplærings- eller behandlingsinstitutioner. Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-4 giver desuden mulighed for at iværksætte stofmisbrugsbehandling på institution til børn og unge over 12 år.⁴⁸ Desuden kan mindreårige asylansøgere anbringes i såkaldte omsorgscentre.

I den norske lovgivning skelnes der overordnet mellem indsatser, der iværksættes frivilligt (dvs. med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren eller den unge), og indsatser, der iværksættes ved såkaldt omsorgsovertagelse, hvor det offentlige overtager ansvaret for barnets/den unges omsorg fra forældrene⁴⁹. Ved omsorgsovertagelse overgår dele af forældreansvaret således til barnevernet. Anbringelser kan iværksættes som både frivillige indsatser og ved omsorgsovertagelse.

Den norske lovgivning giver mulighed for give efterværn ved at fortsætte støttetiltag efter barnevernloven, som er iværksat inden den unge fylder 18 år, indtil den unge fylder 25 år (jf. barnevernloven § 1-3). Ligeledes er der mulighed for at erstatte denne støtte med andre indsatser, hvis der er behov for det.

Sverige

For så vidt angår **forebyggende og rådgivende indsatser** fremgår det af den svenske Socialtjänstlag (SoL), at kommunen skal sikre tilbud om familierådgivning (bearbejdning af samlivskonflikter) samt øvrige åbne rådgivningstilbud (SoL kap. 5 § 3 samt kap. 3 § 6a).

I forhold til **støtte og hjælp til børn og unge, som ikke er anbragt**, fremgår det specifikt af SoL kap. 3 § 6b, at kommunen skal udpege en kontaktperson eller kontaktfamilie. Lovens kap. 3 § 6a foreskriver desuden mere bredt, at *”Socialnämnden ansvarar för att det finns tillgång till öppna insatser för att kunna möta barns, ungas och vårdnadshavares olika behov”*. Det kan

⁴⁶ Helse Norge, 2019b

⁴⁷ Barne- og likestillingsdepartementet, 2016

⁴⁸ Der er her tale om frivillig behandling, dvs. med samtykke fra barnet/den unge og forældremyndighedsindehaverne. For unge over 16 år kræves kun den unges eget samtykke.

⁴⁹ Vilårene for omsorgsovertagelse fremgår af barnevernlovens § 4-12 og 4-18.

eksempelvis være indsatser såsom Funktionel Familierapi (FFT) eller Aggression Replacement Training (ART).⁵⁰ SoL giver dog brede muligheder for, at kommunen kan iværksætte de støttetiltag, som vurderes at være de bedst egnede i den givne sag. Specifikt for børn og unge med funktionsnedsættelser fremgår det af LSS, at der er mulighed for at iværksætte indsatser såsom rådgivning, personlig assistance (PA), ledsagerordning og kontaktperson. Børn og unge med funktionsnedsættelser kan modtage indsatser via LSS, ligesom det er tilfældet på voksenområdet, herunder bl.a. PA.

Anbringelse af børn og unge uden for eget hjem kan ifølge SoL kap. 6 § 1 ske i enten plejefamilier (familjehem), institutioner (HVB - Hem för vård eller boende) eller i særskilte ungdomshjem med individuelt tilpasset støtte (stödboende). I visse tilfælde kan barnet eller den unge desuden anbringes på særlige institutioner (kaldet 'särskilda ungdomshem') under Statens Institutionsstyrelse, som har beføjelser til at have lukkede afdelinger. Det kan eksempelvis være anbringelse af unge, som har problemer med fx misbrug og/eller kriminalitet og behøver særligt nøje opsyn under opholdet. Med hjemmel i LVU kan sådanne anbringelser i visse tilfælde gennemføres uden samtykke. Børn og unge med funktionsnedsættelser kan desuden tildeles ophold i plejefamilie eller botilbud, hvis de har behov for at bo uden for forældrenes hjem (LSS § 9).

I SoL er der mulighed for at tildele såkaldt stödboende for unge i alderen 16-20 år (SoL kap. 6 § 1). Stödboende er et udslusningstilbud til unge, som behøver hjælp til at overgå til en voksentilværelse. Desuden er der mulighed for at gennemføre visse indsatser uden samtykke via LVU for unge op til 20 år. Derudover er der ikke specifikke paragraffer i den svenske lovgivning vedrørende særlig støtte til unge over 18 år (efterværn).

Sammenligning på tværs af landene

De tre landes lovgivninger giver generelt fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud man vurderer vil være det bedst egnede for det enkelte barn. I Danmark ses dette bl.a. ved, at der er en 'anden hjælp'-kategori for de forebyggende foranstaltninger, som giver kommunerne mulighed for at iværksætte en række indsatser, som ikke falder ind under de øvrige foranstaltninger, der er nævnt i servicelovens § 52, stk. 3 (jf. evt. Tabel 2.5 nedenfor). Ligeledes ses det i det norske departements vejledning omkring hjælpetiltak, hvor det fremgår, at *"Barneverntjenesten bør utvise fleksibilitet og kreativitet ved valg av hjælpetiltak, og står fritt til å velge hjælpetiltak ut fra barnets og familiens individuelle behov"*.⁵¹ Også i Sverige giver bestemmelserne i SoL brede muligheder for at iværksætte de støttetiltag, som vurderes at være de mest formålstjenlige i den enkelte sag.

Hvad angår støtte til børn og unge, som ikke er anbragt, adskiller lovene i de tre lande sig lidt. I den danske servicelovs § 52 stk. 3 nævnes der nogle forskellige kategorier af forebyggende foranstaltninger. I lovgivningen i Norge og Sverige gives der ikke på samme måde beskrivelser af, hvilke forskellige kategorier af forebyggende foranstaltninger der kan iværksættes (jf. Tabel 2.5). Selvom der således findes lidt mere uddybende beskrivelser af foranstaltningerne i den danske lovgivning end i de to andre lande, så er indtrykket, som allerede nævnt, at lovgivningerne i alle tre lande i praksis giver mulighed for at iværksætte en række forskellige typer af forebyggende foranstaltninger.

Der er forskelle mellem landene med hensyn til omfanget af støtte til unge i overgangen til en voksentilværelse – det, der i Danmark og Norge er kendt som efterværn. I Norge kan unge få

⁵⁰ Flere eksempler på öppenvård kan fx ses i denne rammeaftale (Adda, 2017).

⁵¹ Barne- og likestillingsdepartementet 2016, s 13.

efterværn, til de er 25 år, mens aldersgrænsen i Danmark er 23 år. Aldersgrænsen i Norge er dog hævet fra 23 år for relativt nyligt (besluttet i sommeren 2020). I Sverige har man ikke som sådan særskilte bestemmelser om efterværn i lovgivningen, men der er mulighed for at give såkaldt stødboende til unge i alderen 16-20 år.

Tabel 2.5 giver et overblik over tilbudsviften på det specialiserede børn og unge-område i de tre lande. Selvom der i den danske lovgivning er skrevet mere om fx forskellige forebyggende foranstaltninger, er det VIVEs indtryk, at man i praksis har nogenlunde samme muligheder med hensyn til, hvilke indsatser man kan vælge at iværksætte i de tre lande.

Tabel 2.5 Overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på børn og ungeområdet

	Danmark	Norge	Sverige
Tidligt forebyggende og rådgivende indsatser	Konsulentbistand (herunder familierettede indsatser), netværksgrupper og rådgivning om familieplanlægning (SEL §10 og § 11)	Råd og vejledning til barn, forældre eller familie (i stedet for eller i tillæg til konkrete hjælpe-tiltak)	Familjerådgivning (SoL kap. 5 § 3) Tilgang til åbne rådgivningstilbud (SoL kap. 3 § 6a).
Støtte og hjælp til ikke-anbragte børn og unge	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Hjemmetræning (SEL § 32a)</p> <p>Personlig hjælp og pleje samt støtte til praktiske opgaver i hjemmet (SEL § 83 (§ 44))</p> <p>Afløsning og aflastning (SEL § 84 (§ 44))</p> <p>Genoptræning (SEL § 86 (§ 44))</p> <p>Ledsagerordning (SEL § 45)</p> <p><u>Børn med behov for særlig støtte (SEL § 52 stk. 3):</u></p> <p>Nr. 1: Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted e.l.</p> <p>Nr. 2: Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet</p> <p>Nr. 3: Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer</p> <p>Nr. 4: Døgnophold, jf. § 55, for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge og andre medlemmer af familien</p> <p>Nr. 5: Aflastningsordning</p> <p>Nr. 6: Fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien</p> <p>Nr. 8: Formidling af praktiktillbud</p> <p>Nr. 9: Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1.</p> <p><u>For socialt udsatte børn og unge:</u></p> <p>Barnevernloven er ikke særlig eksplicit om indholdet af hjælpetiltag, men departementet har udarbejdet et rundskriv om retningslinjer for hjælpetiltak efter lovens § 4-4, hvor der som eksempler nævnes:</p> <p>Støttekontaktperson til barnet</p> <p>Besøgs- og aflastningshjem</p> <p>Hjemkonsulent (kommer hjem til familien og hjælper til med å lage gode hverdagsrutiner for familien)</p> <p>Strukturerende hjælpetiltak til børn med adfærdsvanskeligheder som fx PMTO, MST og DUÅ</p> <p>Strukturerende universelle hjælpetiltak som fx Circle of Security, Sentre for familie og barn og ICDP</p> <p>Derudover findes sentre for foreldre og barn, hvor familien 'anbringes' sammen.</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1.</p> <p><u>For socialt udsatte børn og unge:</u></p> <p>SoL er ikke særlig eksplicit om indholdet af forebyggende indsatser – disse skal tilpasses den enkelte borgers behov. Dog nævnes følgende specifikt i SoL:</p> <p>Kontaktperson eller kontaktfamilj (SoL kap. 3 § 6b)</p> <p>Forebyggende indsatser – såkaldte 'öppna insatser' (SoL kap 3 § 6a). Det kan eksempelvis være metoder såsom: Marte Meo, Funktionel familierterapi (FFT), Agression Replacement Training (ART) og Multidimensionel Familierterapi (MDFT)</p>
Anbringelse uden for eget hjem	<p><u>Anbringelse kan ske i (jf. SEL § 52, stk. 3 nr. 7 samt § 66):</u></p> <p>1) almene plejefamilier</p> <p>2) forstærkede plejefamilier</p> <p>3) specialiserede plejefamilier</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Mulighed for særlige barneboliger og aflastningsboliger til børn, som har behov for helse-</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1. Børn og unge</p>

Danmark	Norge	Sverige
4) netværksplejefamilier 5) egne værelser, kollegier eller kollegielignende opholdssteder 6) opholdssteder for børn og unge 7) døgninstitutioner, herunder delvis lukkede døgninstitutioner og delvis lukkede afdelinger på døgninstitutioner samt sikrede døgninstitutioner og særligt sikrede afdelinger 8) pladser på efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling	og omsorgstjenester hele døgnnet (jf. helse- og omsorgstjenesteloven). <u>Anbringelse kan, (jf. barnevernloven § 4-14), ske:</u> a) i fosterhjem, jf. § 4-22 b) i institusjon, jf. § 5-1 og § 5-8 c) i opplærings- eller behandlingsinstitusjon, når dette er nødvendig fordi barnet er funksjonshemmet, eller d) i omsorgssenter for mindreårige asylansøgere, jf. kapitel 5 A	med funktionsnedsættelser kan desuden tildeles ophold i plejefamilie eller botilbud, hvis de har behov for at bo uden for forældrenes hjem (LSS § 9) <u>Anbringelse kan (jf. SoL kap. 6 § 1) ske i:</u> Plejefamilier (Familjehem) – for permanent omsorg og opfostring Institutionsanbringelse (HVB, Hem för vård eller boende) – både ophold og behandling Stödboende for børn og unge i alderen 16-20 år Derudover findes der særlige ungdomshjem med døgnophold (Särskild ungdomshem), som gives via Statens institutionsstyrelse (jf. LVU § 12)

Note: I alle tre lande findes en række tilbud på det, der i Danmark betegnes som det specialiserede socialområde. I Tabel 2.5 er vægten lagt på beskrivelse af sociale tilbud og indsats på området, og derfor indgår fx hjælpemidler og merudgiftsydelse ikke i beskrivelsen. Jf. afgrænsningen af undersøgelsens genstandsfelt i kapitel 1 omfatter analysen ikke indsats, der ligger i snitfladen mellem socialområdet og andre områder, dog med undtagelse af sundhedsområdet. Derfor indgår fx de danske særlige dagtilbud og særlige klubber (SEL § 32 og § 36) ikke i tabellen.

2.4 Hvad siger lovgivningen om kriterier for tildeling?

I dette afsnit ser vi nærmere på, i hvilken grad lovgivningen i de tre lande lægger vægt på borgernes ret til visse ydelser baseret på objektive kriterier (fx diagnoser), eller om de snarere lægger vægt på, at ydelser tildeles ud fra en individuel vurdering af den konkrete borgers støttebehov.

2.4.1 Danmark

Af servicelovens overordnede formålsparagraf fremgår det, at *"Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn"* (SEL § 1, stk. 3).

Det følger heraf, at beslutningen om, hvilken støtte, der iværksættes over for den enkelte borger, skal foretages ud fra konkret, individuel vurdering. Dette gælder for indsatser på både voksenområdet og børn og unge-området. Den individuelle vurdering baseres på både faglige og økonomiske hensyn. Hensynet til kommunernes økonomi kan dog aldrig stå alene, da kommunalbestyrelsens afgørelse skal baseres på en konkret, individuel vurdering af borgerens behov. Kommunalbestyrelsen må derfor aldrig vælge en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser, jf. vejledning nr. 1 til serviceloven⁵².

Hvad angår serviceniveau fremgår det desuden af servicelovens § 139, at *"Kommunalbestyrelsen kan inden for lovens rammer træffe beslutning om at fastsætte generelle vejledende serviceniveauer for den lokale udmøntning af hjælp efter loven"*. De vejledende serviceniveauer må dog

⁵² Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven, Børne- og Socialministeriets vejledning nr. 9347 af 28/3-2017.

aldrig tilsidesætte den konkrete individuelle vurdering, som er beskrevet ovenfor. På nogle områder er der desuden lovkrav om, at kommunen skal udarbejde såkaldte kvalitetsstandarder. Det gælder bl.a. for social behandling for stofmisbrug efter servicelovens § 101. Kvalitetsstandarderne skal bl.a. indeholde en beskrivelse af kommunens serviceniveau for den pågældende indsats.

2.4.2 Norge

I Norge træffes beslutninger om støtte på både voksenområdet og børn og unge-området ud fra en individuel vurdering. Der gælder imidlertid en pligt til at indsatser, der iværksættes efter de forskellige lovgivninger på området (herunder socialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, specialhelsetjenesteloven og barnevernloven), skal være 'forsvarlige'. Bufdir skriver følgende om kravet om forsvarlighed: *"Kjernen i forsvarlighetskravet er vurderinger av hva som kan betegnes som god praksis. Hva som er god praksis vil være forankret i anerkjent fagkunnskap og faglige anbefalinger. Innholdet vil kunne endre seg i takt med fagutviklingen og med endringer i verdioppfatninger i samfunnet... Når grensen mot det uforsvarlige og ulovlige skal fastlegges, vil spørsmålet være hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres. Barneverntjenestens virksomhet vil være lovlig når den ligger innenfor spennet mellom beste praksis og forsvarlighetskravets nedre grense".*⁵³

Ud over forsvarlighedsprincippet er der få lovgivningsmæssige krav til, hvilke indsatser der anvendes i konkrete tilfælde. De skal dog ydes som en helhedsorienteret og koordineret indsats og udformes i samarbejde med borgere, så vidt det er muligt.

I Norge bruges termen 'ret' i lovgivningen om borgeres adgang til ydelser. Det fremgår dog fx af Bufdirs noter til barnevernloven, at selvom det eksplicit fremgår af loven, at der er tale om en ret, så gælder det, at *"handlingsrommet kommunen har i dag ved valg av tiltak og tiltakets omfang er uendret. Det er kommunen som avgjør hvilket eller hvilke tiltak som er nødvendige for å gi barnet hjelp, omsorg og beskyttelse. Rett til nødvendige tiltak innebærer ikke at barnet får rett til et bestemt tiltak som for eksempel støttekontakt, institusjonsplass, fosterhjem eller støtte til ferie. Hva som er et eller flere nødvendige tiltak, og hva barnet dermed har krav på, avhenger av barnets situasjon og behov".*⁵⁴

2.4.3 Sverige

I Sverige gælder det for bl.a. SoL, LVU, LVM og HSL, at beslutningen om støtte træffes ud fra en konkret individuel vurdering af borgerens behov. Med andre ord er det en individuel vurdering, der ligger til grund for beslutningen om støtte til socialt udsatte børn, unge og familier, borgere med misbrug samt borgere med psykiske lidelser. Aktuelt er der dog en debat i Sverige om at udvide mulighederne for at tildele visse indsatser efter SoL, eksempelvis misbrugsindsatser og bostøtte (boendestöd), uden der foretages en individuel behovsprøvning.⁵⁵

For borgere med funktionsnedsættelser fremgår det af LSS, at man har ret til støtte efter loven, hvis man opfylder en række delvist objektive kriterier (jf. beskrivelsen af LSS-målgrupper i afsnit 2.2.1), og man har behov for sådan støtte (jf. LSS § 7).

⁵³ Bufdir, 2021a

⁵⁴ Se note 24 vedrørende barnevernlovens § 1-5 hos Bufdir (2020).

⁵⁵ Se fx høringssvar fra SKR (Sveriges Kommuner og Regioner) her: <https://skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a5cd6d/1617213451476/WEBB-08-2021-En-hallbar-socialtjanstlag.pdf> og NSPH (2021).

2.4.4 Sammenligning på tværs af landene

Det gælder for både det specialiserede børn og unge-område og voksenområde i alle tre lande, at der i høj grad ligger en konkret individuel vurdering til grund for beslutninger om, hvilken støtte der iværksættes til den enkelte borger. Dette skal ses i sammenhæng med, at der er en høj grad af kommunalt selvstyre i både Danmark, Norge og Sverige. Det betyder, at kommunerne i alle tre lande har et relativt stort rum til at beslutte, hvilke konkrete indsatser der bedst kan imødekomme borgernes behov.

En undtagelse vedrører borgere med funktionsnedsættelser i Sverige, hvor der i LSS lægges vægt på nogle (delvist) objektive kriterier. Hvis en borger lever op til kriterierne, har vedkommende principielt ret til indsatser efter LSS, dog under forudsætning af, at vedkommende også har et støttebehov. Der finder således også i disse tilfælde en konkret individuel vurdering sted.

I Danmark fremgår det eksplicit af serviceloven, at ikke bare faglige, men også økonomiske hensyn skal indgå i den individuelle vurdering af, hvilken hjælp der skal tildeles til den enkelte borger. Dette er ikke tilfældet for lovgivningen om de kommunale tilbud Norge og Sverige.⁵⁶ Det skal nævnes, at der her er fokuseret på lovgivningen, mens eventuelle gældende forvaltningsretlige principper ikke er afdækket. Ligeledes er der i Danmark på bl.a. misbrugsområdet krav om, at kommunerne udarbejder såkaldte kvalitetsstandarder, som bl.a. beskriver kommunens service-niveau på et givent område. Dette er heller ikke tilfældet for de kommunale indsatser i Norge og Sverige.

⁵⁶ Dog er der for specialhelsetjenesten i Norge prioriteringsvejledninger, der beskriver, at ydelser skal vurderes i forhold til patientens forventede udbytte og ressourceforbrug, jf. Helsedirektoratet (2019a).

3 Myndighedsansvar

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde er fordelt i de tre lande. I afsnit 3.1 fokuserer vi på at beskrive, hvem der har ansvaret for at imødekomme forskellige målgruppers behov samt bevilge og visitere til forskellige indsatser, ligesom vi præsenterer de fordele og ulemper, som centrale videnspersoner ser ved denne ansvarsfordeling. I afsnit 3.2 belyser vi, hvordan ansvaret for opfølgning, revisitation og personrettet tilsyn er fordelt i landene. Endelig beskriver vi i afsnit 3.3, hvilke klagemuligheder borgerne har i forhold til afgørelser på det sociale område i Danmark, Norge og Sverige.

Boks 3.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 3.1 Konklusioner – myndighedsansvar

- I både Danmark, Norge og Sverige gælder det generelt, at det i udgangspunktet er kommunerne, som har myndighedsansvaret for sociale indsatser.
- I Sverige er der en særlig opdeling af myndighedsansvaret for PA (personlig assistance), idet kommunen har myndighedsansvaret ved et støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten har myndighedsansvaret, hvis borgerens støttebehov er større end 20 timer pr. uge.
- På børn og unge-området er der i både Danmark, Norge og Sverige særlige organer, som træffer beslutninger om meget indgribende foranstaltninger eller foranstaltninger, hvor der ikke er samtykke.
- Ansvar for behandling på sygehuse, herunder psykiatrisk behandling, er i alle tre lande placeret på regionalt eller statsligt niveau.
- Misbrugsområdet er primært et kommunalt myndighedsansvar i Danmark. I Norge og Sverige er ansvaret for misbrugsområdet i højere grad delt mellem kommuner og sygehusvæsen (dvs. stat og region).
- Generelt følger opfølgningsansvaret myndighedsansvaret. En undtagelse er dog, at statsforvalteren i Norge har ansvaret for tilsyn – herunder det personrettede tilsyn – på barnevernsinstitutioner.
- Generelt ligner klagemulighederne i de tre lande hinanden, idet en klage i første omgang rettes til den kommune, som har myndighedsansvaret for sagen. Hvis kommunen ikke giver klageren medhold, går klagen videre til en overordnet instans, som behandler og træffer afgørelse i sagen. Derudover er der i Danmark og Norge særlige muligheder for at klage til hhv. Ombudsmanden og Sivilombudsmannen.

3.1 Placering af myndighedsansvaret

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan myndighedsansvaret for at imødekomme forskellige målgruppers behov på det specialiserede socialområde er placeret i Danmark, Norge og Sverige. Afsnittet søger således at besvare spørgsmålet om, hvem der har bevillingskompetencen for forskellige indsatser. Vi beskriver desuden de fordele og ulemper, som nationale videnspersoner i de tre lande ser ved fordelingen af myndighedsansvaret.

3.1.1 Danmark

I Danmark er det overordnet set kommunerne (kommunalbestyrelsen), der har myndighedsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde. Det gælder både på voksenområdet

og på børn og unge-området. Dog har regionerne ansvar for behandling i psykiatrien. Kommunen har ansvaret for den sociale indsats, mens regionen har ansvaret for psykiatrisk behandling. Kommunen skal henvise til regionen, når borgere har behov for indsatser fra psykiatrien.

På børn og unge-området gælder der nogle særlige regler, når en kommune ønsker at gennemføre en anbringelse eller andre tvangsmæssige indgreb uden samtykke fra forældrene eller den unge selv⁵⁷. I disse tilfælde skal beslutningen træffes i de enkelte kommuners særlige børn og unge-udvalg, som ikke er et politisk udvalg, men består af to repræsentanter fra kommunalbestyrelsen, en dommer og to pædagogisk-psykologisk fagkyndige.⁵⁸

Mulige fordele og ulemper

Af interviewene med videnspersonerne fremgår det, at placeringen af myndighedsansvaret hos kommunerne understøtter det kommunale selvstyre, som der ifølge videnspersonerne er bred opbakning til i Danmark. I det lys er det en fordel, at ansvarsfordelingen giver mulighed for at lave lokale prioriteringer. Desuden nævnes det af flere videnspersoner som en fordel, at størstedelen af ansvaret for at træffe beslutninger er placeret hos kommunerne og dermed relativt tæt på borgerne, fordi kommunerne alt andet lige er dem, der kender borgerne og de lokale forhold bedst og bl.a. derfor har bedre forudsætninger for at foretage en helhedsvurdering af borgerens situation.

Nogle af de interviewede videnspersoner fortæller, at der i Danmark er en diskussion af, om der er uhensigtsmæssige forskelle i kommunernes serviceniveau på det specialiserede socialområde. Da kommunerne har myndighedsansvaret, kan beslutninger påvirkes af bl.a. den enkelte kommunes faglighed, muligheder, økonomi og prioriteringer, og det kan derfor muligvis medføre beslutninger om tildeling af hjælp og støtte, som er utilstrækkelig. En af de interviewede videnspersoner giver eksempelvis udtryk for, at nogle kommuner kan gå for langt med at afprøve forebyggende indsatser i sager, hvor der ikke er udsigt til, at indsatserne kan lykkes tilstrækkeligt godt. Nogle af de interviewede videnspersoner peger på, at det kan være en udfordring for især mindre kommuner at sikre tilstrækkelig økonomi og faglig ekspertise til borgere med behov for meget specialiserede indsatser.

En anden problemstilling vedrører snitfladen mellem kommuner og regioner, hvor det ifølge nogle videnspersoner kan forekomme, at regionerne, fx behandlingspsykiatrien, giver anbefalinger til, hvilken støtte, de mener, at kommunerne bør iværksætte i konkrete sager – anbefalinger, som kommunerne som ansvarlig myndighed ikke nødvendigvis er enige i ud fra en helhedsvurdering af borgerens behov. Derudover kan der være uklarhed om, hvornår børn og unge⁵⁹ med psykiske udfordringer falder inden for området 'psykiatrisk behandling' (regionens ansvar), og hvornår de falder inden for området 'rehabiliterende social indsats' (kommunernes ansvar). Følgelig opstår der også uklarhed om, hvem der har beslutningskompetencen for borgeren i den pågældende situation, hvorfor borgeren risikerer at 'falde mellem to stole'.

I relation til snitfladeproblematikker peger nogle videnspersoner på, at man kunne understøtte en bedre sammenhæng på tværs af kommune og region med en øget brug af koordinatore, sådan som det kendes fra hjerneskeadeområdet. Andre videnspersoner peger dog på en risiko for, at nogle fagpersoner vil fralægge sig ansvaret for fælles koordination, hvis man formelt placerer

⁵⁷ Ud over de her nævnte forhold gælder der også særlige regler omkring de såkaldte børnehuse, som er specialiseret i sager om overgreb. Kommunen har – som i andre sager – myndighedsansvaret i sager om overgreb, men er forpligtet til at bruge børnehuset i forbindelse med udarbejdelse af den børnefaglige undersøgelse. Der findes fem børnehuse – ét i hver region. Læs evt. mere om børnehusene hos Socialstyrelsen (2018c).

⁵⁸ Ankestyrelsen, 2020

⁵⁹ Interview med videnspersoner i Danmark med fokus på voksenområdet indeholder ikke specifikke diskussioner af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner på psykiatriområdet.

dette ansvar hos en enkelt koordinator. Ligeledes nævnes det, at yderligere brug af koordinatore kan være ressourcekrævende.

3.1.2 Norge

I Norge ligger myndighedsansvaret for sociale indsatser og indsatser til borgere med funktionsnedsættelser primært hos kommunen. Det gælder både på voksenområdet og børn og ungeområdet. Særligt for borgere med psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker gælder det, at myndighedsansvaret er delt mellem opholdskommune og staten gennem de regionale helseforetak, der er ansvarlige for specialhelsetjenesten. Kommunen har ansvaret for den sociale indsats, mens specialhelsetjenesten har ansvar for psykiatrisk behandling samt misbrugsbehandling. Imidlertid har specialhelsetjenesten også ansvar for de dele af sociale indsatser, som kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at varetage (jf. afsnit 5.1), fx dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. Kommunen visiterer til indsatser og skal henvise, når borgere har behov for indsatser fra specialhelsetjenesten. Specialhelsetjenesten foretager derefter en vurdering af kommunens henvisning.

Særligt for området for socialt udsatte børn og unge gælder det, at kommunerne ifølge barnevernloven skal have en barneverntjeneste. Af samme lov fremgår det desuden, at den kommunale barnevernstjenestes myndighedsansvar forvaltes rent administrativt (barnevernloven § 2-1). Kommunernes politiske niveau har indflydelse på de overordnede rammer for det kommunale barnevern, men selve driften og beslutningskompetencen i de enkelte sager er forankret hos de fagprofessionelle og ledelsen i barnevernet, som er en selvstændig administrativ instans.

Ved beslutninger om omsorgsovertagelse⁶⁰ samt en række indsatser, hvor der ikke er samtykke fra forældrene eller den unge, skal beslutningen træffes af de såkaldte fylkesnemnda. Fylkesnemnda for barnevern og sociale sager er et statsligt, domstolslignende forvaltningsorgan, som har afgørelsesmyndighed i bl.a. sager om omsorgsovertagelse for børn og om tvangsindgreb over for unge med alvorlige adfærdsvanskeligheder.⁶¹ Der er i alt 12 fylkesnemnda i Norge, som hver består af tre medlemmer: en leder, der er jurist og opfylder kravene til dommere, et sagkyndigt medlem samt et 'almindeligt medlem' udvalgt blandt medlemmer fra 'udvalget af meddommere' (dvs. lægdommere). Det er den kommunale barnevernstjeneste, der har ansvaret for at bringe sagen for fylkesnemnda samt for at iværksætte og følge op på de besluttede foranstaltninger.

Særligt for anbringelser på døgninstitutioner gælder det i øvrigt, at det er det *statslige* barnevern i form af fem regionale myndigheder kaldet Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten), der træffer beslutning om, hvilken specifik institution barnet eller den unge kan tilbydes⁶². Dette hænger sammen med, at Bufetat har driftsansvaret for døgninstitutioner for børn og unge i Norge, samt ansvar for overblik og koordinering på tværs af institutioner i regionerne⁶³. Dertil kommer, at kommunerne betaler den samme takst for anbringelsen, uanset hvilken døgninstitution der benyttes. Se også rapportens kapitel 4, 5 og 6.

⁶⁰ 'Omsorgsovertagelse' indebærer, at det offentlige overtager ansvaret for barnets/den unges omsorg fra forældrene, jf. barnevernloven § 4-12 og § 4-18. Ved omsorgsovertagelse overgår dele af forældreansvaret således til barnevernet.

⁶¹ Bufdir, 2021b

⁶² Jf. punkt 2.1. i Bufdir (2021a). Det er desuden værd at bemærke, at der gælder særlige regler for Oslo Kommune, som indebærer, at Oslo Kommune skal varetage de opgaver, som varetages af Bufetat i resten af Norge, jf. barnevernloven § 2-3 a.

⁶³ Bufetat har desuden et driftsansvar på andre områder, herunder at bistå kommunerne med at finde egnede plejefamilier. Bufetats driftsansvar behandles mere indgående i kapitel 4.

Mulige fordele og ulemper

Flere af de interviewede norske videnspersoner giver udtryk for, at en fordel ved, at kommunerne har et stort myndighedsansvar for det specialiserede socialområde, er dels, at det giver muligheder for at lave tilpasninger, som passer til lokale behov, dels at kommunerne er relativt tæt på borgerne og derfor har gode muligheder for at foretage helhedsbetragtninger i den enkelte sag. Én af videnspersonerne siger bl.a.: *"Tjenester bliver bedre tilpasset borgernes behov ved lokale vurderinger end ved en central vurderingsinstitution, fordi man får det samlede billede af behovene"*.

Flere af de interviewede videnspersoner fortæller, at der er forskelle i, hvilken hjælp man tilbyder på tværs af kommunerne. Der er nogle mindstekrav til, hvilke indsatser kommunerne skal levere (fx fastlegeordning), og at indsatser generelt skal leve op til kravet om forsvarlighed (jf. evt. afsnit 2.4.2). Derudover er der rum til forskelle i kommunernes serviceniveau og tilrettelæggelse af indsatser. De interviewede videnspersoner fortæller, at der er stor geografisk og demografisk spredning i Norge, og at kommunerne er meget forskellige. Kombineret med et stærkt kommunalt selvstyre kan det betyde, at nogle kommuner – særligt de meget små – kan have vanskeligt ved at finde ressourcer til området, hvilket kan slå igennem fx i forhold til, hvilke tilbud man kan iværksætte, samt hvilke faglige kompetencer man har til fx at lave undersøgelser. Specifikt for funktionsnedsættelsesområdet fortæller en af videnspersonerne, at området er blevet en 'lillesøster' inden for et stort helse- og omsorgsområde og dermed er i fare for at miste politisk bevågenhed og forsvinde som selvstændigt område i kommunerne.

Derudover fortæller flere interviewede videnspersoner, at ansvarsfordelingen mellem kommuner og de regionale helseforetak (spesialisthelsetjenesten) i Norge er genstand for en del diskussion, da ansvarsfordelingen ikke er klart defineret i lovgivningen.

Særligt om socialt udsatte børn og unge

Specifikt for barnevernsområdet er det flere videnspersoners oplevelse, at ansvarsfordelingen *mellem kommune og fylkesnemnd* fungerer godt. En vidensperson peger på, at systemet understøtter et højt niveau i sagsbehandlingen og siger: *"... det er på en måde en eksamen, hver gang barnevernstjenesten går med en sag til fylkesnemnda"*. For nogle borgere kan det dog være uklart, at beslutningen træffes af fylkesnemnda og ikke kommunen, hvorfor de fejlagtigt retter deres kritik mod kommunen. En anden vidensperson påpeger, at det er en fordel, at systemet giver borgere mulighed for at stille med en advokat, inden der træffes vidtgående beslutninger. Dermed styrkes retssikkerheden. En tredje vidensperson vurderer, at systemet medvirker til mere stabile anbringelsesforløb, end hvad der kendes fra fx det danske system, som i højere grad baserer sig på samtykke.

I forhold til barnevernsområdet er der nogle af videnspersonerne, der fortæller, at delingen af beslutningskompetence *mellem kommuner og Bufetat* (staten) på døgninstitutionsområdet indebærer nogle udfordringer. Det drejer sig især om, at kommunens primære interesse er at få det bedste døgninstitutionstilbud til det enkelte barn, mens Bufetat derudover har et helhedsansvar for at fordele tilbudskapaciteten på tværs af landet og den samlede gruppe af børn, som har behov for hjælp. Flere videnspersoner giver udtryk for, at en udfordring ved det nuværende system er, at den kommunale barnevernstjeneste kun har lille indflydelse på, hvilken specifik døgninstitution der tilbydes til det enkelte barn, fordi denne beslutning træffes af Bufetat.

3.1.3 Sverige

Myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde er primært placeret hos kommunerne i Sverige. Det gælder både på voksenområdet og børn og unge-området. Det er således kommunernes socialnämnd, der træffer beslutningerne i enkeltager. Der er dog en række undtagelser fra placeringen af myndighedsansvaret i kommunerne.

For det første har regionerne myndighedsansvaret for 'rådgivning og anden personlig støtte' til borgere med funktionsnedsættelser, som er en specifik indsats i LSS, som giver ret til rådgivning om det at leve med en funktionsnedsættelse fra fx psykolog, arbejds terapeut eller andre eksperter (LSS § 2).

For det andet er myndighedsansvaret for 'personlig assistans' (PA) delt mellem kommune og stat, således at kommunen træffer beslutning om PA ved et grundlæggende støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten træffer beslutning, hvis borgerens grundlæggende støttebehov er større end 20 timer pr. uge⁶⁴. I praksis ansøger borgeren hos kommunen først. Hvis kommunen vurderer, at der er behov for mere end 20 timer pr. uge i gennemsnit, orienterer kommunen Försäkringskassan (dvs. staten), som efterfølgende behandler sagen.

For det tredje har regionen som hovedregel myndighedsansvaret for bevilling af sundheds- og sygepleje til borgere, som er bosat inden for regionen. Kommunen har dog ansvaret for bevilling af sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud⁶⁵ samt modtagere af støtte efter LSS, fx personlig assistance (PA). Desuden har regionen et medansvar for rehabilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.⁶⁶

Endelig skal det nævnes, at myndighedsansvaret for hhv. misbrugs- og psykiatriområdet i Sverige er delt mellem regionerne og kommunerne. Hvad angår misbrugsbehandling har regionerne myndighedsansvar for den del af misbrugsbehandlingen, der finder sted på sygehusene.⁶⁷ Kommunerne har ansvaret for bevilling af de sociale støtte- og behandlingsindsatser vedrørende misbrugsbehandling. Beslutning om misbrugsbehandling uden samtykke med hjemmel i LVM træffes af Förvaltningsrätten⁶⁸ efter ansøgning fra kommunens socialnämnd. Ligeledes er myndighedsansvaret på psykiatriområdet delt mellem kommune og region, således at regionen har myndighedsansvaret for psykiatrisk behandling på sygehusene⁶⁹, mens kommunen har ansvar for socialfaglige indsatser, der har til formål at give støtte 'til den daglige livsførelse', dvs. i hjemmet og i relation til beskæftigelse.

En vidensperson fortæller, at der i praksis kan være en udfordring i opdelingen mellem SoL og LSS, selvom kommunen har myndighedsansvaret for indsatser efter begge lovgivninger. Hvis eksempelvis et barn og dets familie får afslag på støtte efter LSS, er det ikke alle kommuner, der er lige gode til at vejlede borgerne om, at vedkommende måske kan få støtte efter SoL i stedet. Udfordringen vedrører især børn og unge med psykiatriske udfordringer. En anden udfordring opstår ifølge samme vidensperson for nogle børn og unge, som falder inden for en af personkredsene i LSS, men hvor der samtidig er nogle sociale udfordringer på spil. I disse tilfælde kommer man nogle gange til at fokusere på, hvilke indsatser barnet eller den unge er *berettiget* til (fx

⁶⁴ Når støtten bevilges fra staten bruges betegnelsen 'assistansersättning' i stedet for 'personlig assistans'.

⁶⁵ Jf. Socialstyrelsen i Sverige (2020c).

⁶⁶ Jf. HSL kap. 8 § 7 (regionernes ansvar) og kap. 12 § 5 (kommunernes ansvar).

⁶⁷ Og i primærplejen, 'primärvård', som dog er mindre specialiseret. Se fx Socialstyrelsen i Sverige (2004). Her står der bl.a.: "*Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.*" Se også afsnit 5.1.3.

⁶⁸ Læs evt. mere om förvaltningsrätten hos Sveriges Domstolar (2019a).

⁶⁹ Og i 'primärvård', jf. ovenfor.

korttidsboende), men glemmer at fokusere på barnets eller den unges samlede behov, som ikke nødvendigvis er at være anbragt uden for hjemmet.

Særligt for området for socialt udsatte børn og unge gælder det, at beslutninger om iværksættelse af støtte efter LVU træffes af Förvaltningsrätten efter ansøgning fra kommunens socialnämnd. LVU omfatter de mest indgribende indsatser over for unge, herunder mulighed for anbringelse på lukkede institutioner uden den unges samtykke, jf. afsnit 2.3.2.

Mulige fordele og ulemper

Som i de to andre lande vurderer flere af de interviewede videnspersoner, at man i Sverige lægger stor vægt på princippet om kommunernes selvbestemmelse, og videnspersonerne giver udtryk for, at der er et stort rum for det kommunale selvstyre i Sverige. Dette kan have den fordel, at man bedre kan tilpasse de konkrete indsatser under hensyntagen til forskelle i kommunernes behov og problembillede. Derudover fremhæver også svenske videnspersoner, at kommunernes nærhed til borgerne betyder, at de bedre kan træffe myndighedsbeslutninger ud fra en helheds-vurdering.

Flere videnspersoner i Sverige nævner ligeledes, at placeringen af store dele af myndighedsansvaret hos kommunerne betyder, at der kan være forskelle i kommunernes serviceniveau og tilrettelæggelse af indsatser på det specialiserede socialområde.

Derudover peger flere svenske videnspersoner – ligesom i Danmark og Norge – på visse udfordringer i kommunernes samarbejde med regioner og stat. Eksempelvis kan der opstå uenighed mellem kommunen og regionen om, hvem der har hvilket ansvar for borgere med psykiatriske problematikker. En vidensperson fortæller dog, at man i næsten alle regioner har et samarbejdsforum mellem kommuner og region, hvor man forsøger at aftale, hvem der gør hvad og har hvilket ansvar, når der er forskellige ansvarlige myndigheder ('huvudmenn') i forhold til en målgruppe. Endelig uddyber samme vidensperson, at det særligt i forhold til misbrugsbehandling i nogle tilfælde kan være vanskeligt at fastlægge, om det er hhv. kommunen eller regionen, der har myndighedsansvaret.

Særligt om Personlig Assistance (PA)

Ifølge flere videnspersoner er der i Sverige meget diskussion af ansvarsdelingen mellem kommune og stat for PA, og man taler om at lægge det fulde myndigheds- og betalingsansvar over til staten. En vidensperson giver da også udtryk for, at det er vanskeligt at pege på nogle fordele ved den nuværende ansvarsdeling for PA. Af ulemper ved det nuværende system peger videnspersoner bl.a. på, at de fleste borgere skal i kontakt med to instanser, nemlig kommunen og Försäkringskassan (staten). Desuden kan de mindre kommuner have svært ved at opbygge og opretholde tilstrækkelige kompetencer og viden om PA, fordi de kun har relativt få sager. En af de interviewede videnspersoner vurderer desuden, at den nuværende ansvarsdeling er problematisk i et retssikkerhedsmæssigt perspektiv, fordi der er stor forskel på, hvordan kommunerne bedømmer de enkelte sager. Der er ingen krav til, hvilke kompetencer sagsbehandlerne i kommunerne skal have for at kunne behandle sagerne, mens der til gengæld er en vis kontrol med statens (Försäkringskassans) afgørelser på området, i og med at de har nogle interne retningslinjer og uddannelse af medarbejdere.

3.1.4 Sammenligning på tværs af landene

I alle tre lande gælder det, at det i udgangspunktet er kommunen, der har myndighedsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde.

En undtagelse er, at regionerne i Sverige har myndighedsansvaret for rådgivning og anden personlig støtte efter LSS, som dog ligger i den mindst indgribende ende af indsatsviften. Derudover er der en særlig deling af myndighedsansvaret for personlige hjælperordninger i Sverige, hvor kommunen har myndighedsansvaret ved et grundlæggende støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten har myndighedsansvaret, hvis borgerens grundlæggende støttebehov er større end 20 timer pr. uge.

Ansvar for behandling på sygehuse, herunder psykiatrisk behandling, er i alle tre lande placeret på regionalt eller statsligt niveau, mens kommunerne har myndighedsansvaret for socialfaglige indsatser. I Sverige har kommunerne dog også myndighedsansvar for bevilling af sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud samt modtagere af støtte efter LSS. Hvad angår misbrugsbehandling er dette primært et kommunalt myndighedsansvar i Danmark. I Norge og Sverige har kommunerne også et ansvar for misbrugsområdet, men til forskel fra Danmark har sygehusvæsenet (dvs. stat og region) en større rolle og et større ansvar herfor i Norge og Sverige. Desuden har regionerne i Sverige og de Regionale Helseforetak i Norge et medansvar for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.

På børn og unge-området er der desuden enkelte undtagelser til det generelle billede af, at kommunen har myndighedsansvaret. I både Danmark, Norge og Sverige er der således særlige organer, som træffer beslutninger om meget indgribende foranstaltninger eller foranstaltninger, hvor der ikke er samtykke. Det drejer sig om hhv. de kommunale børn og unge-udvalg i Danmark, fylkesnemnda i Norge og förvaltningsrätten i Sverige. Ifølge en af de interviewede videnspersoner er hovedreglen ved langvarige anbringelser i Norge, at der gennemføres en omsorgsovertagelse, også selvom anbringelsen sker med samtykke. I så tilfælde skal fylkesnemnda træffe beslutning i sagen. Det er værd at bemærke, at landenes særlige beslutningsorganer ikke indebærer, at kommunen fratages ansvaret for sagen i sin helhed. Det er blot ikke kommunen, der træffer afgørelse om de specifikke tiltag, der iværksættes.

Tabel 3.1 giver et overblik over, hvordan myndighedsansvaret for forskellige målgrupper er placeret i de tre lande.

Tabel 3.1 Placering af myndighedsansvar i Danmark, Norge og Sverige fordelt på målgrupper

Målgruppe	Danmark	Norge	Sverige
Socialt udsatte børn	Ansvar placeret i kommunen. Særlige regler for tvangsforanstaltninger	Ansvar delt mellem den kommunale Barneverntjeneste og de regionale Fylkesnemnda	Ansvar placeret i kommunen. Særlige regler for tvangsforanstaltninger via LVU
Børn og voksne med funktionsnedsættelser	Ansvar placeret i kommunen	Ansvar placeret i kommunen. Dog har regionale helseforetak medansvar for habilitering og rehabilitering.	Ansvar placeret i kommunen. Dog har regionen ansvaret for rådgivning og støtte efter LSS samt medansvar for habilitering og rehabilitering Vedrørende personlige hjælperordninger deler kommunen myndigheds- og betalingsansvaret med staten Vedr. sundheds- og sygepleje har regionen som hovedregel myndighedsansvaret, mens kommunen har ansvaret ift. borgere, der modtager udvalgte sociale indsatser

Målgruppe	Danmark	Norge	Sverige
Voksne psykiske vanskeligheder	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og region (behandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og regionale helseforetak (behandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og region (behandling på sygehuse)
Voksne misbrug	Ansvar placeret i kommunen	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og regionale helseforetak (misbrugsbehandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (sociale støtte- og behandlingsindsatser) og region (misbrugsbehandling på sygehuse) Særlige regler for tvangsforanstaltninger via LVM

3.2 Placering af ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn

I dette afsnit belyser vi, hvordan ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn er placeret i hhv. Danmark, Norge og Sverige. Ansvar for det *driftsrettede* tilsyn dækkes i afsnit 4.3.

3.2.1 Danmark

Generelt gælder det ifølge servicelovens § 148, at den kommune, der har pligt til at yde hjælp efter loven, løbende skal føre tilsyn med de tilbud, som borgeren modtager (fx anbringelsessteder og botilbud) og løbende følge den enkelte sag for at sikre, at hjælpen fortsat opfylder sit formål.

På voksenområdet er der ingen minimumskrav til, hvor ofte der skal følges op på støtten til konkrete borgere. Det er derfor op til den enkelte kommune at beslutte, hvordan og hvornår opfølgningen skal finde sted.

På børn og unge-området gælder det, at kommunen som udgangspunkt altid skal udarbejde en handleplan, før der iværksættes en foranstaltning. Det følger af servicelovens § 70, at kommunen har pligt til at vurdere, om indsatsen skal ændres, og om handleplanen skal revideres senest tre måneder efter, at der er iværksat en foranstaltning. Efter de første tre måneder af forløbet skal kommunen med højst seks måneders mellemrum vurdere, om indsatsen skal ændres, og om handleplanen skal revideres. Det følger af samme paragraf, at vurderingen for anbragte børn og unge skal ske på baggrund af mindst to årlige tilsynsbesøg på barnets eller den unges anbringelsessted. Derudover findes der særlige bestemmelser om opfølgning i relation til hjemmetræning. Denne opfølgning skal finde sted mindst to gange årligt, jf. hjemmetræningsbekendtgørelsens § 4.⁷⁰

Den opfølgningshyppighed, som er angivet i serviceloven, skal betragtes som en minimumsstandard. Hvis der i konkrete sager er behov for hyppigere opfølgning, har kommunen pligt til at sørge for dette.

Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner er der lovgivningsmæssigt et større fokus på opfølgning på børn og unge-området, end det er tilfældet for voksenområdet. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der er flere nationale proceskrav og tidsfrister til opfølgningen på børn og unge-området. Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner kan denne forskel bl.a. hænge sammen med et øget politisk fokus på børn og unge-området på baggrund af konkrete sager, der i 00'erne og 10'erne har fået landsdækkende opmærksomhed.⁷¹

⁷⁰ Social- og Indenrigsministeriet, 2010

⁷¹ Fx 'Tøndersagen' og 'Rebildsagen'.

3.2.2 Norge

Generelt gælder det, at den enkelte kommune har ansvaret for at foretage løbende opfølgning på borgernes sager i Norge. I visse tilfælde har staten (de regionale helseforetak samt statsforvalteren⁷²) dog også et ansvar herfor. Ansvar for opfølgning følger myndighedsansvaret, og de regionale helseforetak har således pligt til at følge op på ydelser fra specialhelsetjenesten, herunder psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehus.

Specifikt i forhold til socialt udsatte børn og unge har den kommunale barnevernstjeneste ansvar for løbende opfølgning i forhold til barnet og for at vurdere, om der evt. bør ske ændringer i indsatsen (barnevernloven § 4-5). I sager, hvor der træffes afgørelse om omsorgsovertagelse, har den kommunale barnevernstjeneste fortsat ansvar for løbende opfølgning på barnet (barnevernloven § 4-16).

For socialt udsatte børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, gælder der desuden særlige regler for personrettet tilsyn. For børn og unge, som er anbragt på barnevernsinstitutioner (som er et statsligt ansvar), har statsforvalteren ansvar for tilsynet (barnevernloven § 5-7). Dette skal ske ved mindst to og i nogle tilfælde mindst fire årlige tilsynsbesøg, hvoraf halvdelen skal ske uanmeldt.⁷³ For børn og unge anbragt i plejefamilier har kommunerne ansvaret for tilsynet (barnevernloven § 4-22). Tilsynet med børn i plejefamilier skal ske mindst fire gange om året (forskrift om fosterhjem § 7). For børn, som har været anbragt i deres plejefamilie i mere end to år, og hvor forholdene i plejefamilien vurderes at være gode, kan antallet af tilsynsbesøg dog nedsættes til mindst to gange årligt.

På både voksenområdet og børn og unge-området er der regler, som skal understøtte god koordinering for borgere, som modtager støtte fra flere forskellige instanser. Kommune og regionale helseforetak skal således hver have en koordinerende enhed, som følger op på indsatser til den enkelte borger og koordinerer tjenestetilbud. Borgere skal tilbydes en koordinator i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, når de modtager langvarige og koordinerede indsatser (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2).

I relation til ydelser fra specialhelsetjenesten skal der udpeges en koordinator for patienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerede ydelser, fx på misbrugs- og psykiatriområdet samt rehabilitering og habilitering til borgere med funktionsnedsættelser (specialhelsetjenesteloven § 2-5a). Koordinator skal bl.a. sørge for nødvendig opfølgning for den enkelte patient for at sikre sammenhæng i indsatsen.

Hvad angår socialt udsatte børn og unge er barnevernstjenesten forpligtet til at udarbejde en individuel plan for barnet og samarbejde om planen med andre instanser, som barnet modtager indsatser fra (barnevernloven § 3-2a).

3.2.3 Sverige

Generelt er det i Sverige kommunerne (Socialnämnden), der har ansvaret for at følge op på, om borgerens behov for hjælp og støtte imødekommes med de iværksatte indsatser.

Som nævnt deler kommunerne og staten myndighedsansvaret for PA. Ved støttebehov op til 20 timer pr. uge har kommunerne ansvaret for at følge op på, om den bevilgede støtte modsvarer

⁷² Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

⁷³ Barne- og familiedepartementet, 2003 § 8.

borgerens behov, ligesom det er tilfældet for andre indsatser under LSS. I de tilfælde, hvor støttebehovet er større end 20 timer pr. uge, og PA bevilges af staten via Försäkringskassan (såkaldt assistansersättning), er der som udgangspunkt ingen opfølgning fra hverken Försäkringskassan eller kommunen på, om den bevilgede støtte matcher borgerens behov⁷⁴. En af de interviewede videnspersoner fortæller, at hvis der sker væsentlige ændringer i borgerens støttebehov, kan det bevilgede antal støttetimer ændres, men dette sker på initiativ fra borgeren selv. Interviewpersonen fortæller desuden, at der i særlige og sjældne tilfælde kan ske en opfølgning, hvis der kommer en anmeldelse fra en anden person end borgeren selv om, at der skulle være misforhold i den støtte, der gives. Det kunne fx være, hvis der er mistanke om, at der snydes med ydelsen.

Det fremgår desuden af SoL kap. 2 § 7, at kommunen og regionen sammen skal udarbejde en individuel plan for borgere, som modtager indsatser fra både socialtjenesten og sundhedsområdet.

På voksenområdet findes der ikke bestemmelser i lovgivningen om, hvor ofte der skal foretages opfølgning. Det er der til gengæld på børn og unge-området for så vidt angår anbragte børn og unge. Af SoL kap. 6, § 8 fremgår det således, at kommunen mindst en gang hver sjette måned følger op på, om indsatsen stadig behøves, og hvordan indsatsen bør indrettes og udformes.

3.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Ligesom kommunerne i alle tre lande generelt har en stor del af myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde, er det ligeledes i høj grad kommunerne, der har ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn i de tre lande. Generelt følger opfølgningsansvaret således myndighedsansvaret. En undtagelse er dog statsforvalteren i Norge, som har ansvaret for tilsyn – herunder det personrettede tilsyn – på barnevernsinstitutioner.

I alle tre lande gælder der flere og mere omfattende minimumskrav til opfølgning i forhold til socialt udsatte børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, end det er tilfældet på voksenområdet. I Danmark gælder de mere omfattende krav også for børn og unge med funktionsnedsættelser, mens disse børn og unge følger de samme regler som på voksenområdet i Norge og Sverige.

I både Norge og Sverige er der i lovgivningen krav til, at forskellige myndigheder skal samarbejde omkring borgere, som modtager indsatser fra flere instanser. Det fremgår eksempelvis af SoL og LSS i Sverige og af barnevernloven i Norge. Ansvar for dette samarbejde fremgår ikke lige så eksplicit af den danske servicelov. VIVE har dog ikke noget systematisk indtryk af, hvorvidt der i praksis er forskel i omfanget af samarbejde i de tre lande. Eksempelvis er det indtrykket fra interviewene i Norge, at selvom et samordningsansvar formelt er nævnt i barnevernloven, så er det forskelligt på tværs af kommunerne, hvordan og i hvilket omfang man lever op til det.

3.3 Borgerens adgang til at klage over afgørelser

I dette afsnit afdækker vi overordnet, hvilke muligheder borgere har for at klage over afgørelser på det specialiserede socialområde i de tre lande.

⁷⁴ SOU, 2018 s. 556.

3.3.1 Danmark

Hvis en borger i Danmark ønsker at klage over kommunens afgørelse, skal klagen i første omgang rettes til kommunen. Hvis kommunen fastholder afgørelsen, sender kommunen selv klagen videre til Ankestyrelsen, jf. SEL kap. 30 og retssikkerhedsloven kap. 10. I udgangspunktet er det altså ikke muligt at klage direkte til Ankestyrelsen. En undtagelse er klage over afgørelser i kommunens børn og unge-udvalg (fx over anbringelse uden samtykke). Ankestyrelsen er øverste administrative klageinstans⁷⁵.

I Danmark er der desuden mulighed for at klage til Folketingets Ombudsmand, herunder Ombudsmandens børnekontor. Ombudsmanden kan tage imod klager fra borgere, når andre klagemuligheder er opbrugt, samt tage sager op af egen drift.

3.3.2 Norge

I Norge skal en klage over kommunens afgørelse i første omgang rettes til kommunen. Hvis kommunen fastholder afgørelsen, sendes klagen videre til statsforvalteren, som træffer beslutning i sagen.⁷⁶ Særligt for klager over midlertidige afgørelser i akutsituationer gælder det, at klagen skal sendes til fylkesnemnda, jf. barnevernloven § 7-23. Ligeledes kan flytning af et anbragt barn påklages til fylkesnemnda, jf. barnevernloven § 4-17.

I Norge er der desuden mulighed for at klage til Sivilombudsmannen. Sivilombudsmanden kan tage imod klager fra borgere, når andre klagemuligheder er opbrugt.

3.3.3 Sverige

En klage over kommunens afgørelse i Sverige skal i første omgang rettes til kommunen. Vælger kommunen at fastholde afgørelsen, sendes klagen videre til Förvaltningsrätten.⁷⁷ Retten behandler herefter sagen i en vurdering af lovlighed og egnethed – og træffer en afgørelse. På samme vis kan man klage over Försäkringskassans afgørelse i sager vedrørende PA. Efter sagen har været i Förvaltningsrätten, kan den gå videre til Kammerrätten og i sidste instans Högsta förvaltningsdomstolen⁷⁸.

3.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Generelt ligner klagemulighederne i de tre lande hinanden, idet en klage i første omgang rettes til den kommune, som har myndighedsansvaret for sagen. Hvis kommunen ikke giver klageren medhold, går klagen videre til en eller flere overordnede administrative instanser, som behandler og træffer afgørelse i sagen.

Derudover er der i Danmark og Norge en særlig mulighed for at klage til hhv. Ombudsmanden og Sivilombudsmannen.

⁷⁵ I sager om anbringelse uden samtykke gælder desuden nogle særlige regler, hvor sagen kan indbringes for retten (Danmarks Domstole, 2020).

⁷⁶ Statsforvalteren, 2020

⁷⁷ Eksempelvis er processen for klage over beslutninger via LSS beskrevet hos Sveriges Domstolar (2019b).

⁷⁸ Sveriges Domstolar, 2019a

4 Driftsansvar

Kapitel 3 har redegjort for placeringen af myndighedsansvaret, dvs. ansvaret for at vurdere borgerens behov og træffe afgørelse om at bevilge indsatser. I dette kapitel belyser vi, hvordan driftsansvaret for tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde er fordelt i de tre lande. I afsnit 4.1 afdækkes organiseringen af forsyningsforpligtelsen, dvs. hvilke instanser der har ansvaret for, at de nødvendige tilbud er til rådighed for borgerne. Desuden ser vi på vilkår for opfyldelse af forsyningsforpligtelsen, dvs. for at overdrage driftsopgaver, i de tre lande. Endelig beskriver vi de mulige fordele og ulemper ved landenes organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen. I afsnit 4.2 beskrives leverandørstrukturen på hhv. børn og unge-området og voksenområdet. Leverandørstrukturen er et spørgsmål om, hvilke typer af driftsherrer der leverer tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde, herunder fx private, kommunale, regionale og statslige leverandører. Endelig beskriver vi i afsnit 4.3, hvordan det driftsrettede tilsyn er organiseret i de tre lande, dvs. hvordan der føres tilsyn og kontrol med kvaliteten af tilbudene.

Boks 4.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

4.1 Konklusioner – driftsansvar

Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen

- I alle tre lande er det som udgangspunkt kommunerne, der har forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde, dvs. for størstedelen af indsatserne efter serviceloven i Danmark, helse- og omsorgstjenesteloven i Norge og SoL samt LSS i Sverige.
- I Norge har staten en forsyningsforpligtelse, der på voksenområdet ligger i specialisthelsetjenesten gennem de regionale helseforetak, jf. nedenfor. På barnevernsområdet (udsatte børn og unge) ligger der en forsyningsforpligtelse i det statslige Bufetat, der skal stille døgninstitutioner til rådighed for kommunerne og bistår kommunerne med rekruttering og formidling af plejefamilier. I Sverige har staten forsyningspligten for sikrede pladser og pladser med særlige beføjelser til tvangsbehandling. I Danmark har staten ikke en forsyningsforpligtelse på det specialiserede socialområde.
- I Danmark har regionerne – efter aftale med kommunerne – et leverandøransvar for udvalgte tilbud, der falder inden for kommunernes forsyningsforpligtelse. Regionerne har således pligt til at drive visse tilbud, hvis kommunerne beder om det. Derudover har regionerne i Danmark forsyningsforpligtelsen for psykiatrisk behandling på sygehusene. Det samme gælder (statslige) regionale helseforetak i Norge og regionerne i Sverige. I Norge og Sverige har det regionale niveau desuden forsyningsforpligtelsen for dele af misbrugsområdet samt dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.
- I alle tre lande bestemmer krav om frit valg til borgeren på nogle ydelser, at forsyningspligten indebærer, at borgeren skal have reelle valgmuligheder herom.
- I alle tre lande opfyldes forsyningsforpligtelsen i en markedslignende ramme, hvor der er mulighed for som kommune selv at drive tilbud eller købe pladser eller indsatser i tilbud drevet af andre offentlige aktører eller af private leverandører. I Norge og Sverige skelner man eksplicit mellem kommercielle og ikke-kommercielle private leverandører.
- Alle tre lande er underlagt EU-udbudsretten. Der er dog forskel på landenes implementering heraf. Svenske kommuner synes således at stå over for fastere krav om konkurrenceudsættelse på socialområdet end norske og danske kommuner.

4.1 Konklusioner – driftsansvar

Leverandørstruktur

- I alle tre lande består den faktiske leverandørstruktur af en kombination af tilbud, som kommunerne selv driver, og køb hos eksterne leverandører, herunder andre offentlige aktører og private leverandører.
- Det er ikke muligt ud fra de fundne opgørelser direkte at sammenligne leverandørstrukturer i de tre lande, da man har forskellige opgørelsesmetoder. Desuden kan der være variationer i indholdet mellem forskellige indsats typer fra land til land. Vi har fundet frem til følgende hovedtræk i de enkelte landes leverandørstruktur:
 - I **Danmark** kan man opgøre andelen af *pladserne*, der drives af offentlige hhv. private leverandører, på det specialiserede socialområde på tværs af børn og unge- og voksenområdet. 71 pct. af pladserne på det samlede specialiserede socialområde var i 2017 drevet af offentlige aktører, mens 29 pct. af pladserne var drevet af private leverandører. I Danmark driver private leverandører cirka 60 pct. af de godkendte døgninstitutionspladser på børn og unge-området i 2020 og cirka 26 pct. af de godkendte pladser i botilbud til voksne i 2020,
 - I **Norge** kan man opgøre andelen af *udgifterne*, der går til private leverandører. I den statslige specialhelsetjeneste, der bl.a. leverer indsatser på misbrugs- og psykiatriområdet, udgør udgifter til private cirka 10 pct. af de samlede udgifter i 2019. I den kommunale helsetjeneste og omsorgssektor, der bl.a. omfatter børn og voksne med handicap, men også ældre borgere, udgør udgifterne til private leverandører – alt efter opgørelsesmetode – cirka 8,5 hhv. 11 pct. af de samlede udgifter i 2017 hhv. 2018. På barnevernsområdet, dvs. området for socialt udsatte børn og unge, var 57 pct. af de anbragte børn og unge anbragt i en privat barnevernsinstitution pr. 31.12.2019.
 - I **Sverige** kan man opgøre andelen af *påbegyndte anbringelsesforløb* på børn og ungeområdet. 59 pct. af de påbegyndte anbringelsesforløb i 2019 var i private HVB-hem. På voksenområdet har det været muligt at opgøre andelen af pladserne, der drives af private og offentlige aktører for udvalgte indsatser, herunder visse bo-, dag- og aflastningstilbud. Private aktører driver her 15 pct. af pladserne, mens offentlige aktører driver 85 pct. i 2019.
- I alle tre lande ser der ud til over de senere år at være sket en vis stigning i omfanget af private aktører på socialmarkederne. Der er forskel mellem landene på, hvilken type af opgørelser der har været tilgængelige, og i hvilken periode. Videnspersoner i både Norge og Sverige bemærker en tendens til koncerndannelse, hvor større private aktører varetager opgaver for mange borgere på tværs af målgrupper. Tendensen ses også i Danmark.
- Der har i de seneste år været politiske drøftelser i Norge og Sverige om at styrke de ikke-kommercielle private aktørers rolle på socialtjenestemarkedet.
- I alle tre lande arbejder man på at styrke kommunernes muligheder for at indgå i mellemkommunale samarbejder om fx drift af tilbud. Disse samarbejder udgør indtil videre beskedne dele af den samlede leverandørstruktur på socialområdet i alle tre lande. De lader dog til at være mere udbredte i Sverige og Norge end i Danmark.

Driftsrettet tilsyn

- Alle tre lande har en model med centraliseret tilsyn med driften af tilbud. I Danmark er Socialtilsynet administrativt opdelt i fem enheder, i Norge er driftstilsynet fordelt på de 11 fylker, og i Sverige er driftstilsynet i Inspektionen for Vård og Omsorg, IVO, opdelt på seks enheder.
- I alle tre lande arbejder de centrale driftstilsyn med standardiserede modeller og procedurer for vurdering af de enkelte tilbuds kvalitet.

I Danmark og Sverige har man centraliseret det driftsrettede tilsyn inden for de senere år og herefter set et fald i antallet af godkendte tilbud. Videnspersoner ser dette som udtryk for en 'oprydning', som generelt har styrket kvaliteten.

4.1 Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen

I dette afsnit ser vi på organiseringen af forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder hvilke instanser der har forsyningsforpligtelsen for forskellige indsatser og målgrupper. Forsyningsforpligtelsen indebærer en pligt til at sørge for, at de nødvendige tilbud er til rådighed for borgerne, dvs. at der er tilbud, der matcher de aktuelle behov blandt borgerne.

Først beskrives organiseringen af forsyningsforpligtelsen land for land, og der redegøres for mulige fordele og ulemper ved de valgte organiseringer. Derefter sammenlignes landene.

4.1.1 Danmark

I Danmark har kommunerne forsyningsforpligtelsen for tilbud og indsatser efter serviceloven, der bl.a. dækker det specialiserede socialområde, herunder både det specialiserede børn og unge-område og det specialiserede voksenområde.

Den enkelte kommune løfter sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver, eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre kommuner, regionerne eller private leverandører. Rammerne for driften af tilbuddene er serviceloven, lov om almene boliger samt sundhedsloven. Hovedparten af tilbudskapaciteten tilpasses i en kombination af en markeds-lignende struktur og såkaldte rammeaftaler mellem kommunerne og regionen inden for den enkelte region. Se også kapitel 5.

Den enkelte kommune beslutter i udgangspunktet, i hvilket omfang den vil drive sociale tilbud og dermed selv opfylde sin forsyningsforpligtelse. Derudover har regionerne – efter aftale med kommunerne – et lovbestemt leverandøransvar⁷⁹ for en række nærmere bestemte tilbudstyper, der falder inden for kommunernes forsyningsforpligtelse. Tilbudstyperne fremgår af Tabel 4.1. Leverandøransvaret indebærer, at regionerne, *hvis kommunerne ønsker det*, har pligt til at etablere og drive tilbud på det specialiserede socialområde. Det konkrete omfang af den enkelte regions leverandøransvar fastlægges i de årlige rammeaftaler mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet. Rammeaftalerne belyses nærmere i kapitel 5.

Tabel 4.1 Sociale tilbud under kommunernes forsyningsforpligtelse, som er omfattet af regionernes lovbestemte leverandøransvar i Danmark

Område	Tilbud
Voksenområdet	Dagtilbud, herunder beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104) Midlertidige og længevarende botilbud (SEL §§ 107 og 108) Krisecentre (SEL § 109)* Forsorgshjem og herberger (SEL § 110)*
Misbrugsområdet	Visiteret behandling af stofmisbrugere (SEL § 101) Anonym, ambulans behandling af stofmisbrugere (SEL § 101a)
Børn og unge-området	Døgninstitutioner (SEL § 66, stk. 1, nr. 6) Sikrede døgninstitutioner og afdelinger (SEL § 66, stk. 1, nr. 6) Særlige dag- og klubtilbud (SEL §§ 32 og 36)*

Note: * Ikke en del af undersøgelsens afgrænsning, jf. kapitel 1, men medtaget her af hensyn til fuldstændigheden.

Kilde: SEL § 5, stk. 2, 3 og 4.

⁷⁹ Jf. SEL § 5, stk. 2, 3 og 4.

Regionen kan efter anmodning fra kommunen varetage kommunale driftsopgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionens opgaver, og hvor regionen derfor har særlige kompetencer med hensyn til opgavevaretagelsen⁸⁰. Ud over de i Tabel 4.1 oplyste tilbud skal regionen efter aftale med kommunerne i regionen medvirke til at tilvejebringe og sikre hensigtsmæssige hjælpemidler til bl.a. borgere med funktionsnedsættelse.

Regionerne har desuden forsyningsforpligtelsen for de fleste tilbud og indsatser efter sundhedsloven,⁸¹ herunder psykiatrisk behandling.

Det er muligt at løse opgaver på socialområdet i Danmark i samdrift mellem to eller flere kommuner, fx i form af tværkommunalt driftsfællesskab eller fælles udbud.⁸² Der er desuden mulighed for delt finansieringsansvar, hvorved forstås aftaler, hvor en eller flere kommuner bidrager til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre.⁸³ Generelt har der på nationalt niveau været initiativer for at lette og styrke kommunernes muligheder for at indgå i mellemkommunale samarbejder om fx drift af tilbud.⁸⁴

Ud over offentligt drevne tilbud kan kommunerne som nævnt vælge at lade private leverandører drive tilbud i en markedslignende ramme. I Danmark skelner man her mellem private tilbud hhv. selvejende eller fondsejede tilbud.⁸⁵ Man har ikke – som i Sverige og Norge – en eksplicit sondring mellem 'kommercielle' og 'ikke-kommercielle' private aktører. Det ligger dog i selvejende/fondskonstruktionen, at der ikke kan trækkes overskud ud til andet formål end det, der fremgår af institutionens vedtægter. Selvejende eller fondsejede tilbud er således typisk at betegne som 'non-profit'-virksomheder.⁸⁶

På børn og unge-området sondrer man typisk mellem 'døgninstitutioner', der overvejende er kommunalt eller regionalt drevne, og 'socialpædagogiske opholdssteder', der er privat drevne. Der findes dog også privat drevne 'døgninstitutioner'. Plejefamilier er private, og der indgås typisk aftale direkte mellem en kommune og en plejefamilie. Kommunen har som nævnt forsyningsforpligtelsen på hele anbringelsesområdet, uanset hvordan forpligtelsen opfyldes.

Visse af servicelovens ydelser til voksne er omfattet af en ret til frit valg for borgeren. Frit valg gælder hovedsageligt i forhold til valg af leverandør og har dermed betydning for, hvordan kommunen kan opfylde sin forsyningsforpligtelse. Det gælder bl.a. ledsagerordning (SEL §§ 45 og 97), borgerstyret personlig assistance (SEL § 96), misbrugsbehandling (SEL § 101) og længerevarende botilbud (SEL § 108).⁸⁷

Danmark er generelt underlagt EU's udbudslovgivning i forhold til at sikre lige konkurrence og gennemsigtighed i offentlige indkøb, herunder af sociale tilbud. Der er som nævnt en markedslignende ramme for sociale tilbud i Danmark, hvor kommunerne kan købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører. Socialstyrelsen i Danmark

⁸⁰ Jf. SEL § 5, stk. 9.

⁸¹ Kommunerne har dog ansvar for nogle ydelser efter sundhedsloven, herunder at levere hjemmesygepleje, eller at varetage forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, jf. Sundhedsloven, § 138 hhv. § 119.

⁸² BDO, 2013

⁸³ Social- og Indenrigsministeriet, 2017, § 14, stk. 2.

⁸⁴ Jf. eksempelvis Finansministeriet (2018, s. 17).

⁸⁵ 'Fonde, selvejende mv.' omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fonde, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer. Jf. Social- og Indenrigsministeriet (2020c, s. 5).

⁸⁶ Se blandt andet Horten (2018) og Thøgersen (2013).

⁸⁷ Derudover er der frit valg af leverandør af hjælpemidler (SEL § 112), bil (SEL § 114) og boligindretning (SEL § 116).

understøtter via Tilbudsportalen en øget tilgængelighed til oplysninger om forskellige leverandører, uanset ejerform.⁸⁸ Det er i Danmark som udgangspunkt en forudsætning for at levere tilbud til kommunerne inden for socialområdet, at et tilbud er tilgængeligt på Tilbudsportalen.⁸⁹

Mulige fordele og ulemper

Ved kommunalreformen i 2007 blev de danske kommuner større, og man samlede forsyningsforpligtelsen og myndighedsansvaret for det specialiserede socialområde i kommunerne. En del af baggrunden for at samle ansvaret hos kommunerne var at forbedre mulighederne for at sammentænke den samlede indsats for den enkelte borger på tværs af fx social- og beskæftigelsesområdet samt at styrke det lokale demokrati.⁹⁰ I forbindelse med kommunalreformen var der en bekymring fra bl.a. bruger- og interesseorganisationer for, at der ville ske en afspecialisering på det specialiserede socialområde, at specialiseret viden ville gå tabt, og at højt specialiserede tilbud ville forsvinde. Afspecialisering kan således nævnes som en mulig ulempe ved placeringen af forsyningsforpligtelsen i kommunerne.⁹¹ Flere videnspersoner giver dog udtryk for, at man ikke har kunnet dokumentere, at det skulle være tilfældet. Alligevel er der i Danmark en diskussion af, hvor forsyningsforpligtelsen for 'højt specialiserede' indsatser bedst placeres, ligesom der bliver peget på muligheden for anvendelse af en specialeplanlægning på socialområdet.⁹² Dette er nærmere beskrevet i afsnit 5.1.1.

I forbindelse med forsyningsforpligtelsen peger flere videnspersoner på, at sundhedsfaglige ydelser fylder mere og mere i de sociale tilbud, ligesom der er sket en stigning i antallet af behandlinger i psykiatrien over de seneste 20 år, bl.a. af mennesker, der også modtager indsatser inden for den kommunale socialpsykiatri. Samtidig stiger behovet for specialiseret uddannelse og kompetencer hos frontpersonalet, fx i forhold til borgere med dobbeltdiagnoser eller erhvervet hjerneskade. Derfor er kompleksiteten ifølge videnspersonerne vokset, og behovet for samspil mellem kommune og region, der har forsyningsforpligtelsen på hver deres område, er steget.

En af de interviewede videnspersoner giver desuden udtryk for, at en udfordring i snitfladen mellem kommune og region kan være, at det er vanskeligt at sikre tilstrækkelig kapacitet i regionens behandlingspsykiatri. Det kan betyde et øget pres på socialpsykiatrien i kommunerne, fordi nogle borgere har ekstra behov for indsatser fra kommunen, mens de venter på at modtage psykiatrisk behandling.

Med kommunalreformen overgik forsyningsansvaret på socialområdet som nævnt til kommunerne. Da den enkelte kommune ikke kan være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov selv, var det hensigten at skabe en markedslignende ramme for sociale tilbud.⁹³ Markedsgørelse kan eksempelvis give større fleksibilitet og flere valgmuligheder for den kommune, som skal tilvejebringe indsatsen, fordi man som kommune i mindre grad er nødt til at oprette egne tilbud, hvis man kun har behov for få pladser til en målgruppe. En mulig ulempe kan være, at nogle borgere kan komme til at opholde sig i tilbud langt fra deres netværk

⁸⁸ I henhold til SEL § 14, stk. 1 samler og formidler Socialstyrelsen oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud omfattet af § 4 i lov om socialtilsyn og om kommunale, regionale og private tilbud efter SEL §§ 32, 36, 103 og 104 i en landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen).

⁸⁹ Tilbudsportalen, 2021

⁹⁰ Økonomi- og Indenrigsministeriet, Kommunalreformen: Kort fortalt, boks 1.3

⁹¹ Se fx Social- og Ældreministeriet (2020a) & Friis (2016).

⁹² Jf. Danske Regioner, 2019

⁹³ Social- og Indenrigsministeriet 2013a, s. 163.

og familie. 'Markedet' er bl.a. søgt understøttet gennem regler om omkostningsbaserede takster⁹⁴, hvilket er behandlet i afsnit 6.2.1, herunder fordele og ulemper.

Flere videnspersoner peger på, at man har en udfordring med manglende udbud af plejefamilier til at møde efterspørgslen. For at nå politiske mål om at øge andelen af plejefamilieanbringelser har det været drøftet politisk, om man kunne øge udbuddet af plejefamilier gennem bedre løn- og arbejdsvilkår.⁹⁵

Flere videnspersoner nævner, at der i Danmark har været en diskussion om balancen mellem pris og kvalitet generelt i tilbuddene. Et aspekt af denne diskussion handler om, i hvilket omfang private må generere overskud. En vidensperson bemærker, at man i offentligheden har talt om 'røverbaroner', der tjener penge på private socialpædagogiske opholdssteder. Flere videnspersoner lægger dog vægt på, at kvaliteten i tilbuddene, både blandt private og offentlige, er meget forskellig, og der kan være sager om misforhold både i offentlige og private tilbud.

4.1.2 Norge

I Norge har kommunerne forsyningsforpligtelsen for tilbud og indsatser efter helse- og omsorgstjenesteloven samt sosialtjenesteloven, der bl.a. omfatter børn, unge og voksne med funktionsnedsættelser og personer med sociale problemer. Sosialtjenesteloven placerer dog en forsyningsforpligtelse hos staten for *"at det finnes et forsvarlig tilbud for utdanning av personale, og at de som skal anvende loven ellers, får forsvarlig veiledning"*⁹⁶. Desuden har spesialisthelsetjenesten forsyningspligten for de indsatser, som kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at varetage, herunder sociale indsatser, fx dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. Se også afsnit 5.1.

Generelt har kommunen et ansvar efter helse- og omsorgstjenesteloven for at tilbyde forebyggende og sociale indsatser både til borgere med misbrug og borgere med sindslidelse.⁹⁷ Når det drejer sig om mere specialiseret behandling af misbrug eller psykiatriske problemstillinger efter spesialisthelsetjenesteloven, er det staten (i form af regionale helseforetak), som har forsyningsforpligtelsen i Norge.⁹⁸ Det betyder, at staten (helseforetakene) forestår behandling, som kræver indlæggelse eller akut hjælp såvel som behandling af fx angst- og depressionslidelser eller misbrugsproblemer, hvor behandlingsbehovet ikke er akut eller kræver indlæggelse, men overskrider kommunens kapacitet eller kompetence. En norsk vidensperson oplyser, at de fleste patienter inden for psykiatrien (psykisk helsevern) i Norge modtager ambulante behandling, dvs uden indlæggelse.

⁹⁴ Social- og Indenrigsministeriet 2013a, s. 164.

⁹⁵ Et udtryk for dette er, at dette kom med i økonomiaftaler mellem regeringen og KL, senest i aftalen for 2021 (Finansministeriet, 2020b). KL har også arbejdet med udbredelse af en ny honoreringsmodel for plejefamilier (KL, 2019c).

⁹⁶ Arbeids- og sosialdepartementet, 2021a, § 8.

⁹⁷ Der fremgår en pligt for kommuner til at levere helsefremmende og forebyggende indsatser i Helse- og Omsorgstjenesteloven kap. 3. § 3-2 (pligt til at have helsefremmende og forebyggende tjenester) og kap. 3, § 3-3 (pligten til helsefremmende og forebyggende arbejde). Placering af forsyningsforpligtelsen vedrørende psykiatri og misbrug var også en del af Samhandlingsreformen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, afsnit 6.7).

⁹⁸ Helsedirektoratet (2013), kap. 2, § 2-1 giver en generel bestemmelse om at: *"Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste"*. § 2-1a folder denne bestemmelse ud og placerer ansvar hos de regionale helseforetak for en række aktiviteter og tilbud for personer med fast bopæl eller ophold inden for helseregionen. I kapitel 3 om *Særlige plikter og oppgaver* konkretiseres ansvar vedrørende misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling hos helseforetaket, når hjælpen er 'påtrængende nødvendig'.

Kommunerne er forpligtet til, enten alene eller sammen med andre kommuner, at indgå samarbejdsaftale med regionale helseforetak om opgavefordeling vedrørende specialhelsetjenester.⁹⁹

Helse- og omsorgstjenesteloven og specialhelsetjenesteloven placerer også ansvar for en koordinatorfunktion for borgere med behov for langvarig og koordineret støtte. Drejer det sig om borgere, der har behov for langvarige og koordinerede kommunale helse- og omsorgstjenester, er det kommunen som har ansvaret for koordination. Drejer det sig om borgere med behov for langvarige og koordinerede specialhelsetjenester, er det Specialhelsetjenesten, altså staten, som har ansvaret for koordination. Kommunen skal også have en koordinerende enhed for habilitering og rehabilitering.¹⁰⁰

Forsyningsforpligtelsen for tilbud efter barnevernloven (socialt udsatte børn og unge) er delt mellem staten og kommunerne. Den kommunale barneverntjeneste har forsyningsforpligtelsen for forebyggende foranstaltninger (hjælpetiltak) samt godkendelse af plejefamilier (fosterhjem). Staten (Bufetat) har forsyningsforpligtelsen for en stor del af anbringelsesområdet, herunder ansvar for etablering og drift af institutioner, godkendelse af private og kommunale institutioner, som benyttes efter barnevernloven, samt rekruttering og formidling af plejefamilier.¹⁰¹ I lovgivningen gives en præcisering af, at *"[r]ekrutteringsansvaret innebærer at det til enhver tid skal finnes et tilstrekkelig antall fosterhjem og institusjonsplasser tilgjengelig, og et tilstrekkelig differensiert institusjonstilbud i den enkelte region"*.¹⁰² Bufetats forsyningspligt dækker også særligt intensive innsatser i hjemmene samt døgnfamilieophold.¹⁰³

Hvis en kommune visiterer et barn til en institutionsanbringelse, er det den statslige barnevernsmyndighed Bufetat, der anviser en specifik institution, som barnet skal anbringes på. Der tales her om en 'bistandspligt', dvs. Bufetats pligt til at hjælpe kommunen med at finde et konkret anbringelsessted. Kommunen kan dog vælge at afvise den statslige myndigheds forslag.¹⁰⁴ Det kan for eksempel ske med henvisning til, at det anviste anbringelsessted ligger for langt væk fra familie, slægt eller netværk.

Hvad angår anbringelser i plejefamilier, skal Bufetat bistå kommunen og på kommunens anmodning tilbyde en 'forsvarlig' plejefamilie. Bufetat skal desuden sørge for, at plejefamilierne får oplæring og vejledning.¹⁰⁵ Inden for de seneste år har kommunen haft pligt til at afdække mulighederne for plejefamilier i barnets slægt og netværk, før man beder om bistand fra Bufetat.¹⁰⁶ En vidensperson oplyser, at der i praksis er en arbejdsdeling, hvor kommunerne løser en del af opgaven med at finde plejefamilier i slægt og netværk, mens Bufetat i reglen står for plejefamilier uden for slægt og netværk, 'ordinære' plejefamilier til børn og unge med omfattende problemer samt specialiserede plejefamilier og beredskabshjem, som kan benyttes akut, evt. mens man udreder barn og familie nærmere. Som nævnt i kapitel 3 gælder der en særlig model for Oslo

⁹⁹ Helse- og Omsorgstjenesteloven, kap. 6. Det fremgår at aftalerne skal indsendes til Helsedirektoratet. Departementet kan også pålægge kommuner at samarbejde med hinanden.

¹⁰⁰ Helse- og Omsorgstjenesteloven, Kap. 7, §§ 7-2, 7-3.

¹⁰¹ Jf. Barnevernloven, § 5, stk. 1. *"Ansvaret for institusjoner. Barne-, ungdoms- og familieetaten har ansvaret for etablering og drift av institusjoner, evt. med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av barn. Ansvaret gjelder institusjoner som hører under denne loven"*. Statens ansvar for finansiering af af plejefamilieophold ophører ved det fyldte 20. år. De unge, der efter det fyldte 20. år fortsat bor i plejefamilie, finansieres da af kommunen.

¹⁰² Bufdir, 2021a, punkt. 2.1

¹⁰³ NOU, 2020,, 13.3.2

¹⁰⁴ Jf. rundskrivets punkt 2.1.1

¹⁰⁵ Bufdir, 2021a, punkt 2.1

¹⁰⁶ I 2020 var der en høringsproces i gang om der skal stilles krav til at kommuner skal *dokumentere* at man har afdækket netværk, jf. Regjeringen (2020b).

Kommune, således at kommunen selv varetager de opgaver vedrørende barnevernet, som Bufetat varetager i resten af Norge.¹⁰⁷

For børn og unge med funktionsnedsættelse ligger forsyningsforpligtelsen som nævnt i kommunen, for så vidt som støtten bevilges efter helse- og omsorgstjenesteloven. Børn, der både har en funktionsnedsættelse og sociale problemer, kan bevilges støtte efter både helse- og omsorgstjenesteloven (kommunal forsyningspligt) og barnevernloven (delt forsyningspligt mellem stat og kommune). Man kan dog ikke få støtte via barnevernloven udelukkende på grund af en funktionsnedsættelse, jf. også kapitel 2.

Den enkelte norske kommune kan løfte sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver, eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre offentlige eller private leverandører. Det gælder både tilbud og indsatser til udsatte børn og unge samt til børn, unge og voksne med funktionsnedsættelse, misbrug og psykiske vanskeligheder.¹⁰⁸ Ligeledes benytter staten sig af private institutioner på barnevernsområdet.¹⁰⁹ Kommunerne har desuden mulighed for at indgå i mellemkommunale driftssamarbejder. Muligheden for mellemkommunalt samarbejde blev styrket ved en ændring i kommuneloven i 2007. Sammensætningen af leverandører er nærmere beskrevet i afsnit 4.2.

De forskellige tilbud er pålagt at have *"en defineret målgruppe og en formulert målsetting for sin faglige virksomhet"*, men tilbuddene har en vis frihed til at definere målgruppen selv.¹¹⁰ Der er som i Danmark arbejdet med en national leverandørdatabase. Denne ser dog ud til at adskille sig fra den danske 'Tilbudsportalen' ved, at man skal betale for at få adgang til en del af de informationer, der ligger i portalen.¹¹¹

Mulige fordele og ulemper

De norske kommuner er generelt små i sammenligning med de danske og har i gennemsnit godt 15.000 indbyggere.¹¹² Det betyder, at den enkelte kommune sjældent har brug for fx et misbrugs-tilbud til en ung. I forlængelse heraf nævner nogle videnspersoner, at en ulempe ved at have forsyningsforpligtelsen placeret i kommunerne kan være, at det er dyrt for den enkelte lille kommune at have et beredskab af og drive specialiserede tilbud.¹¹³

I forlængelse heraf peger en vidensperson på, at det er en fordel, at regionale helseforetak (staten) gennem specialhelsetjenesten har pligt til at rådgive og vejlede kommunerne, fx om indsatser i relation til psykiatri og kriminalitet. Samtidig er der en vis risiko for, at borgere kan blive 'kastebold' mellem kommune og specialhelsetjeneste. Kommunerne ønsker sig ifølge nogle videnspersoner også mere vejledning fra specialhelsetjenesten. En vidensperson fortæller, at en udfordring ved den nuværende ansvarsfordeling er, at de regionale helseforetak kan sige nej

¹⁰⁷ Barnevernloven § 2-3a.

¹⁰⁸ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 3-1: *"Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras"*.

¹⁰⁹ Ekhaugen & Rasmussen, 2016, s. 13

¹¹⁰ Storø (2017): Som Storø fremhæver, står der videre i vejledning fra departementet, at *"Det er ingenting i veien for at en institusjon etter en konkret vurdering kan ha flere målgrupper. I så fall må alle målgruppene være defineret, og det må foreligge en formulert målsetting for hver enkelt målgruppe. Det heter videre at: Institusjonen skal kunne redegjøre for hvordan de ulike målgruppene ivaretas i de ulike avdelingene, blant annet skal målsetting, metodikk og kompetanse angis for hver målgruppe (s. 11). Veiledning til utfylling av institusjonsplanen krever ikke at institusjonen skal si noe om beboersammensetning. Den generelle føringen for helheten i det faglige arbeidet uttrykkes i formuleringen: 101 Faglige metoder som anvendes i institusjonen skal være faglig og etisk forsvarlig, de skal være tilpasset institusjonens målgruppe og målsetting, og være forankret i allment anerkjent fagteori"* (s. 17).

¹¹¹ Kommunal Rapport, 2021

¹¹² Norsk Statistisk Byrå opgjorde befolkningstal i de 356 kommuner til i alt 5.391.369 borgere i 2021. Det laveste befolkningstal er Utsira med 192 indbyggere (alle aldersgrupper). Knap halvdelen af kommunerne, 174, har et befolkningstal på under 5.000.

¹¹³ Oslo Kommune har dog størrelsen til at varetage opgaven, jf. interview med videnspersoner.

til at tage borgere ind, hvis de ikke har ledig kapacitet. I disse tilfælde ender kommunen med ansvaret for at hjælpe borgeren, indtil der bliver ledig kapacitet. Desuden nævner en vidensperson, at det er en udfordring for kommunerne, at der sker en udvikling i retning af, at borgere udskrives hurtigere fra de regionale helseforetak pga. teknologisk udvikling og større effektivitet i helseforetakene. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med, at ansvarsfordelingen mellem kommune og helseforetak ikke er klart defineret i lovgivningen.

Flere videnspersoner peger på, at der i Norge har været debat om, hvorvidt kommunerne formelt skulle overtage hele forsyningsforpligtelsen for rekruttering af plejefamilier, bl.a. for at understøtte rekruttering af familier i nærområdet. Forskellen til den nuværende situation ville bl.a. være, at kommunerne ville få ansvar for rekruttering af plejefamilier uden for slægt og netværk. Fordelen ved den nuværende statslige bistandspligt er, at den kan forbedre tilgængeligheden til egnede plejefamilier for alle kommuner, selvom nogle plejefamilier så ligger langt væk fra børnenes hjemkommune.¹¹⁴

Det overordnede hensyn i at placere forsyningsforpligtelsen for anbringelser på barnevernsområdet hos staten har ifølge flere videnspersoner været at sikre adgang til kapacitet for både store og små kommuner i Norge. I en statslig udredning fra 2020 peges der dog på tre udfordringer ved den norske model for forsyningsforpligtelsen på området. For det første kan de kommunale barneverntjenester opleve, at de har begrænsede muligheder for at påvirke kvaliteten i tilbud, som børn modtager under et institutionsophold. For det andet kan Bufetat (staten) opleve, at barnevernets belysning af barnets behov forud for en anbringelse ikke giver tilstrækkeligt grundlag for at give det rette tilbud. For det tredje kan det være vanskeligt at evaluere den støtte, som barnet og familien får, når samarbejdet *"mellom institusjon og barnevernstjenesten kan oppleves som svak"*.¹¹⁵

I forhold til placering af forsyningsforpligtelsen for helse- og omsorgstjenesten i kommunerne nævner en vidensperson, at der kan være den udfordring, at kommunerne ikke altid har det nødvendige antal pladser til borgere med funktionsnedsættelse. Ifølge lovgivningen skal borgeren have en valgfrihed, men i praksis er denne – ifølge videnspersonen – afhængig af, hvor der er ledige pladser.

Som i Danmark har de norske kommuner mulighed for at benytte både private og offentlige tilbud for at få opfyldt deres borgeres behov. Flere videnspersoner fremhæver som fordele herved en styrket kapacitet og fleksibilitet, også specifikt i forhold til køb af ydelser fra private.¹¹⁶ En anden fordel kan være øget specialisering, fx på området for tilbud til unge med misbrug.¹¹⁷

En vidensperson peger dog også på ulemper ved at anvende private institutioner inden for barnevernområdet, herunder at det kan være sværere at sætte en standard for de pædagogiske metoder på de enkelte tilbud, som i de statslige institutioner i et vist omfang kan prioriteres og planlægges. Ankestyrelsen i Norge peger på, at en ulempe ved leverandørstrukturen er, at der har været et stort pres på udgifterne, som delvist kan forklares ved øget brug af private aktører

¹¹⁴ Der blev i 2017 nedsat udvalg – 'Fosterhjemsudvalget' – til at udarbejde en offentlig udredning af området. Udredningen sendtes i høring i 2019, og efterfølgende har regeringen kommet med en strategi på området for perioden 2021-25. Regeringens strategi dog en videreførelse af et statsligt ansvar for nationale kampagner for at rekruttere plejefamilier (Barne- og familiedepartementet (2021), afsnit 3). For den statslige udredning, se: NOU (2018). Se desuden Barne- og familiedepartementet (2021).

¹¹⁵ NOU, 2020, s. 215.

¹¹⁶ I NOU (2020) fremhæves dette hensyn flere steder, både som generelt hensyn og i gennemgang af forskellige områder.

¹¹⁷ NOU (2020): s. 468.

på barnevernsområdet, der er i en fordelagtig markedsposition med beskeden konkurrence.¹¹⁸ En udredning fra 2020 giver ikke et klart svar på, om private leverandører af velfærdsydelser i Norge generelt realiserer et normalafkast, eller om deres indtjening overstiger normalafkastet (superprofit).¹¹⁹ Se også afsnit 4.2. Udredningen påpeger samtidig, at der bør være særlig opmærksomhed på private leverandører inden for barnevernet og specialhelsetjenesten.¹²⁰ Se også afsnit 5.3.2.

4.1.3 Sverige

De svenske kommuner har som hovedregel forsyningsforpligtelsen for ydelser efter 'Socialtjänstlagen' (SoL) og 'Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade' (LSS). Dog har regionen forsyningsforpligtelsen for rådgivning og støtte efter LSS.¹²¹ Regionerne har som hovedregel forsyningsforpligtelsen for sundheds- og sygepleje (hälso- och sjukvård) til borgere, som er bosat inden for regionen. Kommunen har dog ansvaret for sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud¹²² samt modtagere af støtte efter LSS, fx PA. Desuden har kommuner og regioner et delt ansvar for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.¹²³

På børn og unge-området er det – i modsætning til Norge, men i lighed med Danmark – kommunerne, som har ansvaret for rekruttering af plejefamilier (familjehem) og varetager supervision, vejledning og støtte af dem. Det er også kommunen, som i udgangspunktet har forsyningsforpligtelsen for døgninstitutioner, opholdssteder og støttede boliger til børn og unge. Døgninstitutioner kaldes i Sverige 'hem för vård eller boende' (HVB), uanset om de er drevet af private eller offentlige leverandører. HVB-hjem kan omfatte både børn, unge og voksne borgere, fx på misbrugsområdet. Statens Institutionsstyrelse, SiS, har dog forsyningsforpligtelsen for den del af de særlige ungdomshjem (*särskilda ungdomshem*), der er døgntilbud med tvangsomsorg, hvor det er tilladt at frihedsberøve de unge, fx i forbindelse med misbrug og alvorlige psykosociale problemer.¹²⁴ I tillæg til pladser, hvor der kan ske frihedsberøvelse, har staten gennem SiS også hjem med udslusning og overgang til andre indsatser eller aktører.¹²⁵

I Sverige kan personlig assistance (PA) bevilges til både børn, unge, og voksne. Denne støtform bevilges dog fortrinsvis til voksne. Det er kommunen, som har forsyningsforpligtelsen for PA efter LSS for personer, som har grundlæggende behov op til 20 timer pr. uge. Ved større grundlæggende behov hos borgeren har staten (Försäkringskassan) ansvar for beslutning om tildeling af Assistansersättning. I forhold til udførelsen, så er det borgeren selv, der enten vælger en assistent, vælger en virksomhed til at udpege en assistent, eller vælger kommunen til

¹¹⁸ Ankestyrelsen, 2021, s. 20. Bemærk, at en vidensperson har påpeget, at de private typisk tager børn og unge med mest omfattende udfordringer, og at der samtidig er sket en reduktion i de statslige pladser, som har givet pres på udgifterne til private.

¹¹⁹ NOU, 2020, s. 431-432.

¹²⁰ NOU, 2020, s. 28.

¹²¹ § 9 i LSS oplister en række indsatser, som det primært er kommunen, som er ansvarlig for. Men regionen har ansvar for indsatser efter stk. 1, dvs. for "rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder(Socialdepartementet, 2021b)".

¹²² Jf. Socialstyrelsen, 2020c

¹²³ Jf. HSL kap. 8 § 7 (regionernes ansvar) og kap. 12 § 5 (kommunernes ansvar).

¹²⁴ SiS har ansvar for indsatser med tvang efter LVU (og LSU) til børn og unge. SiS har også ansvar for indsatser med tvang efter LVM, til både børn, unge og voksne. Der findes også hjemmel til brug af tvang inden for regionerne i forbindelse med sundhedsområdet og psykiatrien, både i forhold til børn, unge og voksne.

¹²⁵ Særlige ungdomshjem med døgnophold (*Särskild ungdomshem*) er anbringelsestilbud til unge med psykiske problemer, misbrug og/eller kriminalitet, der behøver særligt nøje opsyn under opholdet. De særlige ungdomshjem kaldes også *SIS-hem* (fordi de organisatorisk er del af Statens Institutions Styrelse) eller *Paragraf 12-hem* (som refererer til den paragraf i LVU, hvor denne støtte er angivet). På SiS-institutioner udføres også støtte efter LSU (Regeringskansliet, 1998). Bemærk, at når der i denne sammenhæng tales om *tvang*, så er det i forbindelse med selve indsatsen. Man kan godt på almindelige HVB have anbringelser uden samtykke (dvs. med tvang *i forhold til afgørelsen*). Men almindelige HVB-hjem må ikke frihedsberøve barnet eller den unge, fx i forhold til isolation eller bæltefiksering.

at stå for det. Der ligger således ikke en egentlig forsyningspligt hos staten, men en finansieringspligt og et ansvar for at vurdere behovet, jf. også kapitel 3 om myndighedsansvar.

På voksenområdet har kommunerne forsyningsforpligtelsen for botilbud, mens staten (SIS) har forsyningsforpligtelsen for LVM-hem, dvs. døgntilbud til voksne med særlige beføjelser til tvangsbehandling af borgere med misbrug.¹²⁶ I forhold til misbrugsområdet er kommunerne ansvarlig for en række indsatser, herunder har de fx forsyningsansvar for behandlingshjem, mens regionerne har ansvar for medicinsk misbrugsbehandling. En vidensperson bemærker, at det kan være vanskeligt at trække grænsen mellem de to ansvarsområder vedrørende misbrug. På psykiatriområdet har regionen ansvar for at tilbyde både såkaldt 'slutenvård' som indebærer indlæggelse, og 'åbenvård', som er uden indlæggelse (der tales også om poliklinisk eller ambulante behandling).¹²⁷ Kommunen har som udgangspunkt ansvar for socialfaglig støtte, der gives 'til den daglige livsførelse', dvs. i hjemmet og i relation til beskæftigelse. Det kan for eksempel være i form af bostøtte, beskæftigelsesindsats eller aktivitets- og samværstilbud.¹²⁸ Der er både inden for børn- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien store berøringsflader mellem region og kommunes arbejde. Inden for hver region udarbejdes aftaler ('överenskommelser') mellem kommunerne og regionen om arbejdsdeling og arbejdsgange i forhold til de fælles borgere.¹²⁹

Som eksempel på et delt ansvar med tæt samarbejde nævner en vidensperson behandling af personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsættelse og psykiatrisk problematik. Her er det regionen, som har forsyningsansvaret for behandlingsdelen, mens kommunen har forsyningsansvaret for støtten i det daglige liv.

Kommuner og regioner i Sverige kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere tilbud og ydelser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører. Leverandører af tilbud og ydelser i Sverige omfatter kommuner, regioner, private leverandører (privatägda företag), foreninger (og stiftelser) samt kommuneejede virksomheder (kommunala företag/bolag). Blandt private aktører skelnes der i Sverige mellem 'private-ideelle' aktører og 'private-kommercielle' aktører. SiS, Statens Institutionsstyrelse, driver som nævnt ovenfor få udvalgte tilbud inden for tvangsbehandling og tvangsomsorg.

Derudover kan kommuner og regioner indgå i forskellige former for samarbejde, hvor opgaver løses i fællesskab. Nogle samarbejdsformer indebærer etablering af en fælles organisation (fx 'kommunalförbund', 'gemensam nämnd' eller 'samordningsförbund'), mens andre involverer

¹²⁶ Jf. Sis (2021). LVM refererer til lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

¹²⁷ For beskrivelse af termene: 'Slutenvård', se [https://termbank.socialstyrelsen.se/#results: "hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård"](https://termbank.socialstyrelsen.se/#results: %20h%C3%A4lso-och%20sjukv%C3%A4rd%20n%C3%A4r%20den%20ges%20till%20patient%20vars%20tillst%C3%A4nd%20kr%C3%A4ver%20resurser%20som%20inte%20kan%20tillgodosas%20inom%20%C3%B6ppen%20v%C3%A4rd%20eller%20hemsjukv%C3%A4rd). 'Åbenvård' se: IVO (2021b).

¹²⁸ Kunskapsguiden, 2021

¹²⁹ Ifølge SoL og HSL skal regioner og kommuner indgå sådanne aftaler om personer med psykisk funktionsnedsættelse, personer med misbrug og børn og unge, der er anbragt uden for eget hjem. Regioner og kommuner kan også indgå aftaler om andre forhold, men dette er ikke lovbestemt. Der er samlet en række eksempler på disse aftaler hos Uppdrag Psykisk Hälsa (2016).

mere eller mindre formaliserede samarbejdsaftaler (fx 'kommunal avtalssamverken' eller 'interkommunal avtalssamverkan').¹³⁰ Inden for de seneste år har kommuner og regioner fået forbedrede muligheder for at indgå i samarbejdsaftaler.¹³¹

Ligesom Danmark er Sverige underlagt EU's udbudsdirektiv. Inden for dette præciserer 'Lagen om Offentlig Upphandling' i Sverige forskellige vilkår, under hvilke offentlige myndigheder kan og skal udbyde opgaver.¹³² Den svenske udbudslovgivning binder kommunerne til at udbyde sociale tilbud af en vis størrelse på et marked og vælge efter krav, der på forhånd er specificeret.¹³³ En vidensperson vurderer dog, at udviklingen går i retning af, at mere og mere skal ordnes inden for udbudsloven og med rammeaftaler. 'Rammeaftaler' beskriver i Sverige en række kommuners fælles vilkår for indgåelse af konkrete aftaler med en række forhåndsgodkendte leverandører. En stor del af rammeaftalerne udfærdiges af Kommentus/Adda Inköpscentral, som svarer til det danske SKI (Staten og Kommunernes Indkøbsservice).¹³⁴ Andre kommuner går sammen og laver deres egne rammeaftaler.¹³⁵ Indenfor en rammeaftale kan en kommune specificere, at en leverandør skal kunne imødekomme borgerens individuelle behov, fx forestå en bestemt type behandling. Hvis flere leverandører kan leve op til dette krav, skal man tildele kontrakt til den som er billigst. Der findes sager, hvor der er faldet bøde på socialområdet til kommuner for ulige konkurrence. Förvaltningsrätten i Malmö har på baggrund af en anmeldelse fra Konkurrenceverket for nylig idømt Malmö Kommune en bøde på 10 mio. SEK for at ikke have konkurrenceudsat alle sine indkøb af *stödboende* (botilbud).¹³⁶

En kommune kan vælge en anden 'udbudsmetode' end rammeaftalen med udgangspunkt i *Lag om valfrihetssystem*. Ligesom i Danmark er det ikke alle ydelser, der kan tilbydes frit valg af leverandør. Således gælder der ikke mulighed for frit valg vedrørende omsorg for børn og unge samt administration inden for socialtjenesten.¹³⁷ For nogle ydelser er det obligatorisk, at der skal gælde frit valg for borgeren, men for størstedelen af ydelserne er det den enkelte kommune, som beslutter, om den vil anvende Lag om valfrihetssystem og på hvilke ydelser.¹³⁸

¹³⁰ Kategorierne *kommunförbund* og *kommunala företag* betyder meget lidt inden for socialområdet i det hele taget, Kommunutredningen, s. 378 og s. 385. En undersøgelse fra 2016 viser, at 'avtalssamverkan' er ganske udbredt (Statskontoret, 2016). Her hedder det, at "*Samverkan mellan kommuner är mycket vanligt förekommande*", idet 95 pct. af 250 kommuner i undersøgelsen svarede, at de havde mindst en af de tre samarbejdsformer, og tre fjerdedele angav, at de havde flere af de forskellige former. En anden undersøgelse finder, at blot 4 ud af 65 af de avtalssamverkan, som er fundet inden for en region, vedrører socialtjenesten (s. 31).

¹³¹ Den seneste udredning, der har ligget til grund for 2020s reform på området, *Hållbar socialtjänst*, indeholder et særskilt kapitel med forslag herom (SOU, 2020a). Udredningen bemærker, at den bestemmelse, der har været i SoL om samarbejde mellem kommuner, har været uklar, særligt i forhold til hvordan kommuner kunne samarbejde omkring myndighedsansvar. Men i 2018 indførtes en generel ret til 'avtalssamverkan' mellem kommunerne i Kommunallagen. Det hedder videre: "*Enligt bestämmelsen får kommuner och regioner ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). I samma bestämmelse infördes en möjlighet för kommunerna att vid sådan avtalssamverkan också delegera beslutsfattande till en anställd i den andra kommunen*" (s. 63 samt kap. 21).

¹³² I den svenske lovgivning er det udformet som et særligt bilag, hvor der gælder bestemte regler og tærskler for, hvornår man skal udbyde en opgave på markedet.

¹³³ Der er i i princippet mulighed for at lave aftaler uden udbud, hvor en kommune aftaler et køb direkte med den private eller offentlige leverandør af fx en institutionsplads. Flere videnspersoner fremhæver dog, at denne mulighed er meget begrænset i praksis.

¹³⁴ For SKI se link: <https://www.ski.dk/> Fra 15. april 2021 har Kommentus Inköpscentral skiftet navn til Adda Inköpscentral (Adda, 2021).

¹³⁵ Der findes forskellige måder at indrette sådanne rammeaftaler på, i forhold til hvornår og hvordan man skal indkøbe ud fra rammeaftalen; altså vælge en leverandør blandt flere der er godkendt på en ramme. Det kan være a) kaskade, billigst til dyrest, b) direkte tildeling, man går altid til en bestemt, c) særlig fordelingsnøgle, baseret på objektive mål. I forhold til den sidste m

¹³⁶ Se herom anmodning fra Konkurrenceverket: https://www.konkurrensverket.se/globalassets/upphandling/upphandlings-skadeavgift/20-0718_ansokan-om-upphandlingsskadeavgift_malmo-kommun.pdf. For afgørelsen, se link: <https://upphandling24.se/inget-mothugg-i-domstol/>

¹³⁷ Regeringskansliet (2008). Den svenske udbudsmyndighed har udarbejdet en liste over de ydelser, der er omfattet af lag om valfrihetssystem (Upphandlingsmyndigheten, 2020).

¹³⁸ I SOU (2015) gives en omfattende redegørelse af det svenske system. Herunder forklares også, at det er obligatorisk for regionerne at organisere primær Sundhedsydelser i valgfrihedssystem. Se fx s. 189: "*I LOV regleras vilka åtgärder lands-tinget ska vidta när ett valfrihetssystem införs. LOV reglerar emellertid inte vad som ska ingå i ett valfrihetssystem eller*

Når den anvendes, fungerer denne form for udbud som en form for autorisationssystem, hvor forskellige leverandører godkendes til at være med i et katalog, som borgeren vælger ud fra. Videnspersoner fremhæver, at der er forskel mellem kommunerne på, hvordan og i hvilket omfang man har implementeret fritvalgs-ordninger. Det kan bl.a. skyldes, at udbudslovgivning kan være administrativt krævende og derfor mindre attraktiv for små kommuner. Det kan også have rod i politiske forskelle, hvor borgerlige kommuner i højere grad anvender private leverandører, mens socialdemokratiske kommuner i højere grad bruger kommunale leverandører.

Mulige fordele og ulemper

Organiseringen af forsyningsforpligtelsen på socialområdet i Sverige er tilrettelagt ud fra det hensyn, at kommunerne i hovedsagen tager sig af de dele af borgernes behov, som har med den daglige livsførelse at gøre. En undtagelse er, at staten har forsyningsforpligtelsen for tilbud med særlige beføjelser til unge og voksne i tvangsbehandling på misbrugsområdet efter LVU og LVM. Et hensyn synes at være, at indgrebet i den enkeltes frihed her kan være så vidtgående, at det ikke er hensigtsmæssigt at udlægge opgaven til kommunerne eller private.¹³⁹ Desuden har staten finansieringsforpligtelsen for Assistansersætning til borgere med grundlæggende behov for hjælp i over 20 timer pr. uge, mens kommunerne har forsyningsforpligtelsen for PA efter LSS under 20 timer pr. uge. Et hensyn bag denne opdeling har været, at bevillingen til den enkelte borger ikke skal være afhængig af hjemkommunens økonomi.¹⁴⁰ Se også kapitel 6.

I Sverige kan kommunerne – som i Danmark og Norge – vælge at opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at drive tilbud eller købe af andre offentlige eller private leverandører. Mediankommunen i Sverige er på 16.000-17.000 indbyggere¹⁴¹, og derfor har mange kommuner ikke volumen til at drive egne tilbud til alle målgrupper. I den situation kan der i princippet være fordele som større fleksibilitet og valgfrihed i en leverandørstruktur med både kommunale og private leverandører. Flere videnspersoner bemærker dog, at det er administrativt krævende, navnlig for mindre kommuner, at arbejde med udbud. Der er et stort fokus på detaljer, og det kan være vanskeligt for kommunerne at stille fornuftige kvalitetskrav til leverandørerne. Især kan det være vanskeligt at følge op på tilbuddenes generelle resultater, specielt for små tilbud. Hvis man fx stiller krav om, at behandlingen ikke afbrydes, og den så i et år er afbrudt i ét tilfælde på et tilbud

vilka krav som ska ställas på leverantörerna. Så som nämnts i tidigare avsnitt, är det obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården i valfrihetssystem (5 § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]). Ett valfrihetssystem införs genom att den upphandlande myndigheten fastställer de krav som ska gälla, annonserar och sedan godkänner och tecknar kontrakt med alla leverantörer som ansöker om att få vara med i systemet och som uppfyller kraven. Varje upphandlande enhet, t.ex. ett landsting, beslutar även om den närmare utformningen av ersättningen för den utförda tjänsten och ersättningen följer därefter den enskildes val av utförare. Det finns därmed ingen priskonkurrens mellan leverantörerna" (SOU, 2015).

¹³⁹ Vogel & Enell, 2018

¹⁴⁰ Flere videnspersoner har forklaret, at man i svensk handicappolitik har lagt meget vægt på, at borgere skulle både ligestilles og inddrages på tværs af landet. En større udrådning om LSS nævner også dette hensyn: *"Tillgänglighet och universell utformning är, i enlighet med FN-konventionen och den svenska funktionshinderspolitiken, själva grunden för ett inkluderande samhälle där alla kan delta".* Det drejer sig i denne sammenhæng både om, at samfundsinstitutioner (formelle som uformelle) skal være tilgængelige, men også at støtteformer til borgere med funktionsnedsætning skal være det på trods af forskelle i kommunal økonomi. I et særskilt afsnit om finansieringen (afsnit 3.4.6) forklares fordelingen af ansvaret mere indgående: *"Skälen för den modell för finansiering av den personliga assistansen, en av de tio insatserna i LSS, som valdes när reformen genomfördes var att kostnaderna för personlig assistans i vissa fall kan uppgå till mycket stora belopp. I vissa kommuner kan det finnas bara några få personer med omfattande behov av personlig assistans medan det i andra kommuner av motsvarande storlek kan finnas flera personer som behöver sådan hjälp. Kommunernas ekonomi ansågs i de senare fallen kunna påverka benägenheten att bevilja insatsen. Särskilt för små kommuner menade man att stora problem kunde uppstå om det fanns flera personer som hade omfattande behov av personlig assistans. Ett finansieringssystem som innebar att staten avlastade kommunerna kostnader för mer omfattande insatser i form av personlig assistans skulle därför skapas genom att staten lämnade stödet genom bidrag till den enskilde" (SOU, 2018, s. 155 og 175)".*

¹⁴¹ Jf. Statistisk Central Byrå.

med fire pladser, vil det resultere i en 'afbrydelsesgrad' på 25 %. På den måde kan kvalitetskrav fra kommunen også være svære at arbejde med for leverandørerne.¹⁴²

Der pågår i Sverige en debat om, hvilken rolle udbudslovgivningen spiller på området.¹⁴³ På den ene side fremmes konkurrencen, i hvert fald principielt. På den anden side er udbudsprocesser ressourcekrævende, jf. ovenfor. Det har desuden været diskuteret, hvor frit den enkelte kommune skal være stillet i forhold til at vælge at konkurrenceudsætte eller ikke. De svenske kommuner og regioners organisation SKR mener i denne sammenhæng, at Konkurrenceverket overfortolker EU-rettens krav om, på hvilke områder der skal ske udbud.¹⁴⁴ Endelig har der ifølge flere videnspersoner været debat om væksten i private-kommercielle leverandører over en årrække, herunder om de tjener for mange penge på udsatte borgere. Det har således i en udredning været diskuteret, om leverandørerne opnår 'overnormale afkast'.¹⁴⁵ Forskere har opgjort afkastgraden pr. år til 17 pct.¹⁴⁶ Se også afsnit 4.2. Flere videnspersoner peger endvidere på, at fordi der er en gråzone, hvor det ikke er helt klart, hvad man må, så afholder kommunerne sig måske fra at gøre, hvad de finder mest hensigtsmæssigt, fx at vælge at købe direkte fra en leverandør, dvs. uden det går gennem en rammeaftale. Rammeaftalerne i Sverige har dog den fordel, at når man som kommune indgår i en rammeaftale, fx i regi af Kommentus/Adda, så har man adgang til et overblik over mange typer af godkendte leverandører på et givent område. I den forstand har Kommentus/Adda en funktion, der minder om Tilbudsportalen i Danmark.

4.1.4 Sammenligning på tværs af landene

Både i Danmark, Norge og Sverige ligger en stor del af forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde hos kommunerne. Kommunerne har således i alle tre lande som hovedregel forsyningsforpligtelsen for socialfaglige indsatser til borgere med sociale problemer, funktionsnedsættelse eller psykiske vanskeligheder, mens det regionale niveau (statslige regionale helseforetak i Norge og regionerne i Danmark og Sverige) som hovedregel har forsyningsforpligtelsen på sundhedsområdet, herunder for behandlingsindsatser i regi af sygehusene. I Danmark har kommunerne forsyningsforpligtelsen for misbrugsbehandling, som i Norge er placeret i (statslige) regionale enheder, og i Sverige er delt mellem kommuner og regioner. I Sverige og Norge deler kommune og regionalt niveau endvidere forsyningsforpligtelsen for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. I Danmark har man placeret et lovbestemt leverandøransvar for tilbud på socialområdet hos regionerne, jf. rammeaftalesystemet. Tabel 4.2 giver et overblik over, hvordan forsyningsforpligtelsen for forskellige indsatser er placeret i de tre lande.

Tabel 4.2 Placering af forsyningsforpligtelse i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Kommune	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne Anbringelser uden for eget hjem

¹⁴² Forskere har også set en tendens i retning af større nationale rammeaftaler. Dette ses som udtryk for, at kommunerne har behov for at dele de administrative byrder. Se Stenius & Storbjörk (2019, s. 13).

¹⁴³ Sallnäs et al. (2018) Socialtjänstmarknaden.

¹⁴⁴ Se herom i Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Her hedder det: "Konkurrenceverket har i ett ställningstagande bedömt att vissa ickevalsalternativ utgör en upphandlingspliktig tjänst och att ickeval kan vara en otillåten direktupphandling. SKR delar inte Konkurrenceverkets bedömning kring ickeval. SKR anser att Konkurrenceverket i ett ställningstagande gjort en övertolkning av EU-rättens senaste utveckling och gör bedömningen att principer för ickeval som grundas på till exempel av turordningslista eller närhetsprincip mycket väl går att tillämpa, under förutsättning att kriterierna är transparenta och att principen om likabehandling kan säkerställas. Konkurrenceverkets ställningstagande behöver därför inte föranleda några ändringar i principerna om ickevalsalternativ".

¹⁴⁵ SOU, 2016, s. 78

¹⁴⁶ Meagher et al., 2015

	Danmark	Norge	Sverige
	Anbringelser uden for eget hjem Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Misbrugsbehandling	Anbringelser uden for eget hjem (delt ansvar) Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Sociale indsatser til borgere med misbrugsproblematikker	Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling (delt ansvar) Sundhedsydelse til borgere i bo- og dagtilbud samt med PA efter LSS
Mellem-kommunalt		Udvalgte områder, efter departementets beslutning	
Region	Psykiatrisk behandling <i>Leverandøransvar for udvalgte tilbud efter aftale med kommunerne</i>	<i>De norske fylkeskommuner varetager ikke opgaver på det specialiserede socialområde</i>	Psykiatrisk behandling Rådgivning og støtte til borgere med funktionsnedsættelse (LSS § 9, stk. 1) Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling (delt ansvar)
Stat		Anbringelser uden for eget hjem (delt ansvar) Rekruttering og formidling af plejefamilier Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling Psykiatrisk behandling	Sikrede pladser ¹⁴⁷ Særlige pladser til voksne og unge på SIS-institutioner

Et forhold, der adskiller Norge fra Danmark og Sverige, er, at der ikke findes deciderede sikrede eller lukkede institutioner for unge med særlige vanskeligheder.¹⁴⁸ Hvad angår unge med alvorlige adfærdsvanskeligheder er der dog i Norge mulighed for efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde at *"begrænse adgangen til at forlade området [institutionens] i den udstrækning, det er nødvendigt"* (jf. barnevernloven § 5-9). I Sverige ligger forsyningsforpligtelsen for sikrede/lukkede pladser hos staten, både i forhold til unge og voksne. I Danmark er de sikrede institutioner omfattet af den kommunale forsyningsforpligtelse, men drives typisk af regionerne¹⁴⁹.

På børn og unge-området har staten i Norge en stor del af forsyningsforpligtelsen set i sammenligning med både Sverige og Danmark. Det gælder især for anbringelser i døgninstitutioner til socialt udsatte børn og unge. Staten har dog i Sverige også forsyningspligt for tilbud med særlige beføjelser til unge, som har brug for tvangsbehandling.¹⁵⁰

På tværs af de tre lande er der tilfælde, hvor det er mindre klart, hvordan forsyningsforpligtelsen er placeret. Det er typisk i tilfælde af dobbeltdiagnoser eller komplekse og sammensatte problemstillinger, fx behandlingskrævende psykosomatiske problematikker blandt borgere i botilbud.

¹⁴⁷ Staten har ansvaret for, at der findes pladser på SiS-institutioner for støtte efter LVU (og LSU). I tillæg hertil har SiS også åbne afdelinger til udslusning og overgang til anden indsats.

¹⁴⁸ Deloitte, 2019, s. 28.

¹⁴⁹ Dog driver Københavns Kommune et enkelt sikret tilbud.

¹⁵⁰ Dette gælder i forbindelse med ophold. Som nævnt har regionen også mulighed for at benytte tvang i forbindelse med fx psykiatriske indlæggelser.

I alle tre lande kan den myndighed, som har forsyningspligten, på de fleste områder vælge at opfylde forsyningsforpligtelsen ved at overdrage udførelsen af driftsopgaven til enten offentlige eller private aktører. Overdragelsen sker i alle tre lande inden for samme overordnede ramme i form af EU-udbudsretten, der søger at understøtte god brug af offentlige midler gennem konkurrence efter principperne om ligebehandling, gennemsigtighed, ikke-diskriminering, åbenhed og proportionalitet. I den forbindelse er det i alle tre lande muligt for borgerne i et vist omfang at vælge mellem forskellige leverandører af den indsats, som de har fået bevilget. EU-udbudsretten er særligt relevant for de dyrere indsatser, som kommer over beløbsgrænserne for udbud. Hensyn til lige konkurrence balanceres i alle tre lande i forhold til andre hensyn, som at have tilstrækkelig kapacitet på tværs af landet og at undgå for stor ulighed imellem kommuner.¹⁵¹

Der er dog forskel på, hvordan man har implementeret EU-lovgivningen. Forskning på både børn og unge- og voksenområdet peger på, at svenske kommuner står overfor fastere krav om konkurrenceudsættelse end norske og danske.¹⁵²

4.2 Leverandørstruktur

Leverandørstrukturen handler om, hvordan den ansvarlige instans i praksis lever op til sin forsyningsforpligtelse. I alle tre lande er der en klar sondring mellem myndighed og udfører af sociale indsatser. Typisk kan kun offentlige myndigheder visitere til indsatser, dvs. træffe afgørelse om bevilling. På udførersiden er der imidlertid i alle tre lande forskellige driftsherretyper, således at den konkrete indsats kan leveres både af enkeltkommuner, af kommuner i fællesskab, af statslige eller regionale aktører eller af forskellige typer af private aktører.

Dette afsnit afdækker, hvilke typer af driftsherrer der leverer tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder fx private, kommunale, regionale og statslige leverandører.

For hvert land findes store mængder af data, der belyser forskellige aspekter af leverandørstruktur. Det har dog i de fleste tilfælde ikke været muligt at finde direkte sammenlignelige data på tværs af de tre lande om sammensætningen af forskellige typer af leverandører fordelt på ejerform. Derfor beskriver vi for hvert land enkeltvis de væsentligste kendetegn ved leverandørstrukturen og redegør for de data, vi har kunnet finde, der bedst beskriver denne. Eventuelle sammenligninger mellem landene er forbundet med væsentlige forbehold og usikkerheder. Vi har primært søgt efter data om, hvor mange tilbud eller pladser der drives af forskellige leverandører (uagtet den økonomiske vægt af disse) og om, hvor store andele af forbruget som går til forskellige leverandører. Vi har for hvert land som minimum søgt at belyse leverandørstrukturen fordelt på offentlige og private leverandører.

4.2.1 Danmark

Den enkelte kommune i Danmark løfter typisk sin forsyningsforpligtelse på det specialiserede socialområde ved brug af egne, regionale, private og andre kommuners tilbud.¹⁵³ Opgaveomlægningerne i forbindelse med kommunalreformen medførte, at kommunerne overtog hovedparten af de tidligere amtslige tilbud. Det specialiserede socialområde er derfor præget af køb og

¹⁵¹ Se fx for Norge: NOU (2020) og for Sverige: SOU (2020c).

¹⁵² Shanks et al. (under udgivelse); Stenius & Storbjork (2019); Meagher et al (2015).

¹⁵³ En særlig type ejerforhold blandt de private tilbud er fond eller selveje. Nogle fondsejede og selvejende botilbud har en driftsoverenskomst med en kommune.

salg af pladser på tværs af kommunerne og kommunernes køb af pladser i private og regionale tilbud.¹⁵⁴ Som nævnt rummer Socialstyrelsens *Tilbudsportal* en stor del af den samlede tilbuds-masse, der således er tilgængelig for alle kommuner.

Det ser ud til, at der i Danmark er sket en stigning i omfanget af private leverandører på det specialiserede socialområde fra 2015 til 2017, hvor andelen af pladser på private tilbud er steget fra 25 pct. til 29 pct.¹⁵⁵ Der har gennem en årrække været mange uafhængige, private leverandører af tilbud. De seneste par år ses dog på nogle velfærdsområder, herunder bl.a. handicapområdet, en tendens til dannelse af større koncerner.¹⁵⁶ Samlet set driver offentlige leverandører 71 pct. af pladserne på det specialiserede socialområde i 2017, mens private leverandører driver 29 pct. af pladserne.¹⁵⁷

De danske kommuner har som nævnt mulighed for at løse opgaver på socialområdet i samdrift mellem to eller flere kommuner, fx i form af tværkommunalt driftsfællesskab. VIVEs desk research og interview med videnspersoner viser, at der generelt er begrænset viden om eller kendskab til kommunal samdrift på det specialiserede socialområde.¹⁵⁸

Børn og unge-området

Siden begyndelsen af 2000-tallet har der været politiske mål i Danmark om at få flere af de anbragte børn i plejefamilier frem for i døgninstitutioner, for både udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelse.¹⁵⁹ Det afspejler sig i udviklingen, idet plejefamiliernes andel af det samlede antal anbringelser i Danmark er steget fra 45 pct. i 2000 til 66 pct. i 2018.¹⁶⁰

I Danmark var der ved udgangen af 2019 i alt cirka 11.400 børn og unge i alderen 0-17 år, som var anbragt uden for eget hjem i enten plejefamilie, døgninstitution, socialpædagogisk opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse.¹⁶¹ Dette tal inkluderer både socialt udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelse. Af disse var knap 66 pct. anbragt i plejefamilier, 30 pct. var anbragt i institution, og 4 pct. var anbragt på kost- eller efterskole eller eget værelse.¹⁶² Børn og unge med funktionsnedsættelse modtager ifølge en vidensperson i højere grad end socialt udsatte børn og unge støtte i hjemmet, fx i form af tabt arbejdsfortjeneste til forældre. De fleste kommuner driver selv tilbud, men gør også brug af private tilbud, både på det forebyggende område og på anbringelsesområdet.¹⁶³

¹⁵⁴ Se fx Social- og Indenrigsministeriet (2013a), s. 163; Social- og Indenrigsministeriet (2020a); Dalsgaard (2014); Dalsgaard et al. (2016).

¹⁵⁵ Socialstyrelsen (2018b). Der er i øvrigt i perioden 2007-2019 sket en øget konkurrenceudsættelse på flere af velfærdsområderne i Danmark, herunder også på en sociale opgaver og beskæftigelse, jf. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2021).

¹⁵⁶ Rosenkilde (2021).

¹⁵⁷ Socialstyrelsen (2018b).

¹⁵⁸ Udbudsportalen i KL har i 2016 udarbejdet en række kortlægninger, redskaber og analyser i henhold til konkurrenceudsættelse af socialområdet, bl.a. i forhold til drift af bo- og dagtilbud til voksne med udviklingshæmning samt køb af pladser på botilbudsområdet. En oversigt kan findes hos Udbudsportalen (2016).

¹⁵⁹ Jf. bl.a. 'Barnets Reform' fra 2011.

¹⁶⁰ Ebsen (2020).

¹⁶¹ Danmarks Statistik, Statistikbanken, ANBAAR15. Data herfor er opgjort pr. 31.12.2019. Der er desuden knap 2.200 (2.186) unge i alderen 18-22 år, som modtager efterværn i plejefamilie, på døgninstitution, opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse.

¹⁶² Danmarks Statistik, Statistikbanken, ANBAAR15. Data herfor er opgjort pr. 31.12.2019. Der er desuden knap 2.200 (2.186) unge i alderen 18-22 år, som modtager efterværn i plejefamilie, på døgninstitution, opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse. Kost- og efterskoler samt eget værelse er generelt mindre ressourcekrævende indsatser end institutionsanbringelser og plejefamilieanbringelser.

¹⁶³ Cirka 45 pct. af de institutionsanbragte børn og unge er ifølge Danmarks Statistik anbragt på 'socialpædagogiske opholdssteder mv.', som hovedsageligt er private. De resterende cirka 55 pct. er i Danmarks Statistik anført som anbragte på 'døgninstitution' (enten almindelig afdeling, delvis lukket afdeling, eller sikret afdeling). En stor del af disse er offentlige døgninstitutioner drevet af enten kommuner eller regioner, men der findes som tidligere nævnt også privat drevne 'døgninstitutioner'. Det er således ikke muligt at få en præcis opgørelse af fordelingen af anbringelserne efter tilbuddets ejerform ud fra Danmarks Statistiks data.

Tilbudsportalen kan give et billede af fordelingen mellem forskellige leverandørtyper på anbringelsesområdet gennem data om antallet af tilbud og antallet af godkendte pladser. Tabel 4.3 viser, hvordan det samlede antal *tilbud* på børn og unge-området i Danmark er fordelt på ejerform. Denne opgørelse tager ikke højde for antallet af pladser i de enkelte tilbudstyper.

Tabel 4.3 Tilbud på børn og unge-området i Danmark, fordelt på ejerform og type, 2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Private, pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Anbringelsessteder i alt	4	25	51	20	100	645
Heraf delvist lukket døgninstitution	50	50	0	0	100	4
Heraf sikret døgninstitution	86	14	0	0	100	7
Ambulant stofmisbrugsbehandling	2	81	8	9	100	64

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet. (2020c), s. 44.

Det ses af Tabel 4.3, at cirka 71 pct. af institutionsanbringelsestilbuddene på børneområdet er private eller selvejende. Nærmere bestemt er 20 pct. af tilbuddene private, og 51 pct. er fondeejede eller selvejende. 29 pct. af det samlede antal anbringelsesinstitutioner er drevet af offentlige aktører. 25 pct. af tilbuddene er kommunale og 4 pct. regionale. Desuden ses, at opgaven med sikrede pladser løses overvejende af regionale tilbud og i mindre grad af kommunale, mens ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud til unge næsten udelukkende udføres af kommunale driftsherrer.

Da de offentlige tilbud generelt har flere pladser end de private, svarer fordelingen af tilbud ikke helt til fordelingen af pladser, selvom det overordnede billede er omtrent det samme. Opgjort ved hjælp af antallet af godkendte *pladser* er cirka 60 pct. af institutionspladserne på børneområdet i private eller selvejende tilbud, mens cirka 40 pct. af pladserne er i offentlige tilbud i 2020. Det skal understreges, at data ikke udtrykker den faktiske belægning, dvs. antallet af anbragte børn og unge, men det godkendte antal pladser på tilbuddene.¹⁶⁴

En del af de private og selvejende institutioner har en driftsoverenskomst med en kommune, som i givet fald dækker en stor del af institutionens økonomiske grundlag.¹⁶⁵ Dette indebærer ofte et tæt samarbejde, hvor kommunen har betydelig indflydelse.

Voksenområdet

På voksenområdet er der ligeledes forskelle mellem de enkelte indsattstyper på, hvordan leverandørerne fordeler sig på ejerform. Tabel 4.4 viser, hvordan botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet i Danmark var fordelt på ejerform i 2019. Opgørelsen tager ikke højde for antallet af pladser i de enkelte tilbudstyper.

¹⁶⁴ Tilbudsportalen, 2021. Data er hentet 17. maj 2021. VIVEs egne beregninger baseret på datasættet 'Udvikling_antal_pladser_og_tilbud_2015_2021'. Data her indeholder både pladser til døgnanbringelse og pladser til aflastning, da godkendelsen vedrører begge typer indsats. Data udtrykker ikke den faktiske belægning, men det maksimalt godkendte antal pladser på tilbuddene.

¹⁶⁵ Horten (2018) bemærker, at der hverken i lovgivning eller juridisk litteratur findes en generel definition af begrebet 'selvejende institution'. Således har Finansministeriet anvendt begrebet 'selvejende institution' som "*benævnelse for institutioner, der er oprettet og organiseret på forskellig måde, og indholdet af begrebet varierer fra retsområde til retsområde*". Horten forklarer videre, at en driftsoverenskomst er "*et aftaleretligt dokument mellem kommunen og den selvejende institution. Heri fastsættes de indholdsmæssige og økonomiske rammer for institutionens drift. Typisk har de to parter modsatrettede interesser, da kommunen ønsker mest mulig indflydelse på opgaveløsningen, og institutionen ønsker den højst mulige grad af selvbestemmelse. BDO understreger, at det er en forudsætning for, at der kan foreligge en driftsoverenskomst, at kommunen eller regionen har en afgørende indflydelse på driften af institutionen. Det kan eksempelvis være i relation til tildeling af pladser på institutionen, godkendelse af takster og budget, tildeling af bestyrelsesposter mv. Såfremt en selvejende institution ikke er optaget i en kommunes eller regions bogføring med artsspecifikation foreligger der ikke en driftsoverenskomst i momsmæssig forstand, men der vil derimod sandsynligvis være tale om en driftsaftale*". Se herom BDO (2021).

Tabel 4.4 Antal botilbud og botilbudslignende tilbud fordelt på tilbudstyper og virksomhedstyper, 31.12.2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Private, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Længevarende botilbud, §108	9	41	17	33	100	403
Sikret botilbud, §108	100	0	0	0	100	1
Botilbudslignende tilbud	2	89	1	8	100	674
Midlertidigt botilbud, §107	5	33	19	43	100	890
Botilbud i alt	3	55	12	29	100	1.490

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet. (2020c). Tabel 3, s. 6.

Note: Social- og Ældreministeriet angiver i Velfærdspolitisk Analyse (s. 36) følgende afgrænsning af kategorierne i tabellen: "Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældre bolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3".

Det ses af Tabel 4.4, at der er forskel på, hvilke tilbudstyper de forskellige leverandører driver på botilbudsområdet. Der er omtrent lige mange offentlige og private længevarende botilbud efter SEL § 108, mens de midlertidige botilbud efter SEL § 107 udgøres af 62 pct. private og 38 pct. offentlige tilbud. Ligesom på børn og unge-området er det regionerne, der løser opgaven med sikrede pladser, idet det ses, at regionerne driver samtlige sikrede botilbud efter SEL § 108. Omvendt er botilbudslignende tilbud efter almenboligloven næsten udelukkende kommunale.

Tabel 4.5 viser fordelingen af tilbud inden for misbrugsområdet, på ejerform og tilbudstype. På misbrugsområdet ses, at de fleste ambulante behandlingstilbud og dagbehandlingstilbud er kommunale, men de fleste af døgnbehandlingstilbuddene er private. Regionerne driver derimod næsten ingen tilbud på misbrugsområdet i Danmark.

Tabel 4.5 Tilbud til misbrugsbehandling til voksne, fordelt på tilbudstyper og virksomhedstyper, 31.12.2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Private, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Ambulant- og dagbehand lingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	1	85	8	6	100	103
Døgnbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101, jf. § 107	0	23	23	55	100	22
Ambulant- og dagbehand lingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	1	81	8	9	100	95
Døgnbehandlingstilbud til al koholmisbrug, SUL §141	0	10	30	60	100	20
Misbrugsbehandling i alt	1	71	13	15	100	136

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2020c), tabel 11, s. 17.

Det er væsentligt at bemærke, at Tabel 4.4 og Tabel 4.5 viser antallet af *tilbud* og ikke antallet af *pladser*. Typisk har private botilbud eksempelvis gennemsnitligt færre pladser end offentlige,

hvorfor de offentlige leverandører vil have større markedsandele i en beregning baseret på antallet af pladser.¹⁶⁶ Data fra den danske Tilbudsportal om fordelingen på ejerformer af godkendte pladser på botilbudsområdet er vist i Tabel 4.6, hvoraf det også fremgår, hvordan pladser i 'ikke-offentlige' tilbud er fordelt på fonds- og selvejende hhv. private tilbud.

Tabel 4.6 Godkendte pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud til voksne i Danmark, fordelt på ejerform og type, 2020

	Kommunale	Regionale	Fonde, selvejende, mv.	Private	I alt, pct.	I alt, antal
Botilbudslignende tilbud	91	2	6	1	100	15.061
Længerevarende botilbud, § 108	49	18	23	9	100	5.192
Midlertidigt botilbud, § 107	33	6	42	19	100	7.626
Sikret botilbud, § 108	0	100	0	0	100	79
Botilbud og botilbudslignende tilbud i alt, antal pladser	18.713	1.855	5.355	2.035	100	27.958
Botilbud og botilbudslignende tilbud i alt, pct.	67	7	19	7	100	

Note: På Tilbudsportalen er angivet en nærmere specifikation af data, herunder hvordan der skelnes mellem ejerformer. VIVE har i tabellen lagt pladstallene for 'midlertidigt botilbud' og 'rehabilitering' efter § 107 sammen. VIVE anvender desuden samme afgrænsning af botilbudslignende tilbud som anført i Social- og Indenrigsministeriet, 2020c, s. 36: *"Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejeboliglejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3. Social- og Indenrigsministeriet har angivet følgende note: Tabellen angiver antal pladser registreret til tilbudstypen. Pladser på ophørte og ikke godkendte tilbud er ikke medtaget. Pladser på tilbud, der vurderes at høre til plejehjemsoversigten og ikke bør ligge på tilbudsportalen, er ikke medtaget. Det bemærkes, at der kan være pladser, der er godkendt til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Der er lanceret en ny tilbudsportal den 11. juni 2019. [...] I opgørelserne for 2019 og fremefter er kategoriseringen af virksomhedsformer som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, Enkeltmandsvirksomhed, Personligt ejet mindre virksomhed, Selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende, mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende Fond, Fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer".*

Kilde: VIVEs egne beregninger baseret på Tilbudsportalens datasæt 'Udvikling i antal pladser og tilbud i perioden 2015-2021'. Data er hentet den 17. maj 2021 fra <https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-dataudvikling/tilbudsportalen>

Det ses af Tabel 4.6, at cirka 74 pct. af det samlede antal botilbudspladser på voksenområdet i Danmark drives af offentlige aktører, mens cirka 26 pct. drives af private. Fonds- eller selvejende tilbud driver her 19 pct. af pladserne, mens private driver 7 pct. Kommunerne driver 67 pct. af det samlede antal pladser. Som for anbringelsesinstitutioner skal det nævnes, at denne opgørelse ikke tager højde for den faktiske belægningsprocent på tilbuddene.

Der er kun mindre forskelle mellem fordelingen på offentlige og private af hhv. tilbud (Tabel 4.4) og pladser (Tabel 4.6). Den største forskel ses for længerevarende botilbud efter SEL § 108, hvor en ud af tre pladser drives i privat regi, mens to ud af tre pladser drives i offentligt regi. For antal tilbud er fordelingen ligelig med cirka 50 pct. private og 50 pct. offentlige.

¹⁶⁶ Jf. Dalsgaard et al. (2012). KREVI finder, at gennemsnitsantallet af pladser pr. botilbud er 15 for de kommunale, 24 for de regionale, 11 for de private og 17 for de selvejende.

4.2.2 Norge

Norge har en lang tradition for både offentlige og private leverandører inden for socialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Leverandørstrukturen indeholder i dag både offentlige og private, herunder kommercielle og ikke-kommercielle, i Norge kaldet 'ideelle' aktører.

Samtidig med en stigende andel af private-kommercielle leverandører af velfærd generelt i Norge¹⁶⁷ ses en tendens til koncerndannelse, således at større private aktører generelt har større dele af markedet for sociale tilbud. En analyse viser, at de 10 største leverandører på udvalgte sociale indsatser udgør samlet 73 pct. af det samlede køb hos private i 2017.¹⁶⁸ Der er i Norge et stort fokus på at øge anvendelsen af ideelle aktører. Et beskikket udvalg har i et udredningsarbejde begrundet dette i, at de ideelle aktører *"kan bidra til mangfold og innovasjon i tjenestene"*.¹⁶⁹

Mellemkommunale driftsfællesskaber udgjorde økonomisk set i 2012 en beskedent del af leverandørerne på socialområdet i Norge, herunder barnevernet.¹⁷⁰ Det har ikke været muligt at finde nyere oplysninger.

Børn og unge-området

Dette afsnit omhandler primært barnevernet, dvs. området for socialt udsatte børn og unge i Norge. Blandt de socialt udsatte børn og unge, som anbringes uden for hjemmet i Norge (placeringstiltak), er det ca. 81 pct., som anbringes i plejefamilier.¹⁷¹ Der etableres desuden institutionslignende enkeltpersontiltag, men de hører til undtagelserne og er ofte kortvarige. De resterende anbringelser finder sted i døgninstitutioner. I Norge er døgninstitutionerne små sammenlignet med en del andre lande, idet de typisk består af fem til otte pladser pr. tilbud, uanset om de er drevet statsligt eller privat.¹⁷² Ud over plejefamilie- og institutionsanbringelser findes der få børn og unge i 'enetiltak'.¹⁷³

En stor del af plejefamilieanbringelserne i ordinære kommunale plejefamilier eller slægts- og netværksanbringelser er formidlet gennem kommunen. Disse plejefamilier (fosterhjem) har typisk status af 'opdragstakere', hvilket indebærer, at de ikke får pension, løn under sygdom osv. Der findes dertil et mindre antal statsligt ansatte plejefamilier, som er rettet mod børn og unge med meget specialiserede behov. Disse har mere gunstige lønvilkår, men kan omvendt ikke

¹⁶⁷ Bjørn et al. (2019): *"Resultatene viser at det har vært relativt kraftig vekst blant de kommersielle leverandørene innen alle tjenestetypene vi har sett på. Det gjelder for eksempel sykehjem, barnehager, hjemmehjelp og barnevern. Samtidig har antall ideelle og kommunale årsverk enten stagnert svakt, holdt seg stabilt eller vokst svakt innen tjenestetypene vi ser på, noe som har medført at de kommersielle har økt markedsandelene sine innen alle tjenestetypene utenom renovasjon"* (s. 7). Denne publikation henviser også til en analyse af Sivesind (2016), der sammenligner beskæftigelsesandel af offentlige, private-kommercielle og private-ideelle aktører inden for flere områder, herunder socialtjenesten, og finder, at væksten er størst blandt de kommercielle mellem 2003 og 2013. I perioden siden 2007 havde de offentliges faldende beskæftigelsesandel, de ideelles var uændret og de private-kommercielles var steget (s. 85).

¹⁶⁸ Agenda Kaupang, 2019, s. 20

¹⁶⁹ NOU, 2020., s. 165. En NOU-udredning foretages typisk af et af regeringen beskikket udvalg. Det typiske fokus i udredningerne er faglige frem for politiske hensyn. Den nævnte udredning bygger på en grundig gennemgang af de tilgængelige data og en fremstilling af både fordele og ulemper på de områder, som den behandler. Den anvendes derfor i stort omfang i det følgende. Om NOU generelt, se: [https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_\(NOU\)](https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_(NOU))

¹⁷⁰ Leknes et al., (2013): IRIS har undersøgt et større udvalg på 73 kommuner. De finder for det første, at de fleste samarbejder (69 pct. i 2010) findes inden for tekniske opgaver. De finder samtidig, at 21 pct. af samarbejderne findes inden for helse, social og omsorg (s. 69). Endelig opgøres kommunens omsætning i interkommunale samarbejder i procent af bruttodriftsudgifter på forskellige kommunale opgaveområder. I de udvalgte kommuner er det 1,47 pct. af driftsudgifterne på området Helse og sosial. Helse og sosial dækker i denne sammenhæng et bredere område end det sociale område, idet der også indgår pleje og omsorg (s. 71-72). Der er foretaget en opgørelse, hvor man ser på de forskellige opgaveområders andel af den samlede omsætning i selskaberne. Her udgør 'pleje og omsorg' 30,2 pct., 'barnevern' 3,2 pct. og socialtjenesten 5,3 pct. (s. 70). Den samlede økonomiske betydning af de kommunale samarbejder opgøres til at være betydelig, omkring 10 pct., men langt størstedelen af udgifterne ligger på de tekniske områder.

¹⁷¹ Deloitte, 2019.

¹⁷² Backe-Hansen et al., 2017, s. 99

¹⁷³ Det drejer sig om 50 børn i alt i 2020, jf. Ellingsen & Gundersen (2021)

sige nej til anbringelse af et barn.¹⁷⁴ Private virksomheder har de seneste år udviklet plejefamilietilbud, hvor familierne er ansat på samme vilkår som de statslige lønmæssigt, men hvor de typisk modtager børn og unge med mindre omfattende behov. Der findes ca. 350 plejefamilier af denne type. En undersøgelse konkluderede i 2020, at baggrunden for valget af en 'forstærket-privat-plejefamilie' i knap en tredjedel af tilfældene snarere var mangel på plejefamilier generelt end behovets omfang.¹⁷⁵

Der findes desuden centre for døgnfamilieophold i Norge. De fleste er drevet af Bufetat, som samtidig har rammeaftale med tre private-ideelle centre. Dertil har Oslo Kommune rammeaftale med to ikke-kommercielle private leverandører. Ikke-kommercielle private leverandører fylder således meget i Norge på området for døgnfamilieophold, mens kommercielle virksomheder slet ikke driver tilbud på dette område.¹⁷⁶

I Norge opgør KOSTRA, 'Kommune-Stat-Rapportering' under Statistisk Sentral Byrå,¹⁷⁷ statistik på socialområdet, herunder på ejerform på døgninstitutioner til anbringelser af børn og unge.¹⁷⁸ Der sondres mellem offentlige, private-ideelle og private-kommercielle institutioner. Sammensætningen efter disse typer er forskellig inden for børn og unge-området, alt efter om man ser på barnevernet (socialt udsatte børn og unge) eller helse- omsorgstjenesten (børn og unge med funktionsnedsættelse). Tabel 4.7 viser antallet af børn og unge, der er anbragt på barnevernsinstitutioner fordelt efter ejerform pr. 31.12.2019.¹⁷⁹

Tabel 4.7 Antal børn og unge anbragt på barnevernsinstitutioner i Norge fordelt på ejerform, pr. 31.12.2019

Ejerform	Antal børn og unge	Andel børn og unge
Offentlige	422	43 %
Private, ideelle	218	22 %
Private, kommercielle	338	35 %
Alle barnevernsinstitutioner	978	100 %

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af <https://www.ssb.no/statbank/table/11361/tableViewLayout2/>.

Note: Antallet er opgjort pr. 31.12. Det samlede antal børn der modtager støtte i løbet af året er højere end 978.

Det ses af Tabel 4.7, at 43 pct. af de anbragte børn og unge på barnevernsinstitutioner pr. 31.12.2019 er anbragt på offentlige institutioner, mens 57 pct. er anbragt på private institutioner. Heraf er de fleste på private-kommercielle institutioner.

Hovedparten af de offentlige barnevernsinstitutioner drives af staten (Bufetat), og de resterende drives af Oslo Kommune. Udviklingen over de seneste år er gået i retning af en reduktion i antallet af pladser på de statslige institutioner. Denne reduktion i kapaciteten har efterladt en overskydende efterspørgsel, som i stedet er imødekommet af private-kommercielle og private-ideelle aktører, som således har øget deres markedsandel på barnevernsområdet. De private-

¹⁷⁴ NOU, 2020, 13.3.2.

¹⁷⁵ NOU, 2020.

¹⁷⁶ NOU, 2020, s. 215. Se desuden Bufdir (2020a).

¹⁷⁷ Se hertil Statistisk Sentral Byrås hjemmeside: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>. Her hedder det: "KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner".

¹⁷⁸ Der findes en nylig analyse, der fokuserer på tjenester indenfor hjelpetiltak, dvs. støtte i og omkring hjemmet (Demiri & Gundersen, 2016).

¹⁷⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/11361/tableViewLayout2/>.

kommercielle er den ejerskabsform, der har haft størst vækst i antal ansatte.¹⁸⁰ En vidensperson vurderer, at de udsatte børn og unge, som har størst udfordringer, typisk kommer på private-kommercielle institutioner, efter at man har prøvet en række andre tilbud. Der har desuden været en styrkelse af udenlandske (primært svenske) aktørers placering i markedet.¹⁸¹ En vidensperson vurderer, at der for både plejefamilier og institutionspladser opleves at være få valgmuligheder for kommunerne i forhold til anbringelser. Af hensyn til børn og familier skal anbringelse ske inden for seks uger efter afgørelse herom. Det kan bringe kommunen i en situation, hvor man må tage et mindre optimalt tilbud, fordi der ikke er noget alternativ.

Flere videnspersoner peger på, at der i Norge har været en politisk målsætning om at forøge de private-ideelles andel af de private leverandører. Dette har man ifølge videnspersoner søgt at understøtte med to tiltag. For det første har man lavet en rammeaftale mellem den statslige myndighed BUFDIR og de private-ideelle leverandører. Erfaringen var dog, at ansøgningsprocessen var krævende for de ofte ganske små tilbud. For det andet har man forsøgt at lave en udbudsrunde udelukkende for private-ideelle institutioner, hvilket førte til, at mange institutioner definerede sig som ideelle.

Et beskikket udvalg har i en udredning undersøgt de kommunale barnevernstjenesters vurdering af, om de ønsker at øge eller mindske brugen af private leverandører. Hertil svarer 59 pct., at de ønsker at reducere brugen af private leverandører, mens blot 1 pct. ønsker at øge brugen. I forlængelse heraf peges der bl.a. på, at barnevernstjenesterne i nogen grad oplever, at det er vanskeligt at få overblik over leverandørerne, krævende at lave gode kontrakter og svært at vide, hvad man må købe.¹⁸²

Børn og unge med funktionsnedsættelse er, ligesom voksne med funktionsnedsættelse – som nævnt omfattet af helse- og omsorgstjenesteloven. Leverandørstrukturen i relation til helse- og omsorgstjenesten er generelt behandlet i afsnit om voksenområdet nedenfor. En vidensperson fortæller, at børn og unge med funktionsnedsættelse overvejende modtager støtte i hjemmet fra helse- og omsorgstjenesten. En lille andel af børnene bor i små institutioner eller specialboliger til børn og unge med funktionsnedsættelser. Disse institutionslignende tilbud udgør dog en meget lille del af systemet.

Af forskellige mellemkommunale samarbejdsformer er 'interkommunalt samarbejde' ifølge en vidensperson mere almindeligt end rammeaftaler. Interkommunalt samarbejde er fx, hvor en kommune står for sagsbehandlingen i en partnerkommune, eller hvor kommunerne samarbejder om delområder, fx rekruttering af plejefamilier eller forebyggende foranstaltninger.¹⁸³ Mellemkommunale *driftsfællesskaber* inden for barnevernet synes mest at dreje sig om drift af forebyggende indsatser, og som nævnt dækkede de i 2012 økonomisk set en beskedent del af leverandørerne på området i Norge.¹⁸⁴ Muligheden for interkommunalt samarbejde blev som nævnt styrket ved en ændring i kommuneloven i 2007.¹⁸⁵ Før lovændringen var der 13 interkommunale barnvernens-samarbejder. I 2018 blev der opgjort over 200 sådanne samarbejder,

¹⁸⁰ Backe-Hansen, 2017, s. 30-31. Se desuden Bjørul et al., 2019, s. 7 samt s. 97-98.

¹⁸¹ NOU, 2020, s. 374-375.

¹⁸² NOU, 2020, s. 219. Heraf fremgår det også, at begrundelsen for udfordring ved køb hos private ikke kun er selve prisen, men også konsekvenserne for den interne kompetenceudvikling og relation til borgerne: "*Selv pøker barnevernstjenestene på at det er dyrt å kjøpe tjenester, at det gir færre muligheter til intern kompetansebygging, at det er vanskelig å få innsyn i leverandørens arbeid og å endre tiltaket underveis og at bruk av private gjør det vanskeligere å bygge et godt forhold til familiene*".

¹⁸³ Jf. interview med vidensperson.

¹⁸⁴ Leknes et al., 2013, s. 70.

¹⁸⁵ Der blev i 2009 også ændret i barnevernloven, bl.a. med det formål at styrke kompetence og tjenester. Det såkaldte *Barnevernspanelet* foreslog i en rapport i 2011, at ingen barnevernstjeneste burde have under 5 årsværk.

særligt mellem småkommuner.¹⁸⁶ En evaluering har fremhævet fordele ved samarbejder i styrket faglig kapacitet (fx håndtering af tunge sager og styrkelse af retssikkerheden) og i økonomi, idet omkostningsvæksten i kommuner med samarbejder generelt har været svagere end i andre småkommuner. Denne peger dog også på nogle risici. For det første, at kommunesamarbejder kan føre til større afstand mellem kommune og tjeneste. For det andet, at der kan være større afstand mellem borger og tilbud. For det tredje, at det styringsmæssigt kan være vanskeligere at aftale nedskæringer i de tilbud, der samarbejdes om.¹⁸⁷

Flere videnspersoner peger på, at man i Norge taler om, at kommunerne med fordel kan blive bedre til at indgå i samarbejder, fx på plejefamilieområdet. Et mål hermed er at udnytte den samlede kapacitet i en klynge af kommuner bedst muligt og bedre kunne rekruttere plejefamilier. Det kan dog være vanskeligt at samarbejde, da det typisk drejer sig om komplekse problemstillinger, ligesom incitamentene er svage.¹⁸⁸ En vidensperson peger på, at en udfordring ved samarbejder kan være, at de deltagende kommuner mister viden og ekspertise.

Voksenområdet

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter, som tidligere nævnt, blandt andet børn, unge og voksne med funktionsnedsættelser. Inden for helse- og omsorgstjenesten udgør de offentlige, dvs. primært kommunale, leverandører størstedelen af tilbuddene. Således kan udgifterne til offentlige leverandører opgøres til at udgøre samlet omtrent 89 pct. af de samlede driftsudgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, mens udgifterne til private leverandører udgør omtrent 11 pct. i 2018.¹⁸⁹ En anden opgørelse anslår dog, at det formentlig er mindre, omkring 8,5 pct. i 2017.¹⁹⁰

Da den kommunale helse- og omsorgstjeneste i Norge omfatter hele det kommunale sundheds- og omsorgsområde, dvs. både det, vi i Danmark omtaler som det almene og det specialiserede område, er det dog relevant at prøve at få udskilt tilbud til borgere med funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematikker. Her har NOU opgjort andelen af ansatte i hhv. offentlige og private tilbud fordelt på forskellige indsats typer. Denne opgørelse viser bl.a., at 95 pct. af personalet i botilbud inden for misbrugs- og psykiatriområdet er ansat i offentlige tilbud. Det samme gælder 92 pct. af personalet i døgntilbud til ældre og borgere med funktionsnedsættelser. Derimod er 58 pct. af personalet i 'andre sociale tjenester' privat ansatte. Disse tjenester er bl.a. sociale indsatser til personer med misbrug uden for botilbud.¹⁹¹

Inden for specialisthelsetjenesten udgør de offentlige, dvs. statslige, tilbud økonomisk set størstedelen af de leverede indsatser. De private leverandørers andel har over en årrække ligget relativt stabilt på omtrent 10 pct. af de samlede udgifter.¹⁹² Heraf udgør de kommercielle og de ideelle hver godt 5 pct.¹⁹³ De to private ejerformer dækker typisk forskellige tilbud. De private-ideelle leverandører leverer hovedsagelig tværfaglig specialiseret rusbehandling, psykisk hel-

¹⁸⁶ Lie et al., 2018, s. 13-14 sammenfatter denne udvikling.

¹⁸⁷ Lie et al., 2018, p. 14. Samarbejdet om barnevernet som belyses i denne publikation indeholder tre temaer (kortlægning, hjælpertilbud (indsatser) og omsorg (s. 10).

¹⁸⁸ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 17.

¹⁸⁹ NOU, 2020, s. 191, Træk fra Statistisk Sentral Byrå, behandlet af NOU (2020).

¹⁹⁰ Agenda Kaupang, 2019, s. 191.

¹⁹¹ NOU, 2020, s. 539.

¹⁹² NOU, 2020, s. 181.

¹⁹³ NOU, 2020, s. 190. NOU bemærker en usikkerhed i data og vurderer, at de privates andel kan være lavere end 11 pct. af udgifter, snarere 8,5 pct. NOU vurderer dog fortsat, at der har været en vækst i udgifterne til private, både i forhold til antal brugere og i forhold til antal ansatte i de private virksomheder over de seneste år (s.191).

severn og rehabilitering', mens de private-kommercielle leverandører hovedsagelig leverer 'somatiske tjenester og laboratorie- og røntgentjenester'.¹⁹⁴ En statslig udredning fremhæver, at køb fra private på specialhelsetjenestens område har været påvirket af styringssignaler fra nationalt niveau. I forbindelse med en øget bevilling i statsbudgettet i 2014 til tværfaglig specialiseret misbrugsbehandling, psykisk helsevern og rehabilitering blev de regionale helseforetak bedt om at øge køb fra private.¹⁹⁵

4.2.3 Sverige

Som beskrevet i afsnit 4.1.3 kan kommuner og regioner i Sverige opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere indsatser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører, herunder private-kommercielle og private-ideelle leverandører.

Der er de seneste år i Sverige lagt vægt på at øge konkurrenceudsættelsen på socialområdet og at styrke borgernes frie valg.¹⁹⁶ Implementeringen af frit valg varierer tilsyneladende mellem kommunerne, hvor 162 ud af 290 svenske kommuner har gennemført LOV (Lagen om Valfrihet) i 2019.¹⁹⁷ Der har generelt været en tendens i retning af øget brug af private leverandører på socialområdet i Sverige over de senere år.¹⁹⁸

I forhold til sammensætningen af private aktører på 'private-ideelle' og 'private-kommercielle' har det nationalpolitiske været ønsket i Sverige, at man skulle øge de 'private-ideelle's andel af de private aktørers del af markedet. Et væsentligt hensyn har været at reducere det, der anses som 'overnormal fortjeneste' hos de kommercielle aktører, og dermed reducere omkostningerne.¹⁹⁹ Flere udredninger har fremlagt forslag til at "*stimulere, at flere idébårne aktører byder på opgaver eller indgår aftaler*"²⁰⁰. Der er desuden mulighed for at "*reservere deltagelsen i et udbud til bestemte organisationer*".²⁰¹ Det generelle billede er dog, at de private-ideelle aktørers andel af de samlede udgifter på det kommunale område har været nogenlunde konstant omkring 2,5 pct. i perioden 2006 til 2018, mens de private-kommercielles andel er steget fra ca. 7,5 pct. til lidt over 12 pct. Hvis man ser alene på det sociale område, er dette mere udtalt, da private leverandørers andel af kommunernes eksterne køb samlet set er steget fra 2006 til 2018, mens de private-ideelles andel er faldet i samme periode.²⁰²

Børn og unge-området

Tabel 4.8 viser den overordnede fordeling af antallet af påbegyndte anbringelsesforløb på børn og unge-området efter SoL, LSS og LVU. Det ses af Tabel 4.8, at 51 pct. af anbringelserne er i plejefamilier eller netværkspleje. Det er altid kommunen, som ansætter plejefamilier, men det kan ske med hjælp fra et privat firma. Offentlige og private 'HVB-hem', dvs. anbringelsesinstitutioner på børn og unge-området, udgør samlet 33 pct. af anbringelserne i Sverige. Af det samlede antal påbegyndte institutionsanbringelsesforløb udgør de private 59 pct., mens de

¹⁹⁴ NOU, 2020, s. 321.

¹⁹⁵ NOU, 2020, s. 164.

¹⁹⁶ Sallnäs og Wiklund, 2018

¹⁹⁷ VIVEs egen opgørelse på baggrund af data fremsendt af SKR vedrørende 2019. Det fremgår af oplysningerne fra SKR, at ud over de 162 kommuner, som havde indført LOV, så havde syv kommuner i 2019 truffet beslutning om at gøre det.

¹⁹⁸ Shanks et al., under udgivelse; SKR, 2019, s. 1012. I 2019 er der ifølge SKR indført visse lettelser i loven om opphandling (LOU), som muliggør en smidigere proces, når kontraktbeløb ligger under tærsklen på 750.000 Euro. Desuden er der mulighed for at "*reservere deltagendet i en opphandling till organisationer som återinvesterar vinst och där organiseringen grundas i personalens ägande eller deltagande*".

¹⁹⁹ SOU, 2016

²⁰⁰ SOU, 2016,; SOU, 2015

²⁰¹ SKR, 2019, s. 10.

²⁰² SKR, 2019, s. 98. Data vedrører borgere med funktionsnedsættelse, misbrug, udsatte børn og unge samt familieområdet (IFO, inkl. familieret).

offentlige udgør 41 pct. i 2019. Tendensen er gået i retning af øget brug af private institutioner over de seneste år.²⁰³ Endelig udgør andre anbringelsesformer, herunder bostøtte og eget hjem til unge, 17 pct. af de påbegyndte anbringelsesindsatser. Bemærk, at der ikke er talt unikke børn, men anbringelsesforløb, så det samme barn kan godt tælle med flere gange, jf. også note til Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Påbegyndte anbringelsesforløb på børn og unge-området i Sverige fordelt på tilbudstype, 2019

Anbringelser uden for hjemmet i Sverige (i løbet af året 2019) efter type af indsats og ejerform. Samlet antal anbringelsesindsatser (ikke unikke børn og unge) samt indsatsypers andele heraf				
		Antal anbringelsesindsatser for børn og unge	Andel, placeringsform	Andel, undertype
Placeringsform	Ejerform		Andel samlet	Heraf andel
Institutionsplacering (Hem för vård eller boende, HVB-hem)		4.246	33	100
	<i>Heraf offentlig</i>	1.825		41
	<i>Heraf privat</i>	2.681		59
Plejefamilier (Familjehem)		6.595	51	100
Stödboende (bostøtte til unge - hybler)		988	8	100
Særligt ungdomsplacering efter § 12 LVU		534	4	100
Eget hjem (for unge 16+)		206	2	100
Anden anbringelsesform		402	3	100

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af tal fra Socialstyrelsen, 2020. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga, 2019. Der anvendes statistikken "Påbörjad 2019-placering. Haldygnsinsatser. Antal barn och unga med påbörjad vård under 2019 efter typ av insats, placeringsform, kön och om personen var ensamkommande". I alle tilgængelige statistikker er der dubletter, når man ser på tværs af indsatser. Derfor skal de andele, som beregnes, tages med forbehold. Vi har her anvendt en fremgangsmåde, som den svenske socialstyrelse har anvendt i andre sammenhænge efter rådgivning fra styrelsen herom. Fremgangsmåden er at beregne summer af antal først for alle indsats typer (familiehem, stödboende, HVB osv.). Det giver summen 12.971. Heri vil der så være børn, som tæller flere gange, fordi de kan have påbegyndt flere indsatser i samme år. Indsats typernes andele af denne sum beregnes så som antallet af modtagere af indsatsen divideret med 12.971. Samme fremgangsmåde anvendes for opdeling på ejerform af anbragte i HVB-hjem.

Note: Data dækker samlet 11.250 unikke børn og unge.

Der er desuden visse forskelle i leverandørstrukturen mellem målgrupper inden for børn og unge-området (fremgår ikke af Tabel 4.8). Ifølge en vidensperson driver private leverandører eksempelvis en stor del (næsten 40 pct.) af de tilgængelige pladser i HVB-hjem for unge med misbrug. I forbindelse med flygtningekrisen drev kommunerne også i høj grad HVB-hjem for uledsagede flygtningebørn. I de seneste år har der været et stort fald i disse pladser, og kommunerne har afviklet mange af sine HVB-hjem til denne målgruppe. Ifølge en vidensperson er dette en del af forklaringen på stigningen i private aktørers andel af markedet.

Voksenområdet

Som på børn og unge-området har der været en stigning i private leverandørers andel af det samlede socialmarked på voksenområdet i Sverige.²⁰⁴ Tabel 4.9 viser fordelingen af pladser i

²⁰³ Shanks et al., under udgivelse.

²⁰⁴ Shanks et al., under udgivelse²⁰⁵ På de statslige SiS-institutioner er der ca. 400 pladser til voksne med misbrug. Disse indgår ikke i tabel 4.9. IVOs opgørelse, der ligger til grund for tabel 4.9, viser, at regionerne leverer mellem 0,2 og 0,6 pct. af pladserne på de forskellige tilbud i tabellen.

2019 på en række tilbud på voksenområdet efter SoL og LSS fordelt på hhv. private og offentlige leverandører. Offentlige leverandører er på voksenområdet primært kommunale, men som nævnt er der voksne borgere med misbrug, som modtager indsatser på statslige SiS-institutioner.²⁰⁵

Tabel 4.9 Pladser i tilbud på voksenområdet i Sverige, fordelt på ejerform, 2019

Indsats efter lovgivning	Ejerform					
	Offentlig	Privat	I alt	Offentlig	Privat	I alt
	Antal pladser			Andel (pct.)		
LSS	48.810	17.132	65.942	74	26	100
Kortvarigt ophold eller aflastning uden for hjemmet (Korttidsvistelse utanför hemmet, LSS 9.6)	3.144	1.663	4.807	65	35	100
Botilbud med særlig støtte (Boende med anpassningar eller särskild service för vuxna, LSS 9.9)	22.541	4.989	27.530	82	18	100
Dagtilbud (Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, LSS 9.10)	23.125	10.480	33.605	69	31	100
SoL	107.127	10.283	117.410	91	9	100
Korttidsophold / aflastning (Hem för viss annan heldygnsvård, SoL 7.1.3)	93.447	3.281	96.728	97	3	100
Dagtilbud (Hem eller öppen verksamhet för vård del av dygn, SoL 7.1.4)	13.680	7.002	20.682	66	34	100
I alt	155.937	27.415	183.352	85	15	100

Note: Tabellen viser antal pladser, uanset om de er belagte eller ej, pr. Lovområde og pr. type organisation. IVO bemærker, at tallene ikke er garanteret komplette, da der kan findes brister i IVOs registre.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata fra Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Særtræk udarbejdet af IVO på forespørgsel fra VIVE, september 2020.

Det ses af Tabel 4.9, at offentlige aktører samlet set driver 85 pct. af pladserne i de udvalgte indsatser. Der er dog forskelle på fordelingen af leverandører på privat og offentlig fra indsats til indsats. Eksempelvis er 82 pct. af pladserne i botilbud til voksne efter LSS drevet af offentlige leverandører, mens det for korttidsophold og aflastning efter LSS kun er 65 pct.

De private leverandører fylder relativt meget inden for misbrugsområdet.²⁰⁶ Det generelle billede er, at selvom hver kommune har en misbrugsenhed med indsatser til borgere og deres pårørende, så købes en stor del af tilbuddene af private. Tabel 4.10 viser private og offentlige aktørers andel af bevilgede døgn til 'frivillig' institutionsomsorg på misbrugsområdet, dvs. døgnindsatser med samtykke. Det fremgår af Tabel 4.10, at private leverandører står for 78 pct. af de bevilgede døgn, mens offentlige leverandører, dvs. typisk regionerne, står for 20 pct.

Tabel 4.10 Bevilgede døgn i døgntilbud på misbrugsområdet i Sverige fordelt på ejerform, 2019

Frivillig institutionsomsorg, misbrugsområdet	Samlet antal	Andel bevilgede døgn
Antal bevilgede døgnpladser, og andele heraf	667.971	100
Leverandør	Antal	Andel

²⁰⁵ På de statslige SiS-institutioner er der ca. 400 pladser til voksne med misbrug. Disse indgår ikke i tabel 4.9. IVOs opgørelse, der ligger til grund for tabel 4.9, viser, at regionerne leverer mellem 0,2 og 0,6 pct. af pladserne på de forskellige tilbud i tabellen.

²⁰⁶ Stenius & Storbjork, 2019.

Frivillig institutionsomsorg, misbrugsområdet		Samlet antal	Andel bevilgede døgn
	Offentlig	131.251	20
	Privat	519.914	78
	Privat delt med offentlig	16.806	3
Antal personer		6.568	
Gennemsnitligt antal omsorgsdøgn pr. person		102	

Note: Med 'frivillig' institutionsomsorg menes tilbud, hvor borgeren er frivilligt, dvs. uden brug af tvang.

Kilde: VIVEs egne beregninger ud fra tal fra Socialstyrelsen, 2020. Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019, Tabel 2. I noten til statistikken bemærkes, at der savnes oplysninger for nogle kommuner (mellem 16 og 20 kommuner) (Socialstyrelsen i Sverige, 2020d). Et særskildokument giver en kvalitetsdeklaration af data, herunder angivelse af kilder til usikkerhed i data (Socialstyrelsen i Sverige, 2020e).

Forskellige driftssamarbejder mellem svenske kommuner dækker en beskedent del af tilbudene på voksenområdet. Indenfor LSS er det samlede antal pladser leveret gennem 'Kommunalförbundet' på 366 ud af godt 71.000 i 2019. Inden for SoL er der alene angivet køb af pladser fra kommunalförbundet på indsatstypen 'Stödboende', hvor der i 2019 blev købt 181 pladser gennem 'Kommunalförbundet' af i alt 19.587.²⁰⁷ De seneste år har der som nævnt været et lovgivningsarbejde i gang, som har til hensigt at gøre det nemmere at samarbejde på tværs af kommuner.²⁰⁸ Flere videnspersoner bemærker, at der allerede er meget samarbejde mellem kommuner om rammeaftaler med navnlig private leverandører, men altså begrænset samarbejde om fælles drift af tilbud.²⁰⁹

4.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Overordnet set ligner de tre lande hinanden i forhold til leverandørstruktur, for så vidt at det i alle tre lande er en blanding af private og offentlige leverandører, der driver tilbud og udfører indsatser på det specialiserede socialområde.

Det er ikke muligt ud fra de fundne opgørelser at lave direkte sammenligninger af leverandørstrukturen i forhold til forskellige målgrupper og indsatstyper, som kan give et klart og sammenligneligt billede af omfanget af forskellige leverandørtyper i de tre lande. Der er således forskelle i opgørelsesmetoderne. På børn og unge-området er fordelingen mellem private og offentlige leverandører Danmark opgjort på antal tilbud og godkendte pladser, i Norge på antal institutionsanbragte børn og unge pr. 31.12. og i Sverige på antal påbegyndte anbringelsesindsatser i et år. Endvidere indgår der i de norske tal alene socialt udsatte børn og unge og ikke børn og unge med funktionsnedsættelse. På voksenområdet er fordelingen i Danmark opgjort på antal tilbud og antal godkendte pladser, i Norge på udgifter og i Sverige på antal godkendte pladser. Desuden kan der være forskel på indholdet af forskellige indsatstyper fra land til land.

Nyere forskning på området har sammenstillet delmængder af aktiviteter, der kan sammenlignes på tværs af lande. Shanks et al. (under udgivelse) har eksempelvis sat fokus på forskelle i driftsherretyper i de tre lande på *institutioner med behandlingsorientering* til udsatte børn og unge, jf. Tabel 4.11. Disse institutioner udgør dog kun en delmængde af de samlede tilbud. For det første ses det af tabellen, at man i Sverige på disse institutioner i højere grad benytter sig af private leverandører frem for offentlige end i Norge og Danmark. Private leverandører driver således 80 pct. af det samlede antal behandlingsorienterede pladser til udsatte børn og unge i Sverige mod 67-68 pct. i Norge og Danmark. For det andet ses det, at de private-kommercielle

²⁰⁷ Datatræk udarbejdet af IVO til VIVE, september 2020.

²⁰⁸ Se Kommunutredningen, op.cit. hhv. Hållbar socialtjänst, op.cit.

²⁰⁹ Det største samarbejde mellem kommuner om rammeaftaler er gennem Adda/tidligere Kommentus.

leverandører på dette område driver 78 pct. af det samlede antal pladser i Sverige mod hhv. 45 pct. i Norge og 22 pct. i Danmark. De kommercielle leverandører fylder således for denne institutionstype mere i forhold til de ikke-kommercielle i Sverige end i Danmark og Norge. I Sverige udgør denne type institutionspladser drevet af kommercielle cirka 96 pct. af alle private leverandører, mens det i Danmark er cirka 32 pct. og i Norge cirka 67 pct.

Table 4.11 Fordeling af driftsherretyper i Danmark, Sverige og Norge på institutioner med behandlingsorientering til udsatte børn og unge, 2020/2019

Ejerform	Andel af enheder 2020 (pct.)	Andel af enheder 2020 (pct.)	Andel af pladser 2019 (pct.)
	Danmark (N=1.090)	Sverige (N=501)	Norge (N=1.702)
Kommercielle virksomheder	22	78	45
Ikke-kommercielle organisationer	46	3	22
Offentlige aktører	32	20	34

Note: Den danske opgørelse af 'ikke-kommercielle' indeholder de tilbud, som har ejerformen 'selvejende institution eller fond mv.' i Tilbudsportalen.

Kilde: Shanks et al. (under udgivelse)

I Norge og Sverige er der politiske ønsker fra nationalt hold om, at private ikke-kommercielle leverandører skal indtage en større rolle end i dag på den private del af markedet. Det har derfor i de to lande for det første været diskuteret, om man kan give private ikke-kommercielle aktører bedre muligheder for at byde på opgaver, og for det andet om man kan regulere de kommercielle aktørers afkastniveau. I både Norge og Sverige har udredninger diskuteret, om leverandørerne opnår 'overnormale afkast' ('superprofit' i Norge og 'övervinst' i Sverige).²¹⁰ I Sverige har der været gennemført en udredning, der er kommet med indstilling om nærmere regulering af overskud hos private, men der er ikke vedtaget forslag herom i Riksdagen.²¹¹ En vidensperson nævner som årsag hertil, at det har været vanskeligt at finde en måde at regulere overskuddet på en hensigtsmæssig måde. I Norge er der vedtaget lovgivning, der gør det muligt at lave særlige udbudsrunder til ikke-kommercielle aktører. Der har også i Danmark været en drøftelse af mulighederne for at regulere og begrænse overskud på socialt arbejde, der leveres af private.²¹²

Specifikt i forhold til plejefamilieområdet lader der til alle tre lande – måske især i Norge og Danmark – at være en udfordring med mangel på egnede plejefamilier²¹³. Ofte er der tilstrækkeligt med plejefamilier til de yngste børn, mens det er vanskeligere at skaffe plejefamilier til ældre børn, søskende, børn med funktionsnedsættelse eller børn med minoritetsbaggrund.²¹⁴ En norsk analyse peger på, at det er så vanskeligt at imødekomme efterspørgslen på plejefamilier, at myndighederne bør revurdere, hvilke børn og unge som kan komme i institution, og hvilke der kan blive boende hjemme med støtte.²¹⁵ I Norge har manglen på plejefamilier medført, at der er sket en bevægelse, hvor nogle plejefamilier ansat i private virksomheder modtager høje lønninger (svarende til forstærkede plejefamilier) for at have børn med mindre omfattende behov i pleje. Et kritikpunkt, der nævnes af en vidensperson i Norge, er, at børn både i

²¹⁰ NOU, 2020, s. 386. Her henvises for Sverige til 'Ordning och reda i välfärden' (SOU, 2016, s. 78).

²¹¹ Opgaven blev stillet i 2015. Udredningen kom med forslag om dette i 2017 (SOU, 2017a).

²¹² Dette ønske udtryktes fx i regeringens oplæg *Børnene først*, pkt. 30. Link: https://sm.dk/media/19457/boemene_foerst_t.pdf

²¹³ I interviewene med videnspersoner samt gennemgangen af litteratur til denne undersøgelse fremgår der kun ganske lidt om udfordringer med rekruttering af plejefamilier i Sverige. Dog finder Ankestyrelsen (2021) i en undersøgelse af plejefamilieområdet, at "i Sverige er det generelt svært for kommunerne at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificerede plejefamilier".

²¹⁴ Ankestyrelsen, 2021, s. 46; Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 16.

²¹⁵ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 17

institutioner og plejefamilier placeres meget langt fra hjemmet. Denne problematik synes mindre fremherskende i Danmark, hvor man dog også har diskuteret, om man kan øge udbuddet ved at stille plejefamilierne bedre, jf. afsnit 4.1.1.

4.3 Driftsrettet tilsyn

Dette afsnit ser nærmere på, hvordan de tre lande følger op på og udøver kontrol med kvaliteten af tilbuddene på det specialiserede socialområde. Det afdækkes, hvem der har ansvaret for tilsyn med driften af tilbuddene, og hvordan det driftsrettede tilsyn er organiseret.

I alle tre lande er der forskellige myndigheder, der foretager tilsyn på sociale tilbud. Det kan fx dreje sig om tilsyn med, hvordan man håndterer medicin, eller hvordan arbejdsmiljøet fungerer. For eksempel gennemfører Styrelsen for Patientsikkerhed risikobaserede tilsyn på bosteder i Danmark.²¹⁶ Redegørelsen i dette kapitel er afgrænset til det driftsrettede tilsyn, der knytter sig til tilbuddets kernefunktion, dvs. om tilbuddet har fornødent personale, ledelse, fysiske rammer, faglighed mv. til at yde en tilstrækkelig indsats til borgerne. Fokus er på organiseringen af og ansvaret for tilsynet, mens de konkrete procedurer ikke beskrives udtømmende. Det *personrettede* tilsyn er belyst i afsnit 3.2.

4.3.1 Danmark

I Danmark førte kommunerne indtil 2014 tilsyn med både private og kommunale tilbud i egen kommune. Dette ændredes med oprettelse af ét samlet socialt tilsyn med fem regionale enheder. Hensigten med omlægningen var et ønske om en styrket uafhængighed – at kommunerne ikke skulle føre tilsyn med egen virksomhed – samt et ønske om styrket kvalitet i tilsynsvirksomheden.²¹⁷ Et væsentligt fokus i lovgivningen om Socialtilsyn har desuden været at øge kvaliteten i de sociale tilbud, både ved at hæve tærsklen for, hvilke tilbud der godkendes, og ved at bidrage til læring og udvikling på tilbud og i plejefamilier.²¹⁸

Tabel 4.12 viser en oversigt over tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde fordelt på tilsynsførende myndighed. Det fremgår, at Socialtilsynet bl.a. godkender og fører driftsrettet tilsyn med plejefamilier, døgninstitutioner og opholdssteder på børn og unge-området og botilbud samt misbrugsbehandlingstilbud på voksenområdet. Der er også fortsat nogle tilbud, hvor kommuner og regioner er tilsynsførende, fx dagtilbud til voksne efter servicelovens §§ 103-104. Tilbuddene skal være registreret på Tilbudsportalen.²¹⁹ Udover godkendelse af tilbud skal Socialtilsynet forestå behandling af anonymt indgivne klager over bekymrende forhold i tilbuddene, en såkaldt 'whistleblower-ordning'.²²⁰ Afgørelser fra Socialtilsynet kan påklages til Ankestyrelsen, som tager stilling til, om afgørelsen skal stadfæstes, ændres, ophæves eller hjemvises til fornyet behandling i Socialtilsynet.²²¹

²¹⁶ Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021

²¹⁷ Socialstyrelsen, 2018b

²¹⁸ Socialstyrelsen, 2018b 44 og frem.

²¹⁹ Social- og Indenrigsministeriet, 2020d.

²²⁰ Formålet med whistleblower-ordningen var at "sætte borgeren i centrum og give borgere, medarbejdere, pårørende og andre mulighed for at komme med oplysninger, som tilsynet ellers ikke ville være kommet i besiddelse af". Evalueringen peger på, at whistleblower-ordningen bliver brugt, og antallet af henvendelser stiger, men at der synes at være en "udfordring med at få de allersvageste borgere, herunder børn og unge, til at kende og anvende ordningen" (Socialstyrelsen, 2018d, s. 43).

²²¹ Social- og Indenrigsministeriet, 2019b, kap. 4, § 19.

Tabel 4.12 Tilsynsmyndighed for tilbud og indsatser efter serviceloven i Danmark

Socialtilsynet er tilsynsførende myndighed	Kommuner og regioner er tilsynsførende myndighed
Børn og unge-området	
Almene, forstærkede og specialiserede plejefamilier, SEL § 66, stk. 1, nr. 1-3	Særlige dagtilbud, SEL § 32
Opholdssteder, SEL § 66, stk. 1, nr. 6	Særlige klubtilbud, SEL § 36
Døgninstitutioner, SEL § 66, stk. 1, nr. 7	
Efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, hvis der er mere end otte pladser til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3 nr. 7	Efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, hvis der er otte pladser eller derunder til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3 nr. 7
Voksenområdet	
Midlertidige botilbud, SEL § 107	Friplejeboliger, FPL § 1
Længerevarende botilbud, SEL §§ 108 og 108a	
Tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov social service, som er omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn	
Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, SEL §§ 103 og 104, <i>hvis disse tilbud hører under et botilbud</i>	Beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104)
Kvindekrisecentre, SEL § 109	
Herberg og forsorgshjem, SEL § 110	
Alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	
Stofmisbrugsbehandling, SEL § 101 og § 101a	

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2020e)

Socialtilsynet arbejder inden for en fælles faglig standard i en 'kvalitetsmodel'. Krav til kvaliteten i sociale tilbud i Danmark beskrives i lov om socialtilsyn (§ 6). Heri fremgår det, at en betingelse for godkendelse og drift af sociale tilbud er, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet. Ved godkendelse af tilbud anvender Socialtilsynet den lovbestemte kvalitetsmodel, som består af syv temaer, der tilpasses de enkelte områder.²²² Tilsynet skal ved godkendelsen tage stilling til alle temaer i modellen.²²³

De syv temaer er:

1. Uddannelse og beskæftigelse
2. Selvstændighed og relationer
3. Målgruppe, metoder og resultater
4. Sundhed og trivsel
5. Organisation og ledelse
6. Kompetencer
7. Fysiske rammer.

Tilsynet skal foretage et besøg på hvert tilbud en gang årligt. Generelt anvendes anmeldte tilsynsbesøg noget oftere end uanmeldte tilsynsbesøg, særligt for plejefamilier. Socialstyrelsen

²²² Social- og Indenrigsministeriet, 2020e

²²³ Socialstyrelsen, 2017b

finder i en evaluering fra 2018, at der fortsat er forskelle i måden der føres tilsyn på i de forskellige administrative enheder. Det drejer sig fx om fordelingen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg²²⁴, anvendelse af sanktioner, godkendelse af nye tilbud og antal og udfald af klager.²²⁵ I forlængelse heraf peger Socialstyrelsen på et fortsat behov for styrkelse af fælles praksis.

Socialstyrelsens evaluering peger på to udviklingstræk i forhold til kvaliteten af tilbuddene. For det første bedømmes tre ud af fire tilbud til at have højere kvalitet i 2017 sammenlignet med 2015, mens hver fjerde bedømmes til at have lavere. Dette fortolkes som en indikation på, at 'et væsentligt formål' med tilsynsreformen er indfriet.²²⁶ For det andet peges der på, at socialtilsynenes anvendelse af sanktioner på tilbudsområdet er aftagende over perioden. Socialstyrelsen vurderer, at dette "kan skyldes, at det i overgangsperioden 2014-2015 er lykkedes at få rettet op på de tilbud, der ved reformens ikrafttræden ikke havde den fornødne kvalitet".²²⁷ Socialstyrelsen opgør, at der i perioden 2014-2017 er samlet 1.114 tilbud, som er ophørt.²²⁸

Flere af de interviewede videnspersoner fremhæver, at det er en væsentlig ændring, at antallet af godkendte tilbud er faldet meget siden perioden før 2014. Dette ses af nogle som udtryk for en 'oprydning', hvor tilbud af en utilstrækkelig kvalitet ikke er blevet godkendt af Socialtilsynet. Flere videnspersoner vurderer desuden, at det nationale Socialtilsyn kan give bedre faglighed og større ensartethed samt forbedre den løbende dialog mellem tilbud og tilsynsmyndighed. Omvendt peger flere videnspersoner på, at der er en del bureaukrati for tilbuddene i forbindelse med tilsyn. I evalueringen af Socialtilsynet blev det således påpeget, at hver sjette plejefamilie og hvert fjerde sociale tilbud ikke mente, at ressourceforbruget stod mål med udbyttet af tilsynet.²²⁹ Flere videnspersoner peger da også på, at tilsynet især følger op på 'formel kvalitet', og med fordel kunne fokusere mere på at være fagligt udviklende.

4.3.2 Norge

Kommunen og de regionale helseforetak har i Norge ansvaret for at evaluere og korrigere virksomheden, så indsatsens omfang og indhold er i overensstemmelse med krav fastsat i lov eller forskrift. Det overordnede faglige ansvar for tilsyn med sociale tilbud er placeret hos Statens Helsetilsyn. På nationalt niveau er tilsynet organiseret i forskellige faglige afdelinger: 'barnevern og sociale tjenester', 'kommunale helse- og omsorgstjenester', 'spesialisthelsetjenester' og 'varsler og operativt tilsyn'.²³⁰ Det konkrete tilsyn foretages dog af statsforvalteren,²³¹ som også fører tilsyn med lovligheden af kommunernes opfyldelse af pligter inden for fylket.²³² Der er pr. 2020 11 fylker i Norge.

Statsforvalteren fører tilsyn med, at institutionsindsatserne på barnevernsområdet er forsvarlige samt behandler klager om tilbuddet i det konkrete tilfælde. Statsforvalteren kan fx give pålæg til Bufetat om at rette op på forhold, som er i strid med lovgivningen. Statsforvalteren

²²⁴ Socialstyrelsen, 2018b, s. 8.

²²⁵ Socialstyrelsen, 2018b, s. 9 noterer: "Der er mellem de fem socialtilsyn nogen variation, både i forhold til antallet af afgørelser, der er påklaget til Ankestyrelsen, og i udfaldet af klagerne. Generelt er niveauet af klager dog relativt lavt, hvilket gælder for alle de fem socialtilsyn. I alle de fem socialtilsyn har mere end halvdelen af klagerne resulteret i, at afgørelsen er blevet stadfæstet af Ankestyrelsen. Andelen af klager, der resulterer i stadfæstelse, varierer mellem 52 og 67 pct."

²²⁶ Socialstyrelsen, 2018b, s. 11.

²²⁷ Socialstyrelsen, 2018b, s. 9.

²²⁸ Socialstyrelsen, 2018b, tabel 35, s. 69.

²²⁹ Socialstyrelsen, 2018b, s. 45.

²³⁰ <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/organisasjonskart/>

²³¹ Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

²³² Jf. Sosialtjenesteloven § 9. Dette gælder både Helse- og Omsorgstjenesteloven og Barnevernloven.

kan også pålægge en aktør at lukke et tilbud.²³³ Statsforvalteren kan delegere tilsynsopgaven til et særligt udpeget tilsynsudvalg. I forhold til barnevernet skal statsforvalteren bl.a. følge op på, om der foreligger mål og plan for det enkelte barn, og at der jævnlige følges op på planen. Desuden skal tilsynet påse, at brug af tvangsmidler eller tilbagehold i institution er i overensstemmelse med retningslinjerne. Der er desuden fokus på at styrke de ansattes muligheder for at bidrage til egenkontrol med kvaliteten af den indsats, der leveres.²³⁴ Statsforvalteren skal som hovedregel ved mindst to repræsentanter føre rutinemæssigt besøg i sociale tilbud, så ofte som forholdene i tilbuddet tillader det. Der stilles krav om, at der i alle tilfælde skal føres tilsynsbesøg to gange om året. Efter hvert besøg skal tilsynsmyndigheden udarbejde en skriftlig rapport, som sendes til Bufetat. Tilsynsmyndigheden kan også indkalde en institutions ledelse og personale til møde. Der skal skrives referater af disse, som skal sendes til Bufetat.²³⁵ For så vidt angår plejefamilier (fosterhjem), er det kommunen (enten omsorgskommune eller opholdskommune), som står for tilsynet.

Statsforvalteren fører også på fylkesniveau tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjeneste, der blandt andet dækker børn, unge og voksne med funktionsnedsættelse samt borgere med misbrug og psykiske vanskeligheder.²³⁶ Statsforvalteren behandler blandt andet klager fra borgere om kommunernes afgørelser i relation til helse- og omsorgstjenesteloven.²³⁷

Flere videnspersoner vurderer, at statsforvalterne udfylder deres rolle forskelligt, hvorfor der ikke er et ensartet tilsyn på socialområdet i Norge. Det er vurderingen, at tilsynets ressourcer fokuseres på de kommuner, hvor man vurderer, at der er størst risiko for at finde mangler. Der har for nylig været opmærksomhed om en enkeltstående sag (glassjenta-sagen), hvor ingen havde fulgt op på omfattende brug af tvang, selvom der var dokumentation heraf. Det har ifølge en vidensperson ført til et læringstiltag, hvor tilsynet ser kritisk på sig selv.

Flere af de interviewede videnspersoner peger på, at det driftsrettede tilsyn i Norge diskuteres både i forhold til tilsynets indhold og fokus samt i forhold til tilsynets administrative ressource-træk. Den første diskussion handler ifølge en vidensperson om, hvorvidt det driftsrettede tilsyn kontrollerer kommunens kvalitetskontrol snarere end selve kvaliteten af de sociale tilbud – dvs. at tilsynet drejer sig om teknisk systemkontrol snarere end om indholdet af indsatsen til borgeren. I tråd med denne kritik har Riksrevisionen foretaget et 'forvaltningstilsyn', der resulterede i følgende kritiske vurdering: *"Systemet for opfølgning av institutioner har ikke i tilstrækkelig grad sikret kvaliteten i tilbuddene, som er givet til barnene"*.²³⁸ Den anden diskussion handler ifølge flere videnspersoner om, at det kan være administrativt tungt for tilbuddene at leve op til alle retningslinjer i tilsynsprocessen. Det kan være særligt vanskeligt for de mindre tilbud at have tilstrækkelige ressourcer til dette, mens de større tilbud bedre kan løse de administrative opgaver. Dette nævnes som en medvirkende årsag til, at de større private tilbud vinder frem.

²³³ NOU, 2020, s. 461.

²³⁴ NOU, 2020, s. 458.

²³⁵ Barne- og familiedepartementet, 2003. I de tilfælde hvor statsforvalteren har delegeret opgaven til et udvalg, skal udvalget sende materiale til statsforvalteren også.

²³⁶ Forskrift om endring i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. FOR-2002-12-13-1496, §3-9 <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-13-1496>. Se også Helse- og Omsorgstjenesteloven § 12-3.

²³⁷ Helsetilsynet, 2021: Introduksjon til tilsynsmyndighetene og tilsynet med barnevern-, sosial- og helse- og omsorgstjenester i Norge. <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/introduksjon-tilsynsmyndigheten-tilsyn-barnevern-sosial-helse-omsorgstjenester-norge/>

²³⁸ Riksrevisjonen, 2020

4.3.3 Sverige

I midten af 2000-tallet foreslog en statslig udredning i Sverige, at man skulle samle tilsyn med både socialtjenesten og sundheds- og omsorgsområdet i én national organisation.²³⁹ Fra 2010 samledes alle disse tilsyn i Socialstyrelsen, og 2013 overgik den samlede tilsynsopgave til Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, hvorunder det udføres af seks regionale enheder.²⁴⁰

IVO fører tilsyn med leverandører af sociale indsatser. Derudover behandler IVO ansøgninger om godkendelse af visse leverandører af sociale indsatser. Godkendelse af HVB-hjem ligger således hos IVO, mens kommunerne godkender plejefamilier. For at godkende et tilbud skal IVO for eksempel vurdere tilbuddets ledelse, ejer, lokaler, forstander og faglige profil i forhold til en målgruppe.

Der foretages tilsynsbesøg på alle tilbud mindst en gang årligt.²⁴¹ IVOs tilsyn består af et lov-mæssigt tilsyn, der fx vedrører klager, tilbud til børn og unge og indberetningspligt. Derudover fører IVO tilsyn på eget initiativ, såkaldte 'initiativsager'. Tilsynet omfatter desuden kontrol med, hvordan tilbud lever op til deres pligt om at føre egenkontrol. Kommuner og regioner har pligt til at foretage indberetninger til IVO, såfremt det skønnes, at der kan sættes spørgsmålstegn ved en udførers egnethed til at løse opgaver.²⁴² IVO kan tage undersøgelsesspørgsmål op af egen drift og har en særlig rolle i at følge op på såkaldt Lex Sarah og Lex Maria-anmeldelser, der henviser til, at alle ansatte indenfor socialtjenesten (på hhv. socialområdet og sundheds- og omsorgsområdet) har pligt til at indberette brud på god omsorg i de tilbud, som de virker i.²⁴³ IVO har også ansvar for generelt at følge op på henvendelser om kvalitet i tilbud fra borgere.

Da indsatser for borgeren under socialtjenesten ofte går på tværs af lovområder, er det ikke alene IVOs rolle at granske forhold *inden for* de enkelte lov- og indsatsområder, men også at undersøge, hvordan leverandører samarbejder om borgerne *på tværs af områder*.

Flere videnspersoner ser det som en fordel ved et samlet driftsrettet tilsyn, at der stilles generelle krav og sættes en faglig tærskel for, hvad man skal kunne som leverandør på socialområdet. En vidensperson formulerer det sådan, at IVO har medvirket til at 'høje golvet', det vil sige hæve tærsklen, og dermed sikre et vist minimumsniveau i tilbuddenes kvalitet. Der pågår dog en debat om, hvorvidt IVOs styrkede tilsyn har haft konsekvenser for sammensætningen af leverandørstrukturen i retning af øget koncerndannelse, hvor større leverandører med større administrativt beredskab bedre kan klare sig. Endvidere har det været diskuteret, om det faktisk er lykkedes IVO at hæve tærsklen for kvaliteten ved at fokusere på de aspekter af kvalitet, som betyder mest for borgeren, da tilsynet fokuserer meget på formel kvalitet.²⁴⁴ Ud fra dette perspektiv ser flere videnspersoner – som i Danmark – et generelt behov for 'lärande granskning' snarere end ren kontrol.

Flere videnspersoner nævner, at der på området for personlig assistance har været en debat om behov for yderligere kontrol med ydelser, der bevilges, og omfanget af dem. Baggrunden for det har været sager om egentlig snyd med personlig assistans, navnlig i forhold til den

²³⁹ SOU, 2007. Den såkaldte *Vanvårdsutredning*, der kom med sin betænkning i 2009 påpegede i lighed i de tidligere udredninger en række misforhold i den svenske socialtjeneste, der sås at knytte sig til et utilstrækkeligt udbygget kontrolapparat for tjenesten. SOU, 2009.

²⁴⁰ Jf. Pålsson, 2018, s. 207

²⁴¹ IVO, 2019a, s. 6. Se desuden omtale i Deloitte, 2019, s. 27.

²⁴² Generelt om tilsynsmyndigheden, se SoL, kap. 13. Socialdepartementet, 2021a

²⁴³ Lex Sarah henviser til bestemmelsen i socialtjänstlagen, kap. 14, § 3. Generel vejledning herom, se Socialstyrelsen, 2015b, s. 43. Der er udgivet en selvstændig vejledning til denne lovgivning (Socialstyrelsen i Sverige, 2014). Lex Maria henviser til bestemmelsen i *Patientsäkerhetslagen*, kap. 3, § 5.

²⁴⁴ Pålsson, 2018, s. 224.

statslige del (assistansersättning), hvor borgere – i flere sager presset af pårørende eller organiserede kriminelle – har fået tilkendt flere timer end det, som deres behov tilsiger.²⁴⁵

4.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Der er flere lighedspunkter mellem de tre landes organisering af det driftsrettede tilsyn på det specialiserede socialområde. Der arbejdes i alle tre lande med standardiserede kvalitetsmodeller og metoder for opfølgning. Desuden benyttes både anmeldte og uanmeldte besøg. I både Sverige og Danmark er der krav om ét årligt besøg. I Norge gennemføres der mindst to årlige besøg på barnevernsområdet, og der følges detaljeret og skriftligt op på disse.

Danmark og Sverige har i det seneste årti gennemført en centralisering af tilsynet med tilbud inden for socialområdet. Flere nationale videnspersoner i Danmark og Sverige vurderer, at den centraliserede organisering af det driftsrettede tilsyn har styrket kvaliteten. For Danmark blev det set som en 'oprydning' i tilbud af lav kvalitet, og for Sverige blev det formuleret som at 'tærsklen blev hævet'. Det ses dog i alle tre lande som relativt ressourcekrævende for de sociale tilbud at medvirke i et omfattende og standardiseret tilsyn. Nogle videnspersoner i Norge og Sverige fremhæver således, at tilsynskravene kan være medvirkende til, at mindre tilbud lukker på grund af manglende ressourcer til at blive godkendt, og større tilbud vinder frem, hvilket kan medvirke til reduceret kapacitet og specialisering. Desuden peger videnspersoner i alle tre lande på behovet for, at tilsynet fokuserer på at medvirke til at udvikle tilbuddenes faglige kvalitet og ikke udelukkende på de mere formelle kvalitetskrav.

²⁴⁵ Debatten nævnes af flere af de videnspersoner fra Sverige som VIVE har talt med. Et eksempel på politiske indlæg i debatten herom findes i Ekling (2021). En udredning opgjorde omfanget af snyd med personlig assistance og assistansersättning til mellem 2 og 6 pct. af de ca. 35 mia. SEK, som bevilges årligt. Udredningen ser et problem i at *Försäkringskassan* alene har kontrolbeføjelser i forhold til den assistanceberettigede borger, og ikke imod de personer (anordnere) som udfører assistancen. Samtidig ses et problem i, at IVO blot skal se generelt på kvalitet, men ikke på økonomien i den støtte, som gives. Når det er borgeren selv, der udpeger hjælper, er der ikke kontrol hos IVO. Udredningen bemærker, at IVO har tilbagekaldt godkendelse af anordnere i en stor del, 12 pct., af de granskede sager, har stillet krav om særlige tiltag for at bevare godkendelsen i omtrent en tredjedel af sagerne, og har foretaget politianmeldelse i tre sager. Se hertil Socialdepartementet, 2018a, s. 88-89. Udredningen peger også på en risiko for yderligere snyd, hvis ikke man sætter ind med mere effektiv kontrol, og kom også med en række forslag hertil. Forslagene går på, at IVO skal gives mandat til at arbejde for at forebygge kriminalitet (snyd med ydelser) fx ved at indhente oplysninger fra skattemyndigheder, politi og indvandringsmyndigheden (Migrationsverket). Ligeledes blev det foreslået, at *försäkringskassan* i højere grad skal kontrollere pengeflow hos anordnere, og samarbejde med andre myndigheder for at stoppe kriminalitet (Socialdepartementet, 2018a, s. 112). Se desuden interview med udrederen i *Assistansskoll* (2020). Forslagene sigter da til, hvad der ses som ulemper ved både ansvarsfordelingen mellem myndigheder og de redskaber, de har til rådighed for at udøve kontrol. Det er værd at bemærke, at udredningen også konstaterer s. 112, "*att det i många fall saknats kliniska undersökningar och att intyg grundats enbart på brukarens eller anhörigas egna uppgifter. De medicinska underlagen har i många fall varit mycket bristfälliga*".

5 Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

I dette kapitel afdækkes det først i afsnit 5.1, hvorvidt og hvordan man i de tre lande arbejder med 'specialisering' og specialiseringsgrader, samt hvilke kriterier der anvendes til at definere grænserne mellem almenområdet, det specialiserede område og det højt specialiserede område. Dernæst ses der i afsnit 5.2 nærmere på, om der i de tre lande sker en overvågning af udviklingen i 'efterspørgslen' efter sociale tilbud, dvs. en monitorering af udviklingen i målgrupperne, fx hvad angår type, størrelse og behov. Endelig afdækkes i afsnit 5.3, hvordan tilbudskapaciteten (udbuddet) koordineres og tilpasses det aktuelle antal borgere i målgrupperne (efterspørgslen). Derudover identificeres mulige fordele og ulemper ved de forskellige landes organisering for planlægning og tilpasning af udbuddet til efterspørgslen.

Boks 5.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 5.1 Konklusioner – specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

Specialisering

- Termen 'specialisering' anvendes i Danmark på socialområdet og inkluderer alle indsatser efter serviceloven til udsatte børn og unge samt borgere med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. En delmængde af det 'specialiserede' område er indsatser til borgere med særligt komplekse behov, som betegnes 'højt specialiserede' indsatser. I definitionen af det 'mest specialiserede socialområde' i Danmark anvendes kriterier vedrørende målgruppens volumen, kompleksiteten i problemstillinger og mulighed for opbygning af specialiseret kommunal viden.
- Termen 'specialisering' anvendes i Norge om specialisthelsetjenestens tilbud under regionale helseforetak. Kommunale tilbud på socialområdet hører under 'almenområdet'. Hvorvidt tilbud ydes af kommunen under almenområdet eller af specialisthelsetjenesten defineres bl.a. af kravet til kompetence i indsatsen, herunder behov for tværfaglig viden.
- Termen 'specialisering' og 'højt specialiseret' anvendes i Sverige hovedsageligt på sundhedsområdet, der varetages af regionerne. I relation til tilbud på socialområdet, som kommunen har ansvaret for, er der ikke identificeret anvendelse af termen 'specialisering'. Specialiseret vård (specialiseret pleje) inkluderer helse og sygepleje, der kræver mere specialiserede foranstaltninger end dem, der tilbydes i primærplejen. Habilitering og rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser betegnes som specialiseret. I definitionen af 'højt specialiseret pleje' anvendes kriterier vedrørende andelen af udbydere, volumen af det samlede sundhedsområde samt kompetence, tværfaglighed og tilgængelighed for borgere.

Monitorering af målgrupper og behov

- I Danmark og Norge er det overordnede ansvar for at opbygge viden og følge forskellige målgruppers behov for sociale indsatser på det specialiserede socialområde placeret på nationalt niveau (hhv. ved NATKO i Danmark og ved Helsedirektoratet og RHF i Norge).
- Overvågningsansvaret er i Sverige delt mellem staten (Socialstyrelsen) og regionerne.
- Den centrale overvågning af forskellige målgruppers behov er i Norge og Sverige ikke så konkret, som tilfældet er i Danmark, hvor monitoreringen omfatter 35 specifikke målgrupper. I Norge og Sverige har kommunerne et mere formelt ansvar for at medvirke til at overvåge udviklingen i målgruppernes behov for specialiserede ydelser og tilbud.

Boks 5.1 Konklusioner – specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

Planlægning og tilpasning af kapacitet

- Det specialiserede socialområde er i Danmark organiseret med en kombination af en markeds-lignende struktur, en national koordinationsstruktur samt en lokal samarbejds- og koordinationsstruktur. Disse elementer understøtter tilsammen, at tilbudskapaciteten tilpasses målgruppernes behov.
- I både Norge og Sverige er det den enkelte kommunes ansvar at tilpasse kapaciteten målgrup-pernes behov inden for det kommunale socialområde. I Norge har staten dog en koordinerende funktion på barnevernsområdet. I både Sverige og Norge har det regionale niveau (regionerne i Sverige og (statslige) regionale helseforetak i Norge) ansvar for at tilpasse kapaciteten inden for deres områder, fx i forhold til misbrugsbehandling på sygehusene. I begge lande er der desuden et marked med private leverandører, som supplerer den offentlige tilbudskapacitet på området.
- I relation til kapacitetsudvikling er det desuden mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, at kommunerne indgår i mellemkommunale samarbejder om drift og udbud på det specialise-rede socialområde. Især den norske stat har været en drivkraft for øget mellemkommunalt sam-arbejde gennem reformtiltag og lovgivning.

5.1 Specialisering

I dette afsnit afdækker vi anvendelsen af termen 'specialisering' på socialområdet i Danmark, Norge og Sverige. Med specialisering mener vi faglig specialviden i relation til at imødekomme støttebehovet blandt borgere med svære og komplekse problemstillinger. Vi fokuserer på, hvorvidt og hvordan man arbejder med specialisering og specialiseringsgrader, samt hvilke kriterier der anvendes til at definere grænserne mellem almenområdet, det specialiserede område og det højt specialiserede område. Afsnittet belyser primært områder, som i Danmark hører under det specialiserede socialområde, og har fokus på de mere indgribende indsatser jf. afsnit 1.2. Desuden fokuseres udelukkende på, hvorvidt og hvordan termen 'specialisering' anvendes om tilbud i de tre lande, og ikke på, i hvilken grad indholdet af tilbuddene er fagligt specialiseret.

5.1.1 Danmark

I Danmark inkluderer det specialiserede socialområde alle tilbud efter serviceloven til borgere med særlige behov, dvs. udsatte børn og voksne samt borgere med handicap og sociale problemer. Inden for disse målgrupper modtager en mindre del højt specialiserede indsatser. Det er borgere med særligt komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller de har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for særlig faglig specialviden i indsatsen. Ofte er det små målgrupper, hvortil indsatser og tilbud ikke har stor udbredelse, og hvor den enkelte kommune ikke har et tilstrækkeligt grundlag for at besidde specialviden pga. målgruppens størrelse²⁴⁶. Serviceloven anvender en række termer for specialiserede indsatser såsom 'de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager', 'højt specialiserede tilbud', 'det mest specialiserede socialområde', 'de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud'. Under den Nationale koordination (NATKO) anvendes specialiseringsniveauer til at vurdere specialiseringsgraden og behovet for indsatser, herunder skellet mellem

²⁴⁶ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a; Socialstyrelsen, 2016.

specialiserede og højt specialiserede indsatser²⁴⁷. Se også en beskrivelse af NATKOs generelle funktion i afsnit 5.2.1 og 5.3.1.

I forbindelse med NATKO arbejder Socialstyrelsen med en overordnet afgrænsning, der definerer, hvilke målgrupper der hører under det 'mest' specialiserede socialområde. Afgrænsningen tager afsæt i følgende to kriterier, hvoraf mindst ét skal være opfyldt ²⁴⁸:

1. Målgruppens volumen er lille, og der er begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden i den enkelte kommune.
2. Målgrupper med komplekse problemstillinger eller med flere problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Afgrænsning af målgrupper, der hører under det mest specialiserede område, er foranderlig, fordi deres volumen og viden om de enkelte målgrupper udvikles over tid. Derfor kan andre grupper fremover inkluderes. På nuværende tidspunkt er 35 målgrupper omfattet af NATKO og hører dermed til under det mest specialiserede socialområde ifølge Socialstyrelsens definition²⁴⁹.

Interview med videnspersoner i Danmark peger på, at specialisering diskuteres på en række områder. Siden kommunalreformen har der ifølge flere videnspersoner været en diskussion af, om mindre kommuner har tilstrækkeligt specialiserede faglige kompetencer til at imødekomme støttebehovet blandt udsatte børn og unge og borgere med sjældne handicap og komplekse problemstillinger. På den anden side indeholder debatten også argumentet om, at kommunen kender borgeren bedst, og særligt i relation til udsatte børn og unge er argumentet, at en helhedsorienteret tilgang til barnet er vigtig. Denne inkluderer også indsatser til forældre, skole etc., som kommunerne i forvejen har ansvaret for. Udfordringen ved specialisering kan ifølge flere videnspersoner være, at man mister helhedsforståelsen af borgerens problematikker og støttebehov, fordi tilbuddene bliver for specifikke og fragmentariske²⁵⁰. Modsat fremhæver enkelte videnspersoner, at specialisering, herunder igangsættelse af tilstrækkelige indsatser, er en forudsætning for borgernes udvikling.

I den forbindelse peger nogle videnspersoner på muligheden for anvendelse af en specialeplanlægning på socialområdet, som det kendes fra sundhedsområdet. Tanken er, at højt specialiserede tilbud samles hos leverandører, der nationalt er udpeget til at varetage indsatser til bestemte målgrupper, fx på autismeområdet. Fordelen ved en specialeplanlægning er ifølge enkelte videnspersoner at få samlet ekspertise på områder, hvor målgruppen er lille, og den enkelte kommune har udfordringer med at yde et specialiseret tilbud. Omvendt fremhæver enkelte videnspersoner, at geografisk nærhed til tilbud er vigtig for borgerne. Set i lyset af, at borgerne på socialområdet ofte modtager støtte gennem flere år, kan det derfor være en udfordring for borgeren at skulle flytte for at modtage specialiserede tilbud. Samtidig peger enkelte videnspersoner på, at brug af specialeplanlægning på socialområdet er mindre oplagt end på sundhedsområdet, bl.a. fordi borgere på socialområdet har brug for længerevarende støtte og indsatserne kan blive for fragmenterede, hvis fagpersoner i mindre grad har et helhedsbillede af borgernes udfordringer.

²⁴⁷ Højt specialiserede indsatser gives til målgrupper på det mest specialiserede niveau (Socialstyrelsen, 2016).

²⁴⁸ Socialstyrelsen, 2018a, s. 18

²⁴⁹ Socialstyrelsen, 2016;2018a

²⁵⁰ I 2018 igangsatte den daværende regering i Danmark initiativet 'Sammen med borgeren – En helhedsorienteret indsats', som er ved at blive udmøntet. Initiativet skal styrke en sammenhængende indsats over for borgere med komplekse problemstillinger (Finansministeriet, 2018).

5.1.2 Norge

I Norge anvendes ikke termen 'specialisering' om målgrupper eller indsatser, som kommunen yder efter helse- og omsorgstjenesteloven eller socialtjenesteloven. Derimod taler man om specialisering, når det drejer sig om indsatser og tilbud, som specialisthelsetjenesten yder, mens kommunale indsatser og tilbud kategoriseres under almenområdet i henhold til lovgivningen. Derfor defineres grænserne mellem det almene og det specialiserede område af, hvilken myndighed der udbyder indsatsen²⁵¹.

Imidlertid indgår behovet for specialiserede kompetencer i de kriterier, som definerer arbejdsdelingen mellem kommunerne og specialisthelsetjenesten. Specialisthelsetjenesten skal varetage indsatser, hvor kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at give forsvarlige tilbud. Ud over kriteriet om kompetence, der definerer arbejdsdelingen mellem kommune og regionale helseforetak, er der en række andre kriterier, herunder graden af intensitet i indsatsen, behov for nærhed til borgerens hverdag, behov for nærhed til medicinsk behandling, sværhedsgraden af borgerens problematik/diagnose, geografiske forhold vedrørende rejsetid til behandlingssted samt prioriteringsvejledninger, som bl.a. indeholder beskrivelser af, hvordan henvisninger vurderes²⁵². Under kompetencekriteriet beskrives behovet for tværfaglig viden, fx i kortlægning af borgeres funktionsevne. Overordnet skal specialisthelsetjenesten yde indsatser, som kommunen ikke kan forventes at opbygge kompetencer til at levere. Imidlertid har kommunen pligt til at levere tilbud, som naturligt kan forventes findes i kommunen, hvad angår fx kompetencer, ifølge Helsedirektoratets beskrivelse²⁵³. Manglende faglige kompetencer, fx pga. rekrutteringsproblemer, er ikke grund nok til ikke at give et sådan tilbud til borgere fra kommunens side²⁵⁴. Den konkrete arbejdsdeling mellem specialisthelsetjenesten i form af regionale helseforetak og de dertilhørende kommuner aftales i årlige samarbejdsaftaler på baggrund af lovgivningens retningslinjer, jf. kapitel 4.

Generelt udfører specialisthelsetjenesten primært opgaver på sundhedsområdet (jf. afsnit 3.1.2), men der er også fagområder, hvor både kommunen og specialisthelsetjenesten varetager opgaver, fx inden for rehabilitering, hvor kommunen ikke kan forventes at have kompetencer. Specialisthelsetjenesten har rehabiliterende enheder, der giver vejledning til kommuner og institutioner om rehabilitering i forhold til den enkelte borger. Specialisthelsetjenesten yder også selv rehabilitering, fx miljøterapi i relation til mennesker med udviklingshæmning²⁵⁵. Denne del af specialisthelsetjenestens indsats foregår på sygehuse²⁵⁶. Ifølge interview med videnspersoner i Norge er specialisthelsetjenestens rehabiliterende enheder ofte mere involveret i indsatser på børneområdet end på voksenområdet, fx til børn med autisme. Derudover anvender man i Norge betegnelsen 'ressourcekrævende tjenester' (jf. afsnit 6.2.3) om tjenester, hvor borgere har omfattende tilbud.

På barnevernsområdet varetager Bufetat specialiserede institutioner og tilbyder specialiserede indsatser i hjemmet. Det omfatter børn og unge med svære problemstillinger, herunder alvorlige adfærdsvanskeligheder, gentagende kriminelt adfærd og vedvarende rusmiddelbrug. De kan uden samtykke anbringes i institution for at modtage indsatser i op til et år²⁵⁷. Desuden varetager Bufetat en række forebyggende indsatser, der karakteriseres som 'specialiserede',

²⁵¹ Eikrem, 2015, s.60

²⁵² Helsedirektoratet, 2015a

²⁵³ Helsedirektoratet, 2015a

²⁵⁴ Helsedirektoratet, 2015a

²⁵⁵ Helsedirektoratet, 2015b; 2015c

²⁵⁶ Oslo universitetssykehus, 2021

²⁵⁷ Barnevernloven § 4-24 - 4-28

fordi de kræver særlig autorisation at udføre, fx evidensbaserede indsatser som MST, PMTO, FFT²⁵⁸.

I interview med videnspersoner i Norge fremgår det flere gange, at tilbud ydes bedst lokalt. Dette beskrives i relation til nærhedsprincippet, dvs. at borgere får tilbud i lokalområdet, og at den enkelte kommune frem for centrale enheder har det bedste kendskab til borgernes behov. Imidlertid forklarer flere videnspersoner, at man i Norge fra tid til anden diskuterer, om især mindre kommuner har de nødvendige kompetencer til at behandle små grupper af borgere med særlige behov, bl.a. fordi kommuner har rekrutteringsudfordringer. Diskussionen er mest tydelig på barneverns-området, hvor især de mindre kommuner har problemer med at skaffe personale med de rette kompetencer. En analyse fra 2015 identificerer i tråd hermed vanskeligheder med at rekruttere tilstrækkelig kompetence som en udfordring for kommuner på barneverns-området²⁵⁹.

Ifølge flere videnspersoner omhandler diskussionen af specialisering hovedsageligt arbejdsdelingen mellem kommuner og regionale helseforetak, og hvorvidt opgaverne er fordelt mest hensigtsmæssigt, samt om borgere er tilstrækkeligt færdigbehandlet, når de overgår fra specialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det gælder fx psykiatrisk behandling, hvor kommunerne ifølge videnspersoner oplever, at borgere ikke er tilstrækkeligt færdigbehandlede inden udskrivning.

5.1.3 Sverige

I Sverige anvendes termen 'specialisering' ('Specialiserad vård' og 'Nationell högspecialiserad vård') primært inden for sundhedsområdet²⁶⁰. I relation til sociale tilbud, som kommunerne har ansvaret for, er der ikke identificeret omtale af specialisering²⁶¹. Specialiseret pleje (specialiseret pleje) varetages af regionerne og inkluderer helse og sygepleje, der kræver mere specialiserede foranstaltninger end dem, der tilbydes i primærplejen²⁶². Specialiseret vård kan også inkludere habilitering og rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser, som ydes af regionen²⁶³. For eksempel har regionen ansvaret for at yde indsatser som kognitiv adfærdsterapi, fordi SoL ikke giver grundlag for, at kommunen kan tilbyde en sådan indsats, ifølge videnspersoner i Sverige. I LSS (§ 9,1) beskrives, at særskilt støtte og service inkluderer rådgivning og personlig støtte, som stiller krav til særlig viden om udfordringer og livsbetingelser for mennesker med større og varige funktionsnedsættelser. Denne støtte ydes af regionen og kan indeholde hjælp til at udvikle egen formåen, strategier til at håndtere egen livssituation og deltage i aktiviteter²⁶⁴. Regionerne kan organisere habilitering og rehabilitering forskelligt, men ofte er tilbuddene opdelt, så de er målrettet børn og unge hhv. voksne over 18 år²⁶⁵.

²⁵⁸ Ekhaugen & Rasmussen (2015, s. 32)

²⁵⁹ Ekhaugen & Rasmussen (2015, s. 77)

²⁶⁰ I Sverige anvendes termen 'specialiseret rehabilitering'. Det henviser primært til uddannelses- og arbejdsmarkedsrelaterede indsatser (Arbetsförmedlingen, 2011).

²⁶¹ Imidlertid kan kommunen efter aftale med regionen overtage dele af opgaver inden for specialiseret vård (specialiseret pleje), herunder specialiseret psykiatrisk og somatisk hjemmesygepleje (Folkhälsa och sjukvård, 2016). Den svenske regering har igangsat initiativer til at undersøge forudsætningerne for specialisering i relation til udsatte børn og unge, fx i Socialstyrelsen i Sverige (2019).

²⁶² 'Primärvård'. Se fx Socialstyrelsen i Sverige, 2004. Her står der blandt andet: "Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens."

²⁶³ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a

²⁶⁴ Habilitering i Sverige, 2021

²⁶⁵ 117 Vårdguiden, 2019

På sundhedsområdet anvendes også termen 'Nationell högspecialiserad vård' (national højt specialiseret pleje)²⁶⁶. Den svenske socialstyrelse tager beslutning om, hvilke områder der hører under højt specialiseret pleje. Højt specialiseret pleje inkluderer primært medicinsk behandling og ydes af nationale medicinske behandlingssteder, der har fået tildelt denne opgave af socialstyrelsen²⁶⁷. Højt specialiseret pleje defineres på baggrund af, at den skal (a) bedrives af fem nationale enheder, (b) omfatte ca. 5 pct. af den samlede sygepleje/sundhedsområde, og (c) at de enheder, der yder højt specialiseret pleje, skal besidde den nødvendige kompetence, være tilgængelige for patienter døgnet rundt og arbejde i tværfaglige teams for at yde den bedst mulige pleje²⁶⁸.

Desuden har Statens institutionsstyrelse, SiS, institutionspladser til unge med alvorlige psykosociale problemer og voksne med misbrug, der modtager behandling uden eget samtykke, og pladser til behandling af unge, der har en dom for alvorlig kriminalitet²⁶⁹. Behandlingen forudsætter, at den kommunale socialtjäneste foretager en udredning af borgeren. Hvis udredningen peger på behov for behandling under SiS, træffer forvaltningsretten beslutning herom. Behandlingen inkluderer bl.a. socialfaglige og psykologiske indsatser. Regionens ansvar på sundhedsområdet (hälsa och sjukvård) gælder også på SiS-institutionspladser.²⁷⁰ Efter endt behandling kan borgere overgå til åben behandling uden for institutionen²⁷¹.

I interview med enkelte videnspersoner i Sverige fremgår det, at specialisering på socialområdet ikke diskuteres i særlig grad. Der forklares, at indsatser bedst gives lokalt, og at centralisering af tilbud færre steder i landet kan være et problem for borgerne. Ifølge enkelte videnspersoner kan udfordringen ved en sådan centralisering være, at fagpersoner mister helhedsbilledet af borgerens udfordringer og kan blive for snævre i deres kompetencer. Denne diskussion har man haft i Sverige. Imidlertid forklarer enkelte videnspersoner, at man kan anvende private botilbud til borgere med særlige behov, fx dobbeltdiagnoser, og disse tilbud ikke nødvendigvis er placeret lokalt. I de tilfælde må borgeren flytte for at modtage tilbuddet. Samtidig fremhæver enkelte videnspersoner, at især mindre kommuner kan have svært ved at tilbyde tilstrækkelige indsatser²⁷², herunder i forhold til børn og unge med psykiske udfordringer samt voksne med misbrug og psykiske vanskeligheder.

5.1.4 Sammenligning på tværs af lande

I de tre lande anvendes og tales der om specialisering i forskelligt omfang og på forskellige måder. Danmark er det eneste land, hvor lovgivningen omtaler specialisering i relation til kommunale indsatser på socialområdet. Derudover arbejder man i Danmark med kriterier for, hvornår bestemte målgrupper hører under 'det specialiserede' og 'mest specialiserede område' og skal modtage indsatser herefter. I Norge benyttes 'specialiseret' og i Sverige 'specialiseret' og 'højt specialiseret' primært inden for sundhedsområdet. Det skal dog bemærkes, at dele af indsatserne på det, vi i Danmark betegner som det specialiserede socialområde, i Norge og Sverige ligger inden for sundhedsområdet, fx dele af rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser. Når vi ser på kriterier for, hvornår indsatser hører under det specialiserede område, herunder sundhedsområdet i Norge og Sverige, er kravet til specialviden, bl.a. tværfaglig

²⁶⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a, se også hälsa och sjukvårdslagen kap. 7, § 5.

²⁶⁷ Socialstyrelsen i Sverige, 2019d

²⁶⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a, s. 22

²⁶⁹ Socialdepartementet, 2007

²⁷⁰ Jf. HSL kap. 8, § 1

²⁷¹ SiS, 2020

²⁷² Interview med videnspersoner i Sverige med fokus på voksenområdet indeholder ikke specifikke diskussioner af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner på psykiatriområdet.

viden, centralt i alle tre lande. Forskellen i anvendelse af termen 'specialisering' i de tre lande vedrører alene sprogbrug, og at termen hovedsagligt benyttes på sundhedsområdet i Norge og Sverige er ikke ensbetydende med, at kommunale tilbud i de to lande fagligt set er mindre specialiserede end i Danmark.

5.2 Monitorering af målgrupper og behov

I dette afsnit kigger vi nærmere på, om der i de tre lande sker en overvågning af udviklingen i 'efterspørgslen' efter sociale tilbud, dvs. en monitorering af udviklingen i målgrupperne, fx hvad angår type, størrelse og behov. Desuden afdækkes det, hvordan overvågningen i givet fald finder sted, og hvilke målgrupper der er tale om.

5.2.1 Danmark

I Danmark har Socialstyrelsen det overordnede ansvar for at opbygge viden om og følge udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser på det mest specialiserede socialområde.²⁷³ Denne overvågningsopgave er én blandt flere opgaver i regi af den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Se også afsnit 5.3.

Til det formål har Socialstyrelsen etableret en overvågningsfunktion, som afgrænser det mest specialiserede socialområde (se også afsnit 5.1.1), trækker på forskellige datakilder til overvågning af området samt systematiserer viden om målgrupper, tilbud og indsatser via målgruppe- og tilbudsbeskrivelser. Socialstyrelsen har under overvågningsfunktionen en generel monitorering for de omfattede målgrupper inden for det mest specialiserede socialområde. Som omtalt i afsnit 5.1.1 omfatter monitoreringen i dag 35 målgrupper, herunder eksempelvis mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade og borgere med autisme og svær spiseforstyrrelse.²⁷⁴ Oversigten over målgrupper er som nævnt dynamisk. Kommunerne bidrager også til at beskrive behovet for udvikling af indsatser, bl.a. via rammeaftalesamarbejdet²⁷⁵ samt via dialog- og samarbejdsstrukturen, som er 1 af 4 hovedspor i NATKO. Se også afsnit 5.3.1.

Derudover har Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) under Socialstyrelsen til opgave at sikre indsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af den faglige viden på blandt andet det sociale område.²⁷⁶

Endvidere sker der vidensopbygning om borgere med sjældne diagnoser på de danske sygehuse. Det drejer sig om Center for Sjældne Sygdomme på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital samt Kennedy Centret, der er et nationalt forsknings- og rådgivningscenter for genetik, synshandicap og mental retardering under Rigshospitalet, og Rehabiliteringscenter for Muskelsvind (RCFM). Kennedy Centret og RCFM varetager primært sundhedsfaglige opgaver, men understøtter samtidigt – via rådgivning og undervisning – rehabilitering for borgere med sjældne handicap på landsplan.

²⁷³ Servicelovens § 13 b, stk. 1.

²⁷⁴ Den fulde oversigt over aktuelt omfattede målgrupper kan findes hos Socialstyrelsen (2020d)

²⁷⁵ Bl.a. fremgår det af § 5 i bekendtgørelsen vedrørende rammeaftaler, at "[k]ommunalbestyrelserne i regionen udarbejder en beskrivelse af behovet for udvikling af indsatser og tilbud", og at "[b]eskrivelsen udarbejdes på baggrund af [...] kommunalbestyrelsernes og regionsrådets overvejelser over sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede udbyd af tilbud." (Social- og Indenrigsministeriet, 2020g).

²⁷⁶ Social- og Indenrigsministeriet, 2014

5.2.2 Norge

I Norge er ansvaret for at monitorere udviklingen i forskellige målgruppers behov for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde samt opbygge og formidle viden herom i høj grad placeret hos staten. I modsætning til i Danmark er ansvaret delt mellem forskellige instanser, herunder Helsedirektoratet og de regionale helseforetak (RHF).

Som faglig rådgiver for Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet ansvaret for at følge med i forhold, som påvirker folkesundheden og udviklingen i sundheds- og omsorgstjenesterne. En af Helsedirektoratets opgaver er – på vegne af Helse- og omsorgsdepartementet – at oprette, afvikle og ændre 'nationale tjenester' i specialhelsetjenesten, herunder hhv. nationale og flerregionale behandlingstjenester og nationale kompetencetjenester.²⁷⁷ For at oprette, ændre eller afvikle en national tjeneste skal RHF ansøge Helsedirektoratet herom.²⁷⁸ Dette foregår i et fælles elektronisk ansøgningsskema. På baggrund af RHF's ansøgning foretager Helsedirektoratet en faglig vurdering, som udvalgte fagpersoner og eksperter gransker, hvorefter Helsedirektoratet træffer endelig beslutning om godkendelse af eller afslag på ansøgningen. Helsedirektoratet kan dog beslutte at afvikle eller ændre en national tjeneste, såfremt vilkår, som lå til grund for godkendelsen, ikke længere er til stede. Selvom der er forskel på de forskellige tjenester, er det et fællestræk, at de skal sikre national vidensopbygning og -deling inden for et afgrænset fagområde og bidrage til vejledning til fagpersoner, borgere og deres pårørende. Se også kapitel 7.

RHF har et overordnet ansvar for at udmønte den nationale sundhedspolitik i sundhedsregionerne.²⁷⁹ Mere konkret har de ansvaret for, at borgerne i hver sundhedsregion tilbydes specialiserede sundhedsydelser (specialhelsetjenesten), fx inden for misbrugsbehandling. Med dette ansvar følger bl.a. en pligt til at sikre, at specialhelsetjenesten tilrettelægges med fokus på ændringer i befolkningens behov og altså udviklingen i forskellige målgruppers efterspørgsel efter sundhedsydelser.

RHF's ansvar for at følge udviklingen i befolkningens behov for specialiserede sundhedsydelser rækker dog ud over specialhelsetjenestens faglige ansvarsområde. Eksempelvis har RHF ansvaret for driften af de nationale tjenester i specialhelsetjenesten, herunder NKSD²⁸⁰. Det betyder, at RHF bl.a. har pligt til at opbygge og udbrede sundhedsfaglig viden om forskellige målgruppers behov for specialiserede ydelser og tilbud til den kommunale sundheds- og omsorgstjeneste, andre udbydere af sundheds- og omsorgsydelser samt brugere.²⁸¹

5.2.3 Sverige

I Sverige har Socialstyrelsen det overordnede ansvar for at følge og formidle udviklingen i befolkningens behov for ydelser og tilbud inden for sit faglige ansvarsområde.²⁸² Det omfatter bl.a. sundheds- og sygepleje, socialtjeneste, støtte og service til visse borgere med funktionsnedsættelser samt spørgsmål om alkohol- og stofmisbrug. Socialstyrelsen løfter opgaven ved bl.a. at arbejde for vidensopbygning om forskellige målgrupper, indsatser og effekter, indsamle og udgive statistik og publikationer, understøtte og følge forsknings- og udviklingsarbejde mv.

²⁷⁷ Regjeringen, 2020a; Helsedirektoratet, 2020c

²⁷⁸ Brugerorganisationer, fagmiljøer, nationale myndigheder mv. kan anmode RHF om at søge om oprettelse eller ændring af en national tjeneste.

²⁷⁹ NOU, 2019

²⁸⁰ Nasjonal Kompetansetjeneste for Sjeldne Diagnoser

²⁸¹ Regjeringen, 2020a; Helsedirektoratet, 2020c

²⁸² Socialdepartementet, 2015

Socialstyrelsen i Sverige foretager dog ikke en egentlig overvågning af udviklingen i forskellige målgruppers behov for specialiserede ydelser og tilbud, som man gør i Danmark. Se også afsnit 5.2.1.

Regionerne i Sverige har det overordnede ansvar for at tilbyde sundheds- og sygeplejeydelser af høj kvalitet og fremme folkesundheden.²⁸³ Det er således regionernes opgave at sikre, at sundhedsydelser i regionalt regi, herunder psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehusene, tilrettelægges med udgangspunkt i såvel befolkningens behov som den enkeltes individuelle behov og forudsætninger. En måde, hvorpå regionerne har løftet dette ansvar – med støtte fra SKR – er via etableringen af et nationalt vidensstyringssystem for sundheds- og sygepleje (nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård). Det nationale vidensstyringssystem, som blev dannet i 2018, har til formål at skabe en vidensbaseret, ensartet og effektiv behandling (vård) af høj kvalitet i sundhedsvæsenet.

I regi af vidensstyringssystemet er der identificeret 26 nationale programområder (NPO) og 8 nationale samarbejdsgrupper (NSG).²⁸⁴ Hvert NPO hhv. NSG har ansvaret for opbygning og formidling af viden (kunskapsstyrning) inden for sit respektive område. Med til opgaven hører at afdække målgruppernes behov for behandling (vård).²⁸⁵ Størstedelen af NPO'erne og NSG'erne ligger inden for det somatiske område, omend enkelte af områderne ligger inden for eller har berøring med det specialiserede socialområde. Det gælder fx NPO psykisk hälsa, som er et anliggende for både kommuner og regioner.

En af de interviewede videnspersoner peger endvidere på, at kommunerne også bærer et ansvar for løbende at holde sig ajour med udviklingen i målgruppernes behov. Dette følger også af lovgivning på området. Eksempelvis fremgår det af LSS, at: *"Till kommunens uppgifter hör att fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är"*.²⁸⁶

5.2.4 Sammenligning på tværs af landene

I Danmark er det overordnede ansvar for at opbygge viden og følge forskellige målgruppers behov for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde placeret hos Socialstyrelsen ved NATKO. NATKO løfter denne opgave via en overvågningsfunktion og en generel monitorering, som pr. marts 2021 omfatter 35 målgrupper. Dialog- og samarbejdsstrukturen bidrager med en kommunal vinkel på udviklingen i målgruppernes behov, se også afsnit 5.3.1.

I Norge er ansvaret ligeledes placeret på nationalt niveau (Helsedirektoratet og RHF), mens ansvaret i Sverige er delt mellem staten (Socialstyrelsen) og regionerne. Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner i de to lande er kommunerne ligeledes ansvarlige for at overvåge udviklingen i målgruppernes behov. At sundhedsmyndigheder i Norge og Sverige er involveret i overvågningen af forskellige målgruppers behov skyldes, at visse tilbud og ydelser, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde, i de to andre lande ligger inden for sundhedsområdet.

Samtidig viser sammenligningen, at overvågningen af forskellige målgruppers behov i Norge og Sverige ikke er så konkret, som tilfældet er i Danmark med de 35 specificerede målgrupper.

²⁸³ Kliniske studier, 2020

²⁸⁴ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2021

²⁸⁵ Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2020

²⁸⁶ LSS § 15, stk. 1.

5.3 Planlægning og tilpasning af kapacitet

I dette afsnit afdækker vi planlægningen og tilpasningen af udviklingen i tilbudskapaciteten i forhold til forskellige målgrupper inden for det specialiserede socialområde. Fokus i afsnittet er på, hvordan tilbudskapaciteten (udbuddet) koordineres og tilpasses det aktuelle antal borgere i målgrupperne (efterspørgslen). Derudover identificeres fordele og ulemper ved de forskellige landes organiseringer for planlægning og tilpasning af udbuddet til efterspørgslen.

5.3.1 Danmark

Overordnet set er der på det specialiserede socialområde i Danmark en kombination af en markedslignende struktur, en national koordinationsstruktur (NATKO) og en lokal samarbejds- og koordinationsstruktur mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådet i hver region (rammeaftalerne). Disse elementer skal tilsammen understøtte, at tilbudskapaciteten tilpasses målgruppernes behov.

Da den enkelte kommune ikke kan være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov, er der i Danmark etableret en markedslignende ramme for de sociale tilbud, hvor kommunerne kan købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører. Den markedslignende struktur understøttes af takstregler²⁸⁷ for at understøtte sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud samt sikre fri og lige konkurrence.²⁸⁸ Se også afsnit 6.3.1, der beskriver finansieringsmodeller.

I Danmark foregår der desuden en formaliseret koordinering af og samarbejde om *offentligt* leverede tilbud på det specialiserede socialområde på nationalt og regionalt niveau. Formålet er at understøtte, at der findes eller udvikles de tilbud, der er behov for på området, herunder tilbud til målgrupper med helt specielle behov, som kræver særlige kompetencer og indsatser. I Tabel 5.1 skitseres strukturerne for tilpasning og koordinering i offentligt regi.

Tabel 5.1 Model for formaliseret koordinering og samarbejde om udvikling af offentligt leverede tilbud på det specialiserede socialområde

Nationalt	Den nationale koordinationsstruktur (NATKO)				
Regionalt	Forum for koordinering på det specialiserede social- og specialundervisningsområde				
	Rammeaftale Nord	Rammeaftale Midt	Rammeaftale Syd	Rammeaftale Sjælland	Rammeaftale Hovedstaden

Kilde: Socialstyrelsen (2018a). Tilvirket af VIVE.

På nationalt niveau har NATKO et ansvar for, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere på det 'mest specialiserede' socialområde, jf. afsnit 5.1. NATKO er overordnet organiseret i fire hovedspor²⁸⁹, hvoraf følgende tre er direkte koblet til opgaven med at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet af højt specialiserede pladser:

- **Dialog- og samarbejdsstrukturen.** Socialstyrelsens dialog med kommunerne og bruger- og interesseorganisationerne bidrager til, at styrelsen eksempelvis kan opdage, hvis tilbud er sårbare eller lukningstruede. Desuden bidrager rådgivningen fra Det Faglige Råd for National Koordination til fagligt at kvalificere styrelsens arbejde.

²⁸⁷ Social- og Indenrigsministeriet, 2017

²⁸⁸ Der er dog forskelle i reglerne for hhv. kommunale, regionale og private tilbud.

²⁸⁹ Socialstyrelsen, 2018a

- **Forløbsbeskrivelser** er en overordnet beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given målgruppe. Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden om indsatser til målgruppen. Formålet er at sikre, at indsatsen gives med udgangspunkt i denne viden. Se også kapitel 7.
- **Centrale udmeldinger** er tilkendegivelser fra Socialstyrelsen om målgrupper eller særlige indsatser, hvor der ifølge Socialstyrelsen er behov for øget koordination og planlægning mellem kommuner i en eller flere regioner. Kommunalbestyrelserne af-rapporterer på den centrale udmelding via rammeaftalesamarbejdet. Et eksempel er udmelding for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, som blev ud-sendt i 2019.²⁹⁰ Udmeldingernes formål er at sikre det nødvendige udbud af højt spe-cialiserede tilbud i forhold til målgruppens behov.

Socialstyrelsen har i forbindelse med en central udmelding mulighed for at bede om fornyet behandling i kommunerne. I de tilfælde, hvor Socialstyrelsen vurderer, at kommunernes tilba-gemelding på en central udmelding ikke er fagligt tilstrækkelig, vil Socialstyrelsen gå i dialog med den pågældende kommune eller region. Undtagelsesvist og i helt særlige tilfælde kan der gives et driftspålæg.²⁹¹ Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner har der endnu ikke væ-ret grundlag for at give driftspålæg.

På regionalt niveau samarbejder kommuner og regioner om den faglige udvikling, styring, plan-lægning og koordinering af såvel det specialiserede børn og unge-område som det specialise-rede voksenområde. Her er det kommunernes ansvar at udarbejde en rammeaftale for de kom-munale og regionale tilbud på området. I nogle af regionerne indgår også et forstærket samar-bejde mellem kommunerne om de tilbud, som er vurderet til at være højt specialiserede og dermed kræver særlig tværkommunal opmærksomhed.²⁹²

En væsentlig del af samarbejdet er at sikre indbyrdes koordination mellem kommunerne af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger. Til dette formål er der i regi af KL nedsat et kommunalt koordinationsforum (Forum for koordination på det specialiserede social-og specialundervisningsområde), som har til opgave at koordinere de lands- og landsdelsdæk-kende tilbud og de sikrede institutioner, samt understøtte koordination og planlægning på tværs af regionerne i forhold til målgrupper, der omfattes af en central udmelding foretaget af Social-styrelsen. Det kommunale koordinationsforum består af repræsentanter fra alle fem regioner.

En tredje måde at planlægge og koordinere tilbud på, herunder udvikle nye tilbudstyper, på tværs af kommuner er kommunal samdrift.²⁹³ Med kommunal samdrift forstås situationer, hvor en opgave løses i samdrift mellem to eller flere kommuner (fx i form af tværkommunalt drifts-fællesskab eller tværkommunalt samarbejde), eller hvor der gennemføres fælles udbud.²⁹⁴ VI-VEs desk research og interview med videnspersoner i Danmark viser, at der er meget begræn-set viden om eller kendskab til kommunal samdrift på det specialiserede socialområde.²⁹⁵

²⁹⁰ Socialstyrelsen, 2020c

²⁹¹ Et driftspålæg indebærer, at en kommune eller en region pålægges et driftsansvar for at opretholde eller videreføre et tilbud, og tilbudsstrukturen på området fastlægges dermed af Socialstyrelsen.

²⁹² Hvilke tilbud, som er omfattet af det forstærkede samarbejde, sker ud fra faste kriterier og på baggrund af vurdering af eksperter, se fx Sekretariat for Nordjysk Socialaftale (2014).

²⁹³ Bekendtgørelse af lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber.

²⁹⁴ BDO, 2013

²⁹⁵ I forbindelse med kommunal samdrift skal det dog bemærkes, at Udbudsportalen i KL i 2016 har udarbejdet en række kortlægninger, redskaber og analyser i henhold til konkurrenceudsættelse af socialområdet, bl.a. i forhold til drift af bo- og

Som nævnt ovenfor drives tilbud på det specialiserede socialområde desuden af private leverandører. Se også kapitel 4. Private aktører skal nævnes i denne sammenhæng, fordi de supplerer de nationale og regionale koordinations- og samarbejdsstrukturer i forhold til at sørge for, at udbuddet tilpasser sig behovet. Logikken er, at private aktører via den markedslignende struktur dækker den efterspørgsel, der ikke dækkes af koordinationsstrukturerne for offentlige tilbud. De private leverandører står dog helt uden for de ovennævnte koordinations- og samarbejdsstrukturer på det specialiserede socialområde. Dette forhold nævnes af flere videnspersoner som et opmærksomhedspunkt i forhold til koordination og planlægning af tilbudsstrukturen. Ikke mindst set i lyset af, at private leverandører leverer en betydelig del af tilbuddene på området, jf. afsnit 4.3.1.²⁹⁶

Mulige fordele og ulemper

De interviewede videnspersoner peger på flere fordele ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Danmark. For det første vurderes det, at kombinationen af en markedslignende struktur og koordinations- og samarbejdsstrukturer for offentligt leverede tilbud overordnet set understøtter målet om balance mellem udbud af og efterspørgsel efter tilbud på området. I forlængelse heraf peger videnspersoner på, at de nationale og regionale elementer i koordinations- og samarbejdsstrukturerne supplerer hinanden på en hensigtsmæssig måde, da NATKO og det kommunale koordinationsforum er ansvarlig for at monitorere det 'mest specialiserede' socialområde, mens kommunerne og regionen via rammeaftalerne har ansvaret for det 'specialiserede' socialområde. For det andet viser interviewene med videnspersoner, at en mulig fordel er NATKOs virkemidler til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det specialiserede socialområde, herunder centrale udmeldinger og driftspålæg. En vidensperson vurderer dog, at redskaberne, NATKO har til rådighed og gør brug af for at løse sin opgave, ikke i tilstrækkelig grad understøtter udviklingen af en passende tilbudskapacitet på området.

En potentiel ulempe ved strukturerne er ifølge en af videnspersonerne, at planlægningen og tilpasningen generelt tager afsæt i udbudssiden, altså driftsherrernes styringsbehov, frem for efterspørgselsiden, dvs. borgernes behov. I forlængelse heraf peges der på den mulige konsekvens, at der er tilbud til visse målgrupper, som ikke i tilstrækkelig grad imødekommer borgernes behov. En anden mulig ulempe, som nogle af videnspersonerne peger på, er barriererne for at få etableret specialiserede tilbud til meget små målgrupper med særlige behov. Der henvises bl.a. til, at der for den enkelte driftskommune ligger en økonomisk risiko ved at påtage sig opgaven med at oprette et nyt tilbud eller udvide et eksisterende. Her nævnes det eksempelvis som barrierer, at kommunen skal påtage sig store initialomkostninger, herunder anlægsinvesteringer, som man på specialiserede tilbud er mindre sikker på at få dækket ind senere. Ligesom man som driftskommune er afhængig af efterspørgsel fra andre kommuner, da driftskommunen som regel ikke kan aftage alle pladser selv.

Endelig fremhæver en vidensperson den mulige ulempe, at rammeaftalesystemet ikke sikrer en tilstrækkelig langsigtet, koordineret planlægning af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. Her peges der bl.a. på, at rammeaftalesamarbejdet generelt har været kendetegnet ved fokus på takstreduktioner frem for udvikling af nye tilbudstyper. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at rammeaftalerne indeholder aftaler om såvel faglig udvikling som styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud.

dagtilbud til voksne med udviklingshæmning samt køb af pladser på botilbudsområdet. En oversigt kan findes hos Udbudsportalen (2016)

²⁹⁶ På det specialiserede voksenområde driver private leverandører ca. 40 % af tilbuddene, mens andelen på det specialiserede børn og unge-område er mere end 60 % (Social- og Indenrigsministeriet, 2020b). Se også afsnit 4.3.1.

5.3.2 Norge

I Norge findes der ikke en overordnet, national planlægning og koordinering af den offentlige tilbudskapacitet på det specialiserede socialområde. Ansvaret for at sikre, at de rette tilbud er til rådighed, er i stedet opdelt og hovedsageligt placeret hos kommunerne og de statslige enheder, som har til opgave at levere tilbud på området. Staten har desuden en koordinerende funktion, bl.a. gennem understøttelse af forskning og ved tilskyndelse til øget mellemkommunalt samarbejde. Derudover spiller private leverandører en vigtig rolle i forhold til at understøtte, at der er den rette kapacitet til stede på området.

De regionale helseforetak (RHF) har ansvaret for, at befolkningen i den enkelte sundhedsregion får de nødvendige ydelser inden for specialhelsetjenesten, fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling samt habilitering og rehabilitering. RHF kan vælge mellem at lade egne helseforetak eller private leverandører løse opgaven, men RHF har i samarbejde med relevante aktører på området ansvaret for planlægning og koordinering af kapaciteten i specialhelsetjenesten. RHF har bl.a. ansvaret for driften af de nationale og flerregionale behandlingstjenester i specialhelsetjenesten, som leverer højt specialiseret diagnostik og behandling til afgrænsede målgrupper inden for bestemte fagområder.²⁹⁷ Ansvaret for etablering, afvikling og ændring af de nationale og flerregionale behandlingstjenester ligger imidlertid hos Helsedirektoratet, jf. også afsnit 5.2.2.

Tilrettelæggelsen af den samlede vifte af kommunale tilbud på det specialiserede socialområde, så den svarer til forskellige målgruppers behov, er i udgangspunktet den enkelte kommunes ansvar i Norge. Det er med andre ord op til den enkelte kommune at tilvejebringe en tilbudskapacitet på det specialiserede socialområde, som matcher de lokale behov og vilkår. Ifølge de interviewede videnspersoner kan dette ses i sammenhæng med en udpræget grad af kommunalt selvstyre i Norge, herunder på det specialiserede socialområde.

Nogle norske kommuner bruger mellemkommunalt samarbejde (interkommunalt samarbeid) til at planlægge og koordinere ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, jf. afsnit 4.2. Gennem samarbejde med en anden eller flere andre kommuner kan især de mindre kommuner skabe bedre forudsætninger for at opnå en tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence til at løse opgaverne på området.²⁹⁸ Der har været forskellige statslige tiltag i løbet af de sidste 10-15 år for at understøtte brugen af mellemkommunalt samarbejde. Eksempelvis var det et centralt element i samhandlingsreformen fra 2012, at kommuner skal indgå i mellemkommunalt samarbejde, hvor det er nødvendigt for at opnå de ønskede sundhedsmæssige og samfundsmæssige gevinster ved reformen.²⁹⁹ Et andet eksempel er en række lovændringer siden 2007, som har givet bedre muligheder for at indgå i mellemkommunalt samarbejde.³⁰⁰ Lovgivningen indebærer bl.a. muligheden for, at staten kan pålægge kommuner at videreføre eller oprette mellemkommunalt samarbejde. Disse bestemmelser om mulighed for driftspålæg har dog endnu ikke været benyttet.

Som i Danmark er de private leverandører en del af forsyningskæden på det specialiserede socialområde i Norge og supplerer kommunale og statslige leverandører i forhold til at sørge

²⁹⁷ Eksempelvis er Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP) et landsdækkende behandlingstilbud til personer med en kombination af nedsat hørelse og psykisk lidelse.

²⁹⁸ Jensen, 2014

²⁹⁹ Vinsand & Langset, 2016, s. 16

³⁰⁰ Brandtzæg et al., 2020

for, at udbuddet tilpasser sig behovet. Som det fremgår af afsnit 4.2.2, anvendes private leverandører især på anbringelsesområdet og inden for misbrugsbehandling og rehabilitering (i regi af specialhelsetjenesten).

Særligt om socialt udsatte børn og unge

På barnevernsområdet er der en klar opgavefordeling mellem stat og kommune, som indebærer, at staten (ved Bufetat) tager sig af de mest specialiserede tilbud, jf. også afsnit 4.1.2. Staten bærer derfor en stor del af ansvaret i forhold til at sikre, at udbud og efterspørgsel matcher. Bufetat har bl.a. pligt til at bistå kommunerne med at finde en egnet plejefamilie- eller institutionsplads, jf. også afsnit 4.1.2. For at opfylde denne pligt er det Bufetats opgave at etablere og drive institutioner, indgå aftaler med private leverandører samt rekruttere plejefamilier. Opfyldelsen af bistandspligten forudsætter med andre ord, at der til enhver tid findes tilgængelige og egnede tilbud, når kommunen beslutter at anbringe et barn uden for hjemmet. Det indebærer, at Bufetat skal have et fuldstændigt overblik over alle tilgængelige institutionspladser og plejefamilier.³⁰¹

Bufetat-regionerne har i udgangspunktet ansvaret for, at der findes en tilgængelig plejefamilie- eller institutionsplads, som passer til barnets behov, i den region, hvor barnet opholdt sig, da sagen blev rejst. Bufetat-regionen kan dog opfylde sin bistandspligt ved at indgå aftale med en samarbejdsregion.

Inden for barnevernet har det været en strategi for nogle – især mindre – kommuner at indgå i mellemkommunalt samarbejde for bl.a. at sikre tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence til at håndtere krævende og belastende opgaver, som arbejdet inden for barnevernet kan indebære. Således fremgik det af afsnit 4.2.2, at der er sket en forøgelse i antallet af mellemkommunale samarbejder inden for barnevernet fra 2007 til 2018. Som et eksempel oprettede fem³⁰² kommuner i 2016 'Den interkommunale barneverntjenesten for Kristiansandsregionen' med Kristiansand Kommune som værtskommune.³⁰³ Samarbejdet er organiseret som et administrativt værtskommunesamarbejde efter kommunelovens § 28. Barneverntjenesten består af seks afdelinger og har mere end 150 årsværk. Barneverntjenesten i Kristiansandsregionen tager sig desuden af akutte henvendelser ('barnevernvakt'³⁰⁴) for ni andre kommuner uden for Kristiansandsregionen. Et andet eksempel stammer fra Innlandet fylkeskommune (nord for Oslo), hvor 15 kommuner har indgået samarbejde udelukkende om barnevernvakt. Det såkaldte 'Ringsaker interkommunale barnevernvakt' skal tage sig af akutte henvendelser, når den lokale barneverntjeneste er lukket. Samarbejdet består af en leder og 20 ansatte og har været i drift siden 1. januar 2019.³⁰⁵

På barnevernsområdet har statslige myndigheder ligeledes spillet en aktiv rolle i udviklingen af samarbejdet mellem kommuner ved at muliggøre, understøtte og opfordre til, at flere kommuner udvikler større fagfællesskab og mere robuste barneverntjenester. Udover ændret lovgivning, jf. ovenfor, har Statsforvalteren haft en rolle som drivkraft for mellemkommunalt samarbejde. Således har Statsforvalteren i visse tilfælde understøttet (også økonomisk) og opfordret

³⁰¹ NOU, 2020, s. 214

³⁰² Søgne og Songdalen Kommuner blev i 2020 lagt sammen med Kristiansand Kommune, hvorfor samarbejdet nu består af tre kommuner (Kristiansand, Lillesand og Birkenes Kommuner).

³⁰³ Kristiansand kommune, 2021

³⁰⁴ På www.barnevernvakten.no findes en oversigt over barnevernvakter i Norge.

³⁰⁵ Ringsaker kommune, 2021

til øget samarbejde mellem kommuner, hvor det vurderes hensigtsmæssigt at løse opgaverne i fællesskab.³⁰⁶

Mulige fordele og ulemper

Der er både potentielle fordele og ulemper ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Norge. Ifølge de interviewede videnspersoner er det en fordel, at strukturerne på området på den ene side sikrer kommunernes handlefrihed og mulighed for at skabe lokalt tilpassede løsninger, og på den anden side understøtter behovet for, at der på nationalt niveau sker en planlægning og koordinering af tilbudene, især på barnevernsområdet. En anden mulig fordel er private leverandørers bidrag til tilpasning af udbud og efterspørgsel på området, om end der i Norge gennem de sidste mange år har været en diskussion af private leverandørers rolle i leveringen af velfærdsydelser, jf. også afsnit 4.1.2 og 4.2.2.³⁰⁷

En mulig ulempe, som flere videnspersoner peger på, er, at de norske kommuner er relativt mange og relativt små, hvilket mange steder vanskeliggør etablering og opretholdelse af tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence. Det gælder bl.a. det kommunale barnevernsområde. Mange kommuner forsøger at imødekomme denne udfordring ved at indgå i mellemkommunalt samarbejde, om end samarbejdet – især for de mindste kommuner – kan give styringsudfordringer og er ressourcekrævende. En anden mulig ulempe, som nogle af videnspersonerne peger på, er udfordringer med overefterspørgsel efter – eller underudbud af – institutionspladser i geografisk nærhed og især egnede plejefamilier, dvs. kapacitetsstyringen på barnevernsområdet.³⁰⁸ Udfordringer, som i øvrigt kan være årsag til stigende udgifter på området.³⁰⁹ Ifølge en analyse fra 2015 hænger manglen på egnede plejefamilier bl.a. sammen med ydre rammebetingelser (færre ønsker at være plejefamilie), systemerne (fx øget ventetid) og selve arbejdet som plejefamilie (mange fejlplaceringer skaber frustrationer).³¹⁰

5.3.3 Sverige

Ansvar for planlægning og tilpasning af offentligt leverede tilbud på det specialiserede socialområde er i Sverige delt mellem kommunerne og regionerne. Staten spiller dog en mindre koordinerende rolle, bl.a. ved at indsamle og udgive statistik, understøtte forskning og analysevirksomhed mv. For eksempel har den statslige myndighed for samfundsplanlægning, byggeri og bolig (Boverket) et ansvar for at følge med i udviklingen på boligmarkedet i forhold til forskellige samfundsgrupper, herunder personer med funktionsnedsættelse og hjemløse. Derudover er der i Sverige private leverandører på det specialiserede socialområde.

Regionerne i Sverige er som nævnt hovedansvarlige for sundhedsområdet og har til opgave at planlægge og koordinere udbuddet af tilbud herindenfor. Disse dækker som tidligere nævnt nogle af de målgrupper, der i Danmark er dækket af det specialiserede socialområde. Det drejer sig eksempelvis om kapaciteten i relation til den del af misbrugsbehandlingen, som finder sted i regionalt regi. Se også afsnit 4.1.3.

Ansvar for at sikre, at de rette tilbud er til rådighed på det specialiserede socialområde, ligger i udgangspunktet hos den enkelte kommune. Som i Norge har nogle svenske kommuner valgt

³⁰⁶ Andrews et al. (2015).

³⁰⁷ Debatten i Norge har bl.a. handlet om niveauet for private leverandørers fortjeneste i relation til levering af offentligt finansierede velfærdsydelser. Se fx NOU, 2020, s. 13ff.

³⁰⁸ Fx Ekhaugen & Rasmussen, 2015 og NOU, 2020

³⁰⁹ Grünfeld et al., 2020

³¹⁰ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 138-139.

at indgå i mellemkommunalt samarbejde, bl.a. med henblik på at styrke tilbudskapaciteten og specialistkompetencer på det specialiserede socialområde. I Boks 5.2 er der beskrevet et eksempel på et mellemkommunalt driftssamarbejde (gemensam nämnd) på det specialiserede socialområde i Sverige.

Boks 5.2 Eksempel på mellemkommunalt driftssamarbejde i Sverige

Ni kommuner og Region Sörmland dannede i 2016 et mellemkommunalt samarbejde (gemensam nämnd) om socialtjeneste og behandling (socialtjänst och vård). Region Sörmland er værtskommune i samarbejdet.³¹¹

Et af arbejdsområderne, der samarbejdes om, er børn og unge, hvor der bl.a. er etableret to børnehuse (barnahuse) og en række familiecentre (familjecentraler). Børnehusene er rettet mod børn og unge, hvor der er foregået eller mistanke om misbrug eller anden vold, og familiecentralerne tilbyder en generel, tidligt forebyggende indsats, som retter sig mod både forældre og børn/unge.

Som i Norge er muligheden og forudsætningerne for tværkommunalt samarbejde i Sverige blevet styrket gennem lovgivning, fx ved indførelse af en generel ret til mellemkommunalt samarbejde i kommuneloven i 2018.³¹² Samtidig skal det bemærkes, at udbudslovgivning i visse tilfælde kan begrænse samarbejde på tværs af kommuner, idet al udveksling af varer eller tjenester som hovedregel skal i udbud. Det kan også omfatte samarbejde mellem to eller flere kommuner.³¹³ Der er dog flere undtagelser til denne regel.³¹⁴

Private leverandører udfylder også i Sverige en funktion i den samlede tilbudsstruktur på det specialiserede socialområde, da de komplementerer offentlige leverandører i forhold til at sikre en tilpasning af udbuddet til behovet.

Mulige fordele og ulemper

Interviewene med videnspersoner peger på, at en mulig fordel ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Sverige, er, at ansvaret i vid udstrækning påhviler kommunerne. Ifølge videnspersonerne er den enkelte kommune generelt i stand til hurtigt at justere sin tilbudsvifte og tilpasse udviklingen i målgruppers behov.

Blandt mulige ulemper ved den nuværende planlægning og justering af tilbudskapaciteten henviser en vidensperson til, at der i Sverige er behov for en større national koordination af sociale tilbud, herunder et samlet overblik over udbudte tilbud i stil med Tilbudsportalen i Danmark. Her peges der eksempelvis på, at der i kommunerne hersker uklarhed om, hvilke tilbud der er tilgængelige og egnede til kriminalitetsofre (brottsoffer). Derudover peger nogle af de interviewede videnspersoner på den mulige ulempe, at der i kommunerne kan være udfordringer med at sikre den rette sammenhæng mellem visse målgruppers behov og indsatsen, hvilket bl.a. hænger sammen med begrænset koordination og samarbejde om udvikling af tilbud på tværs af kommuner.

³¹¹ Region Sörmland, 2021

³¹² SOU, 2017b

³¹³ SOU, 2020b, s. 880 og SOU, 2017b, s. 192-193.

³¹⁴ SOU, 2020b, s. 880ff.

5.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Der er både ligheder og forskelle mellem Danmark, Norge og Sverige i relation til planlægning og tilpasning af tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde. I alle tre lande er der indført en markedslignende struktur, som betyder, at kommunerne køber og sælger tilbud af forskellige leverandører for at imødekomme efterspørgslen på området.

I Danmark suppleres denne markedslignende struktur af koordinering og samarbejde på nationalt og regionalt niveau vedrørende offentligt leverede tilbud, mens dette i mindre grad er tilfældet i Norge og Sverige. I Norge har staten (Bufetat) dog en koordinerende funktion i relation til at sikre tilstrækkelig kapacitet af anbringelsespladser på barnevernsområdet. I Sverige er det regionernes ansvar og i Norge de (statslige) regionale helseforetaks ansvar at planlægge og koordinere ydelser og kapacitet på deres ansvarsområder, fx i forhold til misbrugsbehandling på sygehusene. Se i øvrigt afsnit 3.1 og 4.1 om ansvarsdeling.

Mellemkommunalt samarbejde er en måde at understøtte planlægning og koordination af tilbud på. Som det fremgår af kapitel 4, er mellemkommunale samarbejdsformer ikke så udbredte i nogen af landene. Det er dog tilsyneladende mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, at kommunerne indgår i tværkommunalt samarbejde om drift og udbud på det specialiserede socialområde. Det kan hænge sammen med forskelle i den administrative struktur i de tre lande, dvs. det forhold, at der er et forholdsvis større antal mindre kommuner i både Norge og Sverige end i Danmark.³¹⁵ Desuden kan der tænkes at være forskelle mellem landene i traditionen for samarbejde mellem kommuner.³¹⁶

³¹⁵ Pedersen, 2018, s. 15

³¹⁶ For Sverige: se fx Statskontoret, 2016.

6 Betalingsansvar og finansieringsmodeller

I dette kapitel afdækkes og vurderes betalingsansvaret og finansieringsmodeller for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige. Placeringen af betalingsansvaret for forskellige dele af området afdækkes i afsnit 6.1, hvor der også ses nærmere på karakteren og omfanget af statslig (med)finansiering samt relevante dele af den mellemkommunale udligning i de tre lande. I afsnit 6.2 beskrives det, hvilke finansieringsmodeller der anvendes i de tre lande, dvs. hvordan leverandører af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde finansieres.

Boks 6.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 6.1 Konklusioner – betalingsansvar og finansieringsmodeller

Betalingsansvar

- I alle tre lande finansierer kommunerne en stor del af udgifterne til ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde. Staten har dog i varierende omfang og på forskellig vis andel i det økonomiske ansvar på området. Eksempelvis har den norske stat en stor del af betalingsansvaret for barnevernsområdet.
- Et fællestræk ved de tre lande er desuden, at myndigheds- og betalingsansvaret som hovedregel følges ad. Der er dog undtagelser fra denne regel. Eksempelvis medfinansierer den danske og norske stat dyre enkeltsager via særlige refusionsordninger, mens myndighedsansvaret ligger hos kommunerne. I Sverige deler staten og kommunen myndigheds- og betalingsansvaret for personlig assistance.
- I alle tre lande er der en generel mellemkommunal udligning. I Sverige er der desuden en særlig udligning på området for funktionsnedsættelser, som bygger på, hvor mange borgere der modtager indsatser efter LSS.

Finansieringsmodeller

- Det er et fællestræk for de tre lande, at der eksisterer en markedslignende struktur på det specialiserede socialområde. Der er dog forskelle mellem landenes markedsstrukturer, hvilket har betydning for de finansieringsmodeller, der ses på området og for prisdannelsen. I Danmark er finansieringsmodeller og takster på området reguleret på både nationalt og regionalt niveau, mens det i højere grad er overladt til en fri prisdannelse i Norge og (især) Sverige.
- Det er fælles for de tre lande, at grundmodellen for honorering af plejefamilier består af vederlag samt dækning af øvrige udgifter tilknyttet plejeopgaven.
- Afdækningen af finansieringsmodeller for mellemkommunalt samarbejde i Norge og Sverige viser, at aftaler på tværs af kommuner bl.a. skal indeholde bestemmelser om de økonomiske forhold mellem parterne. Fordelingen af udgifter sker typisk med udgangspunkt i kommunernes befolkningstal.

6.1 Betalingsansvar

I dette afsnit kortlægges de tre landes indretning af betalingsansvaret for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde og de dele af det tilgrænsende sundhedsområde, der retter sig mod de målgrupper, der i Danmark falder inden for det specialiserede socialområde. Vi beskriver desuden mulige fordele og ulemper ved de afdækkede placeringer af betalingsansvaret.

6.1.1 Danmark

Kommunernes betalingsansvar

Kommunerne i Danmark har i udgangspunktet betalingsansvaret for ydelser og tilbud efter serviceloven, der dækker det meste af det specialiserede socialområde. Kommunerne har desuden det fulde betalingsansvar for de kommunale ydelser efter sundhedsloven, fx misbrugsbehandling og sygepleje, ligesom kommunerne medfinansierer en andel af regionernes udgifter på sundhedsområdet, herunder til psykiatrisk behandling.³¹⁷

På sundhedsområdet betaler kommunerne et aktivitetsafhængigt bidrag for behandling af kommunens borgere på sygehuse og på praksisområdet.³¹⁸ Afregningen sker direkte mellem region og kommune. Den kommunale medfinansiering udgør samlet set ca. 17 procent af finansieringen³¹⁹, hvoraf en andel vedrører fx psykiatrisk behandling. Derudover finansierer kommunerne færdigbehandlede patienter og borgernes specialiserede ambulante genoptræning. Hensigten med den kommunale medfinansiering er, at den skal give kommunerne en tilskyndelse til at investere i forebyggelse og samarbejde om sammenhængende patientforløb.³²⁰

Statens betalingsansvar

Selvom kommunerne således har det primære betalingsansvar for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, spiller den danske stat en vigtig rolle i den samlede finansiering af området.

For det første medfinansierer staten visse servicelovsydelser og -tilbud. Således dækker staten fx halvdelen af kommunernes udgifter til hhv. forsorgshjem og herberger for hjemløse (SEL § 110), krisecentre (SEL § 109) samt merudgiftsydelse til børn og voksne (SEL § 41 og § 100). For de to førstnævnte tilbudstyper gælder selvmøderprincippet. Det betyder, at en borger frit kan henvende sig til et hvilket som helst krisecenter, herberg eller forsorgshjem, uden at der foreligger en kommunal visitation.

For det andet yder staten refusion til kommunerne for særligt dyre enkeltsager (den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager). Den centrale statsrefusionsordning har eksisteret siden kommunalreformen i 2007 og har til formål at sikre kommunerne mod meget store udgifter i særligt dyre enkeltsager.³²¹ Refusionsordningen omfatter alle ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde til borgere under 67 år. Det er de samlede udgifter til den enkelte borger, der afgør, om der ydes statsrefusion. Refusionen ydes som en variabel procentdel af de årlige udgifter, som kommunen afholder til den enkelte borger.³²² I 2021 vil kommunerne eksempelvis kunne få refusion på 75 procent af udgifterne i den enkelte sag, der overstiger 2.050.000 DKK I 2019 blev der udbetalt et samlet beløb på knap 1,8 mia. DKK til kommunerne

³¹⁷ Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2014, s. 26ff og 41ff.

³¹⁸ Eksempelvis betaler kommunerne 60 % af sengedagstaksten (stationær) inden for psykiatrien (dog maksimalt 9.220 DKK pr. forløb), jf. Bekendtgørelse om den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet og om onto-betalinger for perioden fra 1. april 2019 til 1. april 2022.

³¹⁹ Danske Regioner, 2020

³²⁰ Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2014, s. 44.

³²¹ Den centrale refusionsordning er reguleret i Bekendtgørelse om den centrale refusionsordning efter lov om social service (Social- og Indenrigsministeriet, 2020h).

³²² Med 'Aftale om reform af det kommunale tilskuds- og udligningssystem' (Finansministeriet, 2020a) i foråret 2020 blev der foretaget ændringer i den centrale refusionsordning. Blandt andet indebærer ændringerne, at beløbsgrænserne for refusionsordningen på voksenområdet er nedsat, så de svarer til grænserne på børne- og ungeområdet, ligesom der er indført en ny refusionsgrænse på 75 procent.

som refusion for afholdte udgifter til særligt dyre enkeltsager vedrørende det specialiserede socialområde.³²³ Tabel 6.1 viser udviklingen i statens refusionsudbetalinger til kommunerne i perioden 2015-2019.

Tabel 6.1 Den centrale refusionsordning i Danmark: Udbetalinger 2015-2019. DKK

	2015	2016	2017	2018	2019
Hele landet	1.666.331	1.690.402	1.709.918	1.691.365	1.786.393

Note: Tallene er angivet i faste 2019-priser (1.000 DKK) Opgjort af VIVE. Kommunernes indtægter fra den centrale refusionsordning registreres på konto 5.22.07, jf. den autoriserede kontoplan for kommunerne. Følgende grupperinger er medtaget for 2015-2017: 001-018. Følgende grupperinger er medtaget for 2018 og 2019: 001-005, 010-018, 020 samt 106-109. Der er ikke fuld sammenlignelighed mellem tallene for hhv. 2015-2017 og 2018 og 2019.

Kilde: Danmarks Statistik, Tabel REGK100.

For det tredje finansierer staten langt størstedelen af regionernes udgifter til sundhedsområdet via et statsligt bloktilskud (ca. 80 %).

Udligning mellem kommunerne

Kommunerne har forskellige grundvilkår for at levere service til deres borgere på de forskellige velfærdsområder. For at give kommunerne mere ensartede vilkår for opgaveløsningen, herunder på det specialiserede socialområde, sker der en udligning af forskellene gennem det kommunale udligningssystem. Udligningssystemet er baseret på objektive kriterier, som ikke kan påvirkes direkte af lokale prioriteringer. Ud over alderssammensætningen i befolkningen opgøres kommunernes udgiftsbehov ud fra en række socioøkonomiske forhold. Et af kriterierne er 'Antal personer med handicap', som udtrykker antallet af udviklingshæmmede på 65 år og derunder samt antallet af 20-59-årige uden for arbejdsstyrken med øvrige handicap.

Med den seneste aftale om udligning fra 2020 blev der indgået en aftale om en reform af udligningssystemet.³²⁴ Som følge af reformen er der bl.a. sket en tilpasning af udgiftsbehovsopgørelsen, herunder fx vægtningen af kriteriet 'Antal personer med handicap',³²⁵ ligesom der er foretaget en række grundlæggende ændringer af udligningssystemet. Derudover blev der aftalt ændringer i den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager, hvilket er omtalt i forrige afsnit.

Mulige fordele og ulemper

Det specialiserede socialområde i Danmark er karakteriseret ved, at myndighedsansvaret og betalingsansvaret i udgangspunktet følges ad. I praksis betyder det, at den administrative enhed, der bevilger en indsats (fx kommunen), også har ansvaret for at finansiere indsatsen. Det er ifølge flere af videnspersonerne en fordel, da det understøtter hensigtsmæssige incitamenter i den økonomiske styring af området. Der er dog undtagelser fra denne hovedregel, jf. nedenfor.

En anden mulig fordel ved samplaceringen af myndigheds- og betalingsansvaret, som videnspersoner peger på, er kommunernes mulighed for at prioritere ressourcerne på tværs af forskellige velfærdsområder. Kommunerne har dermed handlerum til at tilpasse ressourceanvendelsen og serviceniveauet til de lokale forhold.

³²³ Opgjort af VIVE. Kommunernes indtægter fra den centrale refusionsordning registreres på konto 5.22.07, jf. den autoriserede kontoplan for kommunerne. Følgende grupperinger er medtaget for 2015-2017: 001-018. Følgende grupperinger er medtaget for 2018 og 2019: 001-005, 010-018, 020, samt 106-109.

³²⁴ Finansministeriet, 2020a

³²⁵ I den seneste udmelding om kommunal udligning indgår dette kriterium med en vægt på 4 %.

Blandt mulige ulemper peger nogle videnspersoner på, at der inden for visse dele af det specialiserede socialområde ikke er tilstrækkelig sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret. Et af de tydeligste eksempler omhandler den centrale refusionsordning, hvor kommunerne kan ansøge staten om refusion for udgifter til særligt dyre enkeltsager. Argumentet er, at kommunerne kan have tilskyndelse til en visitationspraksis, som øger statens refusionsudgifter. Andre videnspersoner påpeger dog, at kommunernes mulige incitament til at øge udgifterne opvejes af kommunernes betalingsansvar for udgifter op til beløbsgrænsen.

En anden mulig ulempe ved indretningen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde er ifølge flere af videnspersonerne, at kommunernes rammevilkår, herunder de økonomiske forhold, kan være bestemmende for, hvilke ydelser og tilbud borgerne tilbydes. Her peges der bl.a. på, at især mindre eller økonomiske trængte kommuner kan have vanskeligheder ved at tilbyde borgerne en indsats, som i tilstrækkelig grad imødekommer deres behov. Videnspersonerne gør dog samtidig opmærksom på, at forskellige systemer og ordninger såsom det mellemkommunale udligningssystem og statsrefusion til en vis grad opvejer forskelle i kommunernes økonomiske muligheder og udgiftsbehov på området.

6.1.2 Norge

Kommunernes betalingsansvar

I Norge har kommunerne generelt betalingsansvaret for udgifter til ydelser og tilbud efter socialtjenesteloven samt helse- og omsorgstjenesteloven, mens betalingsansvaret for udgifter efter barnevernloven er delt mellem kommune og stat.

Inden for barnevernet følger placeringen af betalingsansvaret i udgangspunktet opgavefordelingen efter barnevernloven.³²⁶ Det betyder, at kommunerne som hovedregel har det økonomiske ansvar for at dække udgifter til anbringelse i ordinære plejefamilier og hjælpetiltag i hjemmet.³²⁷

Ved anbringelse uden for hjemmet (fx barnevernsinstitution) skal kommunen betale en andel af anbringelsesudgifterne, ligesom den er betalingsansvarlig for en andel af visse såkaldte 'specialiserede hjælpetiltag'³²⁸. Betalingen sker ud fra takster, som fastsættes og reguleres i forbindelse med de årlige forhandlinger om statsbudgettet. Satsene meddeles kommunerne af Barne- og familiedepartementet. Satsene for 2021 fremgår af Tabel 6.2. Eksempelvis ses det, at kommunerne i 2021 skal betale 76.900 NOK for barnevernsinstitutioner pr. måned.

³²⁶ Barne- og likestillingsdepartement, 2007

³²⁷ Kommunerne kan ansøge Bufetat om statsrefusion for udgifter over egenandelen.

³²⁸ Multisystemisk Terapi (MST) og Funktionel Familierapi (FFT).

Tabel 6.2 Satser for kommunal egenbetaling pr. barn for barnevernstiltag (2021), NOK

Tiltak	Sats per måned
Barnevernsinstitusjoner	76.900
Barnevernsinstitusjoner - enslige, mindreårige asylsøkere og flyktninger fra omsorgssentre og asylmottak*	98.500
Senter for foreldre og barn med full forpleining	76.900
Senter for foreldre og barn der det føres egen husholdning	27.800
Egenandel ved refusjon av utgifter til forsterking av fosterhjem**	36.200
Statlige beredskaps- og familiehjem	36.200
MST (Multisystemisk terapi)	18.100
FFT (Funksjonell familierapi)	18.100
PMTO (Parent Management Training – Oregon-modellen)	0
Webster Stratton	0
Øvrige hjelpetiltak i kommunal regi som alternativ til plassering utenfor hjemmet avtales i det enkelte tilfelle ***	

Note: * Kommunene skal betale ordinær egenandel for opphold i institusjon for bosatte enslige mindreårige flyktninger

** Statens refusjon av utgifter til forsterking av kommunale fosterhjem omtales i Rundskriv Q-06/2007.

*** Hjelpetiltak i kommunal regi omtales i Rundskriv Q-06/2007.

Satsene for barnevernsinstitusjoner, kommunale fosterhjem og statlige beredskaps- og familiehjem gjelder per barn.

Kilde: Kontohjelp.no (2021).

I tillegg til den ordinære andel af anbringelsesudgifterne skal kommunerne dekke en række ekstraudgifter til tiltag, som ikke er en del af tilbudet. Det kan fx dreje sig om udgifter til ekstra bemanning eller særlige tiltag, som er forbundet med et evt. handicap hos barnet eller den unge.

Med den kommende barnevernsreform, som træder i kraft i 2022, får kommunerne et større betalingsansvar for indsatser i barnevernet. Formålet er at give kommunerne bedre muligheder for og et stærkere incitament til at prioritere forebyggende indsatser til børn og familier. Konkret betyder reformen, at refusionsordningen på familieplejeområdet³²⁹ fjernes, dvs. statens medfinansiering bortfalder, og at kommunernes andel af udgifterne til statslige barneværnstilbud øges. Kommunerne vil blive kompensert for det øgede økonomiske ansvar via et øget rammetilskud.³³⁰

Ud over betalingsansvaret på barnevernsområdet har kommunerne ansvaret for at finansiere udgifter til kommunale sundhedsfaglige opgaver (helsetjenester i hjemmet) på det specialiserede socialområde efter helse- og omsorgstjenesteloven, fx sygepleje, ergoterapi og fysioterapi.³³¹

Endelig blev der som led i den såkaldte 'samhandlingsreform' fra 2012 indført kommunal medfinansiering af bestemte patientgrupper eller behandlingsformer, som leveres af specialhelsetjenesten, samt et øget kommunalt betalingsansvar for udskrivningsklare patienter.³³² Begrundelsen for disse økonomiske styringstiltag var at give kommunerne et incitament til i højere

³²⁹ Som reglerne er i dag (før reformens ikrafttræden), modtager kommunerne statsrefusion for nogle af udgifterne til forstærket plejefamilie. Tiltag i den forbindelse (forsterkningstiltak) omfatter bl.a. ekstra vejledning til plejeforældrene eller frikøb fra job. Se også afsnit 6.2.2.

³³⁰ Prop. 73 L (2017).

³³¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2.

³³² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-3.

grad at satse på forebyggende behandling for at undgå indlæggelser og tage imod færdigbehandlede patienter.³³³ Den kommunale medfinansiering af specialhelsetjenester blev dog ophævet af den norske regering allerede i 2014 efter længere tids politisk debat.³³⁴

Statens betalingsansvar

Staten har – gennem de regionale helseforetak – i udgangspunktet betalingsansvaret for udgifter til indsatser efter specialhelsetjenesteloven, fx misbrugsbehandling.³³⁵ De regionale helseforetak er i hovedtræk finansieret af en basisbevilling og en aktivitetsbaseret finansiering.³³⁶

På barnevernsområdet dækker staten (ved Bufetat) anbringelsesudgifter og visse udgifter til specialiserede hjælpertiltag³³⁷, som overstiger den andel af udgifterne, som kommunen har pligt til at betale (se ovenfor). Bufetat er med andre ord betalingsansvarlig for de udgifter, som ligger ud over kommunernes egenandel.³³⁸ I forhold til anbringelse i plejefamilie betyder det i praksis, at staten dækker udgifter til anbringelse i forstærkede plejefamilier, jf. refusionsordningen på familieplejeområdet, og specialiserede plejefamilier (statlige beredskaps- og familiehjem).³³⁹ Bufetats økonomiske ansvar gælder for børn og unge under 20 år.³⁴⁰

Et tredje måde, hvorpå staten afholder udgifter inden for det specialiserede socialområde, er gennem den såkaldte 'Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester'. Ordningen, som er en norsk pendant til den centrale refusionsordning i Danmark, blev indført i 2004 og har til formål at sikre, at kommuner med mange modtagere af ressourcekrævende helse- og omsorgsrelaterede indsatser har økonomi til at tage sig af dem. I korte træk indebærer ordningen, at dele af kommunernes udgifter knyttet til de dyreste modtagere op til 67 år afholdes af staten. Det kan blandt andet være personer med udviklingshæmning, fysisk funktionsnedsættelse, misbrugsproblemer og psykiske lidelser.³⁴¹

Toppfinansieringsordningen fungerer på den måde, at når de årlige udgifter til en borger overstiger et vist beløb, får kommunen compensation for en andel af de overskydende udgifter. I 2018 var grænsen 1.235.000 NOK, og kompensationsgraden for udgifterne herudover var 80 %. Det er Stortinget, som hvert år træffer beslutning om beløbsgrænse og kompensationsgrad. Ordningen forvaltes af Helsedirektoratet (på vegne af Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KMD), og kontrollen med ordningen sker i kommunen, i kommunerevisionen og i Helsedirektoratet. I 2019 blev der udbetalt et samlet beløb på ca. 10,2 mia. NOK til kommunerne som refusion for afholdte udgifter i 2018.³⁴² Tabel 6.3 viser udviklingen i Toppfinansieringsordningen i perioden 2004-2018.

³³³ Forskningsrådet, 2016

³³⁴ Nødland & Rommetvedt, 2019

³³⁵ Helsedirektoratet, 2013

³³⁶ NOU, 2020, s. 166

³³⁷ Staten finansierer dog fuldt ud udgifter til Parent Management Training - Oregon (PMTO) og Webster Stratton (også kaldet 'de utrolige år' eller DUA).

³³⁸ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 65

³³⁹ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 68

³⁴⁰ Barnevernloven § 9-4.

³⁴¹ KS, 2018

³⁴² Lunder et al., 2019

Tabel 6.3 Toppfinansierungsordningen i Norge: Udviklingen i udbetalinger, modtagere, kompensationsgrad og beløbsgrænser, 2004-2018. NOK.

År	Udbetalinger i mio. NOK (løbende priser)	Antal modtagere	Kompensationsgrad (%)	Beløbsgrænse	Ændring i beløbsgrænse (NOK)
2004	1.506	3.398	80	700.000	0
2005	1.852	3.766	80	725.000	0
2006	1.700	3.676	70	745.000	0
2007	2.018	4.013	70	770.000	0
2008	2.966	4.505	85	800.000	0
2009	3.998	5.299	85	835.000	0
2010	4.160	5.527	80	865.000	0
2011	4.655	5.742	80	895.000	0
2012	5.330	6.118	80	935.000	0
2013	6.361	6.667	80	975.000	0
2014	7.271	7.125	80	1.010.000	0
2015	8.264	7.517	80	1.043.000	0
2016	8.642	7.781	80	1.081.000	+10.000
2017	9.039	7.927	80	1.157.000	+50.000
2018	9.655	8.418	80	1.235.000	+50.000

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet et al. (2018).

Udligning mellem kommunerne

Et af hovedprincipperne i den norske udligningsordning (inntektssystemet) er udgiftsudligningen.³⁴³ Formålet med udgiftsudligningen er at give kommunerne lige mulighed for at levere velfærdsydelser. Udgiftsudligningen er – som i Danmark – baseret på objektive kriterier, som ikke kan påvirkes direkte af lokale prioriteringer. Ud over alderssammensætningen i befolkningen opgøres kommunernes udgiftsbehov ud fra en række socioøkonomiske forhold såsom antal personer med lav indkomst og antal personer med udviklingshæmning på 16 år og derover.

Mulige fordele og ulemper

En mulig fordel ved den måde, hvorpå betalingsansvaret er placeret i Norge på det specialiserede socialområde, drejer sig om statens betalingsansvar på det specialiserede børne- og ungdomsområde. Her fremgår det af den norske regerings lovforslag om ændring af barnevernloven (barnevernsreformen) fra 2017, at nuværende regler om delt betalingsansvar for brug af institutionspladser mellem kommune og stat bør bibeholdes. Argumentet er, at selvom kommunerne har pligt til at lægge vægt på hensynet til barnets eller den unges behov ved valg af indsats, vil en for stor udgiftsbelastning for kommunerne kunne give økonomiske incitamenter, som kunne føre til for få institutionsanbringelser.³⁴⁴

I forhold til mulige ulemper kan der henvises til en undersøgelsesrapport fra 2015, hvor det hævdes, at finansieringsansvaret for barnevernet kun i grove træk følger myndighedsansvaret, og at staten og kommunerne i mange tilfælde står over for forskellige incitamenter i valget

³⁴³ Borge et al. (2018).

³⁴⁴ Barne- og ligestillingsdepartementet, 2017, 100.

mellem forskellige indsatser til barnet eller den unge.³⁴⁵ Ifølge rapporten har den manglende sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret på området affødt en række udfordringer for Bufetat, herunder dårlige kontrolmuligheder med udgiftsudviklingen i det statslige barnevern og et svagt incitament til tidlige, forebyggende indsatser i kommunerne.³⁴⁶ I den forbindelse kan der peges på, at formålet med barnevernsreformen og indførelsen af en ny finansieringsmodel bl.a. er generelt at understøtte en tættere sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret på barnevernsområdet.³⁴⁷

Som tilfældet er i Danmark, jf. afsnit 6.1.2, peger flere videnspersoner i Norge på den mulige ulempe, at kommunernes rammevilkår kan have en betydning for, hvilke indsatser borgerne tilbydes. Her gøres der bl.a. opmærksom på, at især de mindste kommuner kan have vanskeligheder ved at tilbyde borgerne en tilstrækkelig indsats. Videnspersonerne påpeger dog samtidig, at generelle og sektorspecifikke styringsmidler såsom mellemkommunal udligning og Toppfinansieringsordningen til en vis grad kan danne modvægt til de potentielle ulemper for borgerne af placeringen af betalingsansvaret hos kommunerne.

En tredje mulig ulempe knytter sig til Toppfinansieringsordningen. Her vurderer en vidensperson, at ordningen ikke giver kommunerne tilstrækkeligt incitament til at se kritisk på og begrænse eget ressourceforbrug. Ligesom ordningen begrænser statens muligheder for økonomisk kontrol, bl.a. fordi staten ikke selv vurderer borgerens behov. Ifølge videnspersonen kan disse forhold være med til at fordyre ordningen. En forskningsrapport fra 2020 underbygger dog ikke denne fremstilling.³⁴⁸ Tværtimod slås det fast i rapporten, at bekymringer om, hvorvidt toppfinansieringsordningen medvirker til et unødvendigt højt ressourceforbrug, i al væsentlighed er ubegrundede.

6.1.3 Sverige

Kommunernes betalingsansvar

I Sverige er det kommunerne, som i udgangspunktet afholder udgifter til ydelser og tilbud efter SoL og LSS samt øvrig relevant lovgivning inden for det specialiserede socialområde i Sverige, jf. afsnit 2.1.3.

Kommunerne deler dog betalingsansvaret med staten i relation til personlig assistance. Her finansierer kommunerne de første 20 assistenttimer pr. uge, mens staten (ved Försäkringskassan) afholder øvrige udgifter, hvis behovet for personlig assistance til *grundlæggende* behov overstiger 20 timer pr. uge.³⁴⁹ Det gælder samtidig, at hvis Försäkringskassan ikke vurderer, at borgeren har grundlæggende behov for hjælp i mindst 20 timer pr. uge, så har kommunerne betalingsansvaret for samtlige assistenttimer.³⁵⁰

³⁴⁵ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 61.

³⁴⁶ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 134-135.

³⁴⁷ Grünfeld et al., 2020, s. 148.

³⁴⁸ Brandtzæg et al., 2020

³⁴⁹ Kommunerne har ansvaret for personlig assistance (PA) efter LSS, mens staten har ansvaret for assistansersætning (AE) efter SFB, jf. også kapitel 3 og 4. Af eksempler på 'grundlæggende behov' kan nævnes hjælp til at trække vejret, at indtage måltider, at klæde sig på og af, at sørge for personlig hygiejne eller at kommunikere med andre, jf. SFB kap. 51 § 3 og LSS § 9a.

³⁵⁰ <https://www.regeringen.se/48ea1e/contentassets/fa05bcf02bf24a89b3d843c2dd3ebe53/oversyn-av-yrket-personlig-assistent.pdf>

Kommunerne deler betalingsansvaret med staten for den del af misbrugsbehandlingen, som foregår i LVM-hem i regi af SiS³⁵¹. Endvidere deler kommunerne betalingsansvaret med staten for anbringelser på SiS-institutioner til unge efter LVU.³⁵²

Kommunerne har desuden betalingsansvaret for udgifter til kommunale pleje- og sundhedsydelser, herunder sygepleje.

Regionernes betalingsansvar

Inden for det specialiserede socialområde har regionerne betalingsansvaret for rådgivning og anden personlig støtte efter LSS § 9, stk. 1 (rådgivning och annat personligt stöd). Regionerne finansierer desuden i udgangspunktet udgifterne på sundhedsområdet, primært via skatteindtægter, herunder til psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehusene.

Statens betalingsansvar

Staten har det fulde betalingsansvar for udgifter til bestemte indsatser på det specialiserede socialområde, ligesom staten medfinansierer udvalgte indsatser.

Staten har det fulde betalingsansvar for pladser til kriminelle unge på sikrede SiS-institutioner (sluten ungdomsvård³⁵³). Desuden har staten via socialforsikringsystemet har det økonomiske ansvar for en række tilskud, herunder merudgiftsydelse til børn og voksne (merkostnadsersättning).

Som omtalt ovenfor i afsnittet om kommunernes betalingsansvar deler staten desuden betalingsansvaret med kommunerne vedrørende udgifter til bestemte ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde.³⁵⁴ Det drejer sig om personlig assistance (assistansersättning) samt udgifter til anbringelse på SiS-institutioner efter LVU samt misbrugsbehandling i LVM-hem drevet af SiS.

Endelig finansierer staten dele af regionernes udgifter på sundhedsområdet via generelle stats-tilskud, ligesom staten giver økonomisk støtte til bestemte formål inden for det specialiserede socialområde via øremærkede tilskud (specialdestinerade eller riktade statsbidrag). Eksempelvis kunne kommunerne i 2020 ansøge om tilskud til en forstærket indsats til børn og unge med psykiske vanskeligheder.³⁵⁵ Den svenske stat anvender øremærkede tilskud for på forskellig vis at styre offentlig virksomhed i bestemte retninger og for at opnå forskellige målsætninger.³⁵⁶

Udligning mellem kommunerne

I Sverige har man både et generelt mellemkommunalt udligningssystem og en særskilt mellemkommunal udligning vedrørende funktionsnedsættelser, benævnt 'LSS-udligning' (LSS-utjämningssystemet).^{357, 358} Indførelsen af LSS-udligning i 2004 hænger sammen med, at kom-

³⁵¹ Kommunerne betaler ca. 3/4 af udgifterne, jf. <https://www.stat-inst.se/om-sis/>

³⁵² Kommunerne betaler ca. 2/3 af udgifterne, jf. <https://www.stat-inst.se/om-sis/>

³⁵³ Jf. LSU, Lag om Sluten Ungdomsvård, der er medtaget her af hensyn til fuldstændigheden.

³⁵⁴ Hertil kommer, at regionerne i udgangspunktet er betalingsansvarlig for sundheds- og sygeplejen til personer, som opholder sig i den pågældende region (hälso- och sjukvård).

³⁵⁵ Socialdepartementet, 2018b

³⁵⁶ Statskontoret, 2016, s. 41.

³⁵⁷ Borge et al., 2018

³⁵⁸ LSS-udligningssystemet reguleres i lagen (2008:342) om utjämning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade och i förordningen (2008:776) om utjämning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade.

munernes LSS-udgifter og udgifter til personlig assistance (de første 20 timer) er ujævnt fordelt.³⁵⁹ Ifølge tal fra Statistikmyndigheden SCB omfordeles 4,7 mia. svenske kroner via LSS-udligningen i 2021.³⁶⁰

Mulige fordele og ulemper

Flere af interviewene med videnspersonerne i Sverige viser, at en mulig fordel ved placeringen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde, er, at hhv. myndigheds- og betalingsansvaret med visse undtagelser er placeret på det samme administrative niveau (fx i kommunen). Derudover viser flere af interviewene, at en mulig fordel ved det delte betalingsansvar mellem kommune og stat for personlig assistance og den mellemkommunale udligning kan skærme mindre eller økonomisk udfordrede kommuner mod store udgifter på området.

Afdækningen af området i Sverige viser, at der også kan identificeres nogle ulemper ved måden, hvorpå indsatser finansieres på området. Først og fremmest kan der peges på det 'dobbelte myndigheds- og betalingsansvar' i relation til personlig assistance. Emnet har været genstand for analyse i adskillige statslige udredninger, siden LSS trådte i kraft i 1994.³⁶¹ Det følger af udredningerne – og af flere af interviewene med videnspersonerne – at ordningen på området kan give kommunerne et økonomisk incitament til at visitere til personlig assistance i stedet for en anden, mindre udgiftskrævende indsats, da staten potentielt medfinansierer personlig assistance.

Som i de to andre lande påpeger flere videnspersoner desuden den mulige ulempe, at forskelle i kommunernes rammevilkår kan være bestemmende for, hvilke ydelser og tilbud borgerne tilbydes. Her peger videnspersonerne på, at kommunerne kan have udfordringer med at finansiere de dyreste indsatser såsom personlig assistance – til trods for mellemkommunal udligning og statslig medfinansiering.

En mulig ulempe knytter sig desuden til LSS-udligningssystemet. Således fremgår det af både interviewrunden og af en offentlig udredning fra 2018, at indretningen af udligningssystemet giver kommunerne et økonomisk incitament til at visitere til LSS-indsatser frem for indsatser, som ikke er omfattet udligningen, fx indsatser efter SoL.³⁶² En af de interviewede videnspersoner vurderer dog, at kommunerne ikke bevidst lader sig styre af dette incitament.

6.1.4 Sammenligning på tværs af landene

En sammenligning af placeringen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige viser, at det i alle tre lande i vidt omfang er kommunerne, der finansierer udgifter til ydelser og tilbud på området.

Sammenligningen viser samtidig, at staten i varierende omfang og på forskellig vis har andel i det økonomiske ansvar på området. En væsentlig forskel mellem de tre lande i den sammenhæng er, at den norske stat bærer en stor del af betalingsansvaret for barnevernsområdet.

Tabel 6.3 giver et overblik over, hvordan betalingsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde er fordelt mellem kommune, stat og evt. region i de tre lande.

³⁵⁹ SOU, 2018, s. 683ff

³⁶⁰ SCB, 2021

³⁶¹ SOU, 2018, s. 422ff

³⁶² SOU, 2018, s. 687

Tabel 6.4 Betalingsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Betalingsansvar			
Kommune	Finansierer indsatser efter SEL Finansierer udgifter til misbrugsbehandling Medfinansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet, herunder til psykiatrisk behandling	Finansierer indsatser efter barnevernsloven, socialtjenesteloven samt helse- og omsorgstjenesteloven Medfinansierer anbringelser og visse specialiserede hjælpetiltag efter barnevernsloven Medfinansierer visse indsatser i specialhelsetjenesten	Finansierer udgifter til indsatser efter SoL og LSS
Region	Finansierer ydelser på sundhedsområdet, primært via et statsligt bloktilskud og en kommunal medfinansiering	<i>Ikke relevant i denne sammenhæng</i>	Finansierer udgifter til rådgivning og anden personlig støtte efter LSS Finansierer ydelser på sundhedsområdet
Stat	Medfinansierer visse indsatser efter serviceloven, fx merudgiftsydelse Finansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet via bloktilskud	Finansierer indsatser i specialhelsetjenesten Finansierer anbringelser og specialiserede hjælpetiltag efter barnevernsloven	Finansierer visse sociale ydelser, fx merudgiftsydelse Medfinansierer visse indsatser efter SoL og LSS, fx misbrugsbehandling i LVM-hem og personlig assistance Medfinansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet
Særlige finansieringsordninger			
Statslig medfinansiering af udgifter til dyre enkeltsager	Ja (Den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager)	Ja (Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester)	Ja (Personlig assistance)
Særlig udligningsordning for udgifter til personer med handicap	Nej	Nej	Ja

Note: I alle tre lande kan der i visse tilfælde opkræves en egenbetaling for en ydelse eller et tilbud hos borgeren. Dette fremgår ikke af tabellen.

Et fællestræk ved de tre lande er, at myndigheds- og betalingsansvaret på det specialiserede socialområde i hovedtræk følges ad. I Norge taler man her om 'det finansielle ansvarsprincip', som indebærer, at det forvaltningsniveau, som har myndighedsansvaret for en opgave, også har betalingsansvaret.³⁶³ Der er dog i alle tre lande eksempler på undtagelser fra dette princip. Her kan der bl.a. peges på den statslige medfinansiering af dyre enkeltsager i Danmark og Norge.

I alle tre lande peger videnspersoner endvidere på, at tilstedeværelsen af forskellige styringsmekanismer kan danne modvægt til de potentielle ulemper ved forskellene i kommunernes rammevilkår. Eksempelvis skal udligningssystemer og statslig medfinansiering i de tre lande bidrage til at sikre nogenlunde lige økonomiske forudsætninger i kommunerne. Samtidig viser landesammenligningen, at der inden for visse dele af det specialiserede socialområde kan være uhensigtsmæssige incitamenter forbundet med manglende sammenhæng mellem myn-

³⁶³ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 134.

digheds- og betalingsansvaret. Både danske og norske videnspersoner peger her på, at kommunerne i teorien har incitament til en myndighedspraksis, som øger statens refusionsudgifter på området. I begge lande savnes der dog dokumentation for, at kommunerne reelt har en adfærd, som er styret af dette incitament.

6.2 Finansieringsmodeller

I dette afsnit afdækker vi, hvordan leverandører af sociale ydelser og tilbud finansieres i de tre lande, dvs. hvordan betalingsansvaret udmøntes. Vi beskriver desuden mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsmodeller.

6.2.1 Danmark

I Danmark finansieres langt hovedparten af indsatserne på det specialiserede socialområde ved takstbetaling. Øvrige finansieringsmodeller omfatter abonnementsordninger samt forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar. På udvalgte tilbudstyper er der imidlertid i lovgivningen fastsat særlige finansieringsmodeller, jf. 'objektiv finansiering'. Derudover sker der aflønning af plejefamilier med plejevederlag, ligesom de modtager ydelser til dækning af udgifter forbundet med plejeopgaven. Tabel 6.5 giver et overblik over forskellige finansieringsmodeller på det specialiserede socialområde i Danmark.

Tabel 6.5 Finansieringsmodeller på det specialiserede socialområde i Danmark

Model	Princip	Anvendelsesområde
Takstbetaling	Betaling er koblet direkte til forbrug	Størstedelen af indsatserne efter serviceloven
Abonnementsordninger	Betaling er uafhængig af forbruget – kommunen køber en generel trækingsret på en konkret ydelse eller ydelsespakke	Særligt ydelser i kommunikationscentre
Forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar	Betaling er uafhængig af forbruget	<i>VIVE har ikke kunnet identificere anvendelsesområdet</i>
Objektiv finansiering	Betaling er uafhængig af forbruget – alle kommuner betaler på baggrund af en fordelingsnøgle baseret på objektive kriterier, fx folketal	<ul style="list-style-type: none"> - To specifikke landsdækkende tilbud* - Tilsyn med og godkendelse af plejefamilier - Ubenyttede særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Kombination af takstbetaling og objektiv finansiering (delvist objektiv finansiering)	En del af betalingen er afhængig af forbruget, mens resten betales ud fra objektive kriterier gennem en fordelingsnøgle mellem kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> - Sikrede døgninstitutioner for børn og unge (retlige pladser)** - De regionale børnehuse
Plejevederlag mv.	Betaling er koblet til forbrug (frekvens og intensitet)	Plejefamilier

Note: *Kofoedsminde og Døvekonsulentordningen ved CFD. ** Unge kan også anbringes på en sikret institution, hvis der er behov for en særlig socialpædagogisk indsats (sociale pladser). I disse tilfælde opkræves der en fast takst.

Kilde: Social- og Integrationsministeriet (2013a) og Deloitte (2016), tilvirket af VIVE.

Takstbetaling

På det specialiserede socialområde i Danmark finansieres udgifter til indsatser efter serviceloven som hovedregel ved takstbetaling. Takstbetaling betyder, at de visiterende kommuner for

hver borger eller plads i tilbuddet betaler en på forhånd aftalt pris til leverandøren.³⁶⁴ Der afregnes således i princippet efter forbrug. Taksterne fastsættes af driftsherren på baggrund af samtlige budgetterede, direkte og indirekte langsigtede omkostninger ved levering af ydelsen eller drift af tilbuddet. De lovgivningsmæssige rammer for prisfastsættelse af tilbud på det specialiserede socialområde er bl.a. fastsat i serviceloven og takstbekendtgørelsen. Flere forhold i relation til takstbekendtgørelsen bliver dog i praksis aftalt gennem rammeaftalerne.

Abonnementsordninger samt forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar

I stedet for takstbetaling er det muligt at indgå aftale om abonnementsordninger eller andre ordninger, der indebærer fælles finansiering uden direkte sammenhæng til anvendelsen af tilbuddene. Sådanne ordninger anvendes i mindre udstrækning på det specialiserede socialområde i Danmark.

Ved abonnementsordninger køber kommunen en generel trækingsret på en konkret ydelse eller ydelsespakke frem for et konkret fastsat antal ydelser eller pladser i tilbuddet. Abonnementsordningerne gælder kun de kommuner, der har indgået en aftale om at benytte tilbuddet pga. dets særlige viden eller ekspertise. Øvrige kommuner vil kunne benytte tilbuddet med takstbetaling. En abonnementsordning kan ses som en forsikringsordning for de deltagende kommuner. Nogle år vil trækkes fra kommunens borgere være større end den pris, den pågældende kommune betaler i abonnement, og andre år vil trækkes være mindre. Abonnementsordninger anvendes i dag primært i forhold til kommunikationsområdet.

En 'forpligtende købsaftale' er en aftale, hvor en eller flere kommunalbestyrelser garanterer for betaling af et bestemt antal pladser, i et tilbud, i en aftalt periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Endelig er 'aftaler om delt finansieringsansvar' aftaler, hvor en eller flere kommuner bidrager til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre. Det har ikke været muligt at afdække viden om anvendelsen af disse to aftaletyper i Danmark på systematisk vis.

Der kan dog peges på, at KKR Hovedstaden³⁶⁵ har udviklet en økonomimodel, som bygger på takstbekendtgørelsens mulighed for, at kommunerne kan indgå forpligtende købsaftale med driftsherrer om køb af et antal pladser i en periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Med økonomimodellen kan der gives en underskudsgaranti til driftsherrer, som påtager sig at etablere nye pladser i eksisterende tilbud og fremadrettet helt nye tilbud. Underskudsgarantien træder kun i kraft, hvis der bliver ledige pladser på nyetablerede tilbud. Fokus vil i første omgang være på udvikling af tilbudsviften til målgruppen voksne med autismespektrumforstyrrelser kombineret med selvskadende adfærd, afvigende seksuel adfærd, udadreagerende adfærd e.l.³⁶⁶ Økonomimodellen er i 2021 godkendt af KKR Hovedstaden og skal i 2021 godkendes af de 29 kommunalbestyrelser i Region Hovedstaden.

Objektiv finansiering og delvis objektiv finansiering

Objektiv finansiering indebærer, at alle kommuner bidrager til finansieringen af et tilbud uafhængig af deres forbrug heraf. En grundlæggende mekanisme ved objektiv finansiering er så-

³⁶⁴ Takster for ophold på kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger fastsættes dog som faste takster.

³⁶⁵ KKR (kommunekontakttråd) en del af KL's politiske organisation og er et samarbejde mellem kommunalbestyrelserne, hvor opgaven er at varetage kommunernes fælles interesser på de områder, hvor der skal koordineres og samarbejdes kommunerne imellem samt mellem kommunerne og regionen. KL har et KKR i hver af de fem regioner.

³⁶⁶ KKR Hovedstaden, 2021

ledes, at tilbuddene ikke bliver efterspørgselsstyrede via finansieringen. I modsætning til finansiering via abonnementsordning er der ved objektiv finansiering tale om tvungen deltagelse i ordningen for kommunerne.

Fuld objektiv finansiering anvendes i dag alene på specialrådgivningsfunktioner på de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt på driften af den sikrede boform Kofoedsminde for voksne udviklingshæmmede med dom eller idømt en foranstaltning og Døvekonsulentordningen ved CFD.

Ved 'delvis objektiv finansiering' forstås, at betalingen sker ved en kombination af objektiv finansiering og takstbetaling. Denne finansieringsmodel anvendes bl.a. for de regionale børnehuse.³⁶⁷

Plejevederlag mv.

Der er i Danmark ikke lovgivningsfastsatte regler for plejevederlag, hvorfor der findes forskellige modeller for fastsættelse og genforhandling af vederlag. En KL-undersøgelse fra 2019 viser, at kommunerne overvejende benytter tre forskellige typer af honoreringsmodeller for plejefamilier: den klassiske model beskrevet i KL's håndbog for familieplejere (ca. 80 %), gennemsnitsmodellen (ca. 14 %) og livsfasemodellen (ca. 6 %).³⁶⁸ På baggrund af undersøgelsen har KL vejledende anbefalet brug af gennemsnitsmodellen.³⁶⁹

Beregningsgrundlaget for honorering af plejefamilier kaldes plejevederlag. Som udgangspunkt betragtes plejefamilier som selvstændige erhvervsdrivende, og der udarbejdes derfor en kontrakt mellem kommunen og plejefamilien. I kontrakten fastsættes det antal vederlag, som plejefamilien skal honoreres med for den konkrete plejeopgave. Honoreringen tager typisk afsæt i plejebarnets støttebehov. Ud over plejevederlag omfatter honoreringen ydelser til dækning af plejefamiliens omkostninger i forbindelse med plejeforholdet. Dækning af plejefamiliens udgifter i øvrigt skal være med til at sikre, at plejebarnet, så vidt det er muligt, ligestilles med plejefamiliens egne børn.³⁷⁰

Hvert år udsender KL en vejledende taksttabel på området for udsatte børn og unge, som bl.a. indeholder oplysninger om vederlag til og satser for omkostningsdækning for plejefamilier.

Det bemærkes, at netværksplejefamilier ikke modtager honorering. Der gælder i stedet et princip om, at anbringelsen skal være omkostningsneutral for familien. Kommunen skal derfor, ud over godtgørelse for kost og logi, dække netværksplejefamiliens øvrige og ekstraordinære omkostninger ved at have barnet eller den unge boende. Netværksplejefamilier kan desuden efter en konkret vurdering få hel eller delvis hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste.³⁷¹

Mulige fordele og ulemper

På baggrund af VIVEs desk research – og til dels interviewene med videnspersonerne – kan der identificeres nogle mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsmodeller, som anvendes på det specialiserede socialområde i Danmark.

Blandt mulige fordele ved takstbetaling kan der peges på mindst fire. For det første indebærer anvendelsen af omkostningsbaserede takster, at betalingen er direkte koblet til forbruget af

³⁶⁷ Social- og Indenrigsministeriet, 2013b

³⁶⁸ KL, 2019a

³⁶⁹ KL, 2019b

³⁷⁰ KL, 2009

³⁷¹ Jf. servicelovens § 66 b, stk. 4.

ydelse og tilbud. For det andet kan takstbetaling i princippet fremme gennemsuelighed og sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud og dermed sikre fri og lige konkurrence, hvilket bl.a. er understøttet af regler om omkostningsbaserede takster. For det tredje kan takstbetaling understøtte kommunerne som myndighed i at sammenligne pris og indhold. Endelig har takstbetaling som udgangspunkt et indbygget incitament for driftsherren til at tilpasse og udvikle tilbuddet for at sikre efterspørgsel efter pladserne.³⁷²

Blandt de mulige ulemper ved takstfinansieringen kan der for det første peges på, at finansieringsmodellen ikke giver driftsherren sikkerhed for at kunne fortsætte med nuværende ydelser, kvalitet, antal pladser mv. I den forbindelse kan meget specialiserede tilbud være særligt sårbare, da efterspørgslen er svær at forudsige, idet målgruppen er lille og geografisk spredt. Hertil kommer, at en række af de meget specialiserede tilbud yder kortere midlertidige indsatser. Vigende efterspørgsel kan derfor på kort tid gøre tilbuddene sårbare. En anden potentiel ulempe er, at driftsherren i de tilfælde, hvor denne kun i begrænset omfang, eller slet ikke, er med til at finansiere tilbuddet, kun har et begrænset incitament til effektiv drift og afdæmpet takstudvikling. Denne mulige ulempe er især relevant i forhold til de kommunale tilbud, hvor hovedparten af pladserne købes af andre kommuner, og i forhold til private og regionalt drevne tilbud, da driftsherren her ikke selv er aftager af tilbuddet.³⁷³ Blandt andet derfor aftales takstudviklingen for kommunale og regionale tilbud som nævnt i regi af rammeaftalerne.

I relation til de øvrige finansieringsmodeller kan der peges på den mulige fordel ved objektiv finansiering, at bestemte tilbud står til rådighed for alle kommuner, uanset det aktuelle behov i den enkelte kommune. På den måde har man forsøgt at sikre det økonomiske grundlag for tilbud til små målgrupper med komplekse behov og give incitament til oprettelse og drift af specialiserede tilbud med varierende efterspørgsel. En grundlæggende mekanisme ved objektiv finansiering er dog, at tilbuddene via finansieringen ikke bliver efterspørgselsstyrede, og at driftsherrens incitamenter til effektiv drift og udvikling af tilbuddet dermed potentielt svækkes. Der kan således være risiko for, at kommunerne via den objektive finansiering finansierer unødig kapacitet.³⁷⁴

Afslutningsvist skal det anføres, at der i de senere år har været øget opmærksomhed på den måde, hvorpå plejefamilier honoreres i Danmark. Diskussionerne har bl.a. drejet sig om konsekvenserne af forskellige honoreringsmodeller på området, herunder udgifter til administration og de økonomiske effekter af forskellige modeller.³⁷⁵

6.2.2 Norge

Den enkelte norske kommune kan løfte sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre offentlige eller private leverandører. Hertil kommer, at staten også gør brug af private leverandører, eksempelvis på barnevernsområdet. Se også afsnit 4.1.2 og 4.2.2.

Når offentlige myndigheder vælger at købe ydelser og tilbud fra private leverandører, vil der normalt være tale om et offentligt indkøb (offentlig anskaffelse), som skal følge reglerne for

³⁷² Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷³ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷⁴ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷⁵ Se fx KL, 2019

offentligt indkøb³⁷⁶ – se også afsnit 4.1.2. For at kunne levere ydelser og tilbud på vegne af en kommune eller staten må den private leverandør indgå en aftale med den pågældende myndighed. Når det offentlige vælger at indgå aftale med en privat leverandør inden for rammerne af regler om offentlige indkøb (anskaffelsesregelverket)³⁷⁷, indgås der typisk en rammeaftale med en eller flere leverandører eller en enkeltkontrakt.³⁷⁸ Undtagelsesvis kan der gennemføres indkøb uden forudgående konkurrenceudsættelse.³⁷⁹ Finansieringen af den private leverandør reguleres i den konkrete aftale med den offentlige part. I modsætning til i Danmark findes der i Norge ikke nationale bestemmelser for, hvordan ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde skal prissættes. Nogle af de interviewede videnspersoner peger på, at forskelle i 'bestillerkompetencer', dvs. køberkommunens kompetence til at vurdere indhold og kendetegn ved den pågældende ydelse eller det pågældende tilbud, kan have betydning for kvaliteten af indkøbene, fx overkompensation af leverandøren. Her peges der bl.a. på, at især mindre kommuner potentielt set har en lavere bestillerkompetence, da det kræver en vis størrelse og kapacitet at etablere og opretholde tilstrækkelig faglig viden og erfaring med køb af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde. En vurdering, som også kan findes i en omfattende offentlig udredning fra 2020 om offentligt finansierede velfærdstjenester i Norge.³⁸⁰ Af udredningen fremgår det i øvrigt, at norske kommuner har udfordringer med at indrette finansieringsmodeller på en hensigtsmæssig måde. Kommunerne henviser bl.a. til, at der mangler nationale vejledninger på området (som der fx findes i Sverige, se afsnit 6.2.3). Til at bistå kommunerne med rådgivning, undervisning og vejledning om offentligt indkøb – og herigennem understøtte bestillerfunktionen – er der i KS-regi etableret et fagligt forum benævnt 'KS Innkjøpsforum' (KSI). KSI's overordnede formål er at højne forståelsen og skabe viden om indkøb i den offentlige sektor med sigte på en effektiv brug af samfundets ressourcer. Herudover peger en vidensperson på, at især de mindre kommuner trækker på større kommuners viden om og erfaringer med eksterne køb, hvilket også kan kompensere for lavere bestillerkompetence.

Samarbejde på tværs af kommuner

Mellemkommunalt samarbejde (interkommunalt samarbeid) er en anden – og mindre udbredt – måde, hvorpå kommunerne løfter forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde. Se også afsnit 4.2. Der findes forskellige finansieringsmodeller for tværkommunalt samarbejde.³⁸¹ Fælles for dem er, at fastsættelsen af de nærmere principper for finansieringsdelen af samarbejdet er lovbestemt. Eksempelvis fremgår det af lovgivning, at der ved dannelsen af et såkaldt 'vertskommunesamarbeid' skal indgås en skriftlig samarbejdsaftale, og at samarbejdsaftalen bl.a. skal indeholde bestemmelser om det økonomiske forhold mellem samarbejdskommunerne og værtskommunen.³⁸²

³⁷⁶ Ydelser og tilbud, som efter en konkret vurdering anses at være delegeret offentlig myndighedsudøvelse, er i princippet undtaget indkøbsreglerne. Det gælder bl.a. visse barnevernstjenester, som købes af Bufetat. I disse tilfælde står det den offentlige myndighed frit at afgøre, om der skal ske konkurrenceudsættelse.

³⁷⁷ Regjeringen, 2017

³⁷⁸ NOU, 2020, s. 84

³⁷⁹ Nærings- og fiskeridepartementet, 2017, s. 343

³⁸⁰ NOU, 2020

³⁸¹ KS, 2013

³⁸² Kommunelovens § 28 a-k.

Plejevederlag mv.

Som i Danmark består de økonomiske rammebetingelser for de norske plejefamilier, herunder netværksplejefamilier (slekt- og nettverksfosterhjem), i udgangspunktet af vederlag (arbejdsgodtgøring) og godtgørelse af udgifter forbundet med plejeopgaven (udgiftsdekning).³⁸³ Såfremt barnet eller den unge har brug for særlig hjælp og støtte, kan der bevilges ekstra tiltag (forsterkningstiltak), som kan indebære yderligere kompensation af plejefamilien. Eksempelvis kan en plejeforælder i en periode blive frikøbt helt eller delvist fra sit job og få dækket tabt arbejdsfortjeneste.

Også i Norge står det kommunerne frit for at fastsætte størrelsen af vederlag og udgifter tilknyttet plejeopgaven, omend de opfordres til at gøre brug af vejledende satser, som udarbejdes og udgives af KS.³⁸⁴ Tabel 6.6 viser vejledende månedlige godtgørelsessatser til en plejefamilie, fordelt på vederlag (arbejdsgodtgøring) og dækning af udgifter forbundet med opgaven (udgiftsdekning) pr. 1. juli 2020.

Tabel 6.6 Vejledende månedlige godtgørelsessatser til en norsk plejefamilie pr. 1. juli 2020

Alder	Vederlag (arbejdsgodtgøring)	Udgifter forbundet med plejeopgaven (udgiftsdekning)	I alt
0-6 år	8.535	5.520	14.055
6-11 år	8.535	6.845	15.380
11-14 år	8.535	7.485	16.020
15 år og derover	8.535	8.125	16.658

Kilde: KS (2020).

Det skal bemærkes, at en udredning om brugen af private leverandører af offentligt finansierede velfærdsydelser fra 2020 viser, at den økonomiske godtgørelse af plejefamilier i Norge generelt er højere for private og statslige plejefamilier (private fosterhjem og statlige familie-hjem) end kommunale plejefamilier.³⁸⁵

Mulige fordele og ulemper

Der kan identificeres nogle mulige ulemper ved den måde, leverandører på det specialiserede socialområde finansieres i Norge. For det første hævdes det i politiske debatter i Norge, at en konsekvens er, at nogle private leverandører af offentligt finansierede velfærdsydelser har fortjenester, som opfattes som urimelig høje (også kaldet 'superprofit'). Også inden for det specialiserede socialområde. En af de interviewede videnspersoner giver dog udtryk for, at debatten i Norge til tider er ideologisk præget. Et ekspertudvalg (Velferdstjenestevalget) blev i 2018 nedsat af den norske regering for at se nærmere på brugen af private leverandører af velfærd, herunder analysere de private aktørers økonomiske resultater og lønsomhed.³⁸⁶ Udvalgets udredning fra 2020 giver dog ikke et klart svar på, om private leverandører af velfærdsydelser i Norge generelt realiserer et normalafkast, eller om deres indtjening overstiger normalafkastet (superprofit).³⁸⁷ Udvalget påpeger samtidig, at der bør være særlig opmærksomhed på private leverandører inden for barnevernsområdet og specialisthelsetjenesten.³⁸⁸ En anden mulig

³⁸³ Størrelsen af vederlaget (arbejdsgodtgøringen) er uafhængig af barnets alder, mens øvrige udgifter (udgiftsdekning) derimod er aldersinddelt og øges med barnets eller den unges alder.

³⁸⁴ NOU, 2018, s. 116ff

³⁸⁵ NOU, 2020, s. 221

³⁸⁶ NOU, 2020

³⁸⁷ NOU, 2020, s. 431-432

³⁸⁸ NOU, 2020, s. 28

ulempe er, at det kan være ressourcekrævende, især for mindre kommuner, at gennemføre udbud af offentligt finansierede tilbud, ligesom det forudsætter faglig specialistviden om udbudsregler. Her kan kommunerne benytte sig af rådgivning og vejledning fra KSI, jf. også ovenfor.

6.2.3 Sverige

Kommunerne i Sverige kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere tilbud og ydelser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører, herunder bl.a. kommuner, regioner, private leverandører og kommuneejede virksomheder. Se også afsnit 4.1.3 og 4.2.3.

Offentligt finansierede ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, som overlades til private leverandører, udbydes i Sverige efter enten den offentlige udbudslov (lagen om offentlig upphandling, LOU) eller loven om fritvalgssystem (lagen om valfrihetssystem, LOV).³⁸⁹ Der kan desuden ske direkte tildeling uden afholdelse af udbud (direktupphandling). Leverandørerne kan finansieres på forskellig vis. Principielt kan der skelnes mellem tre typer af finansieringsformer, jf. tabel 6.7. Finansieringsformerne kan anvendes i forskellige kombinationer i etableringen af en egentlig finansieringsmodel.

Tabel 6.7 Mulige finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige

Finansieringsform	Betalingsprincip	Eksempel på anvendelsesområde
Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning)	Betaling er uafhængig af forbrug/produktion	Pr. botilbudsplads, uafhængig af, om pladsen er belagt eller ej, dvs. belægningsgrad
Variabel betaling (rörlig ersättning)	Betaling er koblet til forbrug/produktion	Pr. belagt botilbudsplads
Resultat-/målbaseret betaling (målrelaterad ersättning)	Betaling er koblet til opfyldelse af resultater/mål	Pr. opfyldt mål for brugertilfredshed

Note: VIVEs oversættelse af de svenske betegnelser for de tre finansieringsformer er: bevillingsbaseret, variabel samt resultat-/målbaseret betaling. Bevillingsbaseret og variabel betaling synes dog at udtrykke de samme principper, som findes i de danske udgaver af hhv. ramme- og takstfinansiering.

Kilde: Upphandlingsmyndigheten (2016), tilvirket af VIVE.

Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning) indebærer, at leverandøren får en betaling, som i princippet er uafhængig af, hvor meget velfærd der produceres, mens variabel betaling (rörlig ersättning) er direkte koblet til velfærdsproduktionen. I praksis betyder det eksempelvis, at en myndighed (fx kommunen) bærer risikoen for tomgang ved finansiering af leverandøren efter bevillingsbaseret betaling, mens kommunen ikke skal betale leverandøren for evt. tomme pladser ved finansiering efter variabel betaling. Fælles for de to finansieringsformer er, at leverandørens betaling ikke afhænger af, om indsatserne leveres med høj eller lav kvalitet. Resultat-/målbaseret betaling (målrelaterad ersättning) derimod er netop indrettet sådan, at leverandøren betales efter, i hvilken grad leverandøren opfylder aftalte mål for indsatsen. Det kan fx være brugertilfredsheds mål eller progressionsmål.

Ifølge Upphandlingsmyndigheten er de mest anvendte finansieringsformer på det specialiserede socialområde bevillingsbaseret og variabel betaling. Resultat- eller målbaseret betaling anvendes primært i sundhedsvæsenet.³⁹⁰ Principperne for finansieringen af leverandører i prak-

³⁸⁹ Det retlige grundlag for, at kommuner og regioner kan overlade offentligt finansierede opgaver til private leverandører, findes i den svenske grundlov (RF) og kommuneloven (KL) samt i speciallovgivning såsom SoL og HSL.

³⁹⁰ Upphandlingsmyndigheten, 2016

sis vil være en del af kontraktvilkårene i aftalen mellem den offentlige myndighed og leverandøren. Som tilfældet er i Norge – og modsat Danmark – findes der i Sverige ikke nationale bestemmelser for prissætningen af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde.

Overdragelse af opgaver inden for rammerne af mellemkommunalt samarbejde sker typisk mod en eller anden form for godtgørelse. Godtgørelsen kan være monetær, eller der kan ske en byttehandel, hvor parterne i samarbejdet udfører opgaver for hinanden. Udgangspunktet for fastsættelsen af godtgørelsen er som hovedregel leverandørens kostpris (sjælvkostnad), dvs. leverandørens samlede omkostninger ved levering af ydelsen (uden fortjeneste).³⁹¹ Den indbyrdes fordeling af udgifter til opgaver, løst inden for samarbejdet, kan fx ske med udgangspunkt i befolkningstallet. Eksempelvis fremgår det af vedtægter for samarbejdet om dele af socialtjenesten mellem Region Sörmland og fem kommuner i regionen (benævnt 'Vårdförbundet Sörmland'), at udgifter til opgaver, løst inden for rammerne af samarbejdet, skal fordeles mellem deltagerne forholdsvist ud fra befolkningsgrundlaget.³⁹²

Boks 6.2 indeholder et eksempel på en finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad.

Boks 6.2 Eksempel på finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad

Stockholms Stad indførte pr. 1. januar 2010 valgfrihed inden for socialpsykiatrien. Valgfrihedssystemet indebærer, at den enkelte, som bevilliges en indsats, har mulighed for at vælge mellem forskellige leverandører, herunder kommunens egne leverandører og private leverandører.³⁹³ Alle godkendte leverandører kan findes på kommunens hjemmeside.

Finansieringsmodellen på socialpsykiatriområdet er bygget op på den måde, at alle godkendte leverandører får betaling efter et takstsystem, som er inddelt i forskellige niveauer. Taksten skal dække alle leverandørens udgifter, herunder løn, administration, it, husleje mv.

Som et eksempel er finansieringsmodellen for botilbud og bofællesskaber (boende med særskild service och stödboende) baseret på intervaller (ersättningsnivåer), som afspejler den enkeltes støttebehov (vurderet ud fra et pointsystem). Betalingen til private leverandører er højere for at kompensere for, at kommunens egne leverandører kan trække moms fra ved køb af varer og tjenesteydelser, hvilket private leverandører ikke kan. Tabellen nedenfor viser takster for 2021.

Ersättning för insatserna boende med särskild service och stödboende

Ersättning till utförare i egen regi

Ersättning per insatsform	Boende med särskild service 365 dgr (per dygn)		Stödboende 365 dgr (per dag)	
	poäng	ersättning	poäng	ersättning
Nivå 1	0-14	1 122	0-12	329
Nivå 2	16-38	1 364	14-36	433
Nivå 3	40-72	1 479	38-72	543

Ersättning till privata utförare

Ersättning per insatsform	Boende med särskild service 365 dgr (per dygn)		Stödboende 365 dgr (per dag)	
	poäng	ersättning	poäng	ersättning
Nivå 1	0-14	1 150	0-12	336
Nivå 2	16-38	1 398	14-36	442
Nivå 3	40-72	1 514	38-72	555

³⁹¹ SOU, 2017b, s. 47 og 190

³⁹² Vårdförbundet Sörmland, 2020

³⁹³ Stockholms Stad, 2009

Boks 6.2 Eksempel på finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad

Lignende finansieringsmodeller gælder for bostøtte (boendestöd) og beskyttet beskæftigelse (systillsättning). Eksempelvis er takstintervallerne for bostøtte inddelt efter antal timer (1-7 timer, 8-18 timer samt 19 timer og derover).

Brugeres udgifter til personlige assistenter er siden 1997 finansieret ud fra et fast beløb (scha-blonbelopp) pr. time udført personlig assistance. Denne finansieringsmodel kaldes også 'timschablonen'. Timschablonen blev indført for bl.a. at forenkle administrationen af ordningen og begrænse udgiftsudviklingen.³⁹⁴ Regeringen fastsætter hvert år størrelsen af dette standardbeløb, som Försäkringskassan efterfølgende udbetaler. Der findes ingen regler for, hvor stor en del af godtgørelsen, som skal gå til løn og til øvrige udgifter såsom arbejdsmiljø og kompetenceudvikling.³⁹⁵ Mange kommuner følger i deres del af betalingsansvaret det beløbsniveau, staten fastlægger.³⁹⁶

Indretningen af finansieringsmodellen vedrørende personlig assistance, herunder timschablonen, og udgiftsudviklingen på området har gennem årene været genstand for en lang række af undersøgelser og politisk debat.³⁹⁷ Emnet er desuden blevet grundigt behandlet i en offentlig udredning fra 2018.³⁹⁸

Plejevederlag mv.

I lighed med både Danmark og Norge består honoreringen af plejefamilier i Sverige i udgangspunktet af to elementer: vederlag (arvodesersättning) og dækning af udgifter forbundet med plejeopgaven (omkostnadsersättning). Den såkaldte 'omkostnadsersättning' udgøres ligeledes af to dele: dels et fast, aldersfordelt grundbeløb (grundkostnad), dels et beløb til dækning af ekstraudgifter, som beregnes individuelt efter barnets eller den unges evt. særlige behov. Som i Norge kan en plejefamilie i en tidsbegrænset periode modtage et forhøjet vederlag som følge af, at barnet eller den unge har et så stort behov for hjælp og støtte, at det kræver en hjemmegående voksen.

I lighed med både Danmark og Norge er der ikke regler for fastlæggelse af størrelsen af vederlag og dækning af øvrige udgifter. Hvert år udarbejder SKR dog vejledende satser, som kommunerne generelt retter sig efter. Det gælder også netværksplejefamilier (nätverkshem), om end der afhængigt af omstændighederne i visse tilfælde udelukkende gives omkostnadsersättning. Tabel 6.8 viser vejledende godtgørelsessatser pr. måned til en plejefamilie, fordelt på vederlag (arvodesersättning) og dækning af øvrige udgifter (omkostnadsersättning) for 2021. Som det fremgår af tabellen, øges størrelsen af vederlag og dækning af øvrige udgifter, når barnet eller den unge fylder 13 år.

Tabel 6.8 Vejledende månedlige godtgørelsessatser til en svensk plejefamilie, 2021. SEK

		0-12 år	13-19 år
Vederlag (arvodesersättning)	Grundvederlag (grundarvode)	6.503	8.436
	Fast grundbeløb (grundkostnad)	4.363	4.958

³⁹⁴ SOU, 1995

³⁹⁵ Inspektionen för socialförsäkringen, 2012a

³⁹⁶ SKR, 2015 og SOU, 2018, s. 461

³⁹⁷ Fx Statskontoret, 2011; ISF, 2012; Inspektionen för socialförsäkringen, 2012b; SOU, 2012; SOU, 2014; Försäkringskassan, 2015; Socialdepartementet, 2018a

³⁹⁸ SOU, 2018

		0-12 år	13-19 år
Øvrige udgifter (omkostnadsersättning)	Dækning af ekstraudgifter, inkl. fast grundbeløb (Tilläggskostnad högsta skattefria inklusive grundkostnad)	6.148	6.942

Kilde: SKR (2021).

Mulige fordele og ulemper

Der kan identificeres en række mulige fordele og ulemper ved forskellige finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige. Nedenstående gennemgang bygger primært på VIVEs desk research³⁹⁹, til dels også på interviewrunden med videnspersonerne.

En mulig fordel for offentlige myndigheder ved brug af finansieringsformen med bevillingsbaseret betaling (fast ersättning) er, at udgifterne er kendt og aftalt, hvilket understøtter udgiftsstyringen. Omvendt tilskynder bevillingsbaseret betaling ikke leverandøren til høj produktivitet, da leverandøren ikke finansieres efter antallet af producerede enheder.

Finansieringsformen med variabel betaling (rörlig ersättning) indeholder i princippet de modsatte incitamenter, sammenlignet med den bevillingsbaserede betaling. Således indebærer variabel betaling et muligt incitament til leverandøren om høj produktivitet, da leverandøren modtager betaling for hver produceret enhed, hvilket kan være en udfordring for den offentlige myndigheds udgiftsstyring. Derudover kan finansieringsformen give leverandøren et incitament til lave produktionsomkostninger, da leverandøren må holde produktionsomkostningerne inden for den aftalte betaling (fx en takst).

Fælles for den bevillingsbaserede og variable finansieringsform er, at de potentielt kan have negative konsekvenser for kvaliteten af den leverede indsats, da leverandøren grundlæggende har et incitament til at holde kvaliteten af den leverede indsats på et så lavt niveau som muligt for at maksimere fortjenesten. Til sammenligning er finansieringsformen med resultat-/målbaseret betaling (mårelaterad ersättning) i princippet den eneste, som potentielt kan have positiv betydning for kvaliteten af indsatsen. Resultat-/målbaseret betaling kan dog være ressourcekrævende og kompleks at bringe i anvendelse og skal primært ses som en måde, hvorpå mulige ulemper ved andre finansieringsformer kan afhjælpes, jf. nedenfor.

Tabel 6.9 opsummerer identificerede mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsformer.

Tabel 6.9 Mulige fordele og ulemper ved finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige

Finansieringsform	Fordele	Ulemper
Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning)	Fast ramme og dermed gode muligheder for udgiftsstyring for myndighed	Ingen eller begrænset sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver ikke leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer) Modvirker leverandørens incitament til høj produktivitet
Variabel betaling (rörlig ersättning)	Giver leverandøren incitament til høj produktivitet og lave produktionsomkostninger	Ingen eller begrænset sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver ikke leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer) Kan give udfordringer for myndighedsudgiftsstyring

³⁹⁹ Upphandlingsmyndigheten, 2016

Finansieringsform	Fordele	Ulemper
Resultat-/målbaseret betaling (målrelateret ersättning)	Sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer)	Ressourcekrævende og kompleks at anvende

Kilde: Upphandlingsmyndigheten (2016), tilvirket af VIVE

Det er vigtigt at understrege, at Tabel 6.9 tager udgangspunkt i principielle måder at finansiere leverandører på, og at forskellige tiltag kan kompensere for mulige ulemper ved de enkelte finansieringsformer. Eksempelvis kan der sættes en øvre grænse for, hvor mange enheder leverandøren kan få betaling for, hvilket kan understøtte myndighedens udgiftsstyring. En anden væsentlig pointe er, at finansieringsformerne i kombination kan opveje hinandens ulemper og fremme egenskaberne ved en given finansieringsmodel.

6.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Sammenligningen viser, at der er både forskelle og ligheder i den måde, hvorpå leverandører af ydelser og tilbud finansieres på det specialiserede socialområde i de tre lande. Se også kapitel 5.

Et væsentligt fællestræk ved finansieringen af leverandører på området er, at der i alle tre lande er indført en markedslignende struktur, hvor der i stort omfang sker køb af ydelser og tilbud hos eksterne leverandører ud fra mere eller mindre politisk regulerede og forhandlede priser.⁴⁰⁰ I alle tre lande betyder det, at leverandøren som hovedregel betales en takst eller bevilling, som i højere grad er resultatet af en politisk-administrativ beslutning eller forhandling end 'markedets usynlige hånd'.⁴⁰¹ Sammenligningen viser samtidig, at der er forskelle mellem landene i forhold til, hvor tydeligt markedet er, forstået på den måde, at der er forskel på, hvor reguleret markedet for sociale tilbud er i de tre lande. Det ser ud til at påvirke, hvilke finansieringsmodeller, der ses på området, og den prisdannelse, der sker. I Danmark er finansieringsmodeller og takster på området i høj grad reguleret på både nationalt og regionalt niveau, mens det i højere grad er overladt til et 'friere' marked i Norge og (især) Sverige.

Et andet fællestræk ved de tre landes måde at finansiere leverandører på er honoreringen af plejefamilier. I alle landene består honoreringen som hovedregel af vederlag og dækning af øvrige udgifter tilknyttet plejeopgaven, ligesom det i alle tre lande er kommunernes fællesorganisation (KL, KS og SKR), som melder vejledende satser ud. Der er dog forskel på, hvor tæt koblingen er mellem de vejledende takster og honoreringen af plejefamilierne i de tre lande. Forskelle mellem landenes måde at godtgøre plejefamilier på vedrører bl.a. honoreringen af netværksplejefamilier.

Endvidere viser sammenligningen af Norge og Sverige i relation til mellemkommunalt samarbejde, at aftaler på tværs af kommuner – og evt. regionen i Sverige – bl.a. skal indeholde bestemmelser om de økonomiske relationer mellem de samarbejdende parter. Her viser af-dækningen, at en typisk måde at fordele udgifterne til den fælles opgaveløsning på er ved at tage afsæt i befolkningstallet.

⁴⁰⁰ Gregersen, 2013

⁴⁰¹ Gregersen, 2013, s. 89

7 Faglig styring

I dette kapitel fokuseres på landenes brug af faglig styring i relation til hhv. det socialfaglige arbejde i sociale tilbud og den kommunale sagsbehandling. Med faglig styring mener vi lovgivningsbestemte redskaber og krav, ikke-bindende nationale retningslinjer og vejledninger samt nationale instanser, der yder faglig rådgivning til brug i det social- og specialpædagogiske arbejde og myndighedsarbejdet.

I kapitlet beskrives løbende grænseflader til sundhedsområdet, dvs. de dele af sundhedsområdet, der retter sig mod målgrupper, der i Danmark dækkes primært af det specialiserede socialområde. Først beskrives i afsnit 7.1 nationalt fastlagte faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde i Danmark, Norge, Sverige. Dernæst fokuserer vi i afsnit 7.2 på nationale strukturer, der understøtter visitationen i de tre lande. Endelig redegør vi i afsnit 7.3 for krav til kompetencer og uddannelse blandt hhv. socialfagligt personale og sagsbehandlere i landene.

Kapitlets hovedkonklusioner er opsummeret i Boks 7.1.

Boks 7.1 Konklusioner – faglig styring

- I Danmark, Norge og Sverige udarbejder nationale myndigheder faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde. Flertallet af nationalt fastlagte retningslinjer er ikke bindende.
- Danmark, Norge og Sverige har nationale vidensinstanser, der formidler målgruppespecifik viden og yder faglig vejledning til kommuner og fagpersoner på sociale tilbud.
- Danmark er det eneste land, der har en national rådgivningsinstans, VISO, hvor den kommunale myndighed kan søge rådgivning i behandlingen af konkrete borgersager. I Norge og Sverige findes skriftlige nationale vejledninger til den kommunale sagsbehandling.
- I relation til faglige kompetencer blandt socialfagligt personale på sociale tilbud stiller lovgivning i alle tre lande krav om, at de nødvendige kompetencer skal være til stede. Desuden indeholder den norske lovgivning krav til, at kommuner skal tilbyde faglig opkvalificering efter behov og pligt for personalet til at indgå heri, og ledere af institutioner til anbragte børn og unge skal have en treårig uddannelse (høyskoleuddanning) inden for socialfag eller tilsvarende samt tillægsuddannelse i administration og ledelse. I Sverige skal ledere af botilbud for voksne efter LSS og af HVB for anbragte børn, unge og voksne efter SoL have relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau (högskoleutbildning).
- I relation til faglige kompetencer blandt kommunale sagsbehandlere stiller lovgivningen i alle tre lande krav om, at de skal overholde denne, herunder principper for god forvaltning. Sverige har desuden krav til uddannelsesniveau blandt sagsbehandlere på børne- og ungeområdet, hvor der ydes indsatser efter SoL.

7.1 Nationalt fastlagte faglige retningslinjer

I Danmark, Norge og Sverige findes en række nationalt fastlagte retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde, hvilket vi fokuserer på i dette afsnit. Fokus er på nationale retningslinjer, der uddyber lovgivningens bestemmelser, rådgiver om faglige metoder og til-

gange, myndighedssamarbejde samt national vidensopbygning og faglig vejledning i enkeltsager. Afsnittet belyser faglige retningslinjer, der fokuserer på det, der i Danmark er under det specialiserede socialområde jf. afsnit 1.2⁴⁰².

7.1.1 Danmark

I Danmark findes en række nationale faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde. Hovedparten udformes af Socialstyrelsen og nogle i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Under Socialstyrelsen tilbyder Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) desuden rådgivning til kommuner og varetager vidensformidling på det specialiserede socialområde. VISOs rådgivning er målrettet fagpersoner på sociale tilbud og er vejledende i det social- og specialpædagogiske arbejde. Tabel 7.1 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Danmark. Fælles for dem er, at de går på tværs af børne- og voksenområdet. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

Tabel 7.1 Nationale faglige retningslinjer, Danmark

Nationale faglige retningslinjer
<ul style="list-style-type: none"> - Vejledninger til serviceloven beskriver formålet og indholdet af lovens bestemmelser, som er bindende. Kommunale og regionale myndigheder og tilbud samt private tilbud er omfattet af dem. - Nationale handleplaner fokuserer på udvalgte målgrupper, fx for personer med ADHD (udarbejdet af Socialstyrelsen) og demens (udarbejdet af Sundhedsstyrelsen). De indeholder anbefalinger til fx indsatser, er vejledende og målrettet beslutningstagere i såvel kommuner og regioner, men også mod fagprofessionelle i kommunale og private tilbud. - Nationale retningslinjer fokuserer på indsatser, fx social stofmisbrugsbehandling, forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse, rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. De er vejledende, udarbejdes af Socialstyrelsen og skal understøtte kommunerne med at sikre høj kvalitet i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af indsatsen. - Faglige forløbsbeskrivelser på det mest specialiserede socialområde og området for den mest specialiserede specialundervisning. De udgør en faglig ramme for tilrettelæggelsen af kommunernes indsats for en række målgrupper. Forløbsbeskrivelser er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet kommuner og særligt ledere med ansvar for planlægning af indsatser. - Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe. De er vejledende, og Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har sammen udarbejdet generiske modeller for forløbsprogrammer. - Socialtilsynets kvalitetsmodel anvendes til vurdering af kvalitet løbende i sociale tilbud og plejefamilier ved godkendelse af nye tilbud. Kvalitetsmodellen indeholder syv temaer, herunder uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og relationer, målgruppe, metoder og resultater, sundhed og trivsel, som anvendes i kvalitetsstyring i sociale tilbud og plejefamilier. Tilbud forventes at leve op til modellens kvalitetskriterier, og den er målrettet sociale tilbud og plejefamilier. - Handleplaner (serviceloven § 141) udarbejdes til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder. Handleplanen er retningsgivende for indsatsen, som borgere modtager. Den udarbejdes af den kommunale myndighed. - VISO yder faglig rådgivning til kommuner og sociale tilbud, vedrørende generelle udfordringer med specifikke borgergrupper, herunder viden om målgruppen. VISO varetager også generelt vidensformidling om specifikke sociale problemer og målgrupper. Rådgivningen er vejledende, og VISO hører under Socialstyrelsen. - Sundhedsstyrelsen udarbejder nationale handlingsplaner og vejledninger for behandling inden for de enkelte specialer, herunder findes en specialeplan for psykiatri. Specialeplanen er målrettet psykiatrisk behandling på regionale og private sygehuse, og derfor beskriver vi ikke specialeplanen yderligere.

Socialstyrelsen udarbejder nationale retningslinjer, nationale handleplaner og forløbsbeskrivelser. Socialstyrelsens nationale retningslinjer og nationale handlingsplaner er primært rettet mod beslutningstagere i såvel kommuner og regioner, men også mod fagprofessionelle i kommunale og private tilbud. Forløbsbeskrivelser er målrettet kommuner og særligt ledere med

⁴⁰² Denne afgrænsning betyder bl.a., at specialpædagogiske tilbud, der i Norge og Sverige ydes på skoleområdet, ikke er inkluderet i kapitlet.

ansvar for planlægning af indsatser. Desuden har Socialstyrelsen udarbejdet en kvalitetsmodel, som indgår i godkendelsen og løbende kvalitetsvurdering af sociale tilbud og plejefamilier, jf. også afsnit 4.3.⁴⁰³ Tilbuddene forventes at leve op til modellens kvalitetskriterier. I Danmark findes desuden vejledninger til serviceloven, som uddyber formålet med lovens bestemmelser, som er bindende.

Socialstyrelsens nationale handleplaner er vejledende⁴⁰⁴. Der er handleplaner for hhv. ADHD og bekæmpelse af hjemløshed, og de er dermed målrettet diagnoser og sociale problemer. Den nationale ADHD-handleplan indeholder overordnede pejlemærker og anbefalinger for indsatsen, herunder indsatser, hvor der aktuelt er bedst dokumentation for en virkning. Hensigten er at styrke kommuners sociale indsats over for børn, unge og voksne med ADHD⁴⁰⁵.

Socialstyrelsens nationale retningslinjer indeholder anbefalinger, men også beskrivelser af forpligtelser i forhold til lovgivningen, fx om hvilken støtte kommunen skal tilbyde. Der er nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse, rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser og for indsatsen mod hjemløshed. Sidstnævnte er under udarbejdelse⁴⁰⁶. Retningslinjerne er dermed målrettet bestemte sociale problemer og diagnoser og indsatser i relation til målgrupperne. Nationale retningslinjer indeholder beskrivelser af overordnede principper for god praksis, tilrettelæggelse af borgerforløb, indsatser og ydelser, der er kendetegnet som værende af høj kvalitet samt organisatoriske forhold som samarbejde med relevante aktører⁴⁰⁷. I enkelte retningslinjer beskrives endvidere personalekompetencer, jf. også afsnit 7.3.

Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser er vejledende. Forløbsbeskrivelser udarbejdes på det mest specialiserede socialområde⁴⁰⁸, som er omfattet af den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Forløbsbeskrivelser fokuserer på borgere med bestemte diagnoser, fx børn og unge med synsnedsettelse og voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden og vejleder bl.a. i faglige indsatser, viden om målgruppen, organisering og samarbejde mellem centrale myndigheder og aktører⁴⁰⁹. De er redskaber, som kommuner kan anvende i visitationen og tilrettelæggelsen af tilbud til borgere på det mest specialiserede socialområde⁴¹⁰.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har sammen udarbejdet generiske modeller for forløbsprogrammer om psykiske lidelser. Modeller for forløbsprogrammer er vejledende og beskriver rammerne for indsatsen og koordination mellem kommuner og regioners tilbud til borgere. De indeholder beskrivelser af udarbejdelse af fælles afgrænsning af borgergruppen, organisering af arbejdsgange samt rammer for vurdering af borgerens behov for behandling og indsatser. Modeller for forløbsprogrammer er organisatoriske arbejdsredskaber til at understøtte regioner og kommuner i at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen⁴¹¹.

I relation til indsatsen over for den enkelte borger skal kommunen tilbyde at udarbejde en social handleplan (serviceloven § 141). Handleplaner udarbejdes til borgere med betydelig nedsat

⁴⁰³ Socialstyrelsen, 2019b

⁴⁰⁴ Socialstyrelsen, 2017a

⁴⁰⁵ Socialstyrelsen, 2015;2017a; 2020a

⁴⁰⁶ Socialstyrelsen, 2015; 2017c; 2020a

⁴⁰⁷ Socialstyrelsen, 2020a

⁴⁰⁸ Og på området for den mest specialiserede specialundervisning, som ikke er omfattet af denne undersøgelse.

⁴⁰⁹ Socialstyrelsen, 2020b

⁴¹⁰ Socialstyrelsen, 2020e

⁴¹¹ Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2015

fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder. Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes sammen med borgere og beskrive formålet med indsatsen, varighed samt forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv. Handleplanen er retningsgivende for det sociale- og specialpædagogiske arbejde over for den enkelte borger. Ifølge videnspersoner i Danmark er der stor variation i kvaliteten af handleplaner mellem kommunerne og særligt på voksenområdet.

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) under Socialstyrelsen spiller også en rolle i forhold til faglig understøttelse på det specialiserede socialområde. VISO har bl.a. til opgave at producere fagligt vejledningsmateriale, fx om socialpædagogisk bistand til kommuner til brug på kommunale og private sociale tilbud. Materialet kan indeholde den aktuelt bedste faglige viden inden for en bestemt målgruppe eller social problematik, fx udviklingshæmning og udadreagerende adfærd eller opmærksomhedsforstyrrelser hos børn og unge. Det indeholder bl.a. viden om målgruppen, socialfaglige metoder og redskaber til at arbejde med målgruppen og de sociale problematikker. Denne viden formidles dels på den webbaserede 'Vidensportalen', dels på konferencer og seminarer for fagpersoner, som VISO afholder⁴¹².

VISO tilbyder også lokal rådgivning til grupper af personale i kommuner, sociale tilbud og borgere. Borgere med komplicerede sager kan få rådgivning i bl.a. håndtering af hverdagen samt relation til senfølger efter seksuelle overgreb⁴¹³. Rådgivningen til fagpersoner ydes, hvor der er behov for opkvalificering i relation til et bestemt tema inden for det specialiserede socialområde. Rådgivningen foregår over et par temadage og ved møder med fagkonsulenter fra VISO. Den omhandler ikke forløb med enkelte borgere, men generelle udfordringer i forhold til en specifik gruppe borgere, og kan indeholde vejledning om viden om målgruppen og brug af metoder, herunder implementering⁴¹⁴.

7.1.2 Norge

I Norge udarbejder Helsedirektoratet og Bufdir forskellige former for nationale faglige retningslinjer. Bufdir udarbejder retningslinjer i relation til udsatte børn og unge, og Helsedirektoratet udformer retningslinjer inden for social- og sundhedsområdet⁴¹⁵. På opdrag fra Helsedirektoratet har Norge også nationale kompetencetjenester, der varetager national vidensopbygning i relation til målgrupper og yder faglig rådgivning til fagpersoner på sociale tilbud. Tabel 7.2 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Norge. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

⁴¹² Socialstyrelsen, 2021a

⁴¹³ VISO yder ikke rådgivning til borgere om at leve med en diagnose, denne rådgivning leveres af kommunen

⁴¹⁴ Socialstyrelsen, 2019a

⁴¹⁵ I relation til udsatte børn og unge har Oslo Kommune andre opgaver og forpligtelser end andre kommuner jf. afsnit 4.1.2, hvilket også har betydning for nationale faglige retningslinjers relevans for Oslo.

Tabel 7.2 Nationale faglige retningslinjer, Norge

Nationale faglige retningslinjer
Socialt udsatte børn og unge
<ul style="list-style-type: none"> - Vejledninger er målrettet specifikke områder, fx om indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunal myndighed og barnevern. De er vejledende og udarbejdes af Bufdir evt. i samarbejde med andre myndigheder og er målrettet bl.a. kommunale myndigheder og statslige barnevern. - Retningslinjer er målrettet sociale problemer og målgrupper. De er vejledende, men kan indeholde elementer fra lovgivningen, som er bindende. De udarbejdes af Bufdir evt. i samarbejde med andre myndigheder og er målrettet tilbud, kommunale myndigheder og evt. andre myndigheder, fx politi. - Faglige anbefalinger fokuserer på målgrupper og tilgange, fx håndtering af konflikter med anbragte børn og unge. De kan indeholde anbefalinger til faglige tilgange, de er vejledende, udarbejdes af Bufdir og er målrettet tilbud.
På tværs af børne- og voksenområdet
<ul style="list-style-type: none"> - Nationale faglige retningslinjer omhandler ofte problemstillinger, hvor der er stor faglig uenighed og/eller stor variation i praksis. De er rettet mod specifikke diagnoser og samtidige sociale problemer, fx 'ADHD', 'Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer, forebyggelse af selvmord i psykisk helsevern, samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)'. De er vejledende, udarbejdes af Helsedirektoratet og målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Nationale faglige retningslinjer gives på områder med behov for national standardisering. - Nationale faglige råd fokuserer på sociale problemer og indsatser. En del faglige råd retter sig mod det, vi i Danmark kalder almenområdet, fx råd om forebyggelse af selvmord. De er vejledende, udarbejdes af Helsedirektoratet og målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Nationale faglige råd gives på områder, hvor der er ikke er stor faglig uenighed, men hvor der alligevel er behov for at give nationale råd og praktiske eksempler relateret til patienter og befolkning - Pakkeforløb er målrettet patientgrupper og et standardiseret patientforløb, som beskriver organisering af udredning, behandling og opfølgning, kommunikation med patient og pårørende, samt ansvarsplacering og konkrete forløbstider. De udarbejdes af Helsedirektoratet på sundhedsområdet og er målrettet helseforetak. Et pakkeforløb skal om muligt bygge på nationale faglige retningslinjer. - Nationale vejledninger er vejledning til love, forskrifter, prioriteringsvejledninger. De fokuserer på målgrupper og indsatser, fx børn og unge med habiliteringsbehov, helse- og omsorgstjenester til mennesker med udviklingshæmning. De udgives af Helsedirektoratet, er vejledende og er målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. - Rundskriv indeholder beskrivelser af, hvordan love og forskrifter skal fortolkes og forstås. De fokuserer på målgrupper og indsatser. Dele, der omhandler fx kommunens forpligtelser, er bindende, men der er også anbefalinger heri. De er målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak og udarbejdes af departementer, dvs. staten. - Forskrifter til loven omhandler indsatser efter loven. De vedtages af regeringen og er bindende for private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. - Nationale kvalitetsindikatorer anvendes til at beskrive kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og omhandler fx indsatser til bestemte målgrupper og ventetid på tildeling af indsatser. De udarbejdes af Helsedirektoratet, er ikke bindende og lokale ledere kan bruge indikatorer i kvalitetsforbedring af tilbud. Flertallet af indikatorer findes på sundhedsområdet. - Nationale kompetencetjenester yder faglig rådgivning inden for bestemte diagnoser og sociale problemer. Nogle kompetencetjenester er specifikt rettet mod kommunale tilbud på et specifikt fagområde, fx psykisk helsearbejde. De er målrettet fagpersoner og borgere, er vejledende og arbejder på opdrag fra Helsedirektoratet. - Individuel plan (helse- og omsorgstjeneloven § 7-1) skal udarbejdes til borgere, der modtager længerevarende og flere samtidige tilbud, herunder fra helse- og omsorgstjeneste og regionale helseforetak. Den er retningsgivende for indsatsen og skal koordinere borgerens indsatser på tværs af instanser og lovgivning. Den udarbejdes af den kommunale myndighed, med mindre borgere kun modtager indsatser fra regionale helseforetak.

I relation til anbragte børn og unge (barnevernsområdet) har Bufdir udformet nogle vejledninger og retningslinjer, bl.a. i samarbejde med andre myndigheder som politidirektoratet. Vejledningerne er fx målrettet den kommunale myndighed, det statslige barnevern, tilbud og andre myndigheder, fx politi. Vejledninger fokuserer på bestemte områder, fx om indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunal myndighed og barnevern. Retningslinjer fokuserer på sociale

problemer og målgrupper. Både vejledninger og retningslinjer er vejledende, men kan indeholde elementer fra lovgivningen, som er bindende⁴¹⁶. Bufdir har også udarbejdet faglige anbefalinger, der er målrettet sociale tilbud. De er vejledende og omhandler fx faglige tilgange til at håndtere konflikter med anbragte børn og unge⁴¹⁷.

Inden for helse- og omsorgstjenesten, herunder børne- og voksenområdet, har Helsedirektoratet udarbejdet 'nasjonale faglige retningslinjer', 'nasjonale vejledere' og 'nasjonale faglige råd', som er målrettet private aktører, kommunale tilbud, kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Helsedirektoratet udarbejder også nationale kvalitetsindikatorer i relation til helse- og omsorgstjenester, som bl.a. er målrettet ledere af sociale tilbud⁴¹⁸. Hovedparten af kvalitetsindikatorer er henvendt til sundhedsområdet. Desuden findes i Norge på Helsedirektoratets opdrag 'nationale kompetencetjenester', som omtalt i afsnit 5.1. Desuden udformer helsedirektoratet 'pakkeforløp', på sundhedsområdet. Forskrifter til lovgivningen vedtages af regeringen og er bindende og 'rundskriv' udarbejdes af de respektive departementer og indeholder beskrivelser af, hvordan love og forskrifter skal fortolkes og forstås. Dele er bindende, mens andre dele af rundskriv er anbefalinger⁴¹⁹.

'Nasjonale faglige retningslinjer' er vejledende, men det beskrives, at de bør være styrende i tilbud.⁴²⁰ De indeholder bl.a. vejledning om udredning, behandling, herunder socialfaglige metoder og baggrundsviden om målgruppen. De er rettet mod specifikke diagnoser og sociale problemer, fx ADHD, rusmiddelproblemer og afhængighed, samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) samt tidlig opsporing af udsatte børn og unge⁴²¹. Nationale faglige retningslinjer gives på områder med behov for national standardisering. Dette omhandler ofte problemstillinger, hvor der er stor faglig uenighed eller stor variation i praksis.

'Nasjonale faglige råd' er ligeledes vejledende, men bør være styrende i tilbud⁴²². De indeholder beskrivelser af bl.a. udredning, faglige metoder, samarbejde, herunder med pårørende. En del af rådene er målrettet det, vi i Danmark betragter som sundheds- eller almenområdet, fx fysisk aktivitet blandt børn og unge. Andre råd vedrører sociale problemer og indsatser, bl.a. rusmiddelbrug og voldsrisikovurdering ved psykiske lidelser. Nasjonale faglige råd gives på områder, hvor der er ikke er stor faglig uenighed, men hvor der alligevel er behov for at give nationale råd og praktiske eksempler relateret til patienter og befolkning.

I relation til generel faglig vidensopbygning og faglig vejledning i enkeltsager har Norge 20 'nasjonale kompetansetjenester' og 'kompetanscentre' inden for helse-, omsorgs- og velfærdstjenesten og specialhelsetjenesten. Kompetencetjenesterne og -centrene er fordelt på forskellige fagområder. De skal sikre national vidensopbygning og vidensdeling inden for et afgrænset fagområde og være en ressource for tilbud og forebyggende indsatser i kommuner, specialhelsetjeneste og barnevernet⁴²³. De vejleder borgere og pårørende bl.a. i viden om diagnoser og indsatser samt kommuner og regionale helseforetak i at styrke det lokale arbejde,

⁴¹⁶ Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016; KS, Bufdir, & BLD, 2010

⁴¹⁷ Bufdir, 2019

⁴¹⁸ Helsedirektoratet, 2020a

⁴¹⁹ I Norge har NAV etableret en række satsningsområder, hvor de arbejder med udviklingsprojekter. På satsningsområderne arbejder NAV bl.a. med at beskrive indsatser til bestemte målgrupper og sociale problemer samt anbefalinger til socialfaglig praksis. Nogle af disse målgrupper og områder er under, hvad der betegnes som det specialiserede socialområde i Danmark, fx vold i nære relationer med fokus på børn, unge og voksne samt indsatser over for udsatte unge NAV (2021).

⁴²⁰ Helsedirektoratet, 2019c

⁴²¹ Helsedirektoratet, 2021

⁴²² Helsedirektoratet, 2019c

⁴²³ Helsedirektoratet, 2019b.

fx implementering af indsatser som ACT-teams og Housing First⁴²⁴. En del af tjenesterne vedrører alene sundhedsområdet og er placeret i Specialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel på en national kompetencetjeneste under specialisthelsetjenesten er Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD)⁴²⁵. NKSD blev oprettet i 2013 og skal bidrage til, at personer med udvalgte sjældne diagnoser modtager et helhedsorienteret og individuelt tilpasset tilbud gennem bl.a. formidling af viden om sjældne diagnoser. Under NKSD hører ni kompetencecentre med forskellige faglige profiler, herunder Kompetencecenter for sjeldne diagnoser (FRAMBU). 8 ud af de 9 centre er tilknyttet et sygehus i sundhedsregionerne, mens et enkelt er en privat institution. Centrene skal ikke yde pleje, behandling eller lignende, men har som de øvrige kompetencetjenester primært til opgave at sikre national vidensopbygning inden for et specifikt fagområde. Andre kompetencecentre omhandler socialområdet, hvilket her dækker over det, der i Danmark ligger inden for socialområdet. De er målrettet diagnoser og sociale problemer, og nogle er specifikt rettet mod kommunale tilbud på et specifikt fagområde, fx udviklingshæmning (NAKU) og psykiske helsearbejde (NAPHA).

Når kommunen tildeler længerevarende og flere samtidige tilbud, skal kommunen udarbejde en individuel plan, som er retningsgivende for indsatsen. Borgeren har ret til at deltage i arbejdet med planen, og pårørende skal inddrages i det omfang, borgeren og pårørende ønsker det. I planen skal borgerens forskellige tilbud koordineres på tværs af lovgivning og instanser (fx specialisthelsetjenesten). Den individuelle plan skal bl.a. indeholde beskrivelse af borgerens mål, ressourcer, støttebehov, den koordinerende fagperson, oversigt over aktuelle indsatser og deres gennemførelse. Ansvar for at udfærdige planen er placeret hos kommunen, som også er ansvarlig for at samarbejde derom med de relevante instanser⁴²⁶. Ifølge videnspersoner er de individuelle planer til tider ret generelle og anvendes i begrænset omfang i praksis.

7.1.3 Sverige

I Sverige udformer Socialstyrelsen nationale faglige retningslinjer inden for social- og sundhedsområdet. Desuden findes en række 'nationale kompetens- og kundskabscentre', der yder ekspertstøtte og formidler viden til fagpersoner inden for et specifikt fagområde. Tabel 7.3 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Sverige. Fælles for dem er, at de går på tværs af børne- og voksenområdet. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

⁴²⁴ NAPHA, 2021

⁴²⁵ Andre eksempler er Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (NKTSB) samt Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

⁴²⁶ Helsedirektoratet, 2020b

Tabel 7.3 Nationale faglige retningslinjer, Sverige

Nationale faglige retningslinjer
<ul style="list-style-type: none"> - Föreskrifter og Allmänna råd vedrører bredt kommuners arbejde på socialområdet, herunder sagsbehandling, styringssystemet for kvalitet i sociale tilbud, socialtjenestens arbejdsopgaver på børne- og ungeområdet. Föreskrifter indeholder 'skal'-regler, dvs. regler, som stiller absolutte krav, men der forekommer også i et vist omfang 'bør'-regler i föreskrifter. Allmänna råd giver generelle anbefalinger om, hvordan föreskrifter kan eller bør anvendes i forskellige henseender. De er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet regioner, private og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud. - Handböcker fokuserer på indsatser til specifikke målgrupper. De er et supplement til lovgivning, föreskrifter og allmänna råd, er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet regioner, private og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud. - Nationella riktlinjer fokuserer på målgrupper og sociale problemer, fx for misbrug og afhængighed samt depression og angst. De er udarbejdet af Socialstyrelsen, er vejledende og målrettet beslutningstagere i bl.a. socialtjenesten samt ledere af tilbud. - Nationella kunskapsstöd findes på social- og sundhedsområdet og varetages af Socialstyrelsen. De er vejledende, kan indeholde anbefalinger til indsatser og fokuserer på specifikke målgrupper og sociale udfordringer. Nationella kunskapsstöd er en del af den statslige kundskabstyring. - Nationellt programområde (NPO) findes primært på sundhedsområdet. Der er et programområde for psykisk hälsa, hvor der udformes nationella vård- og indsatsprogram (NVI). Det indeholder beskrivelser af den faglige tilgang og indsats over for specifikke målgrupper og er målrettet tilbud i kommuner og regioner. Programområdernes indhold er vejledende og udarbejdet af nationale arbejdsgrupper med repræsentanter fra kommuner og regioner på opdrag af SKR. - Nationella kompetens- og kunskapscentre formidler ekspertstøtte og viden inden for fagområder, fx døvblinde og sjældne diagnoser. De er vejledende, Socialstyrelsen er opdragsgiver, og de er målrettet fagpersoner bl.a. inden for medicinbrug, jura, habilitering og rehabilitering, brug af hjælpemidler. - Individuell plan til borgere med tilbud efter LSS og samordnad individuell plan (SIP) til borgere med tilbud fra den kommunale socialtjeneste og det regionale sundheds- og sygehusvæsen. Planen udarbejdes af myndigheden, og den er retningsgivende for borgerens tilbud samt ansvarsfordeling mellem de involverede myndigheder.

Socialstyrelsen udarbejder forskrifter, generelle råd, håndbøger og nationale retningslinjer (föreskrifter, allmänna råd, handböcker og nationella riktlinjer). Sidstnævnte er rettet mod beslutningstagere i bl.a. socialtjenesten samt ledere af tilbud, mens de resterende er rettet mod regioner, private aktører og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud. Forskrifter, generelle råd, håndbøger og nationale retningslinjer udarbejdes også på sundhedsområdet af Socialstyrelsen⁴²⁷. I Sverige findes 26 nationale programområder (NPO), hvoraf flertallet er på sundhedsområdet. Arbejdet med programområderne ledes af sjukvårdsregionerna (sundhedsregionerne), og SKR bistår med processtøtte. Herunder findes det nationale programområde for psykisk sundhed ('psykisk hälsa'), hvor der udformes nationale pleje- og indsatsprogrammer ('nationella vård- och indsatsprogrammer', NVI), som er målrettet kommuner og regioner.

Forskrifter ('föreskrifter') er bindende og stiller absolutte krav, men det forekommer også i et vist omfang 'bør'-regler i forskrifter. Generelle råd ('allmänna råd') giver generelle anbefalinger om, hvordan forskrifter kan eller bør anvendes i forskellige henseender⁴²⁸. Forskrifter og generelle råd omhandler bredt kommuners arbejde på socialområdet, herunder sagsbehandling, styringssystemet for kvalitet i sociale tilbud, samordning af indsatser i forhold til habilitering og rehabilitering, kompetenceniveau blandt personale, der yder støtte til mennesker med funktionsnedsættelser, socialtjenestens arbejdsopgaver på børn og unge-området samt de sociale myndigheders arbejde med vold i nære relationer⁴²⁹. Forskrifter og generelle råd indeholder

⁴²⁷ På sundhedsområdet udformer Socialstyrelsen desuden nationale kliniske retningslinjer bl.a. inden for psykiatrisk behandling.

⁴²⁸ Socialstyrelsen, 2019e

⁴²⁹ Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

Senaste version av SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer Socialstyrelsen i Sverige, 2019f.

krav og råd til samarbejde mellem instanser, processer for kommunal styring, udredning, og udbuddet af indsatser.

Nationale retningslinjer ('nationella riktlinjer') er vejledende og indeholder beskrivelser af myndighedsansvar, samarbejde mellem instanser, indsatser og omsorgsindikatorer. De fokuserer på specifikke målgrupper, herunder en del målgrupper, der i Danmark er dækket af sundhedsområdet samt socialområdet. Inden for psykisk hälsa fokuserer de nationale retningslinjer bl.a. på misbrug og afhængighed, depression, angst og skizofreni⁴³⁰, som i Danmark falder inden for det specialiserede socialområde. Der etableres retningslinjer på områder med en vis volumen i relation til målgruppe og ressourceforbrug.

Socialstyrelsens håndbøger ('handböcker') er et supplement til forskrifter og generelle råd på et givent område og kan indeholde beskrivelser af lovgivning. Supplerende beskrivelser af forskrifter og lovgivning indeholder forpligtelser, og beskrivelser af generelle råd indeholder vejledninger. Håndbøger supplerer med fakta og faglig viden om målgruppen, lovgivning, sagsbehandling, samt hvilke lovgivningsbestemte indsatser målgruppen skal tilbydes. Håndbøger fokuserer på støtte til specifikke målgrupper, fx børn og unge med funktionsnedsættelser, børn og unge, der begår kriminalitet, samt botilbud for voksne⁴³¹.

Socialstyrelsen varetager desuden national kundskabsstøtte ('nationella kunskapsstöd') på social- og sundhedsområdet. National kundskabsstøtte er en del af statslig kundskabsstyring, og formålet er at fremme vidensbaserede indsatser og arbejde på disse områder⁴³². National kundskabsstøtte er vejledende og kan indeholde anbefalinger til indsatser. Den nationale kundskabsstøtte er målrettet fagpersoner samt ledere af tilbud på socialområdet. Der er fx national kundskabsstøtte om forebyggelse af udadreagerende adfærd i tilbud efter LSS⁴³³ og om omsorg, grænsesætning og voldsforebyggende arbejde blandt anbragte børn og unge på HVB-hjem⁴³⁴. National kundskabsstøtte formidles bl.a. på den webbaserede vidensbase 'Kunskapsguiden', som varetages af Socialstyrelsen. Her kan fagpersoner og andre finde målgruppespecifik information, fx om brugerinddragelse og organisering af socialtjenesten. På Kunskapsguiden er forskellige publikationer fra Socialstyrelsen samt andre offentlige myndigheder og organisationer som SKR.

Under det nationale programområde for psykisk hälsa findes nationella vård- og indsatsprogrammer, som primært er på sundhedsområdet, men som også dækker indsatser på det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde⁴³⁵. Programmerne er vejledende og bygger bl.a. på nationale retningslinjer og indeholder beskrivelser af den faglige tilgang og indsats over for specifikke målgrupper. For eksempel beskrivelser af målgruppen, herunder personalets kommunikation med borgerne, udredning, indsatser og behandling. Der findes bl.a. programmer for depression- og angstsyndrom samt skizofreni og lignende tilstande⁴³⁶ samt for habilitering

⁴³⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2018a; 2019a

⁴³¹ Socialstyrelsen i Sverige, 2020f
Socialstyrelsen, 2020g

⁴³² Under den statslige kundskabsstyring er en række råd, der samarbejder om kundskabsstyring, herunder 'Rådet för statlig styrning med kunskap' (bestående af myndighedschefer på nationalt niveau), 'Huvudmanngruppen' (bestående af repræsentanter fra regioner og kommuner) samt et partnerskab, hvor Socialstyrelsen, SKR og Regional samverkan och stödstruktur (RSS), der er nationale støttestruktur for regioner. 'Huvudmanngruppen' skal informere 'Rådet för statlig styrning med kunskap' om områder, hvor kommuner og regioner har behov for kundskabsstyring se' Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst'.

⁴³³ Socialstyrelsen i Sverige, 2015a

⁴³⁴ Socialstyrelsen i Sverige, 2019b

⁴³⁵ <https://www.vardochinsats.se/>

⁴³⁶ <https://www.vardochinsats.se/>. Andre eksempler er NPO Psykisk hälsa, NPO Rehabilitering og NPO Habilitering och försäkrings-medicin.

og rehabilitering, hvilket inkluderer dele af det, der i Danmark betegnes som specialpædagogiske indsatser til borgere med funktionsnedsættelser. Nogle programmer er under udarbejdelse. Under NPO Sällsynta sjukdomar er der opbygget Centrum för sällsynta diagnoser i Samverkan (CSD). CSD har overvejende fokus på sundhedsområdet, men socialområdet berøres også bl.a. i relation til udarbejdelse af individuel plan⁴³⁷.

I Sverige findes en række nationale 'kompetens- og kunskapscentre', hvis formål er at yde ekspertstøtte og formidle viden inden for et specifikt fagområde. Der er kompetence- og kundskabscentre om ernæring i skole- og omsorgssektoren, men der er også centre for bl.a. døvblinde, sjældne diagnoser samt evidensbaserede psykosociale indsatser⁴³⁸. De nationale kompetence- og kundskabscentre formidler information til borgere om indsatser og yder bred faglig vejledning til fagpersoner bl.a. inden for medicinbrug, jura, habilitering og rehabilitering, brug af hjælpemidler samt kurser. Desuden samler og formidler de faglig viden om fx døvblindhed og arbejder for systematisk metodeudbredelse, fx ved at udarbejde forskningsoversigter⁴³⁹.

I relation til indsatsen over for den enkelte borger skal kommunen tilbyde en individuel plan til borgere, som modtager indsatser efter LSS (§ 10)⁴⁴⁰, og planen skal oprettes i samråd med borgeren. En koordinerende individuel plan (SIP) tilbydes borgere, der modtager tilbud fra den kommunale socialtjeneste og det regionale sundheds- og sygehusvæsen (SoL kap. 2, § 7). SIP skal, når det er muligt, udarbejdes sammen med borgere, og nærtstående skal tilbydes at indgå i udarbejdelsen. Begge typer af planer er retningsgivende for den indsats, borgeren modtager. En individuel plan indeholder besluttede, planlagte indsatser, og derudover indeholder SIP også ansvarsfordeling mellem myndigheder i forhold til indsatsen⁴⁴¹.

7.1.4 Sammenligning på tværs af lande

Overordnet set ligner Danmark, Norge og Sverige hinanden i forhold til brug af nationalt fastlagte retningslinjer. I alle tre lande udarbejder myndigheder sådanne retningslinjer, som er rettet mod kommunale, regionale og private aktører. Flertallet af de nationalt fastlagte retningslinjer er ikke bindende med undtagelse af beskrivelser af lovgivningen, fx i vejledning til serviceloven og forskrifter.

Desuden skal borgere tilbydes handleplaner eller individuelle planer i alle tre lande, når de modtager kommunale indsatser. Planen regulerer tilbuddets arbejde med den enkelte borger. Til forskel fra Danmark indeholder planen i Norge og Sverige beskrivelser af ansvarsfordelingen mellem de involverede myndigheder og regulerer også myndighedernes samarbejde.

I alle tre lande findes endvidere nationale videns- og rådgivningsinstanser, som kommuner og fagpersoner på sociale tilbud kan søge vejledning hos i det social- og specialpædagogiske arbejde med specifikke målgrupper. I Danmark varetages den faglige rådgivning samlet af VISO, mens rådgivningen er opdelt på målgruppespecifikke centre i Norge og Sverige.

⁴³⁷ CSD i Samverkan, 2016

⁴³⁸ NKA, 2016

⁴³⁹ Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor, 2021

⁴⁴⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2018b, s. 68

⁴⁴¹ Interview med videnspersoner i Sverige indeholder ikke information om anvendelsen af individuel plan og SIP i praksis, hvilket derfor ikke er beskrevet i denne rapport.

7.2 Retningslinjer for og understøttelse af myndighedsarbejdet

Dette afsnit belyser, i hvilken grad Danmark, Norge og Sverige har nationale strukturer, der understøtter myndighedsarbejdet, herunder visitation til tilbud på det specialiserede socialområde. Vi fokuserer på nationale instanser og retningslinjer, som kan støtte den kommunale sagsbehandling, herunder i sager med komplekse problemstillinger.

7.2.1 Danmark

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) tilbyder bl.a. rådgivning til den kommunale myndighed i sagsbehandling i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på det specialiserede socialområde, herunder børn, unge og voksne (serviceloven § 13). Rådgivningen indebærer vejledende udredning til kommuner i enkeltsager, hvor man ikke kan forvente, at den enkelte kommune har den nødvendige ekspertise til at behandle sagen. Rådgivningen kan omhandle vejledning om socialfaglig kvalitet i sagsbehandlingen i sager med bl.a. højkonflikt, samarbejdsvanskeligheder, komplicerede problemstillinger, langvarige forløb og andet.

Rådgivningen er målrettet en eller flere sagsbehandlere og ledere på myndighedsniveauet i kommunerne på børne- og voksenområdet. Rådgivningen kan være målrettet en enkelt sag eller flere sager med udfordringer, der ligner hinanden. Så vidt muligt inddrages borgeren også i rådgivningsforløbet for at give sit perspektiv på sagen. Formålet med forløbet er, at den kommunale myndighed får viden om, hvordan de kan håndtere sagen, og sammen med borgeren, evt. pårørende og andre centrale parter får lagt en plan for borgerens fremtidige forløb⁴⁴².

Et rådgivningsforløb kan vare op til 8 måneder. VISO har tilknyttet en række eksterne leverandører, som er fageksperter i forhold til specifikke diagnoser og sociale problemstillinger. Disse eksterne leverandører yder rådgivningen. Rådgivning fra VISO er gratis for kommunerne, der skal ansøge om et rådgivningsforløb, hvorefter VISO vurderer, om det bevilliges. Rådgivning fra VISO er vejledende og skal understøtte kommunens grundlag for at træffe beslutninger⁴⁴³. Det er altid kommunen, der som myndighed træffer beslutninger i hver sag⁴⁴⁴.

7.2.2 Norge

I Norge findes ikke en national instans, som understøtter visitationen i kommunerne. Overordnet er kommunerne i Norge underlagt et ansvar for selv at følge op på sagsbehandlingen og sørge for, at den følger lovgivningen (Helse- og Omsorgstjenesteloven § 3-1). Derudover har Helsedirektoratet udarbejdet nationale retningslinjer for sagsbehandling i relation til tildeling af ydelser efter helse- og omsorgstjenesteloven⁴⁴⁵ (for yderligere beskrivelse se afsnit 7.3). Imidlertid har statsforvalteren en vejledningspligt over for kommunerne. Ud fra interview med enkelte videnspersoner i Norge henvender kommuner sig til statsforvalteren for at få rådgivning til sagsbehandling i konkrete sager, fx inden de træffer afgørelse om støtte. Videnspersoner i Norge forklarer også, at der er en del sparring mellem forskellige kommuner i relation til sagsbehandling.

⁴⁴² Socialstyrelsen, 2019a

⁴⁴³ Socialstyrelsen, 2019a

⁴⁴⁴ Socialstyrelsen, 2021c

⁴⁴⁵ Helsedirektoratet, 2017

7.2.3 Sverige

Som i Norge har vi ikke fundet en national instans i Sverige, som understøtter den kommunale visitation med rådgivning på samme måde som VISO i Danmark. Imidlertid har den svenske socialstyrelse udarbejdet håndbøger⁴⁴⁶ og forskrifter og generelle råd⁴⁴⁷ om dokumentation og sagsbehandlingen inden for den kommunale socialtjeneste (for yderligere beskrivelse se afsnit 7.3). Desuden har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bl.a. til opgave at informere ansatte inden for socialtjenesten. For eksempel har IVO foretaget undersøgelser og udgivet rapporter om den kommunale sagsbehandling⁴⁴⁸, som omhandler sagsbehandling generelt.

7.2.4 Sammenligning på tværs af lande

Danmark er det eneste af de tre lande, hvor der er en national enhed, VISO, hvor den kommunale myndighed kan søge specifik vejledning i sagsbehandling af komplekse enkeltsager. I Norge og Sverige findes nationale retningslinjer og vejledninger til sagsbehandling, som giver generel information om sagsbehandling, og som sagsbehandlere kan anvende i deres arbejde.

7.3 Krav til uddannelse og kompetencer

I dette afsnit fokuserer vi på krav til uddannelse og kompetencer blandt hhv. socialfagligt personale og sagsbehandlere i Danmark, Norge og Sverige. Under hvert land beskrives først krav til socialfagligt personale og dernæst til sagsbehandlere og til sidst sammenlignes på tværs af landene.

7.3.1 Danmark

Socialfagligt personale

Krav til kvaliteten i sociale tilbud i Danmark beskrives i lov om socialtilsyn (§ 6). Heri fremgår det, at en betingelse for godkendelse og drift af sociale tilbud er, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet, herunder organisation og ledelse samt kompetencer. Ved godkendelse af tilbud anvender Socialtilsynet den lovbestemte kvalitetsmodel, som består af syv temaer, jf. også afsnit 4.3.1. I henhold til temaet 'Organisation og ledelse' er det en væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud, at der er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. I henhold til temaet 'Kompetencer' er det afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender samt borgernes aktuelle behov.

Hos KOMPONENT – Kommunernes Udviklingscenter kan ledere og socialfagligt personale endvidere modtage kompetenceudvikling. KOMPONENT er en sammenlægning af COK – Center for Offentlig Kompetenceudvikling, KLK (KL's Konsulentvirksomhed) og KL Ledelsespolitik. KOMPONENT tilbyder bl.a. opkvalificering af ledere på socialområdet, fx i relation til økonomistyring og af socialfagligt personale bl.a. i faglige metoder gennem afholdelse af kurser, uddannelser, konferencer og temadage samt læringsforløb afholdt i enkelte kommuner. Endvidere udbyder Socialstyrelsen temadage og kurser for ledere på socialområdet, socialfagligt personale og sagsbehandlere, og i samarbejde med Ankestyrelsen tilbyder Socialstyrelsen

⁴⁴⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2015b

⁴⁴⁷ Socialstyrelsen i Sverige, 2019f

⁴⁴⁸ Se fx, IVO, 2016

via Task Force rådgivning og kompetenceudvikling til kommuner i relation til udsatte børn og unge og på handicapområdet for børn og voksne⁴⁴⁹. Desuden udbyder professionshøjskoler videreuddannelse på socialområdet.

Sagsbehandlere

Kommunale sagsbehandlere skal naturligvis overholde den danske lovgivning. I forvaltningsloven stilles krav til kommunal sagsbehandling vedrørende fravær af inhabilitet, tavshedspligt samt til måden, afgørelser udformes på (kap. 2, kap. 6, kap. 8). For eksempel skal de være skriftlige og indeholde en begrundelse. Den kommunale myndighed er ansvarlig for, at en sag er tilstrækkelig belyst. Derudover er der ikke identificeret krav til uddannelse og kompetencer for kommunale sagsbehandlere i Danmark.

Derudover kan kommunale sagsbehandlere modtage kompetenceudvikling hos KOMPONENT – Kommunernes Udviklingscenter. KOMPONENT tilbyder bl.a. opkvalificering af sagsbehandlere på socialområdet gennem afholdelse af kurser, uddannelser, konferencer og temadage samt læringsforløb afholdt i enkelte kommuner. Socialstyrelsen udbyder endvidere efter- og videreuddannelse på børn og unge-området med det sigte at styrke sagsbehandlingen. Kommunale ledere, sagsbehandlere og socialfagligt personale, der beskæftiger sig med opsporing af udsatte børn og unge, kan modtage kurser og tilskud til efteruddannelse, fx diplomuddannelser på børn og unge-området.

7.3.2 Norge

Socialfagligt personale

I Norge indeholder lovgivningen krav til kompetencer og opkvalificering af personale. I helse- og omsorgstjenesteloven (§ 8-2) samt specialisthelsetjenesteloven (§ 3-10) beskrives det som et krav, at hhv. kommunen og regionale helseforetak sørger for, at personale på deres tilbud har de nødvendige kompetencer. På børn og unge-området specificeres desuden krav til uddannelsesniveau blandt ledere af institutioner til anbragte børn og unge. De skal have en tre-årig uddannelse (høyskoleuddanning) inden for socialfag eller anden tilsvarende uddannelse samt tillægsuddannelse i administration og ledelse ⁴⁵⁰.

Desuden omfatter lovgivningen krav til, at myndigheden (kommunen eller Specialisthelsetjenesten) sørger for, at personale modtager opkvalificering, når der er behov for det (Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 og § 8-2, Specialisthelsetjenesteloven § 3-5 og § 3-7a). Kravet om opkvalificering gælder både personale i egne tilbud og personale hos private leverandører. Samtidig er personalet forpligtet til at deltage i videreuddannelse, som er nødvendig for at opretholde deres faglige kompetencer.

For at understøtte kommunerne i at give specialiserede indsatser på det pædagogiske område, herunder til børn, unge og voksne, har Kunnskabedepartementet oprettet 'Statlig specialpædagogisk tjeneste' (Staped). Staped giver ydelser, fx kurser til fagpersoner og borgere. Målgruppen blandt borgerne er personer med erhvervet hjerneskade, døvblinde, tale- og høreproblemer. Formålet er, at borgere skal støttes til at mestre eget liv i forhold til uddannelse, arbejdsliv og samfundsdeltagelse. Endvidere udbyder Helsedirektoratet en række kurser på sundhedsområdet samt på de områder, der i Danmark hører under socialområdet, fx i unges rusmiddelbrug. Kurserne er målrettet ledere og socialfagligt personale afhængigt af kursets fokus⁴⁵¹.

⁴⁴⁹ <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/>

⁴⁵⁰ Barne- og familiedepartementet, 2008, § 5

⁴⁵¹ <https://www.helsedirektoratet.no/konferanser>

Uddannelsesinstitutioner i Norge, fx OsloMet, tilbyder efter- og videreuddannelse inden for socialområdet, og Helsedirektoratet udbyder kurser, hvoraf nogle fokuserer på det, der i Danmark er under socialområdet, fx borgere med psykiske vanskeligheder. Kurserne er målrettet fagpersoner i kommuner, specialhelsetjenesten og sociale tilbud⁴⁵².

Sagsbehandlere

Kommunale sagsbehandlere i Norge skal naturligvis følge forvaltningsloven, hvilket indebærer krav om fx fravær af inhabilitet, og at sagsbehandleren skal udrede sagen og sørge for, at alle relevante forhold er belyst inden afgørelse (forvaltningsloven kap. 2, kap. 3). Endvidere har Helsedirektoratet udarbejdet en vejledning for sagsbehandling i relation til helse- og omsorgstjenesteloven⁴⁵³. Heri beskrives et krav om forsvarlighed, som sagsbehandlere skal leve op til. Det betyder bl.a., at der skal foretages nødvendige udredninger, at alle parter skal høres i sager, der vedrører dem, samt at borgere får de rette tilbud til rette tid og i tilstrækkeligt omfang. Se også afsnit 2.4.2.

I relation til udsatte børn og unge indeholder Saksbehandlingsrundskrivet⁴⁵⁴ retningslinjer for sagsbehandlingen. Heri beskrives fx afgørelse af, hvem der er part i en sag, herunder barn og forældre, samt krav til, hvilke undersøgelser der skal gennemføres under sagsbehandlingen. Eksempelvis er der krav om brug af eksterne fagpersoner som psykologer eller læger, der har gennemført et toårigt uddannelsesforløb for at kunne fungere som sagkyndig i anbringelses-sager.

7.3.3 Sverige

Socialfagligt personale

Den svenske lovgivning, LSS og SoL, indeholder krav til personalets kompetencer. I LSS (§ 6) stilles generelle krav til, at sociale tilbud og indsatser skal have det nødvendige personale for at yde god støtte. I SoL (kap. 3, § 3) beskrives krav til, at personalet skal have adækvat erfaring og uddannelse, dog ikke en specifik uddannelse, for at sikre god kvalitet i indsatserne. For ledere af botilbud (gruppobostad og servicebostad) for voksne efter LSS (§ 9) stilles krav om relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau (høgskoleuddannelse)⁴⁵⁵. For ledere af HVB (Hem för vård eller boende) efter SoL (kap. 6, § 1) til anbragte børn og unge samt udsatte voksne gælder samme uddannelseskrav samt om erfaring fra lignende virksomhed og generelt være personlig egnet. Derudover skal personale i HVB, der behandler med en given metode, have relevant uddannelse dertil⁴⁵⁶.

Socialstyrelsen udbyder kurser, hvoraf nogle fokuserer på det, som i Danmark ligger inden for socialområdet, fx børns oplevelse af at bo på familiehjem. Kurserne er målrettet bl.a. ledere og socialfagligt personale afhængigt af kursets indhold⁴⁵⁷.

Sagsbehandlere

I relation til sagsbehandling indeholder Förvaltningslagen (§ 5-6) generelle principper for god forvaltning. Disse indebærer bl.a., at myndigheden skal være saglig og upartisk, tildele tilstrækkelig hjælp i forhold til den enkeltes behov og sikre sig, at afgørelsen bygger på tilstrækkelig

⁴⁵² <https://www.helsedirektoratet.no/konferanser>

⁴⁵³ Helsedirektoratet, 2017

⁴⁵⁴ Bufdir, 2021a

⁴⁵⁵ Socialstyrelsen i Sverige, 2019g

⁴⁵⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2016

⁴⁵⁷ <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn>

udredning (Förvaltningslagen § 23). I SoL (kap. 3, § 3 A-C) beskrives krav til uddannelsesniveauet blandt kommunale sagsbehandlere på børne- og ungeområdet. De skal have en svensk socionomuddannelse (grundniveau) eller tilsvarende. I en forskrift⁴⁵⁸ på børneområdet, en bindende bestemmelse, opstilles en række krav til godkendelse af tilsvarende grunduddannelser og kompetencer, herunder svenskundskaber samt gennemførelse af en række kurser i socialt arbejde, socialret, forvaltningsret og psykologi. I relation til voksne er der ikke identificeret lignende krav i Sverige.

Desuden har Socialstyrelsen udarbejdet forskrifter og generelle råd samt håndbøger i sagsbehandlingen. Heri beskrives krav til dokumentation i sagsbehandlingen, fx om, hvorfor en udredning ikke er foretaget samt vurdering af borgerens behov for støtte⁴⁵⁹, og anbefalinger til sagsbehandlers kompetencer i relation til borgere med funktionsnedsættelser, fx om socio-nomuddannelse⁴⁶⁰. I 'Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer' (forskrift og generelle råd om vold i nære relationer)⁴⁶¹ stilles krav til den kommunale udredning, fx om brug af standardiserede metoder til at bedømme risiko for gentagelse af vold. I relation til efter- og videreuddannelse af fagpersoner og ledere tilbydes dette på socialområdet af uddannelsesinstitutioner, fx Uppsala Universitet.

7.3.4 Sammenligning på tværs af lande

Socialfagligt personale

Hvad angår krav til kompetencer og uddannelse blandt socialfagligt personale indeholder lovgivningen i alle tre lande krav om, at tilbud skal have de fornødne kompetencer til at sikre kvalitet i indsatser. Den danske lovgivning stiller krav om fornøden kvalitet, herunder kompetencer, mens den svenske lovgivning stiller krav om adækvat uddannelse og erfaring. I Norge er der krav til kommunen om udbud af faglig opkvalificering samt pligt for personale til at deltage heri, når det er nødvendigt for at opretholde deres faglige kompetencer. Endvidere er der i Norge krav om uddannelsesniveau blandt ledere af institutioner for anbragte børn og unge. I Sverige stilles krav til uddannelsesniveau for ledere af botilbud til voksne og for ledere af hjem for anbragte børn, unge og udsatte voksne. Desuden skal personale i HVB, der anvender behandlingsmetoder, have relevant uddannelse deri. Norge og Sverige ser ud til at være de lande, hvor der stilles mest eksplicitte krav til uddannelse og kompetencer blandt ledere af institutioner for anbragte børn og unge. Endvidere ser Sverige ud til at være det land med mest eksplicitte uddannelseskrav til ledere af botilbud (efter LSS) og HVB på voksenområdet.

Sagsbehandlere

Når vi ser på krav til kommunale sagsbehandlere, skal de naturligvis følge lovgivningen i alle tre lande, herunder principper for god forvaltning. I Danmark og Norge stilles der derudover ikke særlige krav, men i Sverige stiller SoL krav om en svensk socionomuddannelse eller tilsvarende på børne- og ungeområdet, herunder krav til at få godkendt tilsvarende uddannelser. Lignende krav er ikke identificeret i relation til voksenområdet i Sverige. På den baggrund ser Sverige ud til at være det land, hvor der stilles mest eksplicitte krav til kommunale sagsbehandlers uddannelse og kompetencer på børn og unge-området.

Tabel 7.4 sammenligner krav til uddannelse og kompetencer for socialfagligt personale og sagsbehandlere i hhv. Danmark, Norge og Sverige.

⁴⁵⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

⁴⁵⁹ Socialstyrelsen i Sverige, 2019h; 2015b

⁴⁶⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2008

⁴⁶¹ Socialstyrelsen i Sverige, 2019f

Tabel 7.4 Krav til uddannelse og kompetencer for socialfagligt personale og sagsbehandlere i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Socialfagligt personale	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav til kvalitet på sociale tilbud, herunder fornødne kompetencer hos personale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om nødvendige kompetencer - Krav om opkvalificering af personale ved behov - Personale er forpligtet til at indgå i opkvalificering - I relation til anbragte børn og unge krav om treårig uddannelse inden for socialfag og tillægsuddannelse i administration og ledelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav til nødvendige kompetencer og erfaring blandt personale - Krav om relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau for ledere af botilbud til voksne efter LSS og ledere af HVB for anbragte børn, unge og voksne - Krav om uddannelse i behandlingsmetoder for personale i HVB.
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om fravær af inhabilitet, tavshedspligt samt til måden, afgørelser udformes på. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om forsvarlighed og fravær af inhabilitet samt grundig udredning inden afgørelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om god forvaltning, herunder saglig og upartisk sagsbehandling og grundig udredning - I SoL krav om svensk socio-nomuddannelse eller tilsvarende blandt sagsbehandlere på børn og unge-området⁴⁶²

⁴⁶² Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

Litteratur

Danmark

- Ankestyrelsen. (2020). *Sagens behandling i børn- og ungeudvalget*. <https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/sager-om-born-og-unge/anbringelse-uden-samtykke/sagens-behandling-i-born-og-ungeudvalget>
- Ankestyrelsen. (2021). *Familiepleje i Norge og Sverige*. København: Ankestyrelsen.
- BDO. (2013). Foranalyse af stordriftsfordele på udvalgte kommunale områder. Aarhus: BDO.
- BDO. (2021). Driftsoverenskomst: <https://offentlig-moms.dk/driftsoverenskomst/>
- Borge, L.-E., Etzerodt, S.F., Pedersen, N.J.M., & Oulasvirta, L. (2018). Udligning – et nordisk perspektiv. *Samfundsøkonomen*, 3, 50-56.
- Børne- og Socialministeriet. (2017). *BEK nr. 1017 af 19/8 2017: Bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner*. København: Børne- og Socialministeriet.
- Dalsgaard, C.T., Dørken, R., Andersen, A.G., & Møller, S.Ø. (2012). *Botilbudsområdet: Hvem, hvad, hvor?: Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: KREVI – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut.
- Dalsgaard, C.T. (2014). *Botilbud – stadig en handelsvare? Kommunernes køb og salg af botilbudspadser 2010-2012*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Dalsgaard, C.T., Lemvig, K., Kloppenborg, H.S., & Panduro, B. (2016). *Køb og salg af pladser på det specialiserede socialområde: En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K., & Ibsen, J.T. (under udgivelse). *Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige: En komparativ analyse*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Danmarks Domstole. (2020). *Anbringelse uden samtykke*: <https://www.domstol.dk/alle-emner/familie-og-skilsmisse/anbringelse-uden-samtykke/>
- Danske Regioner. (2019). *Ny organisering af det højt specialiserede socialområde*. København: Danske Regioner.
- Danske Regioner. (2020). *Finansiering fra kommunerne*: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/finansiering-fra-kommunerne>
- DUKH. (2020). *DUKH Praksisnyt nr. 34. 28.05.2020: Sektoransvarlighedsprincippet, lex specialis og Afgrænsningsaspektet*. Kolding: DUKH – Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet.
- Ebsen, F. (2020). Anbringelser i socialpolitikken. *Udenfor nummer*, 20(40), 4-13.

- Erhvervsministeriet. (2019). *LBK nr 655 af 07/06/2019: Bekendtgørelse af lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber*. København: Erhvervsministeriet.
- Finansministeriet. (2017). *Aftale om kommunernes økonomi for 2018*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2018). *Sammen med borgeren: En helhedsorienteret indsats*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2020a). *Aftale om et nyt udligningssystem*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2020b). *Aftale om kommunernes økonomi for 2021*. København: Finansministeriet.
- Friis, S.E. (2016). *Afspecialisering stadig et åbent sår på socialområdet*. 12. december 2016: <https://www.altinget.dk/artikel/afspecialisering-er-stadig-et-aabent-saar-paa-socialomraadet>
- Gregersen, J.E. (2013). *Politik og økonomi på det eksterne kvasimarked*. Aarhus: Forlaget Politica.
- Horten. (2018). Samarbejdet mellem kommuner og selvejende institutioner. *Ret og Indsigt*, 4, 10-12.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen: Kort fortalt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- KKR Hovedstaden. (2021). *Økonomimodel til etablering af nye pladser*. Albertslund: Albertslund Kommune.
- KL. (2009). *Familieplejehåndbogen*. Glostrup: Kommuneforlaget.
- KL. (2019a). *Undersøgelse af honorering af familieplejere: Opfølgning på økonomiaftalen for 2019 mellem KL og regeringen*. København: KL.
- KL. (2019b). *Til Borgmesteren*. København: KL.
- KL. (2019c). *KL anbefaler ny honoreringsmodel til plejefamilier*: <https://www.kl.dk/forsidenyheder/2019/april/kl-anbefaler-ny-honoreringsmodel-til-plejefamilier/>
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. (2021). *Status for offentlig konkurrence 2020*. Valby: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.
- Pedersen, N.J.M. (2018). *Statens styring af kommuner: Sammenligning af alternative modeller for finanspolitisk styring af kommuner i Danmark og Sverige*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Regeringen. (2020). *Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Rosenkilde, K. (2021). *Internationale velfærdskoncerner køber stort op på socialområdet i Danmark*. 25. marts 2021: <https://www.altinget.dk/social/artikel/internationale-velfaerds->

koncerner-koeber-stort-op-paa-socialomraadet-i-danmark?SNSubscribed=true&ref=newsletter&refid=altinget-dk-social-108&utm_campaign=Altin-get%20DK%20-%20Social&utm_medium=e-mail&utm_source=nyhedsbrev

- Sekretariat for Nordjysk Socialaftale. (2014). *Det forstærkede samarbejde*. <http://www.rammeaftalernord.dk/nordjysk-socialaftale/det-forstaerkede-samarbejde/>
- Social- og Indenrigsministeriet. (2010). *BEK nr 1130 af 27/09/2010: Bekendtgørelse om hjælp til børn og unge, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2013a). *Evaluering af kommunalreformen: Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2013b). *BEK nr 1153 af 01/10/2013: Bekendtgørelse om børnehuse*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2014). *BEK nr 817 af 27/06/2014: Bekendtgørelse om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation - VISO - i Socialstyrelsen*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2016). *BEK nr 717 af 09/06/2016: Bekendtgørelse om hjælp til børn og unge, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2017). *BEK nr 1017 af 19/08/2017: Bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2019a). *LBK nr 798 af 07/08/2019: Bekendtgørelse af lov om social service*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2019b). *LBK nr 1377 af 21/09/2020: Bekendtgørelse af lov om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020a). *Velfærdspolitisk analyse: Brug af botilbud i andre kommuner*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020b). *Velfærdspolitisk analyse: Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020c). *Velfærdspolitisk analyse: Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020d). *BEK nr 616 af 03/05/2020: Bekendtgørelse om Tilbudsportalen*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020e). *BEK nr 617 af 03/05/2020: Bekendtgørelse om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.

- Social- og Indenrigsministeriet. (2020f). *LBK nr 1377 af 21/09/2020: Bekendtgørelse af lov om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020g). *BEK nr 1298 af 03/09/2020: Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020h). *BEK nr 1542 af 27/10/2020: Bekendtgørelse om den centrale refusionsordning efter lov om social service*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2020a). *Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2020b). *BEK nr 457 af 17/03/2021: Bekendtgørelse af lov om Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen. (2015). *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet. Den nationale koordinationsstruktur*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017a). *National ADHD-handleplan: Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *Kvalitetsmodel for socialtilsyn: Temaer, kriterier og indikatorer for sociale tilbud*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017c). *Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Opfølgning på den nationale koordinationsstruktur*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Evaluering af det sociale tilsyn*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018c). *Om de danske børnehuse*: <https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/bornehuse/om-bornehusene>
- Socialstyrelsen. (2018d). *Evaluering af tilsynsreformen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Sådan arbejder VISO: Håndbog for specialister og fagkonsulenter*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Hvad er kvalitetsmodellen?*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn/redskaber-for-tilsynsforende/kvalitetsmodel/hvad-er-kvalitetsmodellen>

- Socialstyrelsen. (2020a). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering og undervisning af børn og unge med alvorlig synsnedsættelse 0-18 år*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020c). *Udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/central-udmelding/udsatte-gravide-kvinder-med-et-skadeligt-rusmiddelbrug>
- Socialstyrelsen. (2020d). *Den nationale koordinationsstruktur på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020e). *Forløbsbeskrivelse*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/forlobsbeskrivelse>
- Socialstyrelsen. (2021a). *Om VISO*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/om-viso>
- Socialstyrelsen. (2021b). *Rådgivning om særlige handicapområder*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/raadgivning-om-saerlige-handicapomraader>
- Socialstyrelsen. (2021c). *Rådgivning til fagfolk*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/Til-fagfolk>
- Styrelsen for Patientsikkerhed. (2021). *Tilsyn med bosteder*: <https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-behandlingssteder/tilsyn-med-bosteder/#>
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019a). *LBK nr 903 af 26/08/2019: Bekendtgørelse af sundhedsloven*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019b). *LBK nr 936 af 02/09/2019: Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.* København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Thøgersen, M. (2013). *Selvejende institutioner i Danmark: Institutionernes udvikling, udbredelse og karakter på udvalgte samfundsområder*. Odense: CiFri – Netværk for forskning i Civilsamfund og Frivillighed.
- Tilbudsportalen. (2021). *Sociale tilbud og plejefamilier samlet ét sted*: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudsskoegning/landing/index>
- Udbudsportalen. (2016). *Socialområdet*: <https://udbudsportalen.dk/udbudsguiden/socialomraadet/>
- Økonomi- og Indenrigsministeriet. (2014). *Kommuner og Regioner: Opgaver og finansiering*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- Norge**
- Agenda Kaupang. (2019). *Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører*. Oslo: Agenda Kaupang.
- Andrews, T., Lindeløv, B., & Gustavsen, A. (2015). *Interkommunalt samarbeid om barnevern i Norge: En kartlegging av erfaringer*. Bodø: Nordlandsforskning.

- Arbeids- og sosialdepartementet. (2021a). *LOV-2021-05-28-47: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2021b). *LOV-2021-05-21-38: Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Odense: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neumann, C.B., & Storø J. (2017). *God omsorg i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Barne- og familiedepartementet. (1999). *LOV-2021-05-07-34: Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2002). *FOR-2002-12-13-1496: Forskrift om endring i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FOR-2003-12-11-1564: Forskrift om tilsyn med barn i barnevernsinstitusjoner for omsorg og behandling*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2008). *FOR-2008-06-10-580: Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2014). *FOR-2003-12-18-1659: Forskrift om fosterhjem*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2021).): *Et trygt hjem for alle: Regjeringens fosterheimsstrategi 2021-25*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2007). *Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter – herunder om betalingsordninger i barnevernet*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Prop. 73 L (2016–2017): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Bjørø, E.C., Hippe, J.M., Holte, J.H., Røtnes, R., Trygstad, S.C., & Bergene, A.C. (2019). *Når velferd er til salgs: Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*. Oslo: Fafo.
- Brandtzæg, B.A., Magnussen, E., & Lie, K. (2020). *Utredning av interkommunalt samarbeid mellom Grue, Våler og Åsnes kommuner: Personal og lønn, økonomi og regnskap, post og arkiv, landbruk og tekniske tjenester*. Bø: Telemarksforsking.
- Bufdir. (2019). *Håndter konflikter på en god måte*:
https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Barnevernsinstitusjoner/konfliktfylte_situasjoner/Situasjonsbetingede_anbefalinger/Handtering_av_konflikter/

- Buudir. (2020a). *Sentre for foreldre og barn*:
https://www.buudir.no/Barnevernsinstitusjoner/Oversikt_alle_statlige_barnevernstiltak/Sentre_for_foreldre_og_barn/
- Buudir. (2020). *L17.07.1992 nr. 100 Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Buudir. (2021a). *Saksbehandlingsrundskrivet*:
<https://buudir.no/barnevern/Fagstotte/saksbehandlingsrundskrivet/>
- Buudir. (2021b). *Organisering og oppgaver*:
https://buudir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Organisering_og_oppgaver/
- Deloitte. (2019). *Kartlegging av institusjonstilbud i utvalde land*. Oslo: Deloitte.
- Demiri, A.S. & Gundersen, T. (2016). *Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Eikrem, T. (2015). *Jungelhåndboka*. Oslo: FFO - Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.
- Ekhaugen, T. & Rasmussen, I. (2015). *Barnevernet - et utfordrende samliv mellom stat og kommune*. Oslo: Vista Analyse.
- Ekhaugen, T. & Rasmussen, I. (2016). *Bruken av private aktører i barnevernet – ansvar på avveie?*. Oslo: Vista Analyse.
- Ellingsen, D. & Gundersen, T. (2021). *Enetiltak: Kartlegging av tiltak og bruk av tvang*. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Forskningsrådet. (2016). *Evalueringsrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Grünfeld, L.A., Hansen, E.B., Guldvik, M.K., Kjelsaas, I., Winje, E., Engebretsen, L.S., & Westberg, N.B. (2020). *Institusjonstilbudet i barnevernet*. Oslo: Menon Economics.
- Helse Norge. (2018a). *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*:
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/brukerstyrt-personlig-assistanse-bpa/>
- Helse Norge. (2018b). *Avlastning*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/avlastningstiltak/>
- Helse Norge. (2019a). *Støttekontakt*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/stottekontakt/>
- Helse Norge. (2019b). *Barnebolig, sykehjem og andre botilbud*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger/>
- Helse Norge. (2019c). *Dagtilbud*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/dagtilbud/>

- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer: Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Nasjonal veileder.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveiledning: Rehabilitering af voksne i spesialisthelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015c). *Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for saksbehandling: Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019a). *Prioriteringsveilederne som verktøy ved rettighetstildeling:* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringsveilederne-som-verktoy-ved-rettighetstildeling>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder. Kompetansesentre og kompetansetjenester:* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/kompetansesentre-og-kompetansetjenester>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Om Helsedirektoratet normerende produkter:* <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Årsrapport 2019 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020b). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020c). *Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten:* <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp:* <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted – til rett tid. St. meld. Nr. 47 2008-2009.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Prop. 49 L (2016–2017): Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte). Stk. 9.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *LOV-2021-05-07-34: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *LOV-2021-05-07-34: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a). *LOV-2021-05-07-34: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b). *LOV-2021-05-07-34: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2016). *Midlertidig botilbud: Rettigheter som gjelder sosiale tjenester*: <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/sosiale-tjenester-i-nav/midlertidig-botilbud/>
- Jensen, B. (2014). Samarbeid mellom kommuner og interkommunalt samarbeid. *Samfunn og økonomi*, 5, 32-41.
- Kommunal Rapport. (2021). *Leverandørdatabasen*: <https://ldb.kommunal-rapport.no/start>
- Kontohjelp. (2021). *Satser. Barnevernstiltak - kommunal egenbetaling for barn/unge i tiltak*: <https://kontohjelp.no/kontering/satser/barnevernstiltak-kommunal-egenbetaling-for-barn-unge-i-tiltak>
- Kristiansand kommune. (2021). *Barneverntjenester*: <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/barnehage-og-skole/barn-og-familie/barneverntjenester/>
- KS, Bufdir, & BLD. (2010). *Sammen om et godt barnevern: Veileder til inngåelse av lokale samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern*. Oslo: KS, Bufdir & BLD.
- KS. (2013). *Introduksjonshefte: Formelt interkommunalt samarbeid*. Oslo: KS.
- KS. (2018). *Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om Ressurskrevende tjenester*. Oslo: KS.
- KS. (2020). *Veiledende satser for fosterhjem og besøkshjem (2020)*: <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/barnevern/veiledende-satser-for-fosterhjem-og-besokshjem-2020/>
- Leknes, E., Gjertsen, A., Holmen, A.K.T., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., & Røiseland, A. (2013). *Interkommunalt samarbeid: Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Lie, K., Groven, S., Hjelseth, A., & Thorstensen, A. (2018). *Evaluering av Vesterålen barnevern: Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Øksnes og Sortland*. Bø: Telemarksforskning.
- Lunder, T.E., Hjertrøm, H.K., Håkonsen, L., & Kvernenes, M.S. (2019). *Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene: Finansierungsordningenes betydning for tjenestene*. Bø: Telemarksforskning.
- NAPHA. (2021). *NAPHAs samfunnsoppdrag*: <https://www.napha.no/content/15134/naphas-samfunnsoppdrag>

- NOU. (2018). *Trygge rammer for fosterhjem*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2020). *Private aktører i velferdsstaten*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2017). *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*. Oslo: Nærings- og fiskeridepartementet.
- Nødland, S.I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunalevirkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), 166-188.
- Oslo universitetssykehus. (2021). *Avdeling for nevrohabilitering*: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevroklinikken/avdeling-for-nevrohabilitering#om-avdelingen>
- Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). *Når barn rømmer fra barneverninstitusjon: Retningslinjer om oppgave- og ansvarsfordeling mellom barneverninstitusjon, kommunal barneverntjeneste og politi*. Oslo: Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Regjeringen. (2017). *Nytt anskaffelsesregelverk*: <https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransopolitikk/offentlige-anskaffelser/forste-kolonne/nytt-anskaffelsesregelverk/id2518659/>
- Regjeringen. (2020a). *Nasjonale tjenester*: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>
- Regjeringen. (2020b). *Høring av forslag til endringer i forskrift om fosterhjem*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-fosterhjem/id2741966/>
- Riksrevisjonen. (2020). *Riksrevisjonens undersøkning av om statlege barnevernsmyndigheter sikrar det beste for barn i barnevernsinstitusjonar*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Ringsaker kommune. (2021). *Barnevernvakta*: <https://www.ringsaker.kommune.no/barnevernvakta.389645.no.html>
- Region Sörmland. (2021). *Barn och unga*: <https://samverkan.regionsormland.se/for-varldgi-vare/narvard/barn-och-unga/#Ungdomsmottagningar>
- Statsforvalteren. (2020). *Hvordan klage på helse- og omsorgstjenester*: <https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Nyheter/2016/11/Hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/>
- Storø, J. (2017). *Beboersammensetning*. I: Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neumann, C.B., & Storø, J. *God omsorg i barnevernsinstitutter*. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Vinsand, G. & Langset, M. (2016). *Status for interkommunalt samarbeid*. Sandefjord: NIVI Analyse.

Sverige

- 117 Vårdguiden. (2019). *Habilitering*: <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/habilitering/habilitering/>
- Adda. (2017). *Strukturerad öppenvård för barn och unga 2017*: <https://www.adda.se/upphandling-och-ramavtal/vara-ramavtal-och-upphandlingar/ramavtal-och-avtalskategorier/regionala-ramavtalsomraden/strukturerad-oppenvard-for-barn-och-unga-2017/>
- Adda. (2021). *About Adda*: <https://www.adda.se/om-oss/about-us/>
- Arbetsförmedlingen. (2011). *Samordna rehabiliteringen: Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*. Stockholm: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Assistansskoll. (2020). *Stig Svensson, fd statlig utredare av assistansfusk - "Att säga att 50 % av all assistansersättning är fusk är grovt oseriöst"*: <https://assistansskoll.se/20201023-Stig-fd-statlig-utredare-50-fusk-oseriost.html>
- CSD i Samverkan. (2016). *Social omsorg*: <https://csdsamverkan.se/stod-och-service/for-dig-som-arbetar-med-sallsynta-diagnoser/social-omsorg>
- Eklind, H. (2021). *2020/21:402 Brottslighet kopplad till personlig assistans*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Folkhälsa och sjukvård. (2016). *Specialiserad vårdnivå - överenskommelse angående insatser i hemsjukvården*: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/81a0803b-9b22-4121-aac4-a14b8fb4303d?pagelid=24841>
- Försäkringskassan. (2015). *Assistansersättningens utveckling: Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Förvaltningsretten i Malmö. (2021). *Dom meddelad i Malmö i saken: Upphandlingsskadeavgift enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Mål nr. 15878-20*. Malmö: Förvaltningsretten i Malmö.
- Funktionsrätt Sverige. (2019). *Ställningstagande kring rådgivning och annat personligt stöd: Insatsen Rådgivning och annat personligt stöd LSS § 9 p.1*. Sundbyberg: Funktionsrätt Sverige, Lika Unika, Unga med synnedsättning & Förbundet Unga.
- Habilitering & Hälsa. (2021). *För vuxna med funktionsnedsättning*: <https://www.habilitering.se/din-habilitering/for-vuxna-med-funktionsnedsattning/>
- Habilitering i Sverige. (2021). *Om habilitering*: <http://habiliteringisverige.se/habilitering/om-habiliteringen>
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2012a). *Assistansmarknaden – lönsamhet och konkurrensförhållanden*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2012b). *Tvåårsomprövningar av assistansersättning*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

- Inspektionen för socialförsäkringen. (2015). *Assistansersättningen. Brister i lagstiftning och tillämpning*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Insynsverige. (2009). *Preliminära anvisningar: För resursmätningar för fastställande av ersättningsnivåer i stadens valfrihetssystem inom socialpsykiatri*. Stockholm: Socialtjänst och arbetsmarknadsförvaltningen.
- ISF. (2012). *Assistansmarknaden: En analys av timschablonen*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- IVO. (2016). *Fyra kommuners handläggning i ärenden som avser familjehemsplacerade barn. Sammanställning av tillsynsresultat 2015*. Stockholm: IVO - Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO. (2019a). *Sociala barn- och ungdomsvården: Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: IVO - Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO. (2019b). *Öppenvård/dagverksamhet*: <https://www.ivo.se/tillstand/sol-och-lss-tillstand/oppen-verksamhet/>
- Konkurrensverket. (2020). *Ansökan om upphandlingsskadeavgift*: https://www.konkurrensverket.se/globalassets/upphandling/upphandlingsskadeavgift/20-0718_ansokan-om-upphandlingsskadeavgift_malmo-kommun.pdf
- Kliniske studier. (2020). *Det svenska sjukvårdssystemet*. Tilgængelig på: <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html>
- Kunskapsguiden. (2017). *Om insatser och stöd enligt LSS*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/insatser-enligt-lss/om-insatser-och-stod-enligt-lss/>
- Kunskapsguiden. (2020a). *Boendestöd*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/boende-for-personer-med-funktionsnedsattning/boendestod/>
- Kunskapsguiden. (2020b). *Boendialternativ för vuxna enligt LSS*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/boende-for-personer-med-funktionsnedsattning/bostad-med-sarskild-service-for-vuxna-eller-annan-sarskilt-anpassad-bostad-for-vuxna/>
- Kunskapsguiden. (2021). *Uppdrag och ansvar*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/yrkesintroduktion-for-baspersonal-som-arbetar-med-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning/uppdrag-och-ansvar/>
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2021). *Programområden och samverkansgrupper*: <https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper.657.html>
- Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. (2021). *Vårt uppdrag*: <https://nkcdb.se/om-oss/vart-uppdrag/>
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. (2020). *Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*. Stockholm: Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

- NAV. (2021). *Satsingsområder*: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/for-kommunen/satsingsomrader2>
- NKA. (2016). *Nationella kompetens- och kunskapscentrum*: <https://www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/lankar/nationella-kompetenscentral/>
- NSPH. (2021). *NSPH:s yttrande över remissen Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47)*. Stockholm: NSPH – Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa.
- Pålsson, D. (2018). *Att styra marknader med granskning – tillsyn och tillståndsgivning inom institutionsvård för barn och unga*. I: Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Regeringskansliet. (1998). *Lag (1998: 603) om verkställighet av sluten ungdomsvård*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Regeringskansliet. (2008). *Lag (2008:962) om valfrihetssystem*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Region Sörmland, Samverkanswebben. (2021). *Barn och unga*: <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/barn-och-unga/#Ungdomsmottagningar>
- SCB. (2021). *Kommunalekonomisk utjämning och utjämning av LSS-kostnader*: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/kommunalekonomisk-utjamning-och-utjamning-av-lss-kostnader/#_Tabellerochdiagram
- SiS. (2020). *Sluten ungdomsvård – LSU*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/sluten-ungdomsvard-lsu/>
- SiS. (2021). *Om SiS*: <https://www.stat-inst.se/om-sis/>
- SKR. (2015). *Koll på assistansen: En handledning för kommunens analys*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR. (2019). *Köp av verksamhet 2019: Kommuner och regioner 2006-2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR. (2021). *Ersättningar och villkor vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttningar m.m. för år 2021*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialdepartementet. (2007). *Förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2015). *Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2018a). *Personlig assistans: Analys av en kvasimarknad och dess brottslighet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2018b). *Uppdrag att fördela statsbidrag för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialdepartementet. (2019). *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020a). *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020b). *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020c). *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021a). *Socialtjänstlag (2001:453)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021b). *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021c). *Socialförsäkringsbalk (2010:110)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2004). *Socialstyrelsens termbank: 'specialiserad vård'*: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermlId=252&SrcLang=sv>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2008). *Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2014). *Lex Sarah: Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2015a). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet: Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2015b). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2016). *HSLF-FS 2016:55. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2017a). *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård: Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2017b). *HSLF-FS 2017:79 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2018a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2018b). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen i Sverige. (2019a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och Beroende: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019b). *Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete: Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019c). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov: Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019d). *National specialised medical care*: <https://www.socialstyrelsen.se/en/regulations-and-guidelines/national-specialised-medical-care/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019e). *Om föreskrifter och allmänna råd*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/om-foreskrifter-och-allmanna-rad/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019f). *Senaste version av SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019g). *Senaste version av SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20029-om-bostad-med-sarskild-service-for-vuxna-enligt-9--9-lagen-1993387-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade-lss/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019h). *Senaste version av SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20145-om-dokumentation-i-verksamhet-som-bedrivs-med-stod-av-sol-lvu-lvm-och-lss/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020a). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning: Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020b). *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020c). *Regioner och kommuner ansvarar för att erbjuda en god vård*: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/regioner-och-kommuner-ansvarar-att-erbjuda-en-god-varld>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020d). *Statistik om vuxna personer som får boendeinsatser och anhörigstöd*: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamen/vuxna-personer-som-far-boendeinsatser-och-anhorigstod/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020e). *Kvalitetsdeklaration: Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen i Sverige. (2020f). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning: Handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020g). *Barn och unga som begår brott: Handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU. (1995). *Kostnader för den statliga assistansersättningen*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2007). *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2009). *Vanvård i social barnavård under 1900-talet*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2012). *Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2014). *Förändrad assistansersättning: En översyn av ersättningssystemet*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2015). *Krav på privata aktörer i välfärden*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2016). *Ordning och reda i välfärden*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2017a). *Kvalitet i välfärden: Bättre upphandling och uppföljning*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2017b). *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2018). *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020a). *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020b). *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 2*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020c). *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (Kommunutredningen)*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020d). *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- Statsbidrag. (2018). *Uppdrag att fördela statsbidrag för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statkontoret. (2011). *Försäkringskassans handläggning av assistansersättning*. Stockholm: Statkontoret.

- Statskontoret. (2016). *Kommunal avtalssamverkan: Behövs ökade möjligheter?*. Stockholm: Statskontoret.
- Stockholms Stad. (2009). *Preliminära anvisningar: För resursmätningar för fastställande av ersättningsnivåer i stadens valfrihetssystem inom socialpsykiatri*. Stockholm: Socialtjänst och arbetsmarknadsförvaltningen.
- Sveriges Domstolar. (2019a). *Förvaltningsdomstolar*. <https://www.domstol.se/om-sveriges-domstolar/sa-fungerar-domstolarna/forvaltningsdomstolar/>
- Sveriges Domstolar. (2019b). *Så överklagar du LSS beslut*. <https://www.domstol.se/amen/overklaga-myndighetsbeslut/lss/sa-overklagar-du-lss-beslut/>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Valfrihetssystem, information och stödmaterial*: <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/valfrihetssysteminformationochstodmaterial.1969.html>
- Sallnäs, M. & Wiklund, S. (2018). *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (2016). *Vuxenpsykiatri*: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/samarbete-mellan-primarvard-och-psykiatri/vuxenpsykiatri/>
- Uppdrag Psykisk Hälsa. (2020). *Psykiatri i siffror 2019: Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Uppdrag Psykisk Hälsa.
- Upphandlingsmyndigheten. (2016). *Ersättningsformer vid konkurrensutsättning av vård och omsorg*. Solna: Upphandlingsmyndigheten.
- Upphandlingsmyndigheten. (2020). *Frågeportalen: Vilka tjänster kan tillhandahållas genom ett valfrihetssystem enligt LOV?*: <https://frageportalen.upphandlingsmyndigheten.se/org/upphandlingsmyndigheten/d/vilka-tjanster-omfattas-av-lov-under-halsovard-och/>
- Vogel, M.A. & Enell, S. (2018). *Staten och kapitalet: Om Statens institutionsstyrelses roll på barnvårdsmarknaden*. I: Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Vårdförbundet Sörmland. (2020). *Förbundsordning för Vårdförbundet Sörmland*. Vingåker: Vårdförbundet Sörmland.

International

- Meagher, G., Sallnäs, M., Lundström, T., & Wiklund, S. (2015). Big business in a thin market: Privatization of Residential Care for Children and Youth in Sweden. *Social Policy & Administration*, 50(7), 805-823.
- Shanks, E. et al. (under udgivelse): *Privatisation of residential care for children and youth in Denmark, Finland, Norway, and Sweden*.
- Stenius, K. & Storbjork, J. (2019). Balancing welfare and market logics: Procurement regulations for social and health services in four Nordic welfare states. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(1), 6-31.

Bilag 1 Liste over anvendte forkortelser

De hyppigst anvendte forkortelser i rapporten er forklaret i listen nedenfor.

ABL	<i>Danmark:</i> Almenboligloven
AE	<i>Sverige:</i> Assistansersättning
BPA	<i>Danmark:</i> Borgerstyret Personlig Assistance <i>Norge:</i> Brukerstyrt Personlig Assistanse
Buudir	<i>Norge:</i> Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Bufetat	<i>Norge:</i> Barne- ungdoms- og familieetaten
HOT	<i>Norge:</i> Helse- og omsorgstjenesteloven
HSL	<i>Sverige:</i> Hälso- och sjukvårdslagen
HVB-hem	<i>Sverige:</i> Hem för vård och boende. Institutionstilbud til børn, unge, voksne eller familier.
IVO	<i>Sverige:</i> Inspektionen för vård och omsorg
KL	<i>Danmark:</i> Kommunernes Landsforening
KS	<i>Norge:</i> Kommunesektorens organisasjon
LPT	<i>Sverige:</i> Lag om psykiatrisk tvångsvård
LSS	<i>Sverige:</i> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
LOU	<i>Sverige:</i> Lagen om offentlig Upphandling
LOV	<i>Sverige:</i> Lagen om Valfrihet
LVM	<i>Sverige:</i> Lag om vård av missbrukare
LVU	<i>Sverige:</i> Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
NPO	<i>Sverige:</i> Nationale programområder. Element i vidensstyringssystemet for sundheds- og omsorgsområdet.
NATKO	<i>Danmark:</i> Den nationale koordinationsstruktur
NAV	<i>Norge:</i> Norges Arbeids- og Velferdsetat har ansvar for organisering og finansiering af bl.a. sociale sikringsydelse og socialhjælp
NOU	<i>Norge:</i> Norges Offentlige Utredninger
NSG	<i>Sverige:</i> Nationale samarbejdsgrupper. Element i vidensstyringssystemet for sundheds- og omsorgsområdet.
PA	<i>Sverige:</i> Personlig Assistans
RHF	<i>Norge:</i> De regionale helseforetak (statslige)
SEL	<i>Danmark:</i> Lov om social service, også kaldet serviceloven
SFB	<i>Sverige:</i> Socialförsäkringsbalken. Regulerer de fleste udbetalinger, som Försäkringskassan har ansvaret for.
SiS	<i>Sverige:</i> Statens Institutions Styrelse
SKR	<i>Sverige:</i> Sveriges Kommuner och Regioner (tidligere SKL, Sveriges Kommuner och Landsting)
SoL	<i>Sverige:</i> Socialtjänstlagen
SOU	<i>Sverige:</i> Statens Offentliga utredningar
SUL	<i>Danmark:</i> Sundhedsloven
VISO	<i>Danmark:</i> Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO)

**10.
Indsatser og modtagere på det specialiserede
voksenområde i Danmark, Norge og Sverige – en
komparativ analyse**

Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige

En komparativ analyse



Camilla T. Dalsgaard, Søren Kjær Foged og Jakob Trane Ibsen

*Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i
Danmark, Norge og Sverige – En komparativ analyse*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-936-9

Forsidefoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301681

Finansiering: Social- og Ældreministeriet

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Regeringen har i 2020 igangsat en evaluering af det specialiserede socialområde. Som led i evalueringen har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE gennemføre en komparativ undersøgelse af området i Danmark, Norge og Sverige. Undersøgelsen består af to dele, og denne rapport er resultatet af delanalyse 2.

Hovedformålet med delanalyse 2 er at afdække og sammenholde, hvor mange borgere der i Danmark, Norge og Sverige modtager forskellige typer af indsatser inden for det, man i Danmark betegner 'det specialiserede voksenområde'. Derudover var det en del af formålet at sammenligne de tre landes udgifter til det specialiserede voksenområde. Det viste sig dog kun i begrænset omfang at være muligt at sammenligne udgifter.

Delanalyse 1 er afrapporteret særskilt.¹ Den afdækker og sammenligner den strukturelle opbygning og organisering i bred forstand af det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder børn og unge-området samt voksenområdet.

Rapporten er udarbejdet af projektchef Camilla T. Dalsgaard, senioranalytiker Søren Kjær Foged og chefanalytiker Jakob Trane Ibsen.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse
2021

¹ Dalsgaard et al., under udgivelse

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning	8
1.1 Baggrund og formål	8
1.2 Fremgangsmåde	9
1.3 Afgrensning og opgørelser	9
1.4 Læsevejledning	13
2 Modtagere og udgifter	14
2.1 Antal modtagere i alt	14
2.2 Antal modtagere fordelt på indsatsstyper	16
2.3 Udviklingen i antal modtagere 2015-2019	25
2.4 Udgifter til botilbud i Danmark og Sverige	28
Litteratur	30
Bilag 1 Antal modtagere og indsatser 2015-2019	33
Bilag 2 Indsatser – indhold og lovgrundlag	39

Sammenfatning

Regeringen har i 2020 igangsat en evaluering af det specialiserede socialområde. Som led i evalueringen har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE gennemføre en komparativ undersøgelse af området i Danmark, Norge og Sverige. Undersøgelsen består af to dele, og denne rapport er resultatet af delanalyse 2. Delanalyse 1 er afrapporteret særskilt.² Den afdækker og sammenligner organiseringen i bred forstand af det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder børn og unge-området samt voksenområdet.

Hovedformålet med delanalyse 2 er at sammenligne, hvor mange borgere der i Danmark, Norge og Sverige modtager forskellige typer af indsatser inden for det, man i Danmark betegner 'det specialiserede voksenområde'. Der er fokus på indsatser til borgere med kognitive eller fysiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker.³ Derudover var det en del af formålet at sammenligne de tre landes udgifter til det specialiserede voksenområde. Det har dog vist sig kun i begrænset omfang at være muligt at sammenligne udgifter.

Delanalysens fokus er beskrivende. Den bygger på en kombination af desk research, dialog med videnspersoner i de tre lande og visse særtræk af data i Danmark og Sverige. Selvom det overordnet er VIVEs vurdering, at de præsenterede tal dækker indsatser, som ligner hinanden på tværs af landene, er det vigtigt at understrege, at tallene ikke kan sige noget om fx landespecifikke forskelle i behov og serviceniveau. Dette er fx væsentligt, hvis man ser isoleret på brugen af specifikke indsatser i stedet for at se dem i sammenhæng med brugen af andre indsatser i tilbudsviften, der er helt eller delvist substituerbare.

I både Danmark, Norge og Sverige ligger hovedansvaret for det specialiserede voksenområde hos kommunerne. I Danmark er hovedloven på området serviceloven, mens den i Norge er helse- og omsorgstjenesteloven. I Sverige er hovedloven på området socialtjenstlagen, mens der i forhold til borgere med funktionsnedsættelser også bevilges indsatser efter 'Lag om stöd och service til vissa funktionshindrade'.

I sammenligningerne af modtagertal er der lavet to forskellige opgørelser for Danmark, der sammenlignes med henholdsvis en svensk og en norsk opgørelse.⁴ I Bilag 2 findes oversigter over lovgrundlag og indhold af indsatser på det specialiserede voksenområde i henholdsvis Danmark, Norge og Sverige.

Antal modtagere i alt

Det samlede antal modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde i Norge og Danmark ser ud til at ligge nogenlunde på samme niveau i 2019, når man gør det op i forhold til indbyggertal. Der skal tages forbehold for, at de norske tal formentlig i et vist omfang inkluderer det, vi i Danmark betegner som almenområdet, dvs. eksempelvis kommunale sundheds- og sygeplejeydelser. Også når man sammenligner med Sverige, ser det samlede antal modtagere ud til at være nogenlunde på niveau med Danmarks i 2019. Dog ser det ud til, at det danske antal modtagere pr. 18-64-årig er lidt højere end det svenske.

² Dalsgaard et al., under udgivelse

³ Se nærmere afgrænsning i afsnit 1.3.

⁴ De norske tal er opgjort inkl. misbrugsområdet, og de svenske tal er opgjort ekskl. misbrugsområdet. Derfor er der lavet to forskellige opgørelser for Danmark, der kan sammenlignes med henholdsvis den svenske og den norske opgørelse.

Når vi opdeler modtagere på forskellige typer af indsatser, er der fokus på botilbud, personlige hjælperordninger samt hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte uden for botilbud.

Modtagere af forskellige typer af indsatser

Danmark og Norge har nogenlunde lige mange borgere i botilbud eller botilbudslignende tilbud i 2018/2019⁵, når man opgør tallet pr. 18-66-årig indbygger i landet. Forskellen ser ud til at være større mellem Danmark og Sverige i 2019, hvor Danmark har flere borgere i botilbud end Sverige, opgjort pr. 18-66-årig indbygger i landet.

I alle tre lande findes der desuden personlige hjælperordninger. Danmark har (i 2019) færre borgere, der modtager hjælperordninger end Norge (i 2018), når man opgør tallet pr. 18-66-årig indbygger i landet. Både Danmark og Norge ser ud til at have væsentligt færre borgere, der modtager hjælperordninger, end det er tilfældet i Sverige. En mulig forklaring på denne forskel kan være, at de svenske tal inkluderer borgere med gennemsnitligt færre ugentlige støttetimer end de danske og norske tal. Det har ikke været muligt at belyse dette spørgsmål direkte og udtømmende, men det ser ikke umiddelbart ud til, at et gennemsnitligt lavere støt-teomfang blandt de svenske modtagere er hele forklaringen. En anden mulig forklaring på forskellene kan være, at man i Sverige anvender hjælperordninger mere og andre typer af indsatser i borgerens hjem eller i botilbud mindre end i de to andre lande. Forskellen kan således være udtryk for, at tilbudsviften anvendes forskelligt, jf. nedenfor.

I både Danmark, Norge og Sverige skelnes der mellem to typer af indsatser i borgerens eget hjem, nemlig socialpædagogisk støtte og hjemmehjælp. Danmark har næsten dobbelt så mange modtagere af socialpædagogisk støtte i eget hjem som Norge og mere end dobbelt så mange som Sverige, set i relation til antallet af 18-66-årige indbyggere i landet. Også når man ser på modtagere af hjemmehjælp, har Danmark mere end dobbelt så mange modtagere som Sverige, mens der ikke er tal, der kan sammenlignes direkte med de norske tal.

En mulig forklaring på disse forskelle i dækningsgrader kan være, at de danske tal inkluderer borgere med gennemsnitligt færre ugentlige timers hjælp og støtte end de norske og svenske tal. Det er der ikke mulighed for at efterprøve, for så vidt angår socialpædagogisk støtte. For hjemmehjælp har det til gengæld været muligt at finde data om antal modtagere fordelt på intervaller af ugentlige timetal for Danmark og Sverige. Tallene er ikke fuldt sammenlignelige, men indikerer, at forskellen mellem antallet af hjemmehjælpsmodtagere i de to lande især skal findes blandt modtagere med 0-2 timers hjemmehjælp om ugen, hvor dækningsgraden er højere i Danmark end i Sverige.

Anvendelse af tilbudsviften – indikationer

En anden mulig forklaring på de fundne forskelle i antallet af modtagere fordelt på forskellige indsatstyper kan som nævnt være, at tilbudsviften anvendes forskelligt i landene. Eksempelvis kan botilbud og hjælperordninger ses som delvist substituerbare indsatstyper, da visse borgere med et omfattende støttebehov formentlig ville kunne komme i betragtning til begge indsatstyper. Efter samme logik kan fx hjælperordninger og omfattende hjælp og støtte i eget hjem, evt. i kombination med ledsagerordninger, ses som delvist substituerbare indsatstyper. Det kan derfor være nyttigt at se anvendelsen af forskellige indsatstyper ved siden af hinanden i de tre lande.

⁵ De norske tal er opgjort for 2018, når de er underopdelt på indsatstyper, da 13 norske kommuner ikke har indberettet tal for 2019.

Analysen tyder på, at det samlede antal modtagere af botilbud, botilbudslignende tilbud og hjælperordninger er nogenlunde på samme niveau i de tre lande, når man opgør det i forhold til indbyggertal. Der ser imidlertid ud til at være forskel, når man ser på *fordelingen* af modtagere på indsatsstyper. Her ligner Danmark og Norge hinanden mest, mens Sverige skiller sig ud fra de to andre lande. I Sverige udgør hjælperordninger således omtrent en tredjedel af det samlede modtagertal, mens botilbudsmottagere udgør to tredjedele. I Danmark og Norge udgør botilbudsmottagere omtrent 90 % af det samlede antal modtagere af botilbud og hjælperordninger, mens hjælperordninger udgør omtrent 10 %. Tallene skal tages med forbehold for, at den samme borger kan tælle dobbelt, fx hvis borgeren modtager både en hjælperordning og et botilbud i samme år.

I relation til at sammenholde med modtagere af omfattende hjælp og støtte i eget hjem, herunder modtagere af forskellige kombinationsindsatser, er der generelt dårligere datamuligheder. Det er dog muligt at se isoleret på antallet af borgere, der modtager en ledsagerordning henholdsvis antallet af borgere, der modtager et relativt højt antal ugentlige hjemmehjælpstimer i Danmark og Sverige. Her ser der ikke ud til at være store forskelle. Det er dog ikke muligt ud fra tallene at afgøre, om der er forskel mellem de to lande på, hvor mange borgere der modtager kombinationsindsatser. Det har heller ikke været muligt nærmere at belyse forskelle mellem landene i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud.

Udviklinger i antallet af modtagere, 2015-2019

Der har i alle tre lande været en stigning i det samlede antal modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Norge været på 10 % og i Danmark og Sverige på 6-7 %. Det skal igen bemærkes, at de norske tal også indeholder udviklingen på almenområdet, fx kommunale sundhedsydelser til 18-66-årige.

Både i Danmark og Sverige har der været en stigning i antallet af modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 18-66-årig i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Danmark været på 7 % og i Sverige på 6 %. Ligeledes har der både i Danmark og Sverige været en stigning i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte i eget hjem pr. 18-66-årig i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Danmark været på 10 % og i Sverige på 16 %. Ser man derimod på hjemmehjælp, har antallet af modtagere ligget stabilt i både Danmark og Sverige i 2015-2019. Tallene for Norge for aldersgruppen 18-66 år er ikke offentligt tilgængelige for perioden 2015-2019.

Udgifter til botilbud i Danmark og Sverige⁶

Det ser ud til, at nettodriftsudgifterne til botilbudsområdet i Danmark i 2019 ligger højere end i Sverige, opgjort pr. 18-66-årig indbygger og korrigeret for forskelle i købekraftsparitet. I Danmark blev der brugt cirka 5.000 DKK pr. 18-66-årig, mens det tilsvarende beløb i Sverige var cirka 3.900 DKK. Denne forskel er ikke overraskende, da der i Danmark er flere botilbudsmottagere pr. 18-66-årig end i Sverige, jf. ovenfor.

Nettodriftsudgifterne i 2019 er sammenholdt med antallet af botilbudsmottagere i en måned i året for at danne en grov indikator for enhedsudgiften, dvs. den gennemsnitlige udgift pr. botilbudsmottager. De opgjorte nettodriftsudgifter pr. botilbudsmottager i Danmark og Sverige ligger tæt på hinanden – på cirka 720.000-740.000 DKK i 2019.

⁶ Der sammenlignes ikke med norske udgifter til botilbud, da VIVE ikke har haft adgang til norske udgiftstal for botilbud opgjort på den relevante aldersafgrænsning.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

De danske kommuner har siden 2007 haft det fulde myndigheds- og finansieringsansvar for det specialiserede socialområde. Siden har der været politisk, økonomisk og fagligt fokus på området, og regeringen har i 2020 igangsat en evaluering af det specialiserede socialområde. Som led i evalueringen har Social- og Ældreministeriet bedt VIVE gennemføre en komparativ analyse af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige.

Den komparative analyse består af to dele. Delanalyse 1 afdækker og sammenligner organiseringen i bred forstand af det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder børn og unge-området samt voksenområdet. Delanalyse 2 sammenligner primært modtagertal inden for det specialiserede voksenområde i de tre lande. Der er dog også enkelte sammenligninger af udgiftstal. Denne rapport omhandler delanalyse 2, mens delanalyse 1 er afrapporteret særskilt.⁷

Baggrunden for delanalyse 2 er, at det specialiserede voksenområde er et væsentligt kommunalt serviceområde, der fylder meget i de danske kommuners budgetter. Alligevel er der ikke megen viden om, hvordan modtager- og udgiftstal inden for det specialiserede voksenområde ser ud i Danmark, sammenlignet med andre lande.

Analysens hovedformål er at sammenligne de tre landes modtagertal på det, man i Danmark betegner 'det specialiserede voksenområde'. Der er fokus på indsatser til borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker.⁸ Det er søgt afdækket, hvor mange borgere der modtager forskellige typer af indsatser inden for det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige. Derudover er det en del af formålet at sammenligne de tre landes udgifter til de overordnede indsatstyper på det specialiserede voksenområde. Det har dog vist sig kun i begrænset omfang at være muligt at sammenligne udgifter. Analysens fokus er beskrivende, og den sigter på at give et så opdateret billede som muligt af situationen i de tre lande. Der er dog også vist udvalgte udviklingstendenser.

Analysen søger at give et overblik over, hvordan modtagerne fordeler sig på forskellige indsatstyper i de enkelte lande. Analysen sammenholder antallet af modtagere fordelt på indsatstyper, der i større eller mindre grad er sammenlignelige på tværs af de tre lande. Det er vigtigt at holde sig for øje, at der kan være forskelle i målgrupper og indhold af indsatser, der hedder (næsten) det samme i de tre lande, blandt andet pga. institutionelle forskelle mellem landene og deraf afledte forskelle i opgørelser af data. Desuden kan der være forskelle i, hvordan indsatserne anvendes i praksis på trods af, at indsatsernes formelle indholdsbeskrivelser ligner hinanden.

Selvom det overordnet er VIVEs vurdering, at de præsenterede tal dækker indsatser, som ligner hinanden på tværs af landene, er det således vigtigt at understrege, at tallene ikke kan sige noget om fx landespecifikke forskelle i behov og serviceniveau. Dette er særligt væsentligt, hvis man ser isoleret på specifikke indsatser i stedet for at se dem i sammenhæng med brugen

⁷ Dalsgaard et al., under udgivelse

⁸ Se nærmere afgrænsning i afsnit 1.3.

af andre helt eller delvist substituerbare indsatser. Der redegøres i analysen i videst muligt omfang for forbehold for sammenligneligheden mellem landene.

1.2 Fremgangsmåde

Analysen bygger i udgangspunktet på en afdækning af eksisterende, tilgængelig viden og data. VIVE har i de tre lande foretaget en indsamling af litteratur og udgivne nøgletal. Litteratursøgningen har omfattet tilgængeligt materiale, primært 'grå litteratur', dvs. eksempelvis analyser, rapporter, lovgivninger, materiale fra hjemmesider mv.⁹ Materialet blev indsamlet ved søgninger på udvalgte hjemmesider samt ved at gennemsøge litteraturlister i relevante analyser. Analysen har haft særligt fokus på at kortlægge og præsentere, hvad der allerede findes af sammenlignelige kvantitative data på området. Derfor har søgningen haft fokus på eksisterende opgørelser af sammenlignelige data om modtagertal og udgifter, herunder statistiske publikationer og nøgletalssammenligninger, fx fra nationale statistiske bureauer i landene.

Parallelt med desk researchen har VIVE været i dialog med en række videnspersoner i Danmark, Sverige og Norge for at få udpeget relevante materialer og afprøvet vores forståelse af de fundne nøgletal. For Danmark og Sverige har videnspersoner og dataspecialister i de to lande været behjælpelige med at udarbejde særtræk af deres data i forhold til bestemte indsatser eller aldersgrupper for at øge datas sammenlignelighed og validitet. Datagrundlaget er som nævnt uddybende beskrevet i Bilag 1.

1.3 Afgrænsning og opgørelser

Analysen fokuserer på sociale indsatser til de største målgrupper på det specialiserede voksenområde, nemlig borgere med kognitive eller fysiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker. Analysens primære fokus er at sammenholde nøgletal om modtagertal i de tre lande på det, man i Danmark betegner 'det specialiserede voksenområde'. Når vi opdeler modtagere på forskellige typer af indsatser, er der fokus på botilbud, personlige hjælperordninger samt praktisk hjælp og socialpædagogisk støtte uden for botilbud. Analysen bruger primært de danske betegnelser om disse indsatser, som ofte hedder noget andet og på visse punkter kan have et anderledes indhold i Norge og Sverige. I Bilag 2 findes en uddybning af indsatsernes indhold i de tre lande. Eventuelle forskelle i modtager- og udgiftstal på tværs af de tre lande kan blandt andet være udtryk for nationale forskelle i objektive behov, befolkningssammensætning og serviceniveauer. De kan imidlertid også hænge sammen med forskelle i de tre landes organisering af det specialiserede voksenområde.

I både Danmark, Norge og Sverige ligger hovedansvaret for sagsbehandling og finansiering på det specialiserede voksenområde hos kommunerne. Samtidig er der dog visse forskelle på indretningen af det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige. Rapporten for delanalyse 1¹⁰ beskriver og sammenligner de tre landes organisering i detaljer, herunder blandt andet lovgivning, opgavedeling, tilbudsvifter og fordeling af myndigheds- og betalingsansvar. Derfor er landenes lovgivning og organisering her kun opridset i det omfang, det er nødvendigt for at kunne følge afgrænsningen af genstandsfeltet. Tabel 1.1 viser en oversigt over VIVEs afgrænsning af det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige til denne sammenlignende analyse. I både Danmark, Norge og Sverige er det kommunerne, som har ansvar

⁹ Med 'grå litteratur' menes materialer, rapporter og analyser, der offentliggøres af offentlige instanser eller civilsamfundsorganisationer og ikke af enten private forlag eller akademiske forlag eller tidsskrifter.

¹⁰ Dalsgaard et al., under udgivelse

for at melde oplysninger om aktiviteter og udgifter ind til nationale styrelser, der samler og formidler data. I datakilderne findes data typisk blandt andet opdelt efter de forskellige lovgivninger.

Table 1.1 Det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige i denne analyse

	Danmark	Norge	Sverige
Almen- vs. specialområde	Specialområde	Almen- og specialområde	Specialområde
Lovgivning	Serviceoven	Helse- og omsorgstjenesteloven	Socialtjänstlagen (SoL) Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
Målgruppe jf. lovgivning	Personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer.	Personer med somatisk eller psykisk sygdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sociale problemer eller nedsat funktionsevne.	SoL: Personer med funktionsnedsættelse af fysiske, psykiske eller andre årsager. LSS: Personer med funktionsnedsættelse af tre typer: 1. Udviklingshæmning og autisme 2. Kognitiv funktionsnedsættelse efter hjerneskade 3. Permanent fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.
Aldersmæssig afgrænsning af data i analysen	18+ år 18-64 år	18-66 år	SoL: 18-64 år LSS: 18+ år og 18-64 år

I Danmark er hovedloven på området *serviceoven*.¹¹ Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for det specialiserede voksenområde og afholder størstedelen af udgifterne til området. Der er statsrefusion for en del af kommunernes udgifter, blandt andet til 'Særligt dyre enkeltsager'.

I Norge er hovedloven på området *Helse- og omsorgstjenesteloven*.¹² Hovedansvaret for opgaverne heri ligger hos kommunerne, både hvad angår myndigheds- og betalingsansvar. Ligesom i Danmark giver staten refusion for en del af udgifterne, der vedrører særligt dyre enkeltsager.

I Sverige er hovedloven på området *Socialtjänstlagen (SoL)*, der pålægger kommunerne at yde sociale indsatser til sine borgere.¹³ Specifikt ser analysen på ydelser til modtagere efter SoL mellem 18 og 64 år, som er omfattet af målgruppen vedrørende personer med funktionsnedsættelser.¹⁴ Desuden bevilges indsatser efter *Lag om stöd och service til vissa funktionshindrade (LSS)*.¹⁵ Derudover dækkes nogle udgifter til indsatser til de mest støttekrævende borgere

¹¹ Lov om social service, SEL

¹² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ('Helse- og Omsorgstjenesteloven'). Der findes desuden indsatser og ydelser til målgruppen i 'Socialtjenesteloven' (Lov om sociale tjenester i arbejds- og velferdsforvaltningen) og 'Specialisthelsestjenesteloven'.

¹³ Socialtjänstlagen, SoL

¹⁴ 'Människor med funktionshinder' jf. *Socialtjänstlagen* kap. 5, § 7. Se den specifikke afgrænsning af indsatser efter SoL i bilag 1 under de svenske modtagertal.

¹⁵ *Lag om stöd och service til vissa funktionshindrade*, LSS

med funktionsnedsættelse af socialforsæringskassen.¹⁶ Eksempelvis har staten i udgangspunktet myndigheds- og betalingsansvar for personlig assistance til borgere med grundlæggende behov for mere end 20 timers støtte om ugen.¹⁷

Analysens afgrænsning af det specialiserede voksenområde følger den afgrænsning af området, som anvendes for danske kommuner. Konkret er der taget udgangspunkt i den afgrænsning af modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde, som er anvendt i Socialpolitisk Redegørelse fra 2019¹⁸. Med henblik på at gøre tallene mere sammenlignelige med Norge og Sverige er afgrænsningen dog uden personer, som udelukkende benytter kvindekrisecentre, forsorgshjem og herberger. Modtagertallene på hjemløse- og krisecenterområderne er i Sverige og Norge ikke en del af den nationale statistik vedrørende modtagere af indsatser til borgere med funktionsnedsættelser og psykiske vanskeligheder. Endvidere er krisecenterområdet i Norge reguleret i selvstændig lovgivning¹⁹. Derudover er opgørelsen uden personer, som udelukkende er i alkoholbehandling, da disse data er utilgængelige i Danmark for 2019.²⁰

Den anvendte afgrænsning for Danmark vedrører således modtagere af de sociale indsatser, der fremgår af Tabel 1.2, for borgere over 18 år henholdsvis 18-64 år. De præsenterede danske data kommer primært fra særudtræk foretaget af Social og Ældreministeriet for VIVE (se også Bilag 1).

Tabel 1.2 Afgrænsning af det specialiserede voksenområde i Danmark i denne analyse

Indsats	§ i serviceloven
Socialpædagogisk støtte	§ 85
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere	§ 95
Borgerstyret personlig assistance (BPA)	§ 96
Ledsageordning	§ 97
Kontaktperson for døvblinde	§ 98
Stofmisbrugsbehandling	§ 101
Speciallægelig og psykologisk behandling og terapi	§ 102
Beskyttet beskæftigelse	§ 103
Aktivitets- og samværstilbud	§ 104
Midlertidigt botilbud inkl. tilknyttede ydelser	§ 107
Længerevarende botilbud	§ 108
Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud	Støtte efter § 85 i botilbudslignende tilbud omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3 i lov om socialtilsyn

I Norge er det specialiserede voksenområde i denne rapport afgrænset ved modtagere mellem 18 og 66 år, der modtager indsatser efter Helse- og omsorgstjenesteloven, dvs. kommunale sundheds- og omsorgsydelser, herunder kommunale indsatser for personer med misbrug.²¹ Den anvendte aldersafgrænsning skyldes, at kommunale sundheds- og omsorgsydelser i

¹⁶ Jf. Socialforsæringsbalken, SFB.

¹⁷ For de fleste forløb, hvor en borger i Sverige vurderes at have grundlæggende behov for mere end 20 timers støtte om ugen, dækkes udgiften af den statslige 'Socialforsæringskassen'. Foruden dækning af de grundlæggende behov vil en borger dog også ofte have behov for og blive tilkendt dækning af behov ud over de grundlæggende, herunder fx behov for personlig assistance vedrørende arbejde, studier og socialt samvær. Dette betyder, at også personlig assistance, som tildeles og finansieres af kommunen, i de fleste tilfælde vil være over 20 timer (Socialstyrelsen, 2020, s. 74).

¹⁸ Social- og Indenrigsministeriet, 2020: Socialpolitisk Redegørelse, 2019, s. 267.

¹⁹ Lov om kommunale krisesentertilbud (*Krisesenterlova*).

²⁰ Eksklusionen af personer i alkoholbehandling ifølge sundhedslovens § 141 skyldes en omlægning af Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), der ikke gør det muligt at få tal for 2019.

²¹ Helsedirektoratet (2020): *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019*. Se også Regjeringen (2021): *Rusmidler og psykisk helse* (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/>).

Norge gives til modtagere i alle aldersgrupper, herunder plejkrævende ældre, ligesom der ikke i udgangspunktet skelnes mellem, hvad vi i Danmark betegner som almen- og specialområdet. Den norske afgrænsning af området er således bredere end de to øvrige landes, da den ikke skelner mellem det specialiserede og det almene område, herunder eksempelvis kommunale sundheds- og sygeplejeydelser. Når der i Norge ses på det specialiserede voksenområde, som vi forstår det i Danmark, fokuserer den norske statistik typisk på modtagere af kommunale sundheds- og omsorgsydelser i aldersgruppen 18-49 år eller 18-66 år i et forsøg på at holde personer med aldersrelaterede funktionsnedsættelser ude af opgørelsen.²² Der findes tillige norske opgørelser, hvor fokus er på modtagere af kommunale sundheds- og omsorgsydelser i aldersgruppen 15-49 år.²³ Modtagergruppen i Norge er i denne analyse afgrænset ved aldersgruppen 18-66 år. Der anvendes 2018-tal for de norske modtagertal fordelt på indsatstyper, da tallene for 2019 er behæftet med usikkerhed, fordi 13 norske kommuner ikke har indberettet data. For de samlede modtagertal anvendes tal fra publikationer fra de norske myndigheder, hvor man for de 13 kommuner har indsat 2018-tallene for 2019.²⁴ De anvendte modtagertal fremgår af Bilag 1.

I Sverige er der et særskilt indsats- og udgiftsområde for personer med funktionsnedsættelser, der vedrører alle børn, voksne og ældre, som er i målgruppen for LSS.²⁵ Modtagergruppen i Sverige er i denne analyse afgrænset ved aldersgruppen på 18 år og derover for modtagere af indsatser efter LSS for at sikre størst mulig sammenlignelighed til den danske afgrænsning. For modtagere af indsatser med funktionsnedsættelser efter Socialtjenesteloven (SoL) er gruppen afgrænset til modtagere i alderen 18-64 år, da man i Sverige anvender denne aldersafgrænsning, sammen med indsatser via LSS, til at identificere området for personer med funktionsnedsættelse i Sverige²⁶. Misbrugsbehandling er i Sverige ikke en del af afgrænsningen af indsatser til personer med funktionsnedsættelser efter LSS og SoL, da den kommunale misbrugsbehandling i Sverige blandt andet ydes via lovgivning uden for afgrænsningen i denne analyse²⁷, og modtagerne derfor registreres andre steder. Af den årsag sammenholdes de samlede svenske tal med de danske modtagertal *eksklusive* personer i stofmisbrugsbehandling.

Generelt vurderes det ud fra ovenstående at være muligt at identificere modtagergrupper i de tre lande med et overlap, der giver grundlag for at sammenholde modtagertal og udgifter generelt og for bestemte indsatser. Samtidig er det dog, som nævnt i afsnit 1.1, vanskeligt direkte at sammenligne modtagertal og udgifter. Der vil i fremstillingen af tallene blive gjort opmærksom på konkrete forskelle i fx tilbudsvifte og opgørelsesmetoder, som er væsentlige at holde sig for øje, når man fortolker og sammenligner rapportens forskellige tal.

²² Helsedirektoratet (2020): *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019*.

²³ Helsedirektoratet (2019): *Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år*.

²⁴ Jf. Helsedirektoratet og Statistisk Sentralbyrå.

²⁵ LSS er loven om støtte og service til visse 'funktionshindrede'. Lovens målgrupper er borgere med: (1) udviklingsforstyrrelse, autisme, (2) betydelig og varig mental funktionsnedsættelse eller hjerneskade i voksen alder foranlediget af ydre vold, (3) andre fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, som ikke skyldes normal aldring, hvis de er store og forårsager betydelige vanskeligheder i den daglige livsførelse, og dermed et omfattende behov for støtte eller service (§ 1). Se også tabel 1.1.

²⁶ Se fx Socialstyrelsen (2020): *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020*.

²⁷ De svenske kommuner varetager misbrugsbehandling, enten via obligatorisk behandling via særskilt lovgivning (*Lag om vård av missbrukare i vissa fall LVM*) eller via frivillige indsatser efter SoL. Derudover varetager det statslige og regionale niveau i Sverige også indsatser inden for misbrugsområdet. Se også: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-te-man/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/ansvar-for-behandling-och-stod-insatser/>.

1.4 Læsevejledning

Der er her i kapitel 1 givet en kort beskrivelse af ligheder og forskelle i de institutionelle strukturer i de tre lande som baggrund for den efterfølgende sammenstilling af modtager- og udgiftstal. Der kan læses mere om de tre landes organisering af det specialiserede socialområde i rapporten, der omhandler delanalyse 1.²⁸

Kapitel 2 har primært fokus på at sammenholde antallet af borgere, der modtager forskellige indsats- og tilbudstyper på det specialiserede voksenområde i de tre lande. Der sammenholdes opgørelser af antal modtagere i alt, antal modtagere fordelt på indsatstyper samt udviklingen i modtagertallene i de senere år. Herudover er der for botilbudsområdet en sammenligning af udgifter mellem Danmark og Sverige. De konkrete tal er i kapitel 2 ledsaget af beskrivelser af de anvendte data og afgrænsninger i de tre lande, ligesom der er påpeget opmærksomhedspunkter i forhold til sammenligneligheden mellem landene.

Bilag 1 indeholder tabeloversigter over de i rapporten anvendte modtagertal fordelt på samtlige inkluderede indsatstyper i de tre lande i 2015-2019.

Bilag 2 beskriver i kort oversigtsform lovgrundlag, indhold af og målgrupper for de forskellige indsatser, der findes til borgere med funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer i de tre lande.

²⁸ Dalsgaard et al., under udgivelse.

2 Modtagere og udgifter

I dette kapitel præsenteres analysens resultater. I afsnit 2.1 sammenholdes det samlede antal modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige. Herefter sammenholdes i afsnit 2.2 antallet af modtagere fordelt på forskellige tilbuds- og indsatstyper, herunder både indsatser i og uden for botilbud. Afsnit 2.3 ser på udviklingen i udvalgte modtagertal i perioden 2015-2019. Endelig er der i afsnit 2.4 foretaget en sammenstilling af udgifter på botilbudsområdet i Danmark og Sverige.

2.1 Antal modtagere i alt

I dette afsnit sammenlignes det samlede antal modtagere af sociale indsatser i de tre lande, jf. afsnit 1.3. Det samlede antal modtagere i Danmark i 2019 fremgår af Tabel 2.1, der viser en opgørelse af 18-64-årige henholdsvis 18+-årige modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde. Der er i tabellen præsenteret to opgørelser, nemlig det samlede antal modtagere inklusive henholdsvis eksklusive personer, der udelukkende modtager stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101.²⁹ Opgørelsen *inklusive* modtagere af stofmisbrugsbehandling er vurderet til at være mest sammenlignelig med opgørelsen for Norge, mens opgørelsen *ekskusive* modtagere af stofmisbrugsbehandling er vurderet til at være mere sammenlignelig med opgørelsen for Sverige (se også afsnit 1.3).

Det ses af Tabel 2.1, at der er cirka 90.300 borgere i alderen 18-64 år, der modtager indsatser på det specialiserede voksenområde i Danmark i 2019. Antallet er 100.700 borgere, når man medtager alle modtagere på 18 år eller derover. Når man udelader borgere, der udelukkende modtager stofmisbrugsbehandling, er de to tal henholdsvis 76.800 modtagere i alderen 18-64 år og 86.300 modtagere på 18 år eller derover. Generelt skal det bemærkes, at de danske tal er opregnet til landstal på baggrund af en delmængde af de danske kommuner, som har godkendt deres data i de respektive registre (fra 38 til 45 kommuner). Da vi ved fra tidligere undersøgelser, at der er forskel mellem kommunerne på antallet af modtagere pr. 18-66-årig indbygger, vil der være en vis usikkerhed forbundet med tallene.

Tabel 2.1 Modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark i 2019 (Bemærk: opgjort som antal berørte i året)

	18-64 år	18+ år
Modtagere	90.300	100.700
Modtagere, ekskl. personer udelukkende i stofmisbrugsbehandling	76.800	86.300

Note: Der er for 'modtagere' afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv. registeret vedrørende Handicap og Udsatte (voksne) og registeret om stofmisbrugsbehandling. Der er for 'modtagere, ekskl. personer udelukkende i stofmisbrugsbehandling' afgrænset til de 45 kommuner, der har godkendt data til Handicap og Udsatte (voksne) registeret. Tal er opregnet til landsplan. Se i øvrigt noter og kilder i Bilag 1.

29 I Socialpolitisk Redegørelse 219 s. 271 angives det vedr. VBGS-registeret (om modtagere af stofmisbrugsbehandling), at det er baseret på løbende indberetninger fra kommuner og stofmisbrugsbehandlingssteder på individniveau om personer i stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101. Det er på baggrund af VBGS ikke muligt at opdele, hvem der har modtaget henholdsvis social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Det er muligt at udsondre, hvem der har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, men det kan ikke udsondres, hvor stor en del af denne gruppe, der samtidig har modtaget behandling efter serviceloven. Det vides dog fra praksis i kommunerne, at de fleste borgere, der har behov for lægelig behandling, også modtager social stofmisbrugsbehandling.

Sammenligningen af det samlede antal modtagere mellem Danmark og Norge fremgår af Tabel 2.2. Sammenligningsgrundlaget er i udgangspunktet mangelfuldt mellem Danmark og Norge, da den norske afgrænsning indeholder hele det kommunale sundheds- og omsorgsområde. Derfor er der foretaget både en bredt og en smalt afgrænset sammenligning af modtagertallene. Den brede sammenligning tager udgangspunkt i den norske afgrænsning og inkluderer, foruden modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, et anslået antal 18-64-årige modtagere af hjemmehjælp og plejeboliger i Danmark.³⁰ Den smalle sammenligning tager udgangspunkt i den danske afgrænsning og udelader modtagere, der udelukkende får sundhedsydelser ('helsetjenester') i Norge (i 2018).

Tallene i Tabel 2.2 indikerer, at det samlede antal modtagere i Norge og Danmark i forhold til indbyggertal ligger nogenlunde på samme niveau, uanset om man ser på den brede eller den smalle afgrænsning. Givet det mangelfulde sammenligningsgrundlag skal man dog fortsat tage tallene med forbehold.

Tabel 2.2 Modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark og Norge (Bemærk: opgjort som antal berørte i året)

	Bred afgrænsning			Smal afgrænsning	
	Danmark (inkl. stofmis- brugsbehandling 18-64 år, 2019)	Danmark (anslået inkl. stofmisbrugs- behandling og ældreområde 18-64 år, 2019)	Norge (18-66 år, 2019)	Danmark (ekskl. stofmis- brugsbehand- ling 18-64 år, 2019)	Norge (ekskl. helsetje- nester 18-66 år, 2018)
Modtagere	90.300	120.000*	132.725	76.800	74.927**
Modtagere pr. 1.000 18-64-/66-årige	26	34	39	22	22

Note: Der er for Danmark afgrænset til de 38 kommuner (bred afgrænsning) henholdsvis 45 kommuner (smal afgrænsning), der har godkendt alt data til de respektive registre. De danske tal er opregnet til landsplan. De norske tal kommer fra HelseDirektoratet (2020, s. 8) (bred afgrænsning) og HelseDirektoratet (2021a) (smal afgrænsning). For Danmark er modtagere opgjort pr. 18-64-årige, mens det for Norge er opgjort pr. 18-66-årige.

*Foruden de 90.300 berørte på det specialiserede voksenområde i Danmark er det for anden kolonne anslået, at der derudover årligt er ca. 30.000 modtagere på ældreområdet mellem 18 og 64 år, der modtager hjemmehjælp og/eller bor i plejebolig (estimat baseret på Danmarks Statistik, AED06 og RESI01). Det er væsentligt her at bemærke, at borgere, der både modtager indsatser på voksenområdet og ældreområdet, vil tælle dobbelt i opgørelsen.

**I den sidste kolonne er modtagere i Norge, som udelukkende får sundhedstjenester (samt modtagere, som alene får indsatsen 'Bruk af tvang' eller 'Velferdsteknologi'), holdt ude af opgørelsen. Det skal hertil bemærkes, at tallet er fra 2018 for derved at tage hensyn til, at 13 norske kommuner ikke har indberettet data for 2019. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

Sammenligningen af det samlede antal modtagere mellem Danmark og Sverige fremgår af Tabel 2.3. Igen er der foretaget en bred og en smal sammenligning af modtagertallene. Den brede sammenligning opgør det samlede antal modtagere på 18 år eller derover, mens den smalle sammenligning afgrænser modtagertallet til aldersgruppen 18-64 år. Det skal bemærkes, at modtagertallene her er berørte i en måned og ikke i et år for at øge sammenligneligheden af tallene.

Tallene i Tabel 2.3 indikerer, at det samlede antal modtagere i Sverige og Danmark ligger på nogenlunde samme niveau, uanset om man ser på den brede eller den smalle afgrænsning. I begge opgørelser ligger det danske antal modtagere pr. 1.000 18-64-årige lidt højere end det svenske.

³⁰ Estimat baseret på Danmarks Statistik, AED06 og RESI01.

Tabel 2.3 Modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark og Sverige, 2019
(Bemærk: Opgjort som antal berørte i en måned).

	18+ år		18-64 år	
	Danmark (ekskl. stofmisbrugs- behandling 18+ år, 2019)	Sverige (18+ år, 2019)	Danmark (ekskl. stofmisbrugs- behandling 18-64 år, 2019)	Sverige (18-64 år, 2019)
Modtagere	77.400	117.300*	69.000**	108.700*
Modtagere pr. 1.000 18-64-årige	22	19	20	18

Note: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). For Danmark og Sverige er de månedsovgjorte tal unikke modtagere i oktober måned i året.

*De svenske tal er estimeret af VIVE som unikke modtagere af indsatser efter LSS, SoL og Statlig assistansersætning.

**Estimeret af VIVE under antagelse af samme forhold mellem 18+-årige og 18-64-årige som for berørte gennem et år, afrundet til nærmeste 1.000. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

2.2 Antal modtagere fordelt på indsatstyper

I dette afsnit sammenholder vi modtagertal for en række indsatstyper, der er tilnærmelsesvis sammenlignelige på tværs af de tre lande. Formålet er at få et billede af, hvordan man i de tre lande gør brug af tilbudsviften på det specialiserede voksenområde. Det drejer sig for det første om antallet af modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud, der ses i sammenhæng med antallet af modtagere af hjælperordninger i de tre lande. Desuden ser vi på antal modtagere af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte uden for botilbud.

Først redegøres der i afsnit 2.2.1 kort for, hvilke indsatstyper der indgår i opgørelserne i de tre lande. I afsnit 2.2.2 sammenholdes modtagertallene, og fortolkningen af tallene diskuteres. I afsnit 2.2.3 ses der på anvendelsen af forskellige indsatstyper i sammenhæng.

2.2.1 Indsatstyper i opgørelserne

Tabel 2.4 viser en oversigt over, hvilke specifikke indsatstyper der sammenlignes i de tre lande. Indholdet af de forskellige indsatstyper er kort beskrevet nedenfor. I Bilag 2 findes en mere omfattende oversigt over lovgrundlag og indhold af de forskellige indsatser i de tre lande.

Tabel 2.4 Indsatstyper, der sammenlignes i Danmark, Norge og Sverige

Indsatstype	Danmark	Norge	Sverige
Botilbud og botilbudslignende tilbud	Botilbud og botilbudslignende tilbud, 18+ år, herunder: - midlertidigt botilbud (SEL § 107) - længerevarende botilbud (SEL § 108) - Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud	Kommunal bolig (Boliger, kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål), 18-66 år Langtidsopphold i institusjon, 18-66 år Tidsbegrenset opphold – rehabilitering/habilitering, 18-66 år	Boende, vuxna, 18+ år (LSS) Särskilt boende, 18-64 år (SoL)
Hjælperordninger	Personlige hjælperordninger, 18+ år (SEL §§ 95-96)	Praktisk bistand – brugerstyrt – personlig assistanse, 18+ år	Personlig assistans 18+ år (LSS) Statlig assistansersättning 18+ år
Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Socialpædagogisk støtte, 18+ år (SEL § 85)	Praktisk bistand – oplæring, 18+ år	Boendestöd, 18-64 år (SoL)
Hjemmehjælp	Hjemmehjælp*, 18-64 år (SEL § 83)	Praktisk bistand – daglige opgøremål, 18-66 år	Hemtjänst i ordinärt boende, 18-64 år (SoL)

Note: Indsatsernes indhold og lovgrundlag er beskrevet nærmere i Bilag 2.

*Hjemmehjælp (18-64 år) indgår normalt ikke under definitionen af det specialiserede voksenområde i Danmark og medtages kun enkelte steder i denne analyse for at øge sammenligneligheden til de svenske og norske tal.

Botilbud og botilbudslignende tilbud

I alle tre lande findes der forskellige typer af botilbud og botilbudslignende tilbud til borgere med funktionsnedsættelser og psykiske vanskeligheder.

I Danmark findes der botilbud til midlertidigt og længerevarende ophold, jf. servicelovens §§ 107-108. I tillæg hertil benytter kommunerne 'botilbudslignende tilbud', hvoraf de fleste er oprettet efter almenboliglovens § 105, og som har tilknyttet støtte efter servicelovens §§ 83-87. I analysen opgøres botilbud i Norge som 'langtidsopphold i institution' eller 'tidsbegrenset institutionsophold til habilitering og rehabilitering'. Desuden er der i Norge 'kommunale boliger', som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål. Disse boliger er gruppeboliger eller i lejlighedsbyggerier, der er reserveret til borgere med funktionsnedsættelser, som modtager støtte. De defineres ikke som botilbud, selvom et stort antal boligheder og organiseringen af støtten i dem kan få dem til at ligne et botilbud.³¹ Derfor indgår de i modtagertallene. I Sverige tilbydes botilbud til voksne efter henholdsvis LSS ('Boende för vuxna') og SoL ('Särskilt boende').

Hjælperordninger

I alle tre lande findes der en eller flere 'hjelperordninger', dvs. ordninger, der tildeler borgeren tilskud til ansættelse af personlig hjælper eller assistent. Botilbud og hjælperordninger kan ses som delvist substituerbare indsatstyper, da visse borgere med et omfattende støttebehov formentlig ville kunne komme i betragtning til begge indsatstyper.

I Danmark er der to hjælperordninger. For det første kan man efter servicelovens § 96 få Borgerstyret Personlig Assistance, BPA, til "*ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse til borgere med et betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte*". For det andet kan

³¹ Jf. Johans Tveit Sandvin; Trond Bliksvær, 2018-2019, s. 2: 'Living independently and being included in the community', Country report Norway, ANED 2018-2019.

man efter servicelovens § 95 få kontant tilskud til ansættelse af hjælpere ved behov for personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp i hjemmet i mere end 20 timer om ugen.

I Norge kaldes hjælperordningen 'Brukerstyrt Personlig Assistanse', BPA, og kan gives til *"personer med nedsat funktionsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og uden for hjemmet."* BPA gives i Norge til borgere med et behov på mindst 25 timer om ugen³².

I Sverige er der en hjælperordning kaldet 'Personlig Assistans' (PA), som er *"personligt udformet støtte, som kan gives til personer, som på grund af store og varige funktionsnedsættelser har behov for hjælp til at tilgodese grundlæggende behov"*.³³ Af eksempler på 'grundlæggende behov' kan nævnes hjælp til at trække vejret, at indtage måltider, at klæde sig på og af, at sørge for personlig hygiejne eller at kommunikere med andre. Personlig Assistans efter LSS er et kommunalt ansvar og gives til borgere med grundlæggende behov for hjælp i op til 20 timer om ugen. Hvis en borger har grundlæggende behov for hjælp i mere end 20 timer om ugen, kan borgeren få bevilget 'Assistansersättning' (AE), som er et statsligt ansvar.³⁴ Både PA og AE er med i opgørelsen her.³⁵ Foruden dækning af de grundlæggende behov vil en borger ofte have yderligere behov, fx behov for personlig assistance vedrørende arbejde, studier og socialt samvær. Dette betyder, at også personlig assistance, som tildeles og finansieres af kommunen, i de fleste tilfælde vil være over 20 timer. På tværs af de to hjælperordninger i Sverige var det i 2018 anslået 97 % af modtagerne, som modtog hjælp i mindst 20 timer om ugen, mens anslået 89 % modtog hjælp i mindst 40 timer om ugen.³⁶ I denne opgørelse indgår dog også modtagere under 18 år.

I alle tre lande er det VIVEs indtryk ud fra lovgivning og dialog med videnspersoner, at hjælperordninger primært bevilges til borgere med omfattende behov for praktisk og personlig hjælp og pleje samt ledsagelse og evt. overvågning. Der lader ikke til i udgangspunktet at være tale om socialpædagogisk støtte. Se også bilag 2 for en nærmere beskrivelse af indhold og målgrupper.

Hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte uden for botilbud

I både Danmark, Norge og Sverige er der en bred vifte af indsatser til borgere, der har brug for støtte og hjælp i eget hjem, dvs. uden for et botilbud eller botilbudslignende tilbud. Hvis man ser bort fra de mest omfattende hjælperordninger, jf. ovenfor, er der grundlæggende i alle tre lande skelnet mellem to typer af indsatser i borgerens eget hjem, defineret ved deres primære indhold. Det drejer sig for det første om socialpædagogisk støtte, dvs. støtte og hjælp til optræning og udvikling af færdigheder. For det andet drejer det sig om hjemmehjælp, dvs. praktisk hjælp og personlig pleje. Det kan være vanskeligt i alle tilfælde at skelne skarpt mellem de to indsatstyper.³⁷

³² Med mindre kommunen kan dokumentere, at en sådan ordning vil medføre væsentligt øgede omkostninger for kommunen i forhold til andre mulige indsatser. Ved behov for mere end 32 timer om ugen i mere end 2 år har man ret til BPA i Norge. Se <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/brukerstyrt-personlig-assistanse-bpa/>.

³³ Jf. LSS § 9 stk. 2.

³⁴ Jf. Sfb kap. 51 § 3 og LSS § 9a. Se også <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/funktionsnedsattning/assistansersattning>

³⁵ Forskellen på ordningerne handler om, hvorvidt kommunerne eller staten har det økonomiske ansvar, mens ordningerne har samme indsatstype, jf. også Bilagstabel 2.3 i Bilag 2.

³⁶ VIVEs beregninger pba. tal fra Socialstyrelsen, 2020a, s. 74. Nogle modtagere (1-2 %) tæller dobbelt, da de har modtaget begge typer af hjælperordninger inden for samme måned. Mere specifikt var det i 2018 anslået 99,9 % af modtagerne af AE og 89 % af modtagerne af PA, der modtog mindst 20 timer pr. uge. Af alle godt 14.500 AE-modtagere fik 99 % hjælp i mindst 40 timer pr. uge. Af alle godt 5.000 PA-modtagere fik 60 % hjælp i mindst 40 timer pr. uge. I disse tal indgår også modtagere under 18 år.

³⁷ Se eksempelvis artikel herom fra Ankestyrelsen i Danmark: <https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/skal-hjaelpen-bevilges-som-socialpaedagogisk-stotte-eller-personlig-og-praktisk-hjaelp>

De to indsatsstyper kan bevilges i meget varierende omfang alt efter borgerens behov. Det vil sige, at nogle borgere, der ville kunne komme i betragtning til et botilbud eller en hjælperordning, i stedet kan modtage et højt antal timers støtte eller hjælp om ugen uden for botilbud, evt. i kombination med andre indsatsstyper, eksempelvis ledsagerordninger. Borgere med få timers støtte eller hjælp om ugen vil typisk ikke have et behov af et omfang, der medfører, at de ville kunne komme i betragtning til et botilbud eller en hjælperordning. I forlængelse heraf kan man se hjælp og støtte uden for botilbud som delvist substituerbare til botilbud og hjælperordninger.

Desuden kan det konkrete indhold af indsatserne variere på tværs af lande, ligesom indsatserne i de tre landes samlede system suppleres af forskellige andre indsatser, der kan være tilrettelagt i forskellige kombinationer til en samlet 'indsatspakke' til den enkelte borger. Beskrivelserne af de tre landes indsatser fremgår som nævnt af Bilag 2.

2.2.2 Modtagertal fordelt på indsatsstyper

Der er foretaget en opgørelse af modtagertal for de udvalgte indsatsstyper, jf. Tabel 2.5. Modtagertallene for de enkelte tilbudstyper gennemgås i det følgende hver for sig, ligesom de sættes i relation til hinanden for at få et billede af de tre landes anvendelse af forskellige helt eller delvist substituerbare tilbud i tilbudsviften.

Tabel 2.5 viser antallet af modtagere af de udvalgte indsatsstyper i de tre lande i 2019 for Danmark og Sverige og i 2018 for Norge. Modtagertallene er for hver indsatsstype vist både som det samlede antal og som antallet opgjort pr. 1.000 18-64-årige eller 18-66-årige indbyggere i landet. Der er for Danmark præsenteret to opgørelser for hver indsatsstype: en opgørelse af antal berørte i året og en opgørelse af antal berørte i en måned. Det første tal er mest sammenligneligt med tallet for Norge, mens det andet tal er mest sammenligneligt med tallet for Sverige.

Tabel 2.5 Modtagere af udvalgte indsats typer i Danmark, Norge og Sverige

	Sammenligning af Danmark og Norge		Sammenligning af Danmark og Sverige	
Indsats 1	Botilbud og botilbudslignende tilbud			
	Danmark (berørte i året 18+ år, 2019)	Norge (berørte i året 18-66 år, 2018)	Danmark (berørte i en måned 18+ år, 2019)	Sverige (berørte i en måned 18+ år, 2019)
Modtagere i botilbud eller botilbudslignende tilbud	27.400	24.694	25.400	32.761
Modtagere pr. 1.000 18-66-årige	7,5	7,3	7,0	5,2
Indsats 2	Hjælperordninger			
	Danmark (berørte i et år 18+ år, 2019)	Norge (berørte i et år 18+ år, 2018)	Danmark (berørte i en måned 18+ år, 2019)	Sverige (berørte i en måned 18+ år, 2019)
Modtagere af hjælperordninger	2.270	3.398	2.170	15.940
Modtagere pr. 1.000 18-66-årige	0,6	1,0	0,6	2,5
Indsats 3	Socialpædagogisk støtte uden for botilbud			
	Danmark (berørte i et år 18+ år, 2019)	Norge (berørte i et år 18+ år, 2018)	Danmark (berørte i en måned 18+ år, 2019)	Sverige (berørte i en måned 18-64 år, 2019)
Modtagere af socialpædagogisk støtte	47.800	25.038	39.800	27.078
Modtagere pr. 1.000 18-64-årige i S hhv. 18-66-årige i DK og N	13,1	7,4	10,9	4,5
Indsats 4	Hjemmehjælp (praktisk hjælp og personlig pleje i eget hjem)			
	Danmark (berørte i et år 18-64 år, 2019)	Norge (berørte i et år 18-66 år, 2018)	Danmark (berørte i en måned 18-64 år, 2019)	Sverige (berørte i en måned 18-64 år, 2019)
Modtagere af hjemmehjælp	-	24.457	23.651	16.678
Modtagere pr. 1.000 18-64-årige i DK og S hhv. 18-66-årige i N	-	7,2	6,7	2,7

Note: **Modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud:** De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Det norske tal er opgjort som unikke beboere i 'Kommunal bolig' eller med 'Langtidsopphold i institusjon' eller 'Tidbegrænset opphold i institusjon – rehabilitering/habilitering' og kommer fra Helsedirektoratet (2021a). Det svenske tal er opgjort som summen af modtagere vedrørende 'Boende för vuxna' (18+ år) jf. LSS og 'Särskilt boende' (18-64 år) jf. SoL. For Danmark og Sverige er de månedsopgjorte tal modtagere i oktober måned i året.

Hjælperordninger: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Tal for alle lande er 18+ år. Det danske tal er opgjort som summen af modtagere af SEL § 95 og § 96. De er ikke opgjort som unikke modtagere, og nogle modtagere kan derfor tælles dobbelt. 19 % af de danske modtagere af § 95 var i 2019 over 60 år. Det norske tal vedrører modtagere af 'Praktisk bistand – brugerstyrt – personlig assistanse' og kommer fra Helsedirektoratet (2021a). Det svenske tal er opgjort som summen af modtagere over 18 år af 'Personlig assistans' jf. LSS og Statlig assistanssætning. De er ikke opgjort som unikke modtagere, og nogle modtagere kan derfor tælles dobbelt. Det er dog tidligere estimeret, at det kun er 1-2 %, som modtager begge indsatsen inden for en måned (Socialstyrelsen, 2020, s. 74). For Danmark og Sverige er de månedsopgjorte tal berørte modtagere i en måned.

Socialpædagogisk støtte og hjemmehjælp: Det danske tal for socialpædagogisk støtte er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Det danske tal for modtagere af hjemmehjælp mellem 18-64 år er i Danmarks Statistik opgjort som et gennemsnitligt antal modtagere pr. måned. De norske tal vedrører 'Praktisk bistand – oplæring – daglige gjøremål' (socialpædagogisk støtte) og 'Praktisk bistand – daglige gjøremål' (hjemmehjælp) og kommer fra Helsedirektoratet (2021a). De svenske tal vedrører 'Bostöd' jf. SoL (socialpædagogisk støtte) og 'Hemtjänst i ordinärt boende' jf. SoL (hjemmehjælp). For Danmark er modtagere af socialpædagogisk støtte opgjort pr. 18-66-årige, mens modtagere af hjemmehjælp er opgjort pr. 18-64-årige. For Norge er modtagere opgjort pr. 18-66-årige, mens det for Sverige er opgjort pr. 18-64-årige. Derudover skal man være opmærksom på, at en borger godt kan modtage både socialpædagogisk støtte og hjemmehjælp samtidig og dermed tælle med i modtagertallet for begge indsats typer. For Danmark og Sverige er de månedsopgjorte tal, for socialpædagogisk støtte og hjemmehjælp hver for sig, unikke modtagere i oktober måned i året.

Se i øvrigt noter og kilder i Bilag 1.

Botilbud og botilbudslignende tilbud

Rækken 'Indsats 1' i Tabel 2.5 viser antallet af modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud i de tre lande i 2019 for Danmark og Sverige og i 2018 for Norge.

Det ses, at Danmark og Norge har omtrent det samme antal borgere i botilbud eller botilbudslignende tilbud, når man opgør tallet i forhold til antallet af 18-66-årige indbyggere i landet. Danmark har 7,5 berørte i et år pr. 1.000 18-66-årige, mens Norge har 7,3. Opgørelsen i Norge er afgrænset til de 18-66-årige botilbudsmodtagere, hvilket formentlig medfører en tendens til, at vi underestimerer antallet.³⁸ Desuden inkluderer opgørelsen i Danmark ikke 18-64-årige borgere, der bor i plejeboliger. Dette kan i nogen grad reducere sammenligneligheden til de norske tal, der indeholder alle borgere med længerevarende ophold i kommunale boliger til sundheds- og omsorgsformål samt borgere med midlertidigt ophold i en institution til habilitering og rehabilitering, jf. Tabel 2.4. Derfor har vi som en følsomhedsberegning i begge lande lavet en bredere afgrænsning, hvor borgere i plejeboliger inkluderes.³⁹ Hvis disse modtagertal inkluderes, er der 8,2 modtagere pr. 1.000 18-66-årige i Danmark og 8,3 modtagere pr. 1.000 18-66-årige i Norge.

Forskellen ser ud til at være større mellem Danmark og Sverige, hvor Danmark har flere borgere i botilbud end Sverige, opgjort i forhold til antallet af 18-66-årige indbygger i landet. Danmark har 7,0 berørte i en måned pr. 1.000 18-66-årige, mens Sverige har 5,2.

Hjælperordninger

Rækken 'Indsats 2' i Tabel 2.5 viser antallet af modtagere af hjælperordninger i de tre lande i 2019 for Danmark og Sverige og i 2018 for Norge.

Det ses, at Danmark har færre borgere, der modtager hjælperordninger end Norge, når man opgør tallet pr. 1.000 18-66-årige indbyggere i landet. Danmark har 0,6 berørte i et år pr. 1.000 18-66-årige, mens Norge har 1,0. Både Danmark og Norge ser ud til at have markant færre borgere, der modtager hjælperordninger, end det er tilfældet i Sverige. Sverige har således 2,5 modtagere (berørte i en måned) pr. 1.000 18-66-årige indbyggere i landet, mens Danmark har 0,6.

En mulig forklaring på denne forskel kan være, at de svenske tal inkluderer borgere med gennemsnitligt færre ugentlige timers hjælp end de danske og norske tal. I Danmark kan man som nævnt få bevilget tilskud efter SEL § 95 ved behov for hjælp i mindst 20 timer pr. uge. For modtagere af BPA efter SEL § 96 er der ikke et timetal, men ifølge lovteksten har modtagergruppen *"et behov, som gør det nødvendigt at yde [...] ganske særlig støtte"* i form af 'pleje, overvågning og ledsagelse'. I Norge kan man som nævnt få bevilget BPA ved behov for mindst 25 timers hjælp pr. uge. Hvis man ser på det faktiske omfang af ugentlige timer blandt de svenske modtagere af hjælperordninger, er det som nævnt i afsnit 2.2.1 anslået 3 %, der i 2018 fik mindre end 20 timers hjælp om ugen, mens anslået 11 % fik mindre end 40 timers hjælp pr. uge. I den opgørelse indgår dog også modtagere under 18 år.⁴⁰ Det har således ikke været muligt at sammenligne timetallene direkte, og derfor er det også vanskeligt at belyse denne

³⁸ Det er vanskeligt at sige, hvor meget det drejer sig om, men hvis man ser på de samlede svenske og danske modtagertal for handicappede og udsatte (ekskl. stofmisbrugsbehandling i Danmark) udgjorde antallet af 18+-modtagere over 65 år ca. 7 % i Sverige og ca. 11 % i Danmark i 2019. For modtagere af botilbud i Sverige udgjorde antallet af 18+-modtagere over 65 år ca. 11 % i 2019. Se også Bilag 1.

³⁹ Det vil sige, at antallet af 18-64-årige borgere, der bor i plejeboliger med døgndækning i 2019 inkluderes for Danmark. Det drejer sig om indskrevne i plejebolig, plejehjem, beskyttet bolig og friplejebolig, 18-64 år. Dette tal indeholder også plejeboliger til midlertidigt ophold/aflastning. Kilde: DST. For Norge inkluderer 18-66-årige modtagere af 'Tidsbegrænset ophold – utredning/behandling' og 'Tidsbegrænset ophold – annet'. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

⁴⁰ VIVEs beregninger pba. tal fra Socialstyrelsen, 2020a, s. 74.

mulige forklaring. Det ser dog ikke umiddelbart ud til, at et gennemsnitligt lavere støtteomfang blandt de svenske modtagere kan forklare hele forskellen.

En anden mulig forklaring på forskellen kan være, at tilbudsviften anvendes forskelligt i landene, hvilket vi ser nærmere på i afsnit 2.2.3.

Hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte uden for botilbud

Rækkerne 'Indsats 3' og 'Indsats 4' i Tabel 2.5 viser antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud henholdsvis hjemmehjælp i de tre lande i 2019 for Danmark og Sverige og i 2018 for Norge.

Generelt skal man i læsningen af disse modtagertal være opmærksom på, at de to indsatsstyper som nævnt kan bevilges i varierende omfang alt efter borgerens behov. Opgørelsen tager således ikke højde for, om den enkelte borger modtager fx 1 eller 10 timer pr. uge. Det er udelukkende en opgørelse af dækningsgraden, dvs. *hvor mange borgere* der modtager de to indsatsstyper i et eller andet omfang. Derudover skal man være opmærksom på, at en borger godt kan modtage socialpædagogisk støtte og hjemmehjælp samtidigt og dermed tælle med i modtagertallet for begge indsatsstyper. For Danmarks vedkommende regnes hjemmehjælp almindeligvis ikke som en indsats under det specialiserede voksenområde. For sammenlignelighedens skyld er modtagere af hjemmehjælp mellem 18 og 64 år dog inkluderet i opgørelsen, fordi skillelinjen mellem de to typer af indsatser som nævnt ikke i alle tilfælde er helt klar.

Det ses af Tabel 2.5, at Danmark har næsten dobbelt så mange modtagere af socialpædagogisk støtte i eget hjem som Norge og mere end dobbelt så mange som Sverige, set i relation til antallet af 18-66-årige indbyggere i landet. Danmark har 13,1 berørte i et år pr. 1.000 18-66-årige, mens Norge har 7,4. Desuden har Danmark 10,9 berørte 18+-årige i en måned pr. 1.000 18-66-årige, mens Sverige har 4,5 berørte 18-64-årige i en måned pr. 1.000 18-64-årige. Også når man ser på modtagere af hjemmehjælp, har Danmark mere end dobbelt så mange modtagere som Sverige. Danmark har 6,7 berørte 18-64-årige i en måned pr. 1.000 18-64-årige, mens Sverige har 2,7. De månedsopgjorte danske tal for hjemmehjælp er ikke direkte sammenlignelige med de årsopgjorte norske tal.

En mulig forklaring på disse forskelle i dækningsgrader kan være, at de danske tal inkluderer borgere med gennemsnitligt færre ugentlige timers hjælp og støtte end de norske og svenske tal. Det er ikke muligt at efterprøve denne forklaring, for så vidt angår socialpædagogisk støtte, da der ikke findes danske tal om ugentlige timetal for denne indsatsstype. For hjemmehjælp har det til gengæld været muligt at finde nogle data om antal modtagere fordelt på nogle intervaller af ugentlige timetal for Danmark og Sverige. Tallene er ikke fuldt sammenlignelige, men kan give en indikation af fordelingen. Det ugentlige timetal for modtagere af hjemmehjælp fremgår af Tabel 2.6. Det ses af tabellen, at forskellen mellem antallet af hjemmehjælpsmodtagere i de to lande tilsyneladende især skal findes blandt modtagere med 0-2 timers hjemmehjælp om ugen, hvor dækningsgraden er højere i Danmark end i Sverige.

Tabel 2.6 Modtagere af hjemmehjælp i Danmark og Sverige, 2019, fordelt på ugentligt timetal

Antal timer pr. uge		Andel af alle modtagere, 18-64 år (DK)/20-64 år (S)		Antal modtagere pr. 1.000 18-64-årige (DK)/20-64-årige (S)	
Danmark	Sverige	Danmark	Sverige	Danmark	Sverige
0-2	0-2	71 %	39 %	4,8	1,1
2-4	2-6	10 %	24 %	0,7	0,7
4-12	6-11	12 %	15 %	0,8	0,4
12-20	11-18	3 %	10 %	0,2	0,3
>20	>18	4 %	13 %	0,3	0,4
I alt		100 %	100 %	6,7	2,8*

Note: De danske tal vedrører modtagere af hjemmehjælp mellem 18 og 64 år i 2019 fordelt på antal timer pr. uge. De danske tal er opgjort af Danmarks Statistik som et gennemsnitligt antal modtagere pr. måned. De svenske tal vedrører modtagere af 'Hemtjänst' jf. SoL mellem 20 og 64 år pr. 31. oktober 2019. I Sverige opgøres timetallet for modtagere af 'Hemtjänst' pr. måned, og VIVE har derfor omregnet dette månedlige timetal til et estimeret ugentligt timetal. De svenske timetal fremgår af Socialstyrelsen (2020c), Tabel 5. *Årsagen til forskellen på antallet af modtagere af hjemmehjælp i Sverige i Tabel 2.6 (2,8 pr. 1.000 20-64-årige) og Tabel 2.5 (2,7 pr. 1.000 18-64-årige) er de forskellige aldersafgrænsninger og lidt forskellige opgørelsestidspunkter.

En anden mulig forklaring på forskellene kan være, at tilbudsviften anvendes forskelligt i landene, hvilket vi ser nærmere på i afsnit 2.2.3.

2.2.3 Indsatstyper set i sammenhæng

Opgjort i forhold til indbyggertal ser det ud til, at der er nogenlunde lige mange borgere i botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Norge, men færre i Sverige, jf. afsnit 2.2. Omvendt er der flere modtagere af hjælperordninger i Sverige end i de to andre lande. Endelig er der i Danmark flere modtagere af socialpædagogisk støtte end i Norge og Sverige, ligesom der er flere modtagere af hjemmehjælp i Danmark end i Sverige.

Som nævnt kan der være flere mulige forklaringer på disse forskelle. Dette afsnit søger at belyse den mulige forklaring på, at tilbudsviften anvendes forskelligt i landene.

Botilbud og hjælperordninger kan som nævnt ses som delvist substituerbare indsatstyper, da visse borgere med et omfattende støttebehov formentlig ville kunne komme i betragtning til begge indsatstyper. Det kan derfor være nyttigt at se på det samlede antal modtagere af botilbud og hjælperordninger i de tre lande med udgangspunkt i Tabel 2.5. Det giver en indikation af den samlede dækningsgrad på tværs af de to indsatstyper, dog med forbehold for, at der kan være borgere, der indgår to gange, hvis vedkommende modtager fx både et botilbud og en hjælperordning i samme år eller måned.

Det ser ud til, at Danmark og Sverige har nogenlunde lige mange borgere i botilbud, botilbudslignende tilbud og hjælperordninger, når man opgør tallet i forhold til antallet af 18-66-årige indbyggere i landet. Danmark har i alt 7,6 berørte (7,0 plus 0,6), mens Sverige har 7,7 berørte (5,2 plus 2,5) i en måned pr. 1.000 18-66-årige. Endvidere ser det ud til, at Danmark har omtrent samme antal modtagere af botilbud, botilbudslignende tilbud og hjælperordninger som Norge, når man opgør tallet pr. 18-66-årig indbygger i landet. Danmark har i alt 8,1 berørte (7,5 plus 0,6), mens Norge har 8,3 berørte (7,3 plus 1,0) i et år pr. 1.000 18-66-årige. Det skal igen bemærkes, at opgørelsen i Norge er afgrænset til de 18-66-årige botilbudsmodtagere, hvilket

kan medføre en tendens til, at vi underestimerer antallet.⁴¹ Samtidig inkluderer de norske tal almenområdet, hvilket kan medføre en – modsatrettet – tendens til overestimering. Hvis vi som tidligere i begge lande laver en bredere afgrænsning⁴², er der 8,8 modtagere pr. 1.000 18-66-årige i Danmark og 9,3 i Norge.

Antallet af modtagere pr. 1.000 18-66-årige indbyggere ser således ud til at være nogenlunde på samme niveau i de tre lande. Der er imidlertid forskel, når man ser på *fordelingen* af modtagere på indsats typer. Her ligner Danmark og Norge hinanden mest, mens Sverige skiller sig ud fra de to andre lande. I Sverige udgør hjælperordninger således omtrent en tredjedel af det samlede modtagertal, mens botilbudsmodtagere udgør to tredjedele. I Danmark og Norge udgør botilbudsmodtagere omtrent 90 % af det samlede antal modtagere af botilbud, botilbudslignende tilbud og hjælperordninger. Hjælperordninger udgør omtrent 10 %. Der er heller ikke i disse fordelinger taget højde for, at den samme modtager godt kan få både et botilbud og en hjælperordning inden for samme år eller måned.

Sammenligningen af fordelingen forudsætter endvidere, at indsatserne er tilnærmelsesvis substituerbare. Herimod kan indvendes, at ikke alle modtagere af en hjælperordning i Sverige har et behov af et omfang, som betyder, at de ville kunne komme i betragtning til et botilbud eller et botilbudslignende tilbud. Dog er det – som vi så ovenfor – anslået 97 %, der modtager mindst 20 timer pr. uge, og anslået 89 %, der modtager mindst 40 timer pr. uge. Den største gruppe af modtagerne af hjælperordninger i Sverige får således en indsats, der omfangsmæssigt kan betegnes som værende substituerbar med mere omfattende tilbud og indsats. Man kan dog også tænke sig andre indsats, der – selvstændigt eller i kombination med hinanden – kan dække et behov svarende til, at en borger ville kunne komme i betragtning til blandt andet en måske mindre omfattende hjælperordning i Sverige. Det kan eksempelvis være et højt antal ugentlige timers hjemmehjælp eller socialpædagogisk støtte. Det kan også være en kombination af samtidige indsats, fx et antal timers hjemmehjælp, et antal timers socialpædagogisk støtte og en ledsagerordning.

Som nævnt har vi ikke timefordelte tal for modtagere af socialpædagogisk støtte. Vi har heller ikke tal for, hvor mange modtagere der *samtidigt* modtager forskellige typer af indsats i kombination. Antallet af borgere, der modtager en ledsagerordning, og antallet af borgere, der modtager et relativt højt antal ugentlige hjemmehjælpstimer, kan dog give en indikation af omfanget i Danmark og Sverige. Disse tal fremgår af Tabel 2.7. Der ser ikke ud til at være store forskelle mellem Danmark og Sverige. Igen skal det understreges, at der kan være borgere, der indgår to gange, hvis vedkommende modtager fx både en ledsagerordning og hjemmehjælp i mere end 12 timer pr. uge i samme måned. Det er ikke muligt ud fra tallene at afgøre, om der er forskel mellem de to lande på, hvor mange borgere der modtager kombinationsindsats.

⁴¹ Det er vanskeligt at sige, hvor meget det drejer sig om, men hvis man ser på de samlede svenske og danske modtagertal for handicappede og udsatte (ekskl. stofmisbrugsbehandling i Danmark) udgjorde antallet af modtagere over 65 år (ud af alle 18+-årige modtagere) ca. 7 % i Sverige og ca. 11 % i Danmark i 2019. For modtagere af botilbud i Sverige udgjorde antallet af modtagere over 65 år (ud af de 18+-årige modtagere af botilbud) ca. 11 % i 2019. Se også Bilag 1.

⁴² Det vil sige, at antallet af 18-64-årige borgere, der bor i plejeboliger med døgndækning, i 2019 inkluderer for Danmark. Det drejer sig om indskrevne i plejebolig, plejehjem, beskyttet bolig og friplejebolig, 18-64 år. Dette tal indeholder også plejeboliger til midlertidigt ophold/afslastning. Kilde: DST. For Norge inkluderer 18-66-årige modtagere af 'Tidsbegrænset ophold – utredning/behandling' og 'Tidsbegrænset ophold – annet'. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

Tabel 2.7 Antal modtagere af ledsagerordninger henholdsvis hjemmehjælp >11-12 timer i Danmark og Sverige

Indsats	Antal timer pr. uge		Danmark	Sverige
	Danmark	Sverige	Modtagere pr. 1.000 18-64-årige	Modtagere pr. 1.000 20-64-årige
Hjemmehjælp	>12	>11	0,5	0,6
			Modtagere pr. 1.000 18-66-årige, berørte i en måned, 2019	Modtagere pr. 1.000 18-66-årige, berørte i en måned, 2018
Ledsagerordning, 18+ år			3,0	3,1

Note: **Hjemmehjælp:** De danske tal vedrører modtagere af hjemmehjælp mellem 18-64 år i 2019 fordelt på antal timer pr. uge. De danske tal er opgjort af Danmarks Statistik som et gennemsnitligt antal modtagere pr. måned. De svenske tal vedrører modtagere af 'Hemtjänst' jf. SoL mellem 20 og 64 år pr. 31. oktober 2019. I Sverige opgøres timetallet for modtagere af 'Hemtjänst' pr. måned, og VIVE har derfor omregnet dette månedlige timetal til et estimeret ugentligt timetal. Derudover har ca. 7 % af de svenske modtagere et uoplyst timetal, og disse 7 % er af VIVE blot tillagt de forskellige timegrupperinger med samme vægt som de resterende modtagere med oplyst timetal. De svenske timetal for modtagere af 'Hemtjänst' fremgår af Socialstyrelsen (2020c), Tabel 5

Ledsagerordninger: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Det drejer sig om ledsagerordninger efter SEL § 97. Det svenske tal er opgjort som summen af modtagere vedrørende 'Ledsagning' (18-64 år) jf. SoL og 'Ledsagarservice' (18+ år) jf. LSS. For Danmark er modtagere af ledsagerordninger unikke modtagere i oktober måned, mens der for det svenske tal kan forekomme personer, der inden for samme måned (oktober) både modtog 'Ledsagning' jf. SoL og 'Ledsagarservice' jf. LSS

2.3 Udviklingen i antal modtagere 2015-2019

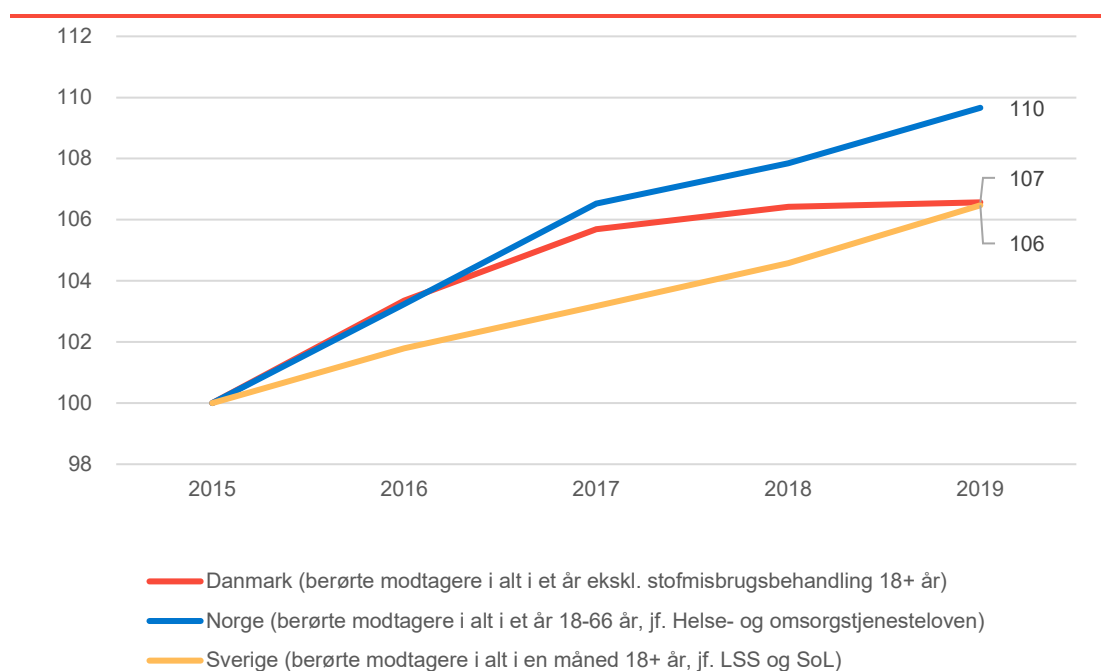
I dette afsnit sammenholdes udviklingen i antallet af modtagere i de tre lande i perioden fra 2015 til 2019. Vi ser på udviklingen for det samlede modtagertal (afsnit 2.3.1) såvel som for modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud (afsnit 2.3.2) samt socialpædagogisk støtte uden for botilbud og hjemmehjælp (afsnit 2.3.3).

2.3.1 Udvikling i det samlede antal modtagere

Figur 2.1 viser udviklingen fra 2015 til 2019 i det samlede antal modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige. Udviklingen er indekseret for bedre at kunne sammenligne selve udviklingstrenden i de tre lande, adskilt fra niveauerne.

Det ses af Figur 2.1, at der i alle tre lande har været en stigning i antallet af modtagere af indsatser på det specialiserede voksenområde i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Norge været på 10 % og i Danmark og Sverige på 6-7 %.

Figur 2.1 Indekseret udvikling i antal modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige, 2015-2019 (demografikorrigeret, 2015 = indeks 100)



Note: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). De norske tal er udviklingen i modtagere af helse- og omsorgstjenester og kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet (2019 s. 2; 2020, s. 8) og Statistisk Sentralbyrå (2016 s. 11; 2017 s. 12; 2018 s. 13). De svenske tal er unikke modtagere af indsatser efter LSS (18+ år) og SoL (18-64 år), og er dermed eksklusive modtagere af Statlig assistansersætning, som det ikke har været muligt at opgøre som unikke modtagere over tid. Tal korrigeret for udvikling i antal 18-66-årige i befolkningen. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

Man skal også i relation til Figur 2.1 være opmærksom på, at den norske afgrænsning indeholder hele det kommunale sundheds- og omsorgsområde. Vi har i Norge forsøgt at udelade ældreområdet ved kun at inkludere 18-66-årige modtagere i opgørelsen. Men hvis sundhedsindsatser, fx hjemmepleje til 18-66-årige, i Norge er steget mere eller mindre end det gennemsnitlige antal modtagere af øvrige indsatser, der i Danmark falder inden for det specialiserede voksenområde, kan det give et fejlagtigt billede af udviklingen.

Desuden viser figuren den danske udvikling for det samlede antal modtagere *eksklusive* personer, der udelukkende modtager stofmisbrugsbehandling. Denne opgørelse er som tidligere nævnt mest sammenlignelig med opgørelsen for Sverige og mindre sammenlignelig med de norske tal. Problemet er dog formentlig størst, når man ønsker at sammenligne absolutte niveauer. Det kan dog have betydning for sammenligneligheden i forhold til udviklingen, hvis antallet af modtagere af stofmisbrugsbehandling stiger mere eller mindre end det gennemsnitlige antal modtagere i Danmark og dermed påvirker udviklingen.

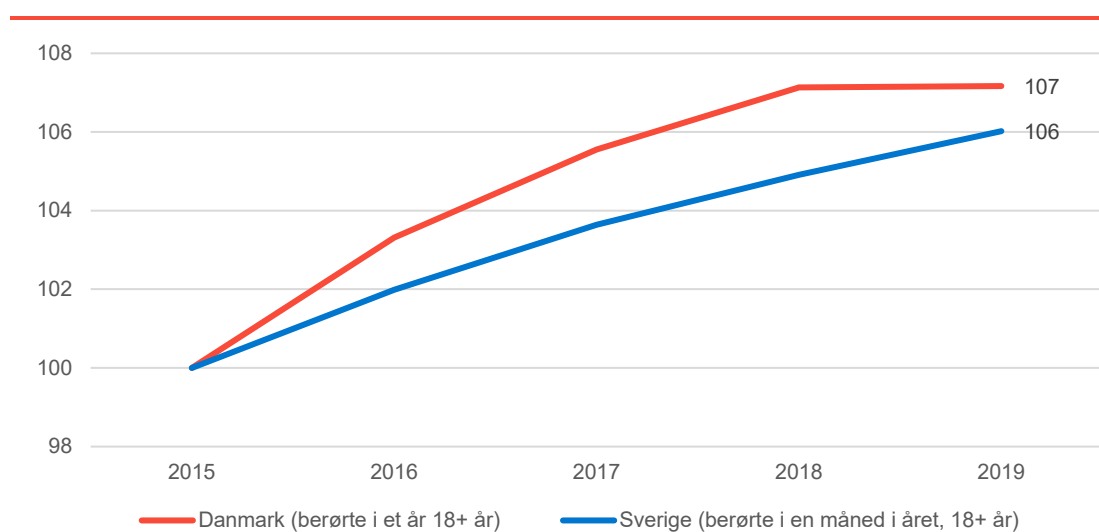
Endelig er udviklingen for Sverige opgjort eksklusive modtagere af Assistansersætning, AE, da det ikke er muligt at opgøre unikke modtagere heraf over tid, dvs. modtagere af AE, som ikke samtidigt får indsatser efter SoL eller LSS. Også det kan have betydning for sammenligneligheden i forhold til udviklingen, hvis antallet af unikke AE-modtagere stiger mere eller mindre end det gennemsnitlige antal modtagere i Sverige og dermed påvirker udviklingen.

2.3.2 Udvikling i antal modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud

Figur 2.2 viser udviklingen fra 2015 til 2019 i det samlede antal modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Sverige. Udviklingen er indekseret for bedre at kunne sammenligne udviklingstrenden i de to lande, adskilt fra niveauerne, som vi behandlede i afsnit 2.2. For Norge findes kun offentligt tilgængelige udviklingstal for perioden 2017-2019, og landet er derfor ikke med i sammenligningen⁴³.

Det ses af Figur 2.2, at der i både Danmark og Sverige har været en stigning i antallet af modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 18-66-årig i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Danmark været på 7 % og i Sverige på 6 %.

Figur 2.2 Udviklingen i antal modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Sverige, demografikorrigeret 2015-2019 (2015 = indeks 100)



Note: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Det svenske tal er opgjort som summen af modtagere vedrørende 'Boende för vuxna' (18+ år) jf. LSS og 'Särskilt boende' (18-64 år) jf. SoL. Tal korrigeret for udvikling i antal 18-66-årige i befolkningen. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

2.3.3 Udvikling i antal modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud og hjemmehjælp

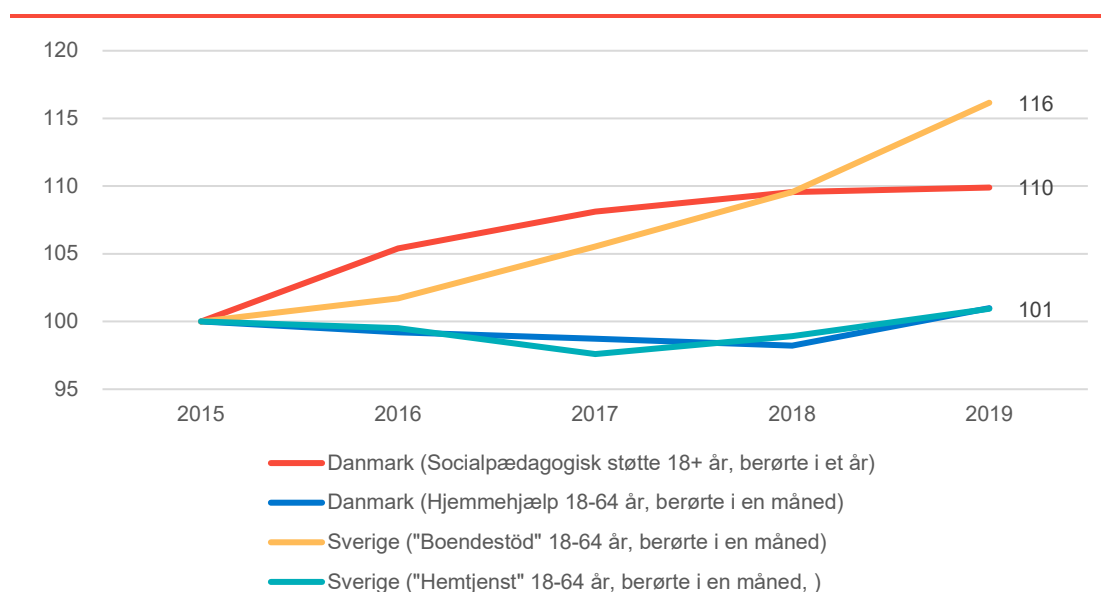
Figur 2.3 viser udviklingen fra 2015 til 2019 i antal modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud henholdsvis hjemmehjælp i Danmark og Sverige. Udviklingen er indekseret for bedre at kunne sammenligne udviklingstrenden i de to lande, adskilt fra niveauerne, som vi behandlede i afsnit 2.2. For Norge findes også her kun offentligt tilgængelige udviklingstal for perioden 2017-2019, hvorfor landet ikke er med i sammenligningen.

Det ses af Figur 2.3, at der i både Danmark og Sverige har været en stigning i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud pr. 18-66-årig i perioden fra 2015 til 2019. Stigningen har i Danmark været på 10 % og i Sverige på 16 %.

Ser man derimod på hjemmehjælp, har antallet af modtagere her ligget stabilt i både Danmark og Sverige i den viste periode.

⁴³ På grund af kommunesammenlægninger i Norge i perioden skal der i øvrigt tages forbehold for sammenligneligheden over tid inden for landet.

Figur 2.3 Udviklingen i antal modtagere af socialpædagogisk støtte uden for botilbud og hjemmehjælp i Danmark og Sverige, demografikorrigeret 2015-2019 (2015 = indeks 100)



Note: De danske tal er opregnet til landsplan baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Tal korrigeret for udvikling i antal 18-64-årige i befolkningen. Socialpædagogisk støtte i Danmark pr. 18+ år er korrigeret for udvikling i antal 18-66-årige i befolkningen. Se i øvrigt noter og kilder til tallene i Bilag 1.

2.4 Udgifter til botilbud i Danmark og Sverige

I dette afsnit sammenholder vi udgifterne til botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Sverige i 2019. Der sammenlignes ikke med norske udgifter til botilbud, da VIVE ikke har haft adgang til norske udgiftstal for botilbud opgjort på den relevante aldersafgrænsning. I både Danmark og Sverige ligger betalingsansvaret på det specialiserede voksenområde som udgangspunkt hos kommunerne, der afholder størstedelen af udgifterne til området.⁴⁴

Tabel 2.8 viser kommunernes nettodriftsudgifter til botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Sverige i 2019. Nettodriftsudgifterne for Sverige er omregnet til danske kroner ved at korrigere for forskellige købekraftspariteter (PPP) i de to lande i 2019, hvilket er en fremgangsmåde, som også er anvendt i lignende komparative analyser⁴⁵. Mellemregningerne fremgår af Tabel 2.8. Nederst i tabellen er nettodriftsudgifterne sat i relation til antallet af 18-66-årige indbyggere og antallet af modtagere af botilbud og botilbudslignende tilbud i de to lande.

Det ses af Tabel 2.8, at nettodriftsudgifterne til botilbudsområdet i Danmark i 2019 ligger højere end i Sverige, opgjort pr. 18-66-årig indbygger. I Danmark blev der brugt cirka 5.000 kr. pr. 18-66-årig, mens det tilsvarende beløb i Sverige var cirka 3.900 kr. Denne forskel er ikke overraskende, da der i Danmark er flere botilbudsmodtagere pr. 18-66-årig end i Sverige, jf. afsnit 2.2.1. De svenske udgifter til botilbud pr. 18-66-årig indbygger er opgjort for både botilbud ifølge LSS og SoL (se note til Tabel 2.8).

⁴⁴ Jf. også Dalsgaard et al., under udgivelse

⁴⁵ Fremgangsmåde med omregning via PPP (omregnet til den samme valuta) er fx også benyttet af Nososco, 2017: Social Protection in the Nordic Countries. I nærværende analyse er der taget udgangspunkt i OECD, 2021: Purchasing Power Parities. Link: <https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>.

Når man sammenholder nettodrifudsudgifterne i et år (her 2019) med antallet af botilbudsmottagere i en måned, får man en grov indikator for enhedsudgiften, dvs. den gennemsnitlige udgift pr. botilbudsmottager, i de to lande. Ved beregning af enhedsudgiften for mottagere af botilbud i Sverige er der alene taget udgangspunkt i indsatser efter LSS ('Boende för vuxna', og altså ikke botilbud efter SoL), da dette giver de bedste muligheder for at sammenholde mottagere og udgifter. Det ses af Tabel 2.8, at nettodrifudsudgiften pr. mottager i Danmark er cirka 719.000 kr., mens den i Sverige er cirka 736.000 kr. Disse to tal er tæt på hinanden.

Tabel 2.8 Kommunale nettodrifudsudgifter til botilbud og botilbudslignende tilbud i Danmark og Sverige, 2019

	Nettodrifudsudgifter	
	Danmark 2019	Sverige 2019
Både SoL og LSS i Sverige		
Totale kommunale udgifter til botilbud i et år i Danmark (mia. DKK)	18,3	-
Totale kommunale udgifter til botilbud i et år i Sverige (mia. DKK jf. omregning via PPP, både LSS og SoL)	-	24,3
Udgifter til botilbud pr. 18-66-årige (DKK jf. omregning via PPP, både LSS og SoL i Sverige)	5.017	3.855
Kun LSS i Sverige		
Antal mottagere af botilbud/botilbudslignende tilbud i en måned (kun LSS i Sverige)	25.400	28.094
Totale kommunale udgifter til botilbud i et år i Sverige (mia. DKK jf. omregning via PPP, kun LSS i Sverige)	-	20,7
Udgifter pr. bruger af botilbud (DKK jf. omregning via PPP, kun LSS i Sverige)	719.015	735.808

Note: For antal mottagere af botilbud pr. måned se noter og kilder i Bilag 1. For Sverige er udgifter pr. 18-66-årige opgjort som udgifter til 'Boende för vuxna' jf. LSS tillagt udgifter til 'Särskilt boende' jf. SoL, For Sverige er udgifter pr. bruger af botilbud alene opgjort som 'Boende för vuxna' 18+ år jf. LSS (og altså ikke tillagt 'Särskilt boende' 18-64 år jf. SoL), således at det er muligt at henføre antal mottagere og udgifter til hinanden. Kommunale nettodrifudsudgifter til botilbud i Danmark er trukket fra Danmarks Statistik jf. den kommunale kontoplans funktion 5.38.50, 5.38.51 og 5.38.52 (REGK31), opgjort eksklusive statsrefusion. Kommunale nettodrifudsudgifter til botilbud i Sverige er trukket fra SCB (000002A1, 'boende vuxna enligt LSS' og 'vård och omsorg enligt SoL och HSL i särskilt boende/annat boende pers. med funktionsnedsättning'). Omregning fra SKR til DKK er foretaget med udgangspunkt i OECDs Purchasing Power Parities (PPP) i 2019.

Litteratur

Danmark

Danmarks Statistik, 2021: *Statistikbanken*. Link: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>; Tabel AED06, RESI01, REGK31.

KL, 2018: *Indsatser efter serviceloven til voksne med psykiske lidelser*. Link: <https://www.kl.dk/nyheder/makro-analyseenheden/social-og-sundhed/indsatser-efter-serviceloven-til-voksne-med-psykiske-lidelser/>

Social- og Indenrigsministeriet, 2018: *VEJ nr. 9042 af 24/01/2018: Vejledning om ledsageordning, kontaktperson til døvblinde, funktionsevne-metoden, beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud*. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9042>

Social- og Indenrigsministeriet, 2019: *LBK nr. 798 af 07/08/2019 Bekendtgørelse af lov om social service*

Social- og Indenrigsministeriet, 2019: *KEN Nr. 9070 af 21/01/2019: Ankestyrelsens principafgørelse 2-19 om botilbud - midlertidigt - længerevarende - botilbudslignende*. København. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9070>

Social- og Indenrigsministeriet 2020: *Socialpolitisk Redegørelse 2019*. København: Social- og Indenrigsministeriet

Socialstyrelsen, 2021: *Om psykiske vanskeligheder: Lovgivning*, København. Link: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/om-psykiske-vanskeligheder/lovgivning>.

VIVE, under udgivelse (2021): *Komparativ analyse af organiseringen af det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige*. VIVE, København

Norge

Helsedirektoratet, 2015: *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Kriterier for tildeling av omsorgstjenester - Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier*, Helsedirektoratet Rapport 10/2015, IS-2391, Oslo.

Helsedirektoratet, 2016: *"Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*

Helsedirektoratet, 2019: *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018*.

Helsedirektoratet, 2019: *Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år*.

Helsedirektoratet, 2020: *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019*.

Helsedirektoratet, 2021a: *Helsedirektoratets dashboard, Helse- og omsorgstjenester (IPLoS) i KPR*. Link: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

Helsedirektoratet 2021b: *Informasjon om visningen. Kommunalt pasient- og brukerregister - Helse- og omsorgstjenester (IPLoS)*.

Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Helse- og Omsorgstjenesteloven). Link: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q>

Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013: *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Link: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

Helse- og Omsorgsdepartementet: *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (Sosialtjenesteloven).

Helse- og omsorgsdepartementet, 1999: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). Link: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Norges Offentlige Utredninger (NOU), 2011: *Når sant skal sies om pårørendeomsorg— Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. NOU, 2011: 17, Oslo. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-17/id660537/?q=matombringning&ch=7#match_0

Regjeringen (2021): *Rusmidler og psykisk helse*. Link: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/>

Sandvin, Johans Tveit og Trond Bliksvær, 2019: *"Living independently and being included in the community"*, Country report Norway, ANED 2018-2019.

Statistisk Sentralbyrå, 2016: *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015*.

Statistisk Sentralbyrå, 2017: *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016*

Statistisk Sentralbyrå, 2018: *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*

Sverige

Försäkringskassan, 2021: "Antal personer som fått assistansersättning efter län", statistik hentet på hjemmeside. Link: https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAflj8nKt8jNTrN Ky9YpLgMLFJZlIrJTEksSkxGL9gmxHRQDoXc20/#!/fn/ase-mottagare-lan/ASEAntalMottagareTimmarDecPkAld

Socialdepartementet, 1993. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. SFS nr. 1993: 387

Socialdepartementet, 2001: *Socialtjänstlag*, SFS nr. 2001: 453, Stockholm

Socialdepartementet, 2010: *Socialförsäkringsbalk*. SFS nr. 2010: 160

Socialstyrelsen, 2010: *Det är mitt hem Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-1-10.pdf>

Socialstyrelsen, 2010: *Ledsagning enligt LSS och SoL Kartläggning av kommunernas insatser 2010*. Stockholm

Socialstyrelsen 2011: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-3-49.pdf>

Socialstyrelsen, 2017: *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2017.*

Socialstyrelsen, 2018: *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2018.*

Socialstyrelsen, 2019: *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019.*

Socialstyrelsen, 2020a: *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020.*

Socialstyrelsen, 2020b: *Kvalitetsdeklaration. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2019.*

Socialstyrelsen 2020c: *Bilaga - Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2019*

Socialstyrelsen, 2021: *Socialstyrelsens termbank.* Stockholm, Link: <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen, 2021: *Kunskapsguiden.* Stockholm. Link: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/>

Statens Offentliga Utredningar, SOU, 2018: *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättning, Betänkande av LSS-utredningen, del 1 och 2.* SOU 2018: 88. Stockholm. Link: https://www.regeringen.se/48dbb0/contentassets/573c64721c9a43388b756b953d7c4d24/oversyn-av-insatser-enligt-lss-och-assistansersattningen-sou_2018_88.pdf

Internationalt

Nososco, 2017: *Social Protection in the Nordic Countries.*

OECD, 2021: *Purchasing Power Parities.* Link: <https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>.

Bilag 1 Antal modtagere og indsatser 2015-2019

Bilagstabel 1.1 Modtagere og indsatser på det specialiserede voksenområde i Danmark, 2015-2019

Modtagere og indsatser på det specialiserede voksenområde i Danmark, 2015-2019						
Modtagere af SEL-ydelser til handicap og udsatte tillagt personer i stofmisbrugsbehandling efter SEL § 101, 18+ år, 2017-2019 (unikke berørte i året)*						
	2015	2016	2017	2018	2019	
I alt, 18+ år	-	-	98.600	100.600	100.700	
18-64 år	-	-	88.900	90.400	90.300	
65+ år	-	-	9.700	10.200	10.400	
Modtagere af SEL-ydelser til handicap og udsatte 18+ år, 2015-2019 (berørte i året)**						
	2015	2016	2017	2018	2019	Kun okt. 2019
Botilbud i alt	25.100	26.100	26.800	27.300	27.400	25.400
Midlertidige botilbud	7.600	7.900	8.100	8.400	8.500	6.800
Længerevarende botilbud	6.100	5.900	5.400	5.200	5.300	5.000
Botilbudslignende tilbud	12.400	13.400	14.100	14.400	14.300	13.700
Socialpædagogisk støtte	42.700	45.300	46.700	47.500	47.800	39.800
Beskyttet beskæftigelse	9.900	10.100	10.000	9.800	9.700	8.400
Aktivitets- og samværstilbud	17.200	17.900	17.800	17.700	17.900	16.100
Borgerstyret personlig assistance	1.800	1.860	1.890	1.830	1.780	1.730
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, 18+ år	530	540	530	510	490	440
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, 18-59 år	-	-	-	-	400	-
Ledsagerordning	10.300	10.700	11.100	11.400	11.500	10.900
Kontaktperson for døvblinde	320	330	350	380	370	360
Behandling	260	250	230	390	350	240
I alt (unikke berørte inden for året)	79.500	82.700	85.000	85.900	86.300	77.400
I alt 18-64 år (unikke berørte i året)	-	-	-	-	76.800	-
I alt 65+ år (unikke berørte i året)	-	-	-	-	9.500	-
Modtager visiteret til hjemmehjælp under 65 år fordelt på ydelse og timer pr. uge 2015-2019 (antal modtagere pr. måned i året)***						
	2015	2016	2017	2018	2019	
Modtagere af hjemmehjælp i alt, under 65 år						
Omfang i alt	22.946	22.942	22.962	22.937	23.651	
Under 2 timer	15.165	15.293	15.458	15.659	16.713	
2-3,9 timer	2.672	2.655	2.622	2.576	2.380	
4-7,9 timer	2.130	2.104	2.124	2.080	1.972	
8-11,9 timer	946	927	909	890	883	
12-19,9 timer	859	845	807	799	809	
Mere end 20 timer	1.174	1.119	1.043	933	895	
Modtagere af plejebolig med døgndækning under 65 år, 2015-2019****						
	2015	2016	2017	2018	2019	
Indskrevne i plejebolig, plejehjem, beskyttet bolig og friplejebolig, 18-64 år	2.534	2.451	2.443	2.486	2.470	

Note: *18 år og derover ultimo året. Opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne) og registeret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Der er afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv. Handicap og Udsatte (voksne) og registeret om stofmisbrugsbehandling. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100.

**18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne). Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er som hovedregel afrundet til nærmeste 100 (nærmeste 10, for enkelte indsatser med lavt modtagerantal).

***Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder, som den enkelte kommune har indsendt.

****Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år, og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed.

Kilde: *, ** Særudtræk foretaget af Social- og Ældreministeriet for VIVE. ***Danmarks Statistik, AED06. ****Danmarks Statistik, RESI01. Samt egne beregninger.

Bilagstabel 1.2 Modtagere og innsatser på det spesialiserte voksenområde i Norge, 2015-2019

Modtagere og innsatser på det spesialiserte voksenområde i Norge, 2015-2019					
Modtagere af helse- og omsorgstjenester 18-66 år, 2015-2019 (berørte i året)*					
	2015	2016	2017	2018	2019
Modtagere (18-66 år)	118.092	122.819	127.458	129.776	132.725
Modtagere (18-49 år)	69.591	72.475	75.875	77.502	79.992
Modtagere (50-66 år)	48.501	50.344	51.583	52.274	52.733
Modtagere af helse- og omsorgstjenester fordelt på innsatser, 2017-2019 (berørte i året)**					
	2015	2016	2017	2018	2019
Tjenester til hjemmeboende i alt, 18-66 år	-	-	118.232	121.809	123.091
Modtagere i alt, 18-66 år (ekskl. modtagere af udelukkende 'Helsetjenester i hjemmet', 'Bruk af tvang' og Velferdsteknologi)	-	-	74.861	74.927	69.268
Praktisk bistand i alt, 18-66 år og BPA 67+ år	-	-	42.515	42.038	41.758
Praktisk bistand i alt, 18-66 år	-	-	41.916	41.572	41.267
Praktisk bistand - daglige gjøremål (18-66 år) og opplæring daglige gjøremål (18+ år)	-	-	43.122	43.476	43.374
Praktisk bistand – daglige gjøremål (18-66 år)	-	-	24.930	24.457	24.107
Praktisk bistand – opplæring – daglige gjøremål (18-66 år)	-	-	20.781	21.022	20.981
Praktisk bistand – opplæring – daglige gjøremål (18+ år)	-	-	24.024	25.038	25.238
Praktisk bistand – brukerstyrt – personlig assistanse (18-66 år)	-	-	2.853	2.932	2.934
Praktisk bistand – brukerstyrt – personlig assistanse (18+ år)	-	-	3.452	3.398	3.425
Omsorgsstønning (18-66 år)	-	-	4.878	4.984	4.900
Helsetjenester i hjemmet (18-66 år)	-	-	86.659	90.893	96.395
Re-/habilitering utenfor institusjon (18-66 år)	-	-	9.431	9.051	-
Dagaktivitetstilbud (18-66 år)	-	-	10.752	11.142	11.085
Matombringning (18-66 år)	-	-	4.661	4.655	4.533
Avlastning – utenfor institusjon/bolig (18-66 år)	-	-	2.513	2.467	2.382
Støttekontakt (18-66 år)	-	-	21.922	22.395	21.848
Tjenester i kommunal bolig og institusjonstjenester i alt (18-66 år)	-	-	31.338	31.658	29.428
Kommunal bolig og Langtidsopphold/Tidsbegrenset opphold i institusjon (18-66 år)	-	-	27.999	27.920	26.175
Kommunal bolig, Langtidsopphold i institusjon og Tidsbegrenset opphold – rehabilitering/habilitering (18-66 år)	-	-	24.708	24.694	22.559
Kommunal bolig og Langtidsopphold i institusjon (18-66 år)	-	-	23.080	23.067	20.971
Kommunal bolig (18-66 år)	-	-	21.123	21.200	19.071
Institusjonstjenester (18-66 år)	-	-	11.467	11.722	11.539
Dagopphold i institusjon (18-66 år)	-	-	439	444	387
Tidsbegrenset opphold – utredning/behandling (18-66 år)	-	-	2.711	2.820	2.981
Tidsbegrenset opphold – rehabilitering/habilitering (18-66 år)	-	-	1.953	1.928	1.845
Tidsbegrenset opphold – annet (18-66 år)	-	-	2.146	1.908	2.240

Modtagere og innsatser på det spesialiserte voksenområde i Norge, 2015-2019					
Langtidsopphold i institusjon (18-66 år)	-	-	2.166	2.053	2.047
Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (18-66 år)	-	-	2.514	3.074	2.599
Avlastning i institusjon/bolig (18-66 år)	-	-	1.439	1.413	1.438
Modtagere av innsatser, 2015-2019 (pr. dato i året)***					
	2015	2016	2017	2018	2019
Modtagere av helse- og omsorgstjenester (pr. dato, 18-66 år)	93.064	95.530	98.919	99.529	100.129
Modtagere av helse- og omsorgstjenester (pr. dato, 18-49 år)	55.363	56.932	59.273	59.645	60.316
Modtagere av helse- og omsorgstjenester (pr. dato, 50-66 år)	37.701	38.598	39.646	39.884	39.813
Modtagere av BPA (pr. dato i året, 18-66 år)	2.504	2.550	2.656	2.668	2.737

Note: *Unikke modtagere av innsatser i løbet av et år. For 2019 er der 13 kommuner, der ikke har indrapportert data. For disse 13 kommuner er 2018-tallet anvendt i stedet.

**Modtagere av innsatser i løbet av 1 år. Tal fra Helsedirektoratets dashboard 'Helse- og omsorgstjenester (IPLOS) i KPR'. For 2019 er der 13 kommuner, der ikke har indrapportert data. Derfor anvendes 2018-tallene i rapporten. Yderligere informasjon om det norske datagrundlag i Helsedirektoratets dashboard kan findes i publikationen Helsedirektoratet (2021b): *Informasjon om visningen. Kommunalt pasient- og brukerregister - Helse- og omsorgstjenester (IPLOS)*.

***Unikke modtagere av innsatser pr. 31 desember i året. For 2019 er der 13 kommuner, der ikke har indrapportert data. For disse 13 kommuner er 2018-tallet anvendt i stedet.

Kilde: *Helsedirektoratet (2019 s. 2; 2020, s. 8) og Statistisk Sentralbyrå (2016 s. 11; 2017 s. 12; 2018 s. 13). **Helsedirektoratet (2021a): *Helsedirektoratets dashboard, Helse- og omsorgstjenester (IPLOS) i KPR*.

Link: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>. ***Helsedirektoratet (2019 s. 13; 2020 s. 22) og Statistisk Sentralbyrå (2016 s. 18; 2017 s. 22; 2018 s. 27).

Bilagstabel 1.3 Modtagere og indsatser på det specialiserede voksenområde i Sverige, 2015-2019

Modtagere og indsatser på det specialiserede voksenområde i Sverige, 2015-2019					
Modtagere af LSS, SoL og Statlig assistansersättning (berørte i oktober i året)*					
	2015	2016	2017	2018	2019
LSS 18+ år	57.208	58.594	59.894	60.778	61.576
LSS 18-64 år	51.412	52.665	53.862	54.753	55.457
LSS 65+ år	5.796	5.929	6.032	6.025	6.119
SoL 18+ år	365.817	371.324	369.095	381.186	390.543
SoL 18-64 år	50.900	52.611	53.732	55.465	57.662
Både LSS og SoL	7.929	8.496	8.607	8.976	9.227
Unikke modtagere af SoL og LSS, 18-64 år	94.383	96.780	98.987	101.242	103.892
Unikke modtagere af SoL 18-64 år og LSS 18+ år	100.179	102.709	105.019	107.267	110.011
Statlig assistansersättning, 18+ år (berørte december i året, estimeret af VIVE og afrundet til nærmeste 10)	13.290	13.030	12.500	12.290	12.060
Unikke modtagere af SoL, LSS og Statlig assistansersättning, 18-64 år (berørte december i året, estimeret af VIVE og afrundet til nærmeste 100)					108.700
Unikke modtagere af SoL 18-64 år, LSS 18+ år og Statlig assistansersättning 18+ år (berørte december i året, estimeret af VIVE og afrundet til nærmeste 100)					117.300
Modtagere af LSS og SoL fordelt på indsatser (berørte i oktober i året)**					
	2015	2016	2017	2018	2019
SoL indsatser 18-64 år					
Særskilt boende	4.087	4.299	4.468	4.723	4.667
Hemtjänst i ordinärt boende	15.967	16.033	15.877	16.218	16.678
Trygghetslarm	9.880	9.641	10.088	10.674	11.740
Ledsagning	13.855	14.935	16.144	13.495	6.086
Avlösning	17.056	19.233	19.648	16.252	4.349
Dagverksamhet	9.151	8.597	8.671	9.039	5.463
Boendestöd	22.527	23.116	24.221	25.341	27.078
Annat bistånd	51.096	86.931	86.662	90.485	99.195
Korttidsplats	4.189	3.001	3.042	3.942	2.867
Kontaktperson eller familj	4.028	4.030	4.259	4.392	4.476
Matdistribution	2.875	2.827	2.732	2.658	2.559
LSS indsatser					
Personlig assistans, 18+ år	3.465	3.616	3.769	3.903	3.885
Personlig assistans, 18-64 år	2.796	2.902	3.049	3.146	3.103
Ledsagarservice, 18+ år	6.398	6.172	5.871	5.741	5.529
Ledsagarservice, 18-64 år	5.444	5.271	5.017	4.914	4.732
Kontaktperson, 18+ år	17.921	17.791	17.546	17.484	17.080
Kontaktperson, 18-64 år	16.072	15.897	15.647	15.648	15.277
Avlösarservice, 18+ år	550	514	522	528	512
Avlösarservice, 18-64 år	502	471	485	489	469
Korttidsvistelse, 18+ år	3.431	3.271	3.116	3.092	2.952
Korttidsvistelse, 18-64 år	3.388	3.236	3.082	3.063	2.924
Korttidstillsyn, 18+ år	1.297	1.157	1.098	1.066	1.087
Boende, barn, 18+ år	493	430	445	432	396

Modtagere og indsatser på det specialiserede voksenområde i Sverige, 2015-2019					
Boende, vuxna, 18+ år	25.873	26.476	27.082	27.461	28.094
Boende, vuxna, 18-64 år	22.383	22.910	23.410	23.959	24.331
Dagverksamhet, 18+ år	35.339	36.610	37.338	37.824	38.415
Dagverksamhet, 18-64 år	34.446	35.730	36.547	37.112	37.722
LSS og SoL i alt, udvalgte indsatser					
Botilbud i alt (Boende vuxna 18+ år jf. LSS og Särskilt boende 18-64 år jf. SoL)	29.960	30.775	31.550	32.184	32.761
Botilbud i alt, 18-64 år (Boende vuxna 18+ år jf. LSS og Särskilt boende 18-64 år jf. SoL)	26.470	27.209	27.878	28.682	28.998
Personlig assistans i alt, 18+ år (Personlig assistans 18+ år jf. LSS og Statlig assistanssättning 18+ år, estimeret af VIVE og afrundet til nærmeste 10)	16.750	16.640	16.270	16.200	15.940

Note: *Modtagere i oktober måned i året. Tal vedrørende 'Statlig assistanssättning' er berørte i december måned i året. Unikke modtagere af 'Statlig assistanssättning', der ikke også får indsatser efter LSS eller SoL, er estimeret af VIVE på baggrund af Statens Offentliga Utredningar SOU 2018:88, s. 897 og 917-918. For indsatser efter SoL er der afgrænset til følgende indsatser for borgere i aldersgruppen 18-64 år: 1) Beslutet avsåg hemtjänst (Beslutet om hemtjänst avsåg service. Beslutet om hemtjänst avsåg personlig omvårdnad. Beslutet om hemtjänst avsåg ledsagning. Beslutet om hemtjänst avsåg avlösning av anhörig i hemmet). 2) Beslutet avsåg matdistribution inom eller utanför hemtjänst. 3) Beslutet avsåg trygghetslarm inom eller utanför hemtjänst. 4) Beslutet avsåg ledsagning inom eller utanför hemtjänst. 5) Beslutet avsåg avlösning av anhörig i hemmet inom eller utanför hemtjänst. 6) Beslutet avsåg boendestöd. 7) Beslutet avsåg dagverksamhet. 8) Beslutet avsåg korttidsplats. 9) Beslutet avsåg kontaktperson. 10) Beslutet avsåg kontaktfamilj og 11) Beslutet avsåg annat bistånd inom äldreomsorg (se Socialstyrelsen (2020): *Kvalitetsdeklaration. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2019*).

**Modtagere af indsatser i oktober måned i året.

Kilde: *, **Særudtræk foretaget af Socialstyrelsen i Sverige for VIVE. *Tal vedrørende 'Statlig assistanssättning' kommer fra Forsakringskassans statistik (https://www.forsakringskassan.se/wps/poc?uri=nm:oid:fk.statistik.statistikdatabas#/fn/ase-mottagare-lan/ASEAntalMottagareTimmarDecPkAld?person-krets_kod3=ALL&ar=2015,2016,2017,2018,2019&aldersklass_kod3=14,19,65,ALL&kon_kod=ALL&observati-ons=anta), hvorfra unikke modtagere er estimeret på baggrund af publikationen Statens Offentliga Utredningar SOU 2018:88 (<https://www.regeringen.se/48dbb0/contentassets/573c64721c9a43388b756b953d7c4d24/oversyn-av-insatser-enligt-lss-och-assistanssattningen-sou-2018-88.pdf>).

Bilag 2 Indsatser – indhold og lovgrundlag

Dette bilag beskriver kort i oversigtsform de forskellige indsatser, der findes til borgere med funktionsnedsættelser og voksne borgere med sociale problemer i de tre lande. For hvert land er udarbejdet en oversigtstabel med indsatsens navn, lovgrundlag og indholdsbeskrivelse. Under hver tabel er der for hvert land en boks med henvisninger til en række relevante kilder, der nærmere belyser indsatsernes målgruppe, indhold, afgrænsninger mv.

Danmark

I Danmark bevilges indsatser til borgere med funktionsnedsættelser eller sociale problemer efter Lov om Social Service, kaldet serviceloven. Bilagstabel 2.1 giver et overblik over de danske indsatser og deres indhold.

Bilagstabel 2.1 Danmark: Indsatser, lovgrundlag og indhold

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold
Midlertidige botilbud	SEL § 107	Midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.
Længerevarende botilbud	SEL § 108	Ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.
Botilbudslignende tilbud	SEL §§ 83-87 samt ABL § 105/115	Hvis kommunen vurderer, at borgeren har behov for et midlertidigt botilbud, kan kommunen visitere borgeren til et botilbudslignende tilbud, hvis tilbuddet i øvrigt er egnet til at varetage borgerens behov. Borgeren skal have en tidsbegrænset lejekontrakt. Kommunen skal være opmærksom på, om formålet med opholdet på det botilbudslignende tilbud er opfyldt, når lejekontrakten udløber. Hvis formålet ikke er opfyldt, skal kommunen forlænge lejekontrakten i det omfang, det er muligt efter lejelovgivningen. Hvis det ikke er muligt at forlænge lejekontrakten, skal kommunen visitere borgeren til et tilbud efter serviceloven, hvis borgeren fortsat har behov for et midlertidigt botilbud.
Beskyttet beskæftigelse	SEL § 103	Beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.
Aktivitets- og samværstilbud	SEL § 104	Aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene.

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold
Socialpædagogisk bistand	SEL § 85	Hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
Praktisk hjælp og personlig pleje	SEL § 83	Personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice. Tilbuddene gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Tilbud om hjælp efter stk. 1 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere	SEL § 95	Tilskud til hjælp, som borgeren selv antager til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for personlig hjælp og pleje og for støtte til løsning af nødvendige praktiske opgaver i hjemmet i mere end 20 timer ugentligt.
Borgerstyret personlig assistance (BPA)	SEL § 96	Tilskud til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde denne ganske særlige støtte. Det er en betingelse, at borgeren er i stand til at fungere som arbejdsleder for hjælperne, og at borgeren kan fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre borgeren indgår aftale med en nærtstående eller en forening eller privat virksomhed, der er godkendt af socialtilsynet, om, at de er arbejdsgiver for hjælperne.
Ledsagerordning	SEL § 97	Ledsagelse til borgere mellem 18 år og folkepensionsalderen ⁴⁶ , som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ikke kan færdes på egen hånd uden for hjemmet. Ledsageordningen omfatter selve ledsagelsen og de funktioner, der er direkte forbundet med ledsagelsen, f.eks. hjælp med at tage overtøj af og på samt hjælp med kørestol og andre ganghjælpemidler. Ledsageordningen skal supplere servicelovens øvrige ydelser, men ikke erstatte dem og omfatter således f.eks. ikke praktisk hjælp i hjemmet. Borgere, der opfylder betingelserne for at få ledsagelse, har ret til 15 timer pr. måned, uanset hvad de pågældende ønsker at blive ledsaget til.
Kontaktperson for døvblinde	SEL § 98	Borgere som er funktionelt døvblinde har ret til i fornødent omfang at få hjælp af en særlig kontaktperson. Kontaktpersonordningen kan ydes som en del af et samlet tilbud om hjælp til pleje, overvågning eller ledsagelse til borgere, der modtager et samlet tilbud som led i et ophold i eget hjem eller i et botilbud. Der ydes ikke ledsagelse efter § 97 til borgere, der har kontaktperson.
Støtte- og kontaktperson	SEL § 99	Støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.
Stofmisbrugsbehandling	SEL § 101	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af stofmisbrugere Der kan efter § 101a tilbydes anonym ambulant behandling
Speciallægelig og psykologisk behandling og terapi	§ 102	Der kan gives tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

Note: SEL er serviceloven. ABL er almenboligloven. Der er i rapporten ikke modtaget på alle de nævnte indsats i ovenstående tabel. Afgrænsningen af danske indsats i rapporten fremgår af Tabel 1.2, Tabel 2.4 og Bilagstabel 1.1.

⁴⁶ Dog således at aldersgrænsen ikke kan blive lavere end 67 år.

Danmark: Kilder til beskrivelser af indsatsernes indhold og målgrupper

- Lov om Social Service
- Socialstyrelsen: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/om-psykiske-vanskeligheder/lovgivning>.
- KL, 2018: <https://www.kl.dk/media/18598/indsatser-efter-serviceloven-til-voksne-med-psykiske-lidelser.pdf>.
- Retsinformation: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9070>
- Retsinformation: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9042>.

Norge

I Norge bevilges innsatser til borgere med funksjonsnedsettelse primært etter Helse- og Omsorgstjenesteloven. Norske kommuner kan gi tjenester ut over det som følger direkte av lovgivningen, herunder forskjellige særordninger eller utvidelser av lovpålagte ordninger. Bilagstabel 2.2 gir et overblikk over en rekke ordninger, som alle eller de fleste kommuner tilbyr.

Der skelnes i Norge overordnet mellom 'hjemmetjenester' og 'institusjonstjenester'. Til hjemmetjenester hører fx personlig assistanse, inndelt i 'praktisk bistand daglige gøremål', 'praktisk bistand opplæring' og 'brugerstyret personlig assistanse'. Til institusjonstjenester hører fx forskjellige typer av 'tidsbegrenset opphold' og 'langtidsopphold i institusjon'.

Bilagstabel 2.2 gir et overblikk over de norske innsatser og deres innhold og målgrupper.

Bilagstabel 2.2 Norge: Innsatser, lovgrunnlag og innhold

Innsats	Lovgrunnlag	Beskrivelse av innhold og målgruppe
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	PBL § 2-1 a andre ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 c.	Hovedhensikten med oppholdet skal være utredning og/eller behandling. Se hertil Helsedirektoratet, 2021: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav#tidsbegrenset-opphold-utredningbehandling
Tidsbegrenset opphold - rehabilitering/habilitering	PBL § 2-1 a andre ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 c.	Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester med særskilt tilrettelagte rehabiliteringstjenester. Målgruppen fx (1) Personer der rehabilitering utenfor institusjon ikke er nok eller som et tilbud i en lengre rehabiliteringsprosess; (2) Personer som har behov for tverrfaglige, koordinerte tjenester for å forbedre eller vedlikeholde sitt funksjonsnivå og opplevelsen av selvstendighet og mestring; (3) Personer som av helsemessige årsaker, boforhold, utrygghet, risiko for fall og lignende ikke kan gis nødvendig oppfølging og trening i eget hjem.
Tidsbegrenset opphold – annet	PBL § 2-1 a andre ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 c.	Tidsbegrenset opphold i institusjon er tjenester til personer som for en kortere periode har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester eller for utredning og vurdering. Målgruppen fx (1) Personer som i en overgangsperiode trenger medisinsk behandling, omsorg ved sykdom, utredning og observasjon, samt etterbehandling/oppfølging etter sykehusopphold, (2) Personer med behov for lindrende behandling ved livets slutt og der tjenester ikke kan, eller familien ikke ønsker at disse skal gis i hjemmet, (3) Personer som har andre omfattende behov for helse – og omsorgstjenester og der heldøgns tidsbegrenset opphold i institusjon vil være best egnet, (4) Personer med kjent demensdiagnose der det er behov for observasjon og vurdering av bistandsbehov.

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold og målgruppe
Langtidsopphold i institusjon (ordinær sykeplass)	PBL § 2-1 a andre ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6 c.	Langtidsplass i institusjon er et varig botilbud for personer med heldøgns helse- og omsorgsbehov. Målgruppen fx (1) Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap, (2) Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
Langtidsopphold i institusjon (skjermet/tilrettelagt plass)	PBL § 2-1 a, annet ledd, jf. HOL § 3-2 første ledd nr. 6, c	Varig botilbud for personer med kognitiv svikt og personer med demens og som har behov for heldøgns helse- og omsorg. Målgruppen fx: (1) Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av kognitiv svikt (f.eks. personer med demens). (2) Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
Langtidsopphold i institusjon (forsterket plass)	PBL § 2-1 a, annet ledd, jf. HOL § 3-2 første ledd nr. 6, c.	Varig botilbud for personer med særskilte behov for et forsterket tilbud av heldøgns helse- og omsorgstjenester. Målgruppen fx: (1) Personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og som ikke mestrer dagliglivets gjøremål, grunnet mentalt og/eller fysisk funksjonstap og /eller alvorlig sykdom. (2) Personer som ikke på et forsvarlig nivå får dekket sitt daglige behov for helsetjenester, pleie og omsorg i eget hjem.
Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold	HOL, §3-5	Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.
Kommunal bolig (Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål)	HOL, §3.2 a og 3-7	Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.
Dag- og aktivitetstilbud	PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL § 3-1.	Dag – og aktivitetstilbud vil være tilbud til ulike målgrupper primært over 18 år, men kan også være aktuelt for yngre som ikke har annen dagaktivitet. Tilbudene kan være: Dagsenter for personer med nedsatt funksjonsevne Dagsenter for eldre Aktivitetstilbud for personer med funksjonsnedsettelse eller sykdom Dagsenter for demente og «inn på tunet» - tilbud Ulike dag og aktivitetstilbud som gis i eget hjem Aktivitetstilbud kan også gis på kveld og i helgene
Dagopphold i institusjon	PBL § 2-1 a. 2. ledd jf. HOL § 3-2, punkt 6, c.	Boform etter denne forskrift skal gi heldøgnsopphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse-og sosialtjeneste.
Personlig assistance: Praktisk bistand - daglige gjøremål	PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 første ledd nr. 6, b.	Omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell, for eksempel hjelp til rengjøring, sengetøyskift, hjelp til å skrive handleliste eller til bestilling av varer, matombringing, hjelp til matlagning, hjelp i spisesituasjonen, hjelp til personlig stell: påkledning, dusj mm, annen nødvendig bistand, f.eks. fjerning av snø fra

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold og målgruppe
		<p>inngangsparti, hjelp til koordinering av sysselsettingstiltak, tilrettelegging av sysselsettingstiltak og dagtilbud, bistand til økonomistyring, bistand til opprettelse av ansvarsgruppe, bistand til utarbeidelse av individuell plan.</p> <p>Målgruppen: Personer som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.</p>
<p>Personlig assistance: Praktisk bistand - opplæring</p>	<p>PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.</p>	<p>Opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påklledning, opplæring i forbindelse med måltider og biveiledning. Kan også omfatte opplæring i bruk av trygghetsalarm, ulike velferdsteknologiske løsninger, hverdagsrehabilitering. Fx hjelp og opplæring i ADL ferdigheter, opplæring i å ivareta egen helse, opplæring knyttet deltakelse i ulike typer aktiviteter, trening og opplæring i sosiale ferdigheter, opplæring i andre nødvendige aktiviteter.</p> <p>Målgruppen: Personer som kan mestre mye selv, men har behov for tjenester i form av opplæring og/eller veiledning idagliglivets gjøremål. Til personer med behov for å forebygge atferd som får negative konsekvenser for dem selv.⁴⁷</p>
<p>Brukerstyrt - personlig assistanse</p>	<p>PBL §§ 2-1 a 2. ledd og 2-1 bokstav d, samt HOL §§ 3-1, 3-2 1. ledd nr. 6 b og c og 3-8.</p>	<p>Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere tjenesten personlig assistanse på (omfatter praktisk og personlig bistand, opplæring og støttekontakt) på for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. BPA innebærer at brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak angir, kan brukeren styre hva assistentene skal gjøre og til hvilke tider assistanse skal gis.</p> <p>Dersom tjenestemottakeren selv ikke kan være arbeidsleder, for eksempel på grunn av ung alder eller kognitive funksjonsnedsettelse, kan arbeidslederrollen ivaretas av noen som kjenner tjenestemottaker godt, og som da kalles en medarbeidsleder. Medarbeidslederen ivaretar i slike tilfeller brukerstyringen/arbeidsledelsen sammen med eller på vegne av tjenestemottakeren.</p> <p>Målgruppe: Personer med stort og langvarig behov for personlig assistanse, personer med behov for avlastning ved omsorg for hjemmeboende barn under 18 år og andre som kan nyttiggjøre seg denne organisasjonsformen.</p>
<p>Helsetjenester i hjemmet</p>	<p>PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 1. ledd nr. 6 a</p>	<p>Helsetjenester i hjemmet kan gis som ett eller flere enkelttiltak eller som heldøgntilbud. Eksempel på innhold i tjenesten: Legemiddeladministrering og/eller oppfølging, oppfølging av ernærings situasjon og munnhelse, behov for behandling, observasjon og oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, behov for støttesamtaler og andre tiltak som følge av ulike psykiske lidelser til ulike brukergrupper, forebyggende og helsefremmende tiltak, habilitering og rehabiliteringsrettede tiltak, tilrettelegging og opplæring knyttet til helse relaterte situasjoner, forebygge utagerende atferd, legge til rette for lindrende behandling og omsorg for personer med kort forventet levetid og som ønsker å dø hjemme, trygghetsalarm eller andre teknologiske løsninger der dette bidrar i behandling eller til trygghet i en spesiell helsemessig situasjonen (eks. ved KOLS).</p>

⁴⁷ Jf. Helsedirektoratet (2015).

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold og målgruppe
Støttekontakt	PBL § 2-1 a andre ledd jf. HOL § 3-2 1. ledd nr. 6 b.	En støttekontakt hjelper en annen person til en mer meningsfylt fritid gjennom sosialt samvær og ulike aktiviteter. Støttekontakt kan f.eks. gis som: Individuell støttekontakt Deltakelse i en aktivitetsgruppe Et individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Målgruppen: Personer som har vanskelig for å komme seg ut på egenhånd, og/eller trenger hjelp og støtte for å mestre forskjellige fritidsaktiviteter, og deltagelse i sosiale fellesskap.
Re-/habilitering utenfor institusjon	PBL § 2-1 a 2. ledd ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 1. ledd nr. 5.	Habiliterings- og rehabiliteringsløp vil som regel bestå av mange ulike enkelttjenester-/tiltak, for eksempel helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand/opplæring. Habilitering og rehabilitering kan organiseres på ulike måter, fx tverrfaglige team ev. i kombinasjon med hjemmetjenester, ambulerende team, innsatsteam, hverdagsrehabilitering, treningstiltak i hjem, skole, arbeidsplass i kombinasjon med gruppetilbud ved frisklivssentraler og/eller dagsentra samt lærings – og mestringstilbud
Omsorgsstønad	HOL §§ 3-6	Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak, omsorgsstønad.
Matutbringning	Ikke lovbestemt	Matutbringning for hjemmeboende som ikke er i stand til å tilberede egen middag og / eller ikke får hjelp til dette av pårørende eller annen instans
Avlastning utenfor institusjon/bolig	PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL §§ 3-1 og 3-2 1. ledd nr. 6 d.	Avlastningstjenester innebærer alle typer avlastning, i hjemmet, på dagsenter m.m. Alle typer pleie- og omsorgstjenester kan tildeles som avlastning til alle aldersgrupper med hjelpebehov. Avlastningen skal gi omsorgsyter rom for normal fritid, mulighet for å reise på ferier og tid til å bevare etsosialt nettverk. Målgruppe: Avlastning gis til omsorgsyter som til daglig gir omfattende omsorg til en person med stort omsorgsbehov.
Avlastning i institusjon/bolig	PBL § 2-1 a 2. ledd jf. HOL § 3-1 og § 3-2 1. ledd nr. 6 d.	Tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester der formålet er å avlaste personen/personene (pårørende eller andre) som til daglig utfører omsorgsarbeidet.

Note: PBL er 'pasient- og brukerrettighetsloven', HOL er 'helse- og omsorgstjenesteloven'.

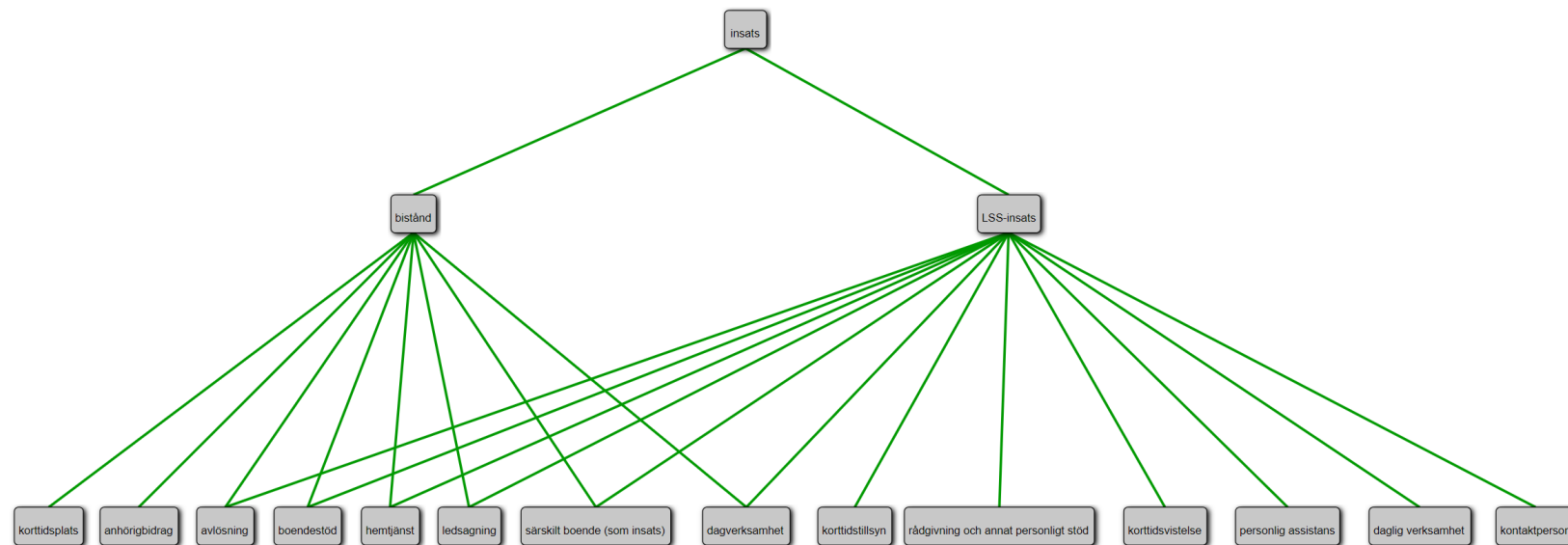
Norge: Kilder til beskrivelser af indsatsernes indhold og målgrupper

- Helse- og Omsorgstjenesteloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q>
- Helsedirektoratet, 2015: 'Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester
- Kriterier for tildeling av omsorgstjenester: Arbeidsprosess, rutiner og verktøy; - Tjenestekriterier', Rapport nr. IS – 2391, 2015, Oslo.
- Helsedirektoratet, 2016: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill
- Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- NOU 2011: 17: *Når sant skal sies om pårørendeomsorg— Fra usynlig til verdsatt og inkludert*
- https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-17/id660537/?q=matombringning&ch=7#match_0

Sverige

I Sverige er der to primære love, hvorefter der bevilges indsatser til borgere med funktionsnedsættelser eller voksne med sociale problemer, nemlig Socialtjänstlagen (SoL) og Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS). Socialstyrelsen i Sverige har lavet en oversigt over bevillingsgrundlaget, som fremgår af Bilagsfigur 2.1.

Bilagsfigur 2.1 Sverige: Oversigt over bevillingsgrundlag for indsatser efter SoL og LSS



Kilde: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

I tillæg til SoL og LSS er der en statslig ordning for personlig assistance over 20 timer, Assistansersättning, der bevilges efter Socialförsäkringsbalken (SFB). Bilagstabel 2.3 giver et overblik over de svenske indsatser og deres indhold.

Bilagstabel 2.3 Sverige: Insatser, lovgrundlag og indhold

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold og målgruppe
Personlig assistans	LSS 1993:387, §9, stk. 2	LSS-insats i form av personligt utformat stöd som ges åt person som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med att tillgodose grundläggande behov. Med hjälp att tillgodose grundläggande behov avses hjälp med att sköta sin personliga hygien, att inta måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen med funktionsnedsättning.
Ledsagarservice	LSS 1993:387, §9, stk. 3	Insatsen syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet t.ex. besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.
Kontaktperson	LSS 1993:387, §9, stk. 4	Insats i form av en kontaktperson som ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.
Avlösarservice	LSS 1993:387, §9, stk. 5	Insats som syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.
Korttidsvistelse	LSS 1993:387, §9, stk. 5	Insats i form av kortare vistelse utanför det egna hemmet för att en person med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation och ge anhöriga avlastning. Vistelsen kan förläggas i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägervistelse.
Korttidstillsyn	LSS 1993:387, §9, stk. 7	Insats i form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skolans slut, under lovdagar, studiedagar och längre lov.
Boende, vuxna	LSS 1993:387, §9, stk. 9	Ges som Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service och omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.
Daglig verksamhet	LSS 1993:387, §9, stk. 10	Insats i form av sysselsättning för person med funktionsnedsättning som är i yrkesverksam ålder, saknar förvärsarbete och inte utbildar sig. Rätten till daglig verksamhet gäller primärt personer i yrkesverksam ålder och endast personer som tillhör personkrets 1 och 2.
Assistansersättning	SFB, kap. 51 og Lag om assistansersättning (Lag 1993: 389) Personlig assistans har i denna lag samma betydelse som i 9 a § lagen (1993:387) LSS	Den som omfattas av 1 § i LSS har, utom i fall som anges i 4 §, rätt att för sin dagliga livsföring få assistansersättning enligt denna lag om han eller hon har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan. Assistansersättning lämnas för tid efter det att den ersättningsberättigade har fyllt 65 år endast om: (1) ersättning har beviljats innan han eller hon har fyllt 65 år, eller (2) ansökan inkommer till Försäkringskassan senast dagen före 65-årsdagen och därefter blir beviljad. Antalet assistanstimmar får inte utökas efter det att den ersättningsberättigade har fyllt 65 år.
Särskilt boende	SoL, Kap. 4, § 4, stk. 3	Individuellt behovsprövat boende i form av bostäder med särskild service som kommunerna, enligt 5 kap. 7 § socialtjänstlagen, ska inrätta för människor som av fysiska, psykiska och andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och som till följd av dessa svårigheter behöver sådant boende.

Indsats	Lovgrundlag	Beskrivelse af indhold og målgruppe
Hemtjänst i ordinärt boende	SoL, Kap. 3, § 6	Bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande Med service avses här t.ex. praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses här de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Detta kan t.ex. innebära hjälp med att äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser som behövs för att bryta isolering (t.ex. viss ledsagning) eller för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i det egna hemmet (bl.a. genom kvälls- och nattpatrull). I hemtjänst ingår även avlösning av anhängvårdare.
Trygghetslarm	SoL, Kap. 5, § 4	Larmanordning varmed hjälp kan påkallas av någon i nödsituation
Ledsagning	SoL, Kap 4, § 1	Individuellt inriktad insats i form av följeslagare ute i samhället för person med funktionsnedsättning. Insatsen syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och delta i samhällslivet, t.ex. besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet. En person som tillgodoser behovet av ledsagning kallas <i>ledsagare</i> .
Avlösning	SoL Kap 4, § 2	Tillfälligt övertagande av närståendes vård och omsorg om eller stöd och service till berörd individ.
Dagverksamhet	SoL, Kap. 3, § 6	Bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.
Boendestöd	Etableret indsats givet efter SoL, dog uden lovgivningsbenævnelse heraf (jf. Socialstyrelsen, 2010)	Bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer med psykiska funktionshinder i eget boende. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället. Vedr. lovgrundlag, skriver Socialstyrelsen i 2010 8p. 8): <i>"Insatsen har blivit betydligt vanligare, och boendestöd till målgruppen är i dag en etablerad, särskild insats enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, trots att begreppet inte förekommer i någon lagstiftning"</i> .
Annat bistånd (annat boende)	SoL, Kap. 3, § 1	Med annat boende avses här alla former av boenden som inte är ordinärt boende eller särskilt boende. Exempelvis hem för vård eller boende, LSS-boende eller härbärgen.
Korttidsplats	SoL	Bistånd i form av bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Boendet förenas med behandling, rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av anhörig.
Kontaktperson eller familj	SoL, Kap. 3, § 6b	Person som utses av socialnämnden med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter.
Matdistribution	SoL, Kap. 4, § 1	Distribution av färdiglagad mat till den enskilde i bostaden.
Hemtjänst	SoL, Kap. 4, § 1	Biståndsbeslutad service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad. I hemtjänstbegreppet ingår service, personlig omvårdnad, avlösning av anhängvårdare samt ledsagning. Till hemtjänsten är det vanligt att ett antal timmar per månad beviljas som nivå för beslutet. Hemtjänst kan ges i såväl ordinärt som särskilt eller annat boende.
Personlig omvårdnad	SoL, Kap. 4, § 1	Hemtjänstinsatser som kan innebära hjälp med att äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och övriga insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i det egna hemmet.

Sverige: Kilder til beskrivelser af indsatsernes indhold og målgrupper

- Socialstyrelsen, 2021: Socialstyrelsens termbank: <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- Socialstyrelsen, 2010: Ledsagning enligt LSS och SoL Kartläggning av kommunernas insatser 2010,
- Socialstyrelsen 2011: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-3-49.pdf>
- Socialstyrelsen 2021: Kunskapsguiden.

**VIDEN TIL
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

**11.
Afrapportering om betalingsforpligtelse og
kommunale incitament**

Afreportering om betalingsforpligtigelse og kommunale incitament

Juni 2021





Afrapportering om betalingsforpligtigelse og kommunale incitament

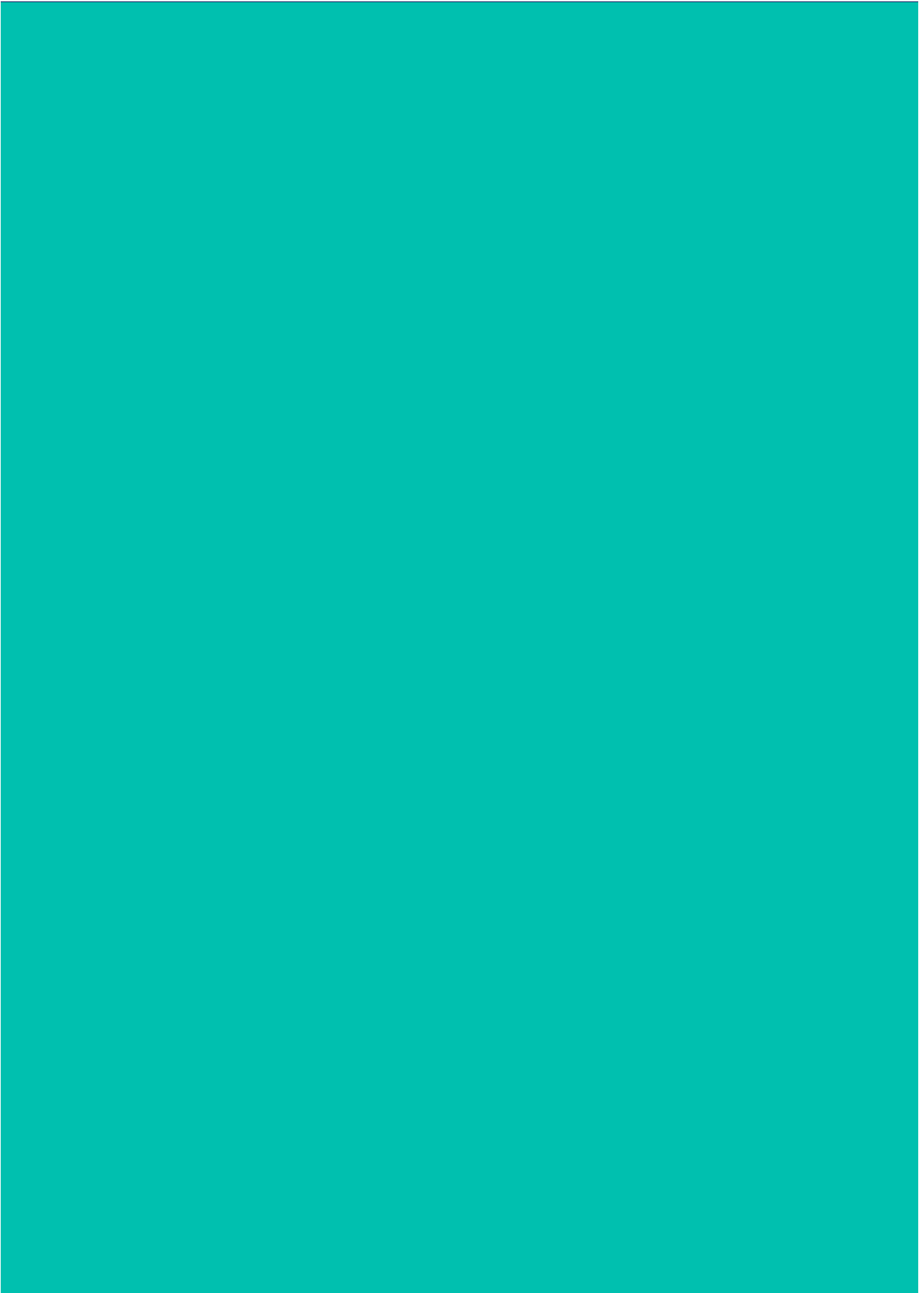
Juni 2021

Indhold

Sammenfatning og konklusion.....	8
1.1 Baggrund.....	8
1.2 Sammenfatning og konklusion.....	8
1.3 Rapportens opbygning.....	15
Analysens baggrund og formål	16
De overordnede rammer for kommunernes opgavevaretagelse	17
3.1 Finansiering af kommunernes opgaver	18
3.2 Lovmæssige rammer på det specialiserede socialområde.....	21
3.3 Mellekommunalt samarbejde på det specialiserede socialområde (KKR)	24
Relevante indsatser og det mellemkommunale område	27
4.1 Indsatser og målgrupper	28
4.2 Afdækning af det mellemkommunale område.....	29
4.3 Kommunernes brug af botilbud og anbringelsessteder	35
Økonomiske elementer i analysen af incitamenter	39
5.1 Kommunernes samlede økonomiske overvejelser.....	39
5.2 Enhedsudgifter for forskellige indsatser	42
Karakteristik af populationer og udligningsberegning	44
6.1 Data og metode	45
6.2 Karakteristika af borgere i tilbud	46
6.3 Socioøkonomiske kriterier og borgere i tilbud	50
6.4 Beregnet virkning i udligningssystemet ved flytning.....	53
Betydningen af udligningsreformen	62
7.1 Folketal i udligningen	63
7.2 Betydningen af udligningsreformen for udligningsvirkning af indsatser uden for kommunen	65
Kommunernes anvendelse af oplysninger om betalingskommune	69
8.1 Registrering og administrativ anvendelse af betalingskommuneforhold	69

Indhold

8.2 Oplysningen om betalingskommune i CPR anvendt direkte til afregning.....	69
8.3 Den fremadrettede administration af betalingskommuneforhold.....	71
8.4 Fremadrettede overvejelser.....	72
Referencer	74
Bilag	76
Bilag 1. Kommissorium for analysearbejdet	76
Bilag 2. Definition af kriterier og særlige forhold vedr. flytning i botilbud.....	78



Kapitel 1

Sammenfatning og konklusion

1.1 Baggrund

Denne rapport er den endelige afrapportering fra det analysearbejde, der blev igangsat i forbindelse med vedtagelsen af reformen af det kommunale udligningssystem i foråret 2020.

I overensstemmelse med kommissoriet for arbejdet har det været fokuseret på to overordnede emneområder:

- Det *første emneområde* vedrører tilskuds- og udligningssystemets betydning for kommuners samlede økonomiske incitament til at visitere en borger til en indsats, som indebærer, at borgeren flytter til en anden kommune.
- Det *andet emneområde* vedrører kommunernes anvendelse af oplysninger knyttet til CPR vedrørende betalingsforpligtigelse for borgere, herunder i administrationen af mellemkommunale betalinger.

Baggrunden for og formålet med analysearbejdet og kommissoriet herfor er nærmere beskrevet i rapportens *kapitel 2*.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har fulgt analysearbejdet med henblik på at få dækket de forskellige faglige vinkler. Arbejdsgruppen har bestået af Indenrigs- og Boligministeriet (formand), Finansministeriet, Sundhedsministeriet og KL. Social- og Ældreministeriet har desuden deltaget efter ressortdelingen og øvrige ministerier er inddraget, hvor det har været relevant.

Resultaterne af analysearbejdet er desuden drøftet med Danske Handicaporganisationer, og der er som led i arbejdet også afholdt møde med interessenter på området, herunder konsulenthuse.

I dette kapitel er resultaterne og konklusionerne fra arbejdet sammenfattet.

1.2 Sammenfatning og konklusion

Der har i forbindelse med vedtagelsen af udligningsreformen været en politisk bekymring for, om udligningssystemet og reformen i særdeleshed betyder, at en kommune har tilskyndelse til ikke at visitere en borger til en indsats uden for kommunen, og at det eventuelt kan bidrage til en afspecialisering. Der har i den forbindelse været særlig fokus på, at udligningssystemet efter udligningsreformen generelt bygger på indbyggertal efter

bopæl, og at der således fremover ikke inddrages oplysning om betalingskommune ud fra de oplysninger, kommunerne har indberettet i tilknytning til CPR.

I forhold til udligningssystemets betydning for kommunernes incitament har analysearbejdet givet anledning til følgende overordnede konklusioner:

- *Flere forhold har betydning for kommunernes visitation*

Kommuner er i deres visitation bundet af en række regler fastsat i lovgivningen, herunder serviceloven og retssikkerhedsloven. Visitation skal således være fagligt funderet, underbygge en helhedsorienteret og forebyggende indsats for den enkelte borger og samtidig være økonomisk ansvarlig. Kommunerne må dog ikke vælge, udsætte, indstille eller reducere en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser.

På tværs af kommuner sker der gennem KKR og NATKO en koordinering, der skal sikre det nødvendige udbud af specialiserede tilbud. Det bemærkes, at der pågår en evaluering af reglerne på det specialiserede socialområde, som bl.a. afdækker og analyserer den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde. Et af formålene med evalueringen er bl.a. at afdække om der pågår en afspecialisering af området.

Borgere i længerevarende tilbud har frit valg til at vælge et andet tilbud af samme standard, som kommunen tilbyder – altså også til at vælge et tilbud i en anden kommune. Endelig er der mulighed for at klage, blandt andet hvis der er bekymring for, at en kommune har ladet økonomiske hensyn dominere faglige regler og hensyn.

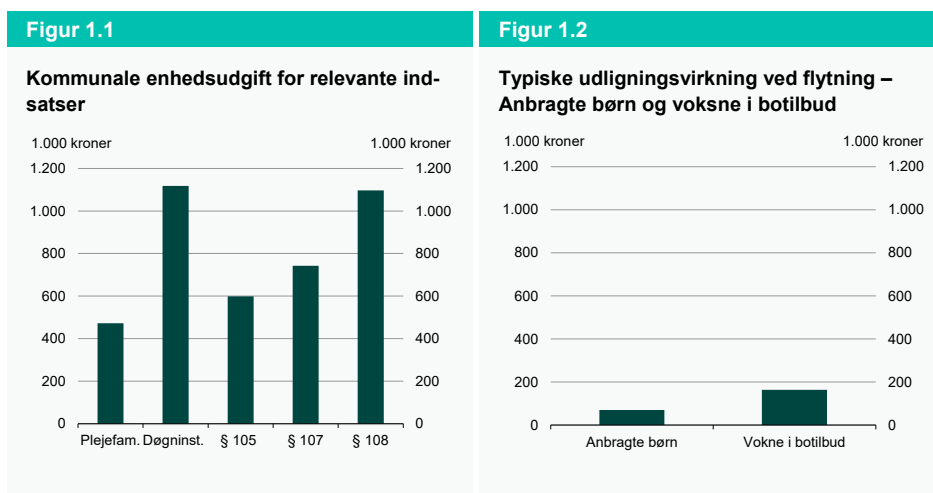
- *Udligningssystemet spiller en mindre rolle for de økonomiske incitamenter*

Der kan opgøres en udligningsvirkning ved flytningen af en borger, men den vil i de typiske tilfælde være begrænset set i forhold til den enhedsudgift, der for kommunen er knyttet til indsatsen. Udligningssystemet vurderes altså ikke at have afgørende betydning for kommuners visitation til indsatser, hvor en borger i forbindelse med indsatsen skifter bopælskommune.

Som det fremgår af *figur 1.1*, vil den kommunale, gennemsnitlige udgift til relevante indsatser kunne variere fra knap 0,5 mio. kr. til over 1 mio. kr. – men spredningen inden for de enkelte indsatser er betydelig. Enhedsudgifterne skal ses i forhold til, at opgørelser i denne rapport peger på, at udligningsvirkning for et anbragt barn typisk vil være under 70.000 kr. og under 200.000 kr. for en voksen i botilbud, *jf. figur 1.2*.

For voksenområdet ses videre – med forbehold for, at data alene dækker et udvalgt af de voksne i tilbud - en tendens til, at de personer, hvor der kan opgøres

de højeste udligningsvirkninger, i højere grad er i et længerevarende botilbud, hvor den gennemsnitlige kommunale udgift til tilbuddet også vil være højest.



Anm.: I figuren dækker § 105 over botilbudslignende tilbud efter *almenboliglovens* § 105. Tilsvarende dækker §§ 107 og 108 over henholdsvis midlertidige og længerevarende botilbud efter *servicelovens* §§ 107 og 108. De anførte enhedsudgifter er opgjort før statslige refusion. Der ydes 25 pct. refusion for den del af udgifterne, der overstiger 0,8 mio. kr. og op til og med 1,6 mio. kr. Der ydes 50 pct. refusion for den del af udgifterne, der overstiger 1,6 mio. kr. og til og med 2 mio. kr. Kommunerne vil kunne få refusion på 75 pct. af udgifter i den enkelte sag, der overstiger 2 mio. kr.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

- **Udligningsreformen har ikke ændret afgørende på udligningsvirkningen**

På voksenområdet er der nærmest ingen forskel på udligningsvirkning før og efter udligningsreformen. Det skal ses på baggrund af, at oplysninger om betalingskommune før reformen som udgangspunkt ikke blev anvendt i opgørelsen af det socioøkonomiske udgiftsbehov, som er anledning til de største virkninger i udligningen ved en flytning. På børneområdet ses en mindre forskel.

Udligningsreformen, herunder ændringen vedr. anvendelse af oplysninger om betalingskommune, har ikke ændret afgørende på udligningsvirkningen, når en borger skifter bopæl. Ændringen vedr. anvendelse af oplysninger om betalingskommune skal samtidig ses på baggrund af, at indberetningerne herom blev vurderet behæftet med væsentlig usikkerhed.

I tilknytning til analysen af udligningsvirkninger er det afdækket, på hvilke områder der er mellemkommunale betalinger, som kan være relevante i relation til den rejste problemstilling. Resultaterne peger på, at betalingerne er afgrænset til det sociale område, men hvor der er en række mellemkommunale refusionsordninger på andre lovgivningsområder, der er betinget af de konkrete visitationer efter den sociale lovgivning. Dette er

et område af ikke uvæsentlig økonomisk betydning, der komplicerer og vanskeliggør administrationen af området.

Der tegner sig således et billede af et område, hvor særligt de mellemkommunale refusioner kan være vanskelige for den enkelte kommune at administrere. Det har betydet, at nogle kommuner har søgt eksternt bistand fra bl.a. konsulenter.

Det kan konstateres, at den indberettede oplysning om betalingskommunefolketal i tilknytning til CPR i kommuner har været anvendt som en del af informationsgrundlaget i administrationen af de mellemkommunale betalinger. Registreringer indgår fx i de enkelte fagsystemer eller i mere håndholdte opgørelser. Selvom kommunerne tidligere har haft pligt til at indberette betalingskommuneforholdet, har der kunnet sættes spørgsmålstegn ved pålideligheden af oplysningerne.

Det vurderes således også, at kvaliteten og detaljeringsgraden af de samlede oplysninger om betalingsforpligtelser ikke er tilstrækkelig til, at afregningen af mellemkommunale betalinger alene kan baseres på registreringen af betalingsforpligtelsen i CPR. Det skal også ses i lyset af de manglende muligheder for at overvåge oplysningerne fra statsligt hold. Det har været baggrunden for, at oplysningen med udligningsreformen ikke længere anvendes i tilskuds- og udligningssystemet.

På denne baggrund kan det være relevant videre at overveje følgende forhold:

- Omfanget af de mellemkommunale refusioner uden for den socialretlige lovgivning, der lovgivningsmæssigt er knyttet op på visitationen efter øvrige bestemmelser i f.eks. beskæftigelseslovgivningen. Det er således vurderingen, at omfanget af regler og ordninger i sig selv øger kompleksiteten og vanskeliggør administrationen i kommunerne. Samtidig kan der potentielt være incitamentsmæssige forhold ved, at bopælskommunen kan agere handlekommune uden at have det finansielle ansvar. Overvejselsen skal også ses i sammenhæng med at mekanismerne i udligningssystemet ved flytninger betyder, at der flytter en finansiering med en borger til den nye bopælskommune.
- Mulige veje til en styrket registrering af oplysninger om betalingskommuneforhold med henblik på at understøtte kommunernes administration af mellemkommunale refusioner.
- Analysens resultater vil i relevant omfang kunne inddrages i det videre arbejde med evalueringen af det specialiserede socialområde.

Analysens hovedtemaer er nærmere uddybet nedenfor.

Regelgrundlaget for kommunernes visitationsbeslutning

Kommunerne skal i deres visitation overholde en række regler fastsat i lovgivningen, herunder serviceloven og retssikkerhedsloven.

Den enkelte visitation skal underbygge en helhedsorienteret indsats og samtidig være økonomisk ansvarlig. Hjælpen til borgerne skal tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn, jf. § 1 i serviceloven.

Borgere i længevarende botilbud har desuden frit valg til at vælge et andet tilbud af samme standard, som kommunen tilbyder – altså også til at vælge et botilbud i en anden kommune. Endelig er der mulighed for at klage, blandt andet hvis der er grund til at tro, at en kommune har ladet økonomiske hensyn dominere over faglige regler og hensyn.

Vid udstrækning af handel af pladser mellem kommuner

Tidligere analyser, oplysninger for betalingsstrømme mellem kommuner og data for borgere i sociale tilbud viser, at kommunerne i vidt omfang tildeles tilbud i andre kommuner.

Blandt voksne i botilbud bor knap 39 pct. i en anden kommune end den oprindelige bopælskommune. Kommunerne benytter i gennemsnit botilbud i 25 andre kommuner. Blandt anbragte børn og unge er omkring halvdelen bosat uden for den oprindelige bopælskommune.

Samlet set er der i mange kommuner en høj grad af balance mellem udgifter til køb og indtægter fra salg af længevarende botilbud. Kommunerne er således i vid udstrækning afhængige af et udbud af pladser på tværs af kommuner. Det gælder altså også selvom der før udligningsreformen kunne være en udligningsvirkning ved visitation til tilbud uden for kommunen. Det er vurderingen, at udligningsreformen ikke har ændret afgørende på incitamentet til at vælge tilbud uden for kommunen, jf. afsnit 7.2.

Udbud af pladser

Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne overført det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for det specialiserede socialområde. Hensigten hermed var ikke, at kommunerne skulle være selvforsynende med tilbud, men derimod at den enkelte kommune skulle opfylde forsyningspligten ved at anvende egne tilbud samt købe pladser hos eksterne leverandører, herunder andre kommuner, regioner og private leverandører.

Til at understøtte dette marked, er kommunerne og regionsrådet i den enkelte region hvert andet år lovmæssigt forpligtet til at indgå rammeaftaler om styringen og koordineringen af tilbud inden for det specialiserede socialområde i den enkelte region.

Rammeaftalerne skal blandt andet indeholde beskrivelser af regionens samlede kapacitet samt det fremtidige kapacitetsbehov. Til det skal kommunalbestyrelserne og regions-

rådet overveje sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede udbud af tilbud samt, hvorvidt der er behov for oprettelse af nye indsætter og tilbud. Dette er dels med til at sikre en sammenhæng i de udbudte tilbud og herunder understøtte, at tilbudene er tilstrækkeligt specialiserede.

På et nationalt plan skal rammeaftalerne også understøttes af Socialstyrelsens NATKO, der har til formål at sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsætter til særligt små og/eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov. Dette gør de bl.a. ved monitorering og vidensopbygning af området.

Flere økonomiske forhold spiller ind

Det må også tages i betragtning, at der tegner sig et ganske komplekst billede af de samlede økonomiske virkninger for kommunen ved visitation til en indsats.

Den udgift, som er forbundet med en indsats, kan være ganske betydelig – også sammenholdt med en eventuel udligningsvirkning. For et længerevarende botilbud kan den gennemsnitlige udgift for kommunen opgøres til godt 1 mio. kr. årligt.

Udgiften kan dog variere ganske betydeligt og i nogle tilfælde være flere gange højere eller noget lavere end dette gennemsnit. Den vil bl.a. afhænge af det konkrete indhold, og hvor specialiseret tilbuddet er.

Dertil kan eventuelle mellemkommunale refusioner gøre det yderligere vanskeligt for en kommune at danne sig et overblik over økonomien ved en visitation af borgere til tilbud i andre kommuner.

Det gælder således på både beskæftigelses-, kultur- og undervisningsområdet, at den nye bopælskommune er handlekommune ift. en række udgifter på disse områder for borgere i bl.a. botilbud, og at der kan opkræves mellemkommunal refusion for udgiften hos den kommune, der oprindeligt har visiteret borgeren til botilbuddet.

Udligningsvirkning ved fraflytning

Der vil være en udligningsvirkning, når en borger visiteres til et tilbud, hvor de flytter til en anden kommune. Det er imidlertid ikke noget nyt, som er opstået efter udligningsreformen. Det skyldes, at den kommunale udligning – både før og efter udligningsreformen – i vidt omfang er afhængig af de socioøkonomiske kriterier, som både før og efter reformen er baseret på statistikker, der følger borgerens bopæl.

Virkningerne er ikke entydige for kommunerne at forudse i tilknytning til visitationen af den enkelte borger til et tilbud. Analysen peger således på en stor variation i den udligningsmæssige virkning, når en borger flytter fra kommunen.

Analysens beregning tyder dog på, at den typiske negative udligningsvirkning med det gældende tilskuds- og udligningssystem er mindre end 100.000 kr. for et anbragt barn

og mindre end 200.000 kr. for en voksen i botilbud. Altså hvor et beløb i princippet flytter fra den oprindelige kommune til den nye bopælskommune.

Virkningen afhænger af borgerens konkrete karakteristika, og det er ikke enkelt at afgøre, hvordan en konkret person vil påvirke en kommunes udligning på kort eller længere sigt. Der er fx også forskel på forsinkelsen, hvormed kriterier følger med ved en flytning.

Også virkninger før reformen

For de voksne i botilbud er der typisk en forholdsvis lille forskel på udligningsvirkningerne før og efter udligningsreformen. Det skyldes, at virkningerne i udligningen for denne aldersgruppe i vidt omfang afhænger af de socioøkonomiske kriterier, hvor de fleste af kriterierne både før og efter udligningsreformen følger bopælskommunen.

For børn i sociale tilbud kan det aldersbetingede udgiftsbehov fylde mere. Da alderskriterierne før reformen afhang af oplysninger om betalingskommune og nu bopælskommune, kan virkningerne efter reformen være højere end før reformen.

Højere udligningsniveau, justeringer i struktur og vægte i udligningssystemet samt højere samlet udgiftsbehov i kommunerne efter udligningsreformen har også betydning for forskelle i virkningerne før og efter reformen.

For et anbragt barn viser et beregningseksempel en forskel før og efter udligningsreformen i udligningsvirkningen ved flytning på omkring 75.000 kr. For voksne i botilbud er forskelle i et beregningseksempel opgjort til omkring 30.000 kr. Den isolerede virkning af udligningsreformen vurderes derfor at have mindre betydning i forhold til kommunernes beslutning om visitation.

Det er således på trods af sådanne virkninger også før udligningsreformen en udbredt handel af pladser mellem kommunerne og altså også en tilstedeværelse af specialiserede tilbud.

Oplysninger om betalingskommuneforhold i tilknytning til CPR

I administrationen af mellemkommunale betalinger er det den enkelte kommunes opgave at sikre et overblik over de borgere som er bosat i andre kommuner, for hvem de har en betalingsforpligtigelse, samt de borgere som er bosat i egen kommune, for hvem andre kommuner har betalingsforpligtigelsen.

KL og konsulenthuset har i den forbindelse påpeget, at kommunerne anvender oplysninger om betalingskommuneforhold i tilknytning til CPR som en del af grundlaget for administrationen af de mellemkommunale betalinger. Derudover er oplysningerne også blevet anvendt direkte ved afregning af færdigbehandlingsdage og indlagte på hospice. Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved kvaliteten af registreringerne af betalingsforholdet i CPR, og registreringerne er ikke underlagt en statslig validering. Det må forventes,

at den igangværende udvikling med at udarbejde løsninger, hvor administrationen af det mellemkommunale område kan fungere uden brug af registreringen af betalingskommuneforhold i CPR, fortsættes.

1.3 Rapportens opbygning

Rapportens behandling af det *første emneområde* om kommuners samlede incitament tager afsæt i en beskrivelse af de overordnede rammer for kommunernes virksomhed. Det omfatter kommunernes primære finansieringskilder, betalingsforpligtigelse gennem mellemkommunale betalingsordninger samt de lovgivningsmæssige rammer, som regulerer kommunernes opgavevaretagelse primært på socialområdet, *jf. kapitel 3*. Her beskrives også det overordnede formål med udligningssystemet, hvilket ligger til grund for systemets udformning. Det siger samtidig noget om, hvad der kan og ikke kan tillægges udligningssystemet og dets kriterier.

Der er foretaget en afgrænsning af de indsatser, som er vurderet relevante at inddrage i analysen. Der er også gennemført en kortlægning af relevante mellemkommunale betalingsordninger og omfanget heraf. Disse forhold er beskrevet i *kapitel 4*. Det skal samlet set give et billede af de samlede betalinger, der er mellem kommuner, når en borger er visiteret til et tilbud i en anden kommune.

Der er givet en samlet beskrivelse af de forskellige overvejelser, som kan have betydning for en kommunes visitation til disse indsatser, *jf. kapitel 5*.

Der er på baggrund af data for personer i relevante indsatser i 2018 foretaget en kortlægning af karakteristika hos disse personer. Der er desuden med udgangspunkt i data for kriterier knyttet til personerne i datasættet belyst den udligningsmæssige virkning, når en person visiteres til en af de relevante indsatser uden for kommunen, *jf. kapitel 6*. I hvilket omfang, udligningsreformen har spillet ind på denne virkning, er nærmere belyst i *kapitel 7*.

Rapportens behandling af det *andet emneområde* om kommuners anvendelse af CPR-registrets oplysninger om betalingskommune i administrationen af de mellemkommunale betalinger findes i *kapitel 8*.

Referencer brugt i teksten findes i *kapitel 9*, mens *kapitel 10* indeholder bilag til rapporten.

Kapitel 2

Analysens baggrund og formål

I forbindelse med vedtagelsen af lovforslaget, der udmønter udligningsreformen, var der fokus på betydningen af udligningen for den enkelte kommunes incitamenter til at benytte sociale botilbud i andre kommuner.

Af betænkningen fremgår:

”Partierne er meget opmærksomme på den bekymring, der har været rejst, om afskaffelsen af betalingskommunefolketallet og betydningen heraf for kommunernes økonomiske incitament til altid at vælge det rigtige tilbud til borgerne – også hvis det rigtige tilbud ligger uden for kommunegrænsen.”

Der er i forlængelse heraf igangsat et særskilt arbejde i tilknytning til arbejdet med evalueringen af det specialiserede socialområde. Arbejdet er fulgt i en arbejdsgruppe.

Kommissoriet for arbejdet indeholder følgende opgaver:

1. Tilskuds- og udligningssystemets betydning for kommuners samlede økonomiske incitamenter til at anvende tilbud i andre kommuner. Som led heri skal arbejdsgruppen:
 - a. Kortlægge relevante mellemkommunale refusionsordninger.
 - b. Belyse omfanget af mellemkommunal refusion.
 - c. Belyse relevante tilbud, karakteristika ved brugere samt omfang.
 - d. Belyse de økonomiske konsekvenser, herunder i udligningssystemet, for kommuner ved anvendelse af tilbud i anden kommune.
2. Den administrative anvendelse af kommuners registreringer af betalingskommune i tilknytning til CPR og eventuelle udfordringer forbundet hermed. Som led heri skal identificeres områder, hvor betalingskommunekoden er blevet anvendt administrativt til bl.a. at understøtte mellemkommunale betalinger.

Det skal således undersøges, hvilken samlet økonomisk konsekvens der er for kommuner ved at placere borgere i botilbud uden for kommunegrænsen med henblik på at afdække betydningen af udligningssystemet for kommuners incitamenter i valget. På den baggrund skal der peges på eventuelle forbedringsmuligheder.

Den mulige problemstilling omfatter det specialiserede socialområde, men det skal samtidig belyses, om den også er relevant for andre områder.

Kommissoriet er vedlagt i sin helhed som *bilag 1*.

Kapitel 3

De overordnede rammer for kommunernes opgavevaretagelse

I dette kapitel beskrives tre vigtige elementer, som sætter de overordnede rammer for kommunernes opgavevaretagelse.

For det første beskrives finansieringen af kommunernes opgaver. I den forbindelse beskrives betydningen af det kommunale udligningssystem, herunder systemets overordnede formål.

For det andet skitseres den lovgivningsmæssige regulering i forhold til kommunernes udredning og visitation af borgerne til et tilbud, herunder centrale bestemmelser i serviceloven og bestemmelser vedrørende det specialiserede socialområde i retssikkerhedsloven.

For det tredje beskrives relevante forhold omkring udbuddet af tilbud både i kommunalt og privat regi. I den forbindelse skitseres det kommunale og regionale samarbejde i regi af KKR på det specialiserede socialområde bl.a. om planlægningen på tværs af kommuner af placeringen af tilbud.

Overordnet kan følgende konkluderes:

- **Forskelle i indtægter og udgifter mellem kommuner udjævnes.** Det generelle udligningssystem medvirker til, at kommunerne uanset deres befolkningssammensætning og indtægtsgrundlag har mere ensartede muligheder for at tilbyde samme serviceniveau over for borgerne. Kommunerne kan inden for rammerne af lovgivningen tilpasse serviceniveauet til de lokale ønsker, men der skal være sammenhæng mellem størrelsen af skatteudskrivningen og det valgte serviceniveau.
- **Udgiftsbehovet afspejler overordnede forskelle.** Det beregnede udgiftsbehov i udligningssystemet har til formål at afspejle overordnede forskelle i udgifterne på tværs af kommunerne. Udgiftsbehovsopgørelsen er ikke rettet mod at kompensere den enkelte kommune for specifikke udgifter til specifikke borgere. De beregnede udgiftsbehov i udligningssystemet afspejler ganske godt de overordnede forskelle i de faktiske udgifter på tværs af kommunerne, *jf. afsnit 3.1.*

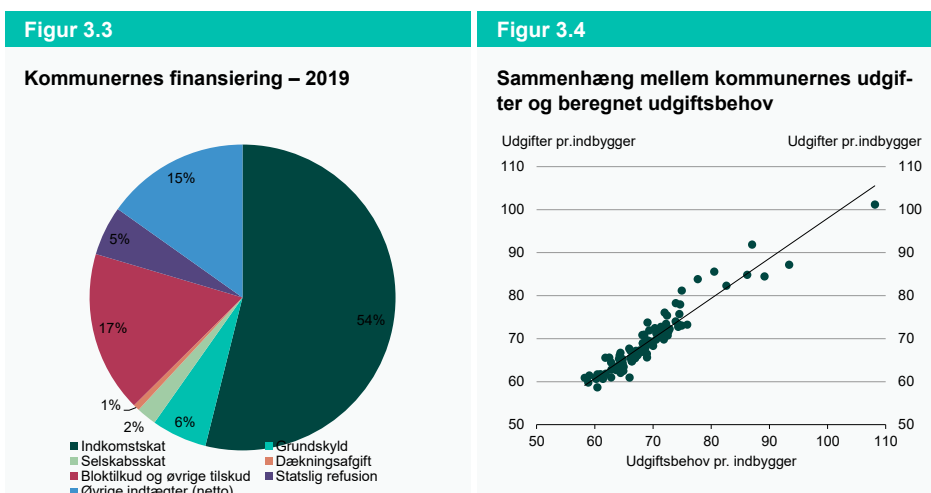
- **Opholdskommunen betaler typisk.** En borgers opholdskommune – hvilket typisk er borgerens bopælskommune – er som udgangspunkt også betalingskommune i forhold til de kommunale udgifter, der måtte være knyttet til borgeren.
- **Betalingsforpligtigelse ændres ved regler om mellemkommunale betalinger.** Opholdskommunen er dog ikke betalingskommune ift. de udgifter, såsom på socialområdet, hvor en tidligere opholdskommune beholder handle- og betalingsforpligtelsen, ellers kan opholdskommunen søge om mellemkommunal refusion hos en anden kommune.
- **Finansiering påvirkes af en flytning.** Både før og efter udligningsreformen vil en flytning af en borger ud af en kommune give en virkning på kommunernes finansiering. Størrelsen heraf er ikke entydig, men afhænger af borgeregens konkrete karakteristika, herunder alder og socioøkonomiske forhold, samt hvordan de pågældende kommuner indgår i udligningssystemet.
- **Lovgivningen sætter rammerne for opgavevaretagelsen.** Det er serviceloven og retssikkerhedsloven, der fastsætter de rammer for kommunernes forpligtelser og hensyn til borgeren, som skal sikre borgeren den rette socialfaglige indsats. Det gælder bl.a. hensyn i udredning, visitation, handleplaner, frit valg og klageadgang.
- **Planlægning af placeringen af tilbud.** I den enkelte region indgår kommunerne og den givne region i forpligtende rammeaftaler for de tilbud efter serviceloven, der er beliggende i den givne region. Aftalerne skal sikre koordinering og styring af de omfattede tilbud, hvorfor den enkelte kommunes udbud også skal ses i relation til regionens samlede udbud. Udbuddet af private tilbud kan indgå i kommunernes overvejelser om et samlet udbud. Men disse tilbuds geografiske placering samt antal pladser kan i mindre grad påvirkes, da de ikke er omfattet af rammeaftalerne.

3.1 Finansiering af kommunernes opgaver

Det er hensigten med dette afsnit at give en overordnet beskrivelse af finansieringen af kommunernes opgave. Herunder skitseres det overordnede formål med den kommunale udligning, hvilket har ligget til grund for systemets udformning, og hvordan det lever op hertil. Det siger samtidig noget om, hvad der kan og ikke kan tillægges udligningssystemet og dets kriterier.

Landets kommuner udbyder en lang række serviceydelser til borgerne, og kommunerne afholder udgifter, der er knyttet til denne opgavevaretagelse.

Finansieringen hertil kommer primært fra de kommunale indkomstskatter, grundskyld, kommunernes andel af provenuet fra selskabsskat samt det kommunale tilskuds- og udligningssystem, herunder det statslige bloktilskud til kommunerne, den generelle udligning samt øvrige tilskudsordninger. Fordelingen af de centrale finansieringskilder i den samlede kommunale finansiering fremgår af *figur 3.1*. Det skal bemærkes, at kommunernes udgifter samlet set er fuldt ud finansierede.



Anm.: I *figur 3.2* vises sammenhængen mellem de budgetterede kommunale udgifter for 2021 og det beregnede udgiftsbehov for 2021. De budgetterede udgifter er dog skaleret, så de samlede budgetterede udgifter svarer til de samlede udgifter i det beregnede udgiftsbehov for udligningen i 2021. Udgiftsbehovet er beregnet inkl. de to tilskudsordninger for henholdsvis udsatte ø- og yderkommuner og udsatte hovedstadskommuner, som blev indført med udligningsreformen. En simpel lineær regression indikerer, at udgiftsbehovet kan forklare ca. 90 pct. af den samlede variation i de budgetterede udgifter ($R^2 = 0,9061$). Hældningskoefficienten på regressionslinjen er på 0,93, hvilket indikerer en overordnet tendens til at med stigende faktiske udgifter, stiger det beregnede udgiftsbehov stort set tilsvarende.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De kommunale indkomstskatter udgør ca. 54 pct. af de samlede kommunale indtægter og er dermed den største enkeltstående finansieringskilde i den kommunale økonomi.

Provenu fra grundskyld udgør ca. 6 pct., mens selskabsskatter og dækningsafgift udgør henholdsvis ca. 2 og 1 pct. af indtægterne.

Det samlede kommunale tilskuds- og udligningssystem udgør ca. 17 pct. af de samlede kommunale indtægter, hvoraf det statslige bloktilskud udgør langt størstedelen.

Statslige refusioner til kommunerne udgør ca. 5 pct. af de kommunale indtægter. Endelig er der øvrige indtægter, som udgør ca. 15 pct.

Det kommunale udligningssystem indebærer en betydelig omfordeling mellem kommunerne af kommunernes samlede finansiering. Det generelle udligningssystem omfordeler således for ca. 20 mia. kr. mellem landets kommuner i 2021.

Udligningssystemets omfordeling bidrager til at udjævne de økonomiske forskelle mellem kommunerne. Det medvirker til, at kommunerne uanset deres befolkningssammensætning og indtægtsgrundlag har mere ensartede muligheder for at tilbyde samme serviceniveau på de forskellige velfærdsområder. Men der er også forskelle i kommunernes serviceniveauer, som kan afspejle lokale prioriteringer, forskelle i opgaveløsningen mv.

Det er som udgangspunkt den enkelte persons bopælskommune, som er forpligtet til at afholde de udgifter, der direkte eller indirekte er knyttet til personen i kommunen – dvs. kommunen er betalingskommune.

Den enkelte kommunes samlede udgifter afhænger bl.a. af de karakteristika, som kommunens indbyggere har i forhold til fx alder og socioøkonomiske forhold.

Det giver derfor ud fra en samlet betragtning mening, at det udgiftsbehov, der i den nuværende kommunale udligning er knyttet til en borger, som udgangspunkt følger bopælskommunen. Det beregnede udgiftsbehov i udligningssystemet afspejler da også ganske godt de overordnede forskelle i de faktiske udgifter på tværs af kommunerne, *jf. figur 3.2*. Det beregnede udgiftsbehov fra udligningen for 2021 kan således forklare ca. 90 pct. af den samlede variation mellem kommunerne i de budgetterede kommunale drifts- og anlægsudgifter for 2021. Udgiftsbehovet er her beregnet, hvor de nye tilskudsordninger for udsatte ø- og yderkommuner og udsatte hovedstadskommuner er lagt til.

Disse betragtninger gælder uanset, at der er undtagelser for bopælskommunens pligt til at betale for konkrete indsatser.

Bopælskommunen er ikke betalingskommune i de tilfælde, hvor bopælskommunen kan blive kompenseret efter reglerne om mellemkommunale betalinger, *jf. retssikkerhedsloven §§ 9-9c*. Centrale begreber som bopælskommune, opholdskommune, handlekommune og betalingskommune er nærmere beskrevet i *boks 3.1*. Som det fremgår, vil der ofte være flere kombinationer af disse begreber i spil, når der ses på borgere, som er visiteret til en indsats. En kommune kan fx være betalingskommune for nogle ydelser, mens en anden kommune er det for andre ydelser for samme borger.

Boks 3.1**Begrebsafklaring**

Der er en række begreber, som er centrale i forhold til forståelse af den enkelte kommunes forpligtelser til at træffe afgørelse og afholde udgifter i konkrete situationer. Disse begreber er nærmere beskrevet nedenfor:

- **Bopælskommune:** Den kommune, hvor en borger har folkeregisteradresse.
- **Opholdskommune:** Den kommune, hvor en borger bor eller sædvanligvis opholder sig. En borgers opholdskommune er oftest identisk med borgerens bopælskommune. Børn og unge har enten samme opholdskommune som deres forældre eller hos den af forældrene, hvor de opholder sig mest. Hvis de er lige meget hos begge forældre, er deres bopælskommune også deres opholdskommune. Er barnet eller den unge fx anbragt uden for hjemmet, har barnet selvstændig opholdskommune i den kommune, der traf afgørelse om anbringelsen. I tvivlsspørgsmål er der flere faktorer, der er med til at afgøre, hvilken kommune der er opholdskommune. En kommune ophører ikke med at være opholdskommune for en borger, hvis borgeren midlertidigt opholder sig i en anden kommune, fx i forbindelse med ferie, indlæggelse, strafafsoning eller midlertidige ophold som led i en indsats.
- **Betalingskommune:** Den kommune, der endeligt afholder den kommunale andel af udgiften ved en indsats. Opholdskommunen vil oftest også være betalingskommunen. Men opholdskommunen er ikke betalingskommune for en ydelse i de tilfælde, hvor opholdskommunen ikke er handlekommune eller kan blive kompenseret for udgiften til denne ydelse efter reglerne om mellemkommunal refusion, jf. afsnit 4.2.
- **Handlekommune:** Handlekommunen er som udgangspunkt altid borgerens opholdskommune. Der er dog en række undtagelser, hvor borgerens handlekommune ikke er identisk med borgernes opholdskommune. Et eksempel på en undtagelse er, når en tidligere opholdskommune eller anden offentlig myndighed har medvirket til, at en borger opholder sig i en kommune, fx på et botilbud, så forbliver den tidligere opholdskommune som udgangspunkt både handlekommune (for ydelser efter serviceloven) og betalingskommune. Den tidligere opholdskommune kan dog efter aftale delegerede hele eller dele af handleforpligtelsen til opholdskommunen.

Kilde: Der henvises til www.socialebegreber.dk.

Kommunernes mulighed for at opkræve mellemkommunal afregning samt hjemtage mellemkommunal refusion er nærmere belyst i *afsnit 4.2*. Mellemkommunal refusion og betaling er særligt relevant i forbindelse med, at en kommune giver en borger et tilbud i en anden kommune. Det er derfor relevant for den videre analyse, i hvilket omfang de mellemkommunale betalinger og refusioner flytter udgifterne væk fra den kommune, som modtager den kommunale finansiering, som følger af bl.a. udligningssystemet.

Analysen af den isolerede virkning i udligningssystemet ved flytningen af en borger uden for kommunen fremgår af *kapitel 6*.

3.2 Lovmæssige rammer på det specialiserede socialområde

Omdrejningspunktet for at sikre borgeren den rette indsats og sikre det rette udbud af pladser i forhold til de forskellige målgrupper er den lovgivningsmæssige regulering på det specialiserede socialområde. Det drejer sig bl.a. om regulering af udredning og visitation af borgeren, regulering om handleplaner, frit valg, klageadgang samt styring af det samlede udbud af pladser på tværs af kommuner.

En afdækning af betydningen af udligningen for den enkelte kommunes incitament til at benytte sociale botilbud i andre kommuner kan derfor ikke ses isoleret fra disse lovgivningsmæssige rammer, idet der i den enkelte visitationsproces er en lang række socialfaglige og processuelle hensyn, der skal efterleves for at sikre en korrekt visitation af tilbud efter serviceloven.

Det bemærkes desuden, at det af disse rammer også fremgår, at hjælpen til borgerne skal tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Derudover skal det understreges, at kommunerne ikke må vælge, udsætte, indstille eller reducere en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser.

Nærværende afsnit vil derfor overordnet beskrive de lovgivningsmæssige rammer. For en opsamling af de mange og modsatrettede hensyn, der kan have betydning for en kommune, når den skal beslutte, om en borger skal visiteres til et tilbud i en anden kommune, henvises der til *kapitel 5*.

Der tages i det følgende udgangspunkt i serviceloven samt retssikkerhedsloven, herunder forarbejder og vejledninger hertil.

3.2.1 Hensynet til den enkelte borger

Serviceloven er en rammelov, der sætter rammerne for kommunernes visitation til hjælp og støtte. Kommunerne skal træffe afgørelse på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og med inddragelse af barnet, den unge eller voksne, som har behov for hjælp og støtte. Det er således ikke en konkret diagnose, der udløser ydelser efter serviceloven, men i stedet de behov for støtte, som den enkeltes nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne, sindslidelse eller særlige sociale problemer afføder, der er udgangspunktet for den hjælp og støtte, der skal visiteres til.

Den enkelte visitation til en eller flere konkrete ydelser beror således i overvejende grad på de relevante socialfaglige hensyn, der gør sig gældende i forhold til den enkelte borger.

Uanset rummet for udøvelse af skøn og fastsættelse af lokale serviceniveauer ændrer det ikke på det grundlæggende princip, at der altid i den konkrete sag skal foretages en individuel vurdering af, om den påtænkte indsats afhjælper behovet hos borgeren.

En central del i kommunernes udredning, visitation og ikke mindst opfølgning på indsatsen, er de handleplaner, som kommunerne skal udarbejde på børneområdet og skal tilbyde at udarbejde til en afgrænset gruppe på voksenområdet efter servicelovens §§ 140 og 141. Formålet med handleplanen er at beskrive bl.a. formål og nødvendig indsats samt varighed med henblik på at sikre en sammenhængende, helhedsorienteret og koor-

dineret hjælp og støtte. Formålet er endvidere at styrke den enkeltes indflydelse på sagsbehandlingen, idet handlingsplanen skal udarbejdes i samarbejde med den enkelte. Kravene til indholdet af handleplanerne er forskellig på hhv. voksen- og børneområdet.

Derudover står VISO, der er forankret i Socialstyrelsen, for på nationalt plan at indsamle, udvikle og formidle viden til kommuner og tilbud og tilbyde gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. Dermed bidrager VISO til at løfte kompetencerne lokalt, så det understøttes, at der træffes velfunderede faglige beslutninger.

3.2.2 Generelle hensyn

Ud over, at afgørelser skal baseres på en konkret og individuel vurdering, gælder der ligeledes en række andre mere generelle hensyn, som kommunen skal lægge vægt på i forbindelse med visitationen.

Loven understreger bl.a. et *forebyggelselement*, og der lægges vægt på en samlet *helhedsorienteret indsats*, der bl.a. kan understøtte den enkeltes muligheder for en selvstændig tilværelse. For voksne skal hjælpen desuden bygge på *den enkeltes ansvar* for sig selv og sin familie samt den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt.

Kommunerne har desuden en generel forpligtelse til at handle *økonomisk ansvarligt*, hvorfor kommunerne skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der træffes afgørelse. Kommunerne må ikke vælge, udsætte, indstille eller reducere en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser.

Desuden har kommunerne efter serviceloven ansvar for løbende at føre tilsyn med, at hjælpen til det enkelte barn, unge eller voksne, som får hjælp og støtte efter serviceloven, fortsat er tilstrækkelig og opfylder sit formål. Det kaldes det *personrettede tilsyn*.

Ud over servicelovens principper i forbindelse med udredning og visitation, indeholder retssikkerhedsloven også en række regler om, hvordan myndighederne skal behandle sager på socialområdet med henblik på at sikre borgernes retssikkerhed. Nogle af de væsentlige principper i forbindelse med udredning og visitation er, at kommunen skal behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt ud fra en helhedsbetragtning af borgerens situation og alle de muligheder, der er for hjælp. Desuden skal kommunen oplyse sagen tilstrækkeligt til at kunne træffe afgørelse, herunder til at behovet for hjælp er afdækket. Derudover er det et centralt princip, at borgeren skal have mulighed for at medvirke i egen sag. Endelig er det fastsat, at afgørelser efter serviceloven kan indbringes for Ankestyrelsen. De omtalte principper er beskrevet i *boks 3.2* nedenfor.

Boks 3.2**Lovgivningsmæssige rammer på det specialiserede socialområde i retssikkerhedsloven**

- § 3** Myndighederne skal behandle spørgsmål om hjælp og støtte så hurtigt som muligt samt behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt ud fra en helhedsbetragtning af borgerens situation og alle de muligheder, der er for hjælp.
- § 4** Borgeren skal have mulighed for at medvirke i egen sag. Inddragelsen skal understøtte, at borgeren har det primære ansvar for sin egen situation, hvorfor det er vigtigt, at borgeren selv sætter sig nogle mål og træffer sine egne beslutninger, som skal støtte målet og hensigten med hjælpen. Desuden skal borgeren kende sine rettigheder og pligter for at kunne tage ansvar og gøre sin medindflydelse på sagsbehandlingen gældende. Det gælder både rettigheder og pligter i forhold til det problem, der har fået borgeren til at henvende sig, og de regler, der gælder for sagsbehandlingen.
- § 5** Hjælpen til en borger skal tilrettelægges ud fra en samlet vurdering af borgerens situation, og kommunen skal behandle ansøgninger om hjælp bredt og ikke altid kun i forhold til den konkrete form for hjælp, som borgeren har søgt om. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed, herunder efter anden lovgivning. Hovedsigtet med den brede vurdering er at tilrettelægge hjælpen bedst muligt.
- § 10** Myndigheden har ansvar for at indhente tilstrækkelige oplysninger til at afgøre, hvilken hjælp borgeren er berettiget til.
- § 50** Afgørelser efter serviceloven kan indbringes for Ankestyrelsen.

Kilde: Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område samt vejledning og forarbejde hertil. For en uddybning heraf kan der i øvrigt henvises til *Social- og Ældreministeriet (2021a)*.

3.2.3 Frit valg

Ved visitation af visse ydelser sikrer loven borgeren et frit valg til at vælge et tilsvarende tilbud i en anden kommune. Dette er fx gældende for længerevarende botilbud, almene boliger efter almenboligloven og plejehjem, hvor borgeren har ret til et tilsvarende tilbud i andre kommuner. Borgerens ret til et frit valg er således med til at begrænse kommunens handlerum ift. visitation til et specifikt tilbud, da borgeren selv kan have indflydelse herpå.

3.2.4 Klageadgang og tilsyn

I retssikkerhedsloven § 50 er der fastsat en klageadgang til Ankestyrelsen, der er klagemyndighed på bl.a. socialområdet. Ankestyrelsen fungerer derfor som klageinstans i konkrete enkeltsager, jf. servicelovens § 166. Samtidig fører Ankestyrelsen det generelle tilsyn med kommunernes forvaltning, mens Socialtilsynene har ansvaret for at føre det driftsorienterede tilsyn med størstedelen af tilbuddene på det specialiserede socialområde samt godkendelsen heraf. Styrelsen for Patientsikkerhed fører endvidere et risikobaseret tilsyn i henhold til sundhedsloven med sundhedsfaglige indsatser på bl.a. botilbud.

3.3 Mellemkommunalt samarbejde på det specialiserede socialområde (KKR)

Kommunerne har mulighed for at planlægge udbuddet af tilbudspladser inden for kommunen, men indgår samtidig i en regional koordinering af det samlede udbud på tværs af kommunerne. Kommunernes visitation og brug af tilbudspladser må derfor også ses i lyset af den kommunale og regionale koordination, der eksisterer på det specialiserede socialområde.

Af serviceloven fremgår det, at kommunalbestyrelserne og regionsrådet i den enkelte region skal indgå i forpligtigende rammeaftaler om styring og koordinering af de tilbud omfattet af serviceloven, der er beliggende i regionen, og hvor tilbuddene samtidig stiller pladser til rådighed for andre kommuner end driftskommunen. Planlægningen sker blandt andet inden for rammerne af Kommunekontakttrådene (KKR), der blandt andet koordinerer arbejdet mellem de enkelte kommunalbestyrelser og regionsrådet. KKR er en del af KL, og hver region har et KKR-sekretariat tilknyttet. Kravene til indholdet af rammeaftalerne fastsættes nærmere af social- og ældreministeren.

Af loven fastsættes det bl.a., at de enkelte rammeaftaler skal vedrøre kapacitet og økonomi, herunder udvikling i takster, takst- og prisstrukturen, oprettelse og lukning af tilbud og pladser, principper for indregning af driftsherres udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud aftalt i rammeaftaleregion samt frister for afregning ved brug af tilbud. Aftalerne skal indgås hvert andet år, og de private tilbud er ikke omfattet heraf. De private tilbud kan dog indgå i kommunernes overvejelser om et samlet udbud af tilbud. Dog vil koordinationen af de private tilbud, herunder den geografiske placering samt antal pladser, være begrænset eftersom de ikke er omfattet af rammeaftalerne.

Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne overført det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for det specialiserede socialområde. Hensigten var ikke, at kommunerne skulle være selvforsynende med sociale tilbud til børn, unge og voksne på det specialiserede socialområde. Hensigten var derimod, at kommunerne skulle opfylde deres forsyningspligt ved brug af egne tilbud samt tilbud, der leveres af eksterne aktører, herunder private-, regionale- og andre kommuners tilbud.

Rammeaftalerne fungerer som rammesætningen for køb og salg af ydelser mellem kommunerne inden for den enkelte region. Samtidig befordrer aftalerne også en øget koordination ift. brug af tilbud på tværs af kommunegrænser internt i den enkelte region, men levner også plads til lokal variation i rammeaftalernes indhold.

Rammeaftalerne skal blandt andet indeholde en beskrivelse af kapaciteten samt det fremtidige behov på både lang og kort sigt. Beskrivelsen udarbejdes på baggrund af et samlet overblik over tilbud, der ligger i regionen, samt kommunalbestyrelsernes og regionsrådets overvejelser over sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede

udbud af tilbud. Det skal indgå i beskrivelsen, hvorvidt der er behov for oprettelse af nye indsatser og tilbud, herunder udviklingsplaner for botilbud med mere end 100 pladser.

Denne styring af kapacitet og efterspørgsel kan understøtte, at kommunerne internt i den enkelte region forsøger at koordinere et samlet udbud af pladser, således at samtlige målgruppers efterspørgsel så vidt muligt efterkommes. Dermed kan rammeaftalerne bidrage til at sikre det rette udbud af indsatser af høj kvalitet, herunder til små målgrupper og personer med komplicerede problemer, sikre den faglige udvikling og være et redskab til at styre kapacitet og økonomi. Givet en kommune vil påvirke eget udbud af pladser ved fx opførelse af nye tilbud eller udbygning af eksisterende, skal kommunen derfor sætte udbuddet i relation til regionens samlede udbud og efterspørgsel.

3.3.1 Den nationale koordinationsstruktur (NATKO)

For at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser på det mest specialiserede socialområde og specialundervisningsområde blev der i 2013 etableret en *national koordinationsstruktur* (NATKO), der blev forankret i Socialstyrelsen.

NATKO fik til formål at styrke samarbejdet på tværs af kommuner og regioner med henblik på at bidrage til, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, og herunder at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til særligt små og/eller komplekse målgrupper med de mest specialiserede behov.

NATKO har flere virkemidler hertil. Blandt andet afholder NATKO halvårslige møder med hvert af de fem KKR om udviklingen på området, der blandt andet kan give styrelsen kendskab til, hvis specialiseret viden er i risiko for at forsvinde, eller hvis tilbud er sårbare eller lukningstruede. Derudover følger styrelsen også udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser og indsamler viden om indsatserne på det mest specialiserede socialområde og området for den mest specialiserede specialundervisning. Dertil kommer også en mere generel monitorering, der gælder for alle målgrupper omfattet af NATKO. Denne består af udarbejdelse og løbende opdatering af viden om målgrupperne, deres volumen og indsatsbehov samt indsamling af data om tilbud til målgrupperne.

Kapitel 4

Relevante indsatser og det mellemkommunale område

I dette kapitel afgrænses *for det første* de indsatser, som inddrages i analysen, og de tilhørende målgrupper, som indsatserne retter sig mod. Begrebet ”indsats” anvendes i denne rapport som samlebegreb for en kommunes løsning relateret til det specialiserede socialområde. En indsats kan fx være et botilbud til en voksen og en anbringelse af et barn.

For det andet gennemgås resultatet af ministeriets kortlægning af relevante mellemkommunale betalingsordninger på det kommunale område, herunder mellemkommunal refusion.

For det tredje opridses en række relevante resultater fra tidligere analyser om antallet af borgere i relevante indsatser. Der undersøges også omfanget af betalingsstrømme mellem kommunerne på området for at få et billede af, i hvilket omfang kommunerne ”handler” på tværs af kommunegrænserne.

Overordnet kan følgende konkluderes:

- **Indsatser og omfanget af borgere.** På voksenområdet inddrages indsatser i form af botilbud efter *servicelovens §§ 107-108* og botilbudslignende tilbud. Botilbudslignende tilbud omfatter socialpædagogisk støtte efter *servicelovens § 85* i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn), fx botilbud efter *almenboliglovens § 105*. På børne- og ungeområdet omfattes anbringelser i plejefamilie og døgninstitution mv. Det skønnes, at i alt 24.000 voksne pr. 1. januar 2018 boede i botilbud eller botilbudslignende tilbud, *jf. Social og Indenrigsministeriet (2020a)*. Tilsvarende viser en analyse på børne- og ungeområdet, at omkring 11.800 børn og unge i alderen 0-17 år var anbragt uden for hjemmet pga. sociale forhold og/eller handicap ved udgangen af 2017, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2019a)*.
- **Afdækning af det mellemkommunale område.** Det mellemkommunale område består dels af mellemkommunale refusionsordninger, og dels af direkte afregninger mellem kommunerne. De direkte afregninger findes på socialområdet, mens de relevante mellemkommunale refusioner er at finde på beskæftigelses-, ældre-, kultur-, og undervisningsområdet samt i meget begrænset omfang på socialområdet. De adspurgte ministerier oplyser, at der ikke foreligger centrale opgørelser over omfanget ift. antal borgere eller omfanget i kr.

- **Opholdssteder i andre kommuner.** Kommunerne benytter botilbud og anbringelsessteder uden for kommunegrænsen, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2019a og 2020a)*. Blandt voksne i botilbud boede knap 39 pct. i en anden kommune end handlekommunen, og blandt de anbragte gjaldt det omkring halvdelen af de anbragte. Det skønnes, at i gennemsnit er kommunens borgere i botilbud bosat i 25 andre kommuner på voksenområdet.
- **Balance mellem køb og salg.** I forbindelse med denne analyse er der undersøgt betalingsstrømme i de kommunale regnskaber vedr. længerevarende botilbud. Betalingsstrømmen indikerer, at kommunerne i vidt omfang er både købere og sælgere af længerevarende botilbud efter servicelovens § 107. For mange kommuner ser indtægter og udgifter ved køb og salg af botilbudspadser ud til i store træk at balancere.

4.1 Indsatser og målgrupper

I dette afsnit beskrives de indsatser, som inddrages og de målgrupper, som indsatserne er rettet mod.

På voksenområdet inddrages følgende botilbud i analysen:

- Midlertidige botilbud efter *servicelovens § 107*
- Længerevarende botilbud efter *servicelovens § 108*
- Botilbudslignende tilbud.

Ophold på forsorgshjem, herberger og kvindekrisecentre med såkaldt selvmøderprincip vurderes ikke relevant at inddrage i denne analyse af kommunale incitamerter. Selvmøderprincippet indebærer, at borgeren kan få plads ved direkte henvendelse til det enkelte botilbud. Denne type af ophold kræver dermed ikke kommunal visitation. Plejehjemsboliger til ældre er inddraget i analysens afdækning af det mellemkommunale område, men indgår ikke direkte i grundlaget for analysens beregninger. Den rejste bekymring omkring hensyn til en eventuel afspecialisering er ikke den samme her som på det specialiserede socialområde. Det skal også ses i sammenhæng med de retssikrede muligheder for under nærmere fastsatte betingelser at søge plejehjem/plejebolig i en anden kommune.

Borgeren har ret til frit valg af egnede permanente tilbud. Der eksisterer fritvalgsordninger for botilbud oprettet efter *servicelovens § 108* og botilbudslignende tilbud efter *almenboliglovens § 105*, som giver borgeren mulighed for at påvirke valget af permanent botilbud. Det betyder, at borgeren har ret til at vælge et andet botilbud, end det kommunen har visiteret borgeren til. Borgeren kan vælge et andet botilbud fra Tilbudsportalen, der fagligt og økonomisk svarer til kommunens tilbud. Denne ret gælder således uanset botilbuddets beliggenhed.

Når et barn eller en ung har brug for særlig støtte og behov for hjælp, kan kommunen beslutte, at barnet eller den unge skal anbringes uden for hjemmet. Anbringelsen kan være enten frivillig eller uden samtykke, men fælles for begge anbringelsestyper er, at kommunen træffer den endelige afgørelse. Målgruppen af anbragte børn og unge dækker over dels børn og unge med handicap mv., og dels udsatte børn og unge, hvor der ligger sociale forhold bag anbringelsen.

På børne- og ungeområdet inddrages følgende anbringelsesformer i analysen:

- Plejefamilie
- Døgninstitution mv.

Plejefamilie dækker over almindelig, kommunal og netværksplejefamilie. Døgninstitutioner mv. dækker over døgninstitutioner, socialpædagogisk opholdssteder, eget værelse eller kollegielignende opholdssteder, kost- og efterskoler samt skibsprojekter. Kost- og efterskoler samt skibsprojekter benyttes dog i meget begrænset omfang¹.

Efterværn er hjælp til yngre voksne i alderen 18-22 år, når det anses at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, og hvis den unge er indforstået hermed. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse. Efterværn kan være opretholdelse af døgnophold på anbringelsesstedet, udslusningsordning fra hidtidigt anbringelsessted, opretholdelse af faste kontaktpersoner eller andre former for støtte.

Kommunerne anvender botilbud og anbringelsessteder både inden for og uden for egen kommunegrænse, jf. *Social- og Indenrigsministeriet (2019a og 2020a)*. Ministeriets undersøgelse om botilbud indikerer, at i alt 24.000 voksne boede i et botilbud pr. 1. januar 2018. Heraf havde ca. 39 pct. bopæl i en anden kommune end den hidtidige bopælskommune. Undersøgelsen om anbringelser på landsplan viser, at omkring 11.800 børn og unge var anbragt pr. 1. januar 2018, og omkring halvdelen boede uden for kommunegrænsen.

4.2 Afdækning af det mellemkommunale område

Med det formål at få afdækket, om den mulige problemstilling, der har igangsat arbejdet, omfatter andre områder, samt få et overblik over samtlige relevante ydelser, der kan være omfattet af mellemkommunal refusion, indeholder afsnittet en afdækning heraf.

Det er i forbindelse med afdækningen blevet konstateret, at der bør sondres mellem mellemkommunale refusioner og betalinger mellem kommuner for kontraktretlige ydelser i form af direkte afregninger kommunerne imellem.

¹ <https://socialstyrelsen.dk/born/anbringelse/om-anbringelse/anbringelsesformer>

Mellemkommunale refusionsordninger forstås i indeværende sammenhæng som de tilfælde, hvor bopælskommunen har handleforpligtigelsen, men ikke betalingsforpligtigelsen for en borgers enkelte ydelse. Derfor har bopælskommunen i nogle tilfælde lovgivningsmæssig hjemmel til at hjemtage refusion for udgifter til konkrete ydelser fra den tidligere bopælskommune, der har visiteret en borger ind i et konkret tilbud, for hvilket de fortsat har den generelle handle- og betalingsforpligtigelse.

Direkte afregninger forstås som de tilfælde, hvor en kommune har den generelle handle- og betalingsforpligtigelse for ydelser, som en borger med ophold på et kommunalt tilbud, der drives af en anden bopælskommune, modtager. I disse situationer er der kontraktuelle forpligtelser mellem de involverede kommuner eller mellem kommune og det givne kommunale tilbud, hvor afregningen vil være fastlagt.

I det følgende fokuseres på de relevante ordninger omfattet af såvel mellemkommunal refusion som ordninger, hvor der foretages en direkte afregning mellem kommuner. Den samlede betegnelse benævnes fremadrettet som det 'mellemkommunale område'.

I de følgende afsnit vil det fremgå, hvordan det mellemkommunale område er blevet belyst og afgrænset ift. de ordninger, som er relevante for nærværende arbejde. Herefter følger en gennemgang af de relevante ordninger fordelt på ressortområder, og slutteligt følger en opsummering.

4.2.1 Tværministeriel høring om relevante ordninger

Med henblik på at kortlægge relevante ordninger på det mellemkommunale område samt omfanget heraf, er der til nærværende analyse gennemført en høring i en række udvalgte ministerier.

Høringen har skullet danne et overblik over de eksisterende regler, men også bidrage til at belyse selve omfanget af ordningerne. Dette være sig både ift. antallet af borgere berørt af den enkelte ordning samt volumen af betalinger mellem kommunerne som følge af ordningerne.

Relevante ydelser er i denne henseende en ydelse, hvor kommunen visiterer borgeren til et tilbud i en anden kommune. Tilbuddet skal samtidig indebære, at borgeren skifter foleregisteradresse til den nye kommune samt, at der er tale om en kontraktretlig ydelse med direkte mellemkommunal afregning vedrørende udgifter relateret til tilbuddet fra den visiterende kommune.

Analysen omfatter ligeledes de ydelser, som den nye bopælskommune vil være handlekommune for, og hvor den som følge af, at borgeren er visiteret ind i et tilbud efter ovenstående kriterier, kan hjemtage refusion for udgifterne hos den tidligere bopælskommune.

Høringen har omfattet Beskæftigelsesministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet, Kulturministeriet, det daværende Social- og Indenrigsministerium, det daværende Sundheds- og Ældreministerium samt Udlændinge- og Integrationsministeriet. Nedenstående vil således tage udgangspunkt i den afsluttede høring.

4.2.2 Socialområdet

På socialområdet vil der være en mellemkommunal direkte afregning af kontraktretlige ydelser, såfremt en kommune har visiteret en borger til ydelser efter serviceloven i et kommunalt tilbud i en anden kommune. Det skyldes udgangspunktet om, at den kommune, der visiterer en borger til et tilbud i en anden kommune, beholder handle- og betalingsforpligtelsen. Der er således ikke tale om mellemkommunal refusion. De omfattede tilbud fremgår af retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 2-6. For nærværende analyse er det dog kun relevant at medtage de tilbud, hvor kommunerne har visitationskompetencen. De relevante tilbud er således:

- Midlertidige botilbud efter servicelovens § 107
- Længevarende botilbud efter servicelovens § 108 (omfattet af frit valg)
- Plejehjem efter servicelovens § 192 (omfattet af frit valg)
- Botilbudslignende tilbud/plejeboliger efter § 115, stk. 4, jf. § 105, stk. 2, i almenboligloven (omfattet af frit valg)
- Boliger og boformer m.v., der træder i stedet for og kan sidestilles med boformer m.v. under § 9 c, stk. 2, nr. 1-4, i retssikkerhedsloven. Det kan fx, borgersytret personlig assistance (BPA)
- Anbringelsessteder for børn og unge efter § 66 i serviceloven
- Døgnophold efter § 76 a i serviceloven.

I ovenstående tilfælde vil der blive aftalt afregning for den konkrete ydelse i det pågældende kommunale, regionale eller private tilbud kommunerne imellem. Såfremt der er tale om et kommunalt tilbud vil den tidligere bopælskommune betale den nye opholdskommune for ydelsen på det kommunale tilbud.

For ydelser efter serviceloven er der dog på nogle områder undtagelsesvist adgang til mellemkommunal refusion for bopælskommunen. For nærværende analyse gælder dette kun i det tilfælde, hvor borgeren har benyttet sin ret til frit valg efter § 108, stk. 2, eller § 192 i serviceloven, § 58 a i lov om almene boliger m.v. (almenboligloven) eller lov om friplejeboliger til at flytte til et tilsvarende tilbud i en anden kommune.

Når en borger anvender reglerne om frit valg, finder bestemmelsen i § 9, stk. 7, i retssikkerhedsloven om handlekommune ikke anvendelse, og det bliver derfor den kommune, hvor borgeren bor, der skal visitere borgeren til ydelser efter serviceloven. Mellemkommunal refusion i disse sager er særskilt reguleret i § 9 c, stk. 5, i retssikkerhedsloven.

4.2.3 Beskæftigelsesområdet

På beskæftigelsesområdet har Beskæftigelsesministeriet oplyst, at når den tidligere kommune eller anden offentlig myndighed har medvirket til, at borgeren får ophold i de tilbud, der fremgår af retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 2, da har bopælskommunen mulighed for at hjemtage refusion fra den tidligere bopælskommune for følgende ydelser:

- Alle ydelser i lov om aktiv socialpolitik
- Ydelser efter lov om individuel boligstøtte
- § 52, stk. 1, i lov om social pension
- § 50, stk. 1, i lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.
- Ydelser efter lov om kompensation til handicappede i erhverv.

Det vil sige, at hvis en borger fx visiteres ind i et længerevarende botilbud efter § 108 i serviceloven i en anden kommune, da vil den nye bopælskommune have handleforpligtigheden iht. ydelser efter ovenstående lovgivninger. Kommunen vil imidlertid kunne hjemtage mellemkommunal refusion for udgifterne hertil fra den tidligere bopælskommune.

Muligheden for mellemkommunal refusion på beskæftigelsesområdet er således betinget af de omstændigheder, der fremgår af retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 2-6. Det skal bemærkes, at der i langt overvejende grad er tale om overførselsindkomster, der er baseret på objektive kriterier.

4.2.4 Sundheds- og ældreområdet

På ældreområdet har det daværende Sundheds- og Ældreministerium oplyst, at følgende ydelser i serviceloven falder inden for de i høringen fastsatte kriterier:

- Plejehjem (omfattet af frit valg)

Jævnfør *afsnit 4.2.2.* noteres det, at for visitation af et kommunalt plejehjem efter servicelovens § 192, som er beliggende i en anden kommune, vil den visiterende kommune beholde handle- og betalingsforpligtigheden. Derfor vil en sådan visitation også indbefatte en direkte afregning for det pågældende kommunale plejehjem, hvormed den tidligere bopælskommune betaler til den nye opholdskommune for udgifter relateret hertil.

4.2.5 Kulturområdet

På kulturområdet har Kulturministeriet oplyst, at for elever, hvor en anden kommune iht. retssikkerhedslovens § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12 har den generelle betalingsforpligtelse, da har kommunen mulighed for at hjemtage refusion fra den tidligere bopælskommune for to ydelser i lov om folkehøjskoler og lov om støtte til folkeoplysende voksenundervisning, frivilligt folkeoplysende foreningsarbejde og daghøjskoler samt om Folkeuniversitetet.

Disse ordninger er kendetegnet ved, at bopælskommunen visiterer den givne ydelse, men kan hjemtage refusion herfor fra den betalingspligtige kommune. Af højskoleloven fremgår det, at bopælskommune er forpligtet til at betale staten et bidrag for elever, der den 5. september i kalenderåret forud for bidragsopkrævningen er under 18 år, og som er elever på en ungdomshøjskole.

Ved folkeoplysningsundervisning for voksne kan bopælskommunen kræve refusion for udgifterne til undervisning, studiekredse og aktiviteter tilrettelagt som fleksible tilrettelæggelsesformer.

Det er således den nye bopælskommune, der kan visitere en given ydelse efter ovenstående lovgivninger på kulturområdet. Bopælskommunen kan dog hjemtage refusion for udgifterne relateret hertil fra den tidligere bopælskommune.

4.2.6 Undervisningsområdet

På undervisningsområdet har Børne- og Undervisningsministeriet oplyst, at for elever, hvor en anden kommune iht. retssikkerhedslovens § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12 har den generelle betalingsforpligtelse, da har kommunen mulighed for at hjemtage refusion fra den tidligere bopælskommune for følgende ydelser:

- Specialundervisning for voksne, jf. lov om specialundervisning for voksne
- Dagtilbud, jf. vejledning 9109/2105
- Forberedende grunduddannelse, jf. lov om institutioner for forberedende grunduddannelse
- Friskoler og private grundskoler, jf. lov om friskoler og private grundskoler
- Folkeskole, jf. bekendtgørelse om hvilken kommune udgiften til folkeskolens undervisning m.v. endeligt påhviler (1000/2014)
- Efterskoler og frie fagskoler, jf. lov om efterskoler og frie fagskoler.

Disse ordninger er kendetegnet ved, at bopælskommunen visiterer den givne ydelse, men kan hjemtage refusion herfor fra den betalingspligtige kommune.

Ved specialundervisning for voksne og udgifter til dagtilbud for anbragte børn kan bopælskommunen hjemtage refusion for udgifter relateret til undervisning af en given elev, for hvilken en anden kommune har den generelle betalingsforpligtelse iht. til de nævnte bestemmelser i retssikkerhedsloven. For forberedende grunduddannelse, friskoler og privatskoler, folkeskoler samt efterskoler og frie fagskoler gælder det, at bopælskommunen kan kræve refusion for det bidrag pr. elev, der årligt betales til staten for de elever, for hvilken en anden kommune har den generelle betalingsforpligtelse.

4.2.7 Udlændinge- og integrationsområdet

Udlændinge- og Integrationsministeriet har oplyst, at de ikke har ordninger, der falder inden for nærværende høringskriterier.

4.2.8 Opsummering

Ved specialundervisning for voksne og udgifter til dagtilbud for anbragte børn kan bopælskommunen hjemtage refusion for udgifter relateret til undervisning af en given elev, for hvilken en anden kommune har den generelle betalingsforpligtigelse iht. de nævnte bestemmelser i retssikkerhedsloven. For forberedende grunduddannelse, friskoler og privatskoler, folkeskoler samt efterskoler og frie fagskoler gælder det, at bopælskommunen kan kræve refusion for det bidrag pr. elev, der årligt betales til staten for de elever, for hvilken en anden kommune har den generelle betalingsforpligtigelse.

På baggrund af høringen kan det konstateres, at der med den valgte afgrænsning for relevante ordninger i relation til nærværende analyse, er mellemkommunale ordninger på hhv. social-, beskæftigelses-, ældre-, kultur- og undervisningsområdet.

Det er alene på det sociale område, at der er tale om afregning af kontraktretlige ydelser, hvor en kommune har den generelle handle- og betalingsforpligtigelse for ydelser til en borger, som kommunen har visiteret til ophold på et tilbud drevet af en anden bopælskommune. Kun i tilfælde, hvor borgeren har gjort brug af sit frie valg, er der undtagelsesvist ikke et sammenfald mellem borgerens handle- og betalingskommune, hvorfor der i stedet er adgang til mellemkommunal refusion.

På beskæftigelses-, kultur- og undervisningsområdet er udgangspunktet derimod mellemkommunale refusionsordninger for de specificerede ydelser nævnt i ovenstående afdekning. Omvendt er disse refusionsordninger betinget af visitation til et af de tilbud, der er nævnt i retssikkerhedslovens § 9 c, stk. 2. De relevante tilbud i denne henseende er nævnt i *afsnit 4.2.2*.

I disse tilfælde er det borgerens bopælskommune og ikke betalingskommunen, der visiterer til de pågældende ydelser, mens de kan hente refusion for udgifterne hos den kommune, der har den generelle betalingsforpligtigelse for det tilbud, de har visiteret borgeren til i en anden kommune.

Gennemgående er det således, at bestemmelserne er kendetegnet ved, at de går på tværs af forskellige love og sektorer, hvilket skyldes, at refusionerne er betinget af visitation til tilbud angivet i anden sektorlovgivning. Dette kan forudsætte en vis intern koordination i den enkelte kommune, førend hjemtagningen af refusion kan administreres korrekt.

Særligt på beskæftigelsesområdet er der adgang til refusion på en lang række ydelser, som typisk er indkomstoverførsler beregnet efter objektive regler eller faste takster, mens der på kultur- og undervisningsområdet kun er specificeret enkelte ydelser, der er omfattet af mellemkommunal refusion.

Af høringssvarene oplyste de ansvarlige ministerier, at der ikke centralt foreligger opgørelser over, hvor meget ordningerne fylder i kr. eller ift. antal borgere berørt af ordningen. Dette vil typisk være et kommunalt anliggende.

Det er dog muligt at opgøre kommunernes interne betalinger til hinanden på afgrænsede områder. Dette er således både direkte afregning af køb af ydelser og varer samt afregning af mellemkommunal refusion. En sådan opgørelse er således ikke nødvendigvis afgrænset til kun at omfatte de ordninger, der er nævnt i nærværende afsnit.

Med forbehold herfor, er der i nedenstående *tabel 4.1* opgjort de mellemkommunale betalinger på en række sektorområder i 2019.

Tabel 4.1**Mellemkommunale betalinger på sektorområder i 2019 (1.000 kr.)**

	2019
Undervisning og kultur, inkl. folkeskolen og SFO	3.599.428
Dagtilbud	515.082
Børn og unge med særlige behov	2.107.931
Ældre	2.366.724
Voksne med særlige behov	7.018.863
Overførsler	1.376.439
Total	16.984.467

Anm.: Køb af varer og tjenesteydelser hos en anden kommune, der på det pågældende aktivitetsområde er momsregistreret skal konteres på de moms bærende artsudgifter, hvorfor de ikke bør fremgå heraf. Betalinger til regionale og private tilbud beliggende i andre kommuner er ikke inkluderet. Opgjort i årets priser.

Kilde: Danmarks Statistik.

Af *tabel 4.1* ses det, at mellemkommunale betalinger for voksne med særlige behov udgør langt størstedelen af de mellemkommunale betalinger i 2019. Det er samtidig et område, hvor det vurderes, at langt størstedelen af de mellemkommunale betalinger udgøres af direkte afregninger. Det forekommer også, at direkte afregninger er det udbredte på områderne børn og unge med særlige behov og ældre, der til sammen udgør en betydelig del af de mellemkommunale betalinger.

For områderne undervisning og kultur, inkl. folkeskolen og SFO, dagtilbud og overførselsområdet vurderes det, at størstedelen af betalingerne kan relateres til en mellemkommunal refusionsordning. Af disse områder er summen af de mellemkommunale betalinger størst for undervisning og kultur, inkl. folkeskolen og SFO og overførsler, mens dagtilbud indeholder relativt små beløb.

Det skal som nævnt bemærkes, at opgørelsen ikke kan isoleres til mellemkommunale betalinger afgrænset som relevante i nærværende sammenhæng, men indeholder alle mellemkommunale betalinger på de pågældende områder. Derfor kan det ikke konkluderes entydigt, hvorvidt ovenstående beløb kan relateres direkte til en refusionsordning eller en direkte afregning.

4.3 Kommunernes brug af botilbud og anbringelsessteder

4.3.1 Antal voksne i botilbud uden for kommunegrænsen

Social- og Indenrigsministeriet (2020a) har undersøgt omfanget af voksne i botilbud. Undersøgelsen indikerer, at omkring 24.000 voksne på landsplan modtog et botilbud primo 2018. Heraf boede knap 39 pct. af de voksne i en anden kommune end den voksnes hjemkommune. Det skønnede antal er baseret på indberetninger fra 57 kommuner, der har godkendt alle handicapydelse i perioden 2015-2018 til registret ”De Kommunale Serviceindikatorer” og er opregnet til landsplan.

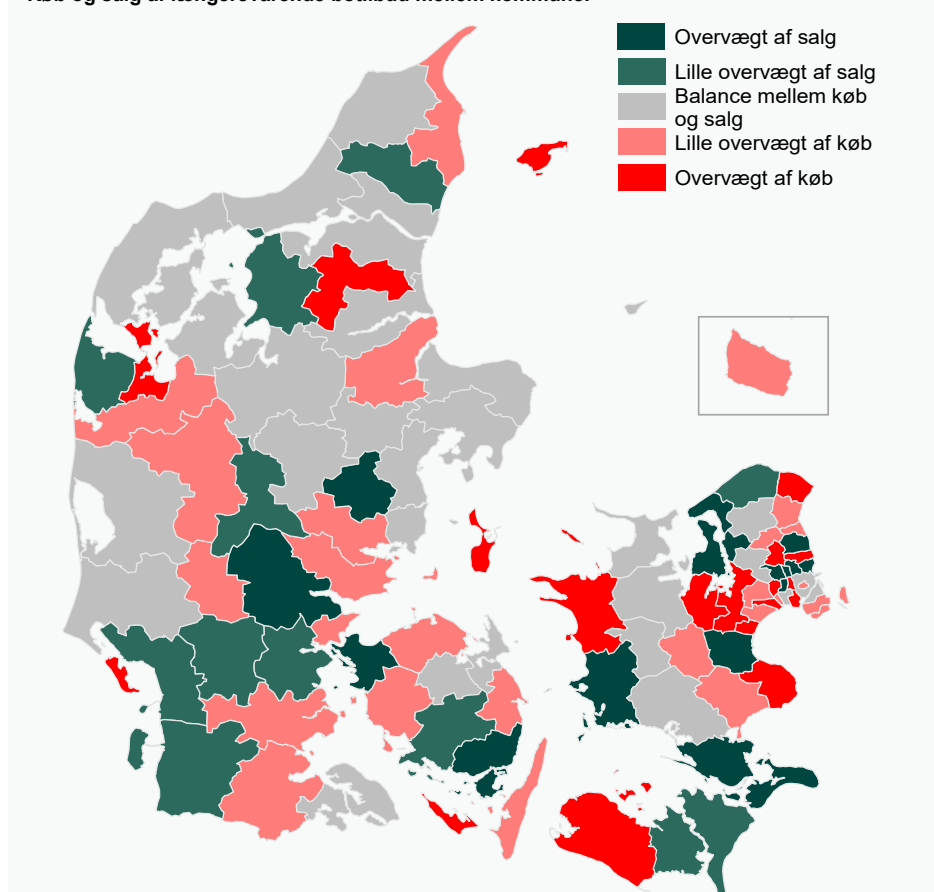
Omfanget af køb af eksterne botilbud er forholdsvis stort. I gennemsnit benytter en kommune botilbud i 25 andre kommuner, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2020a)*. De fleste kommuner benytter botilbud i omkring 15-35 andre kommuner.

Mange kommuner har både indtægter og udgifter til botilbud på tværs af kommunegrænser. Disse betalingsstrømme mellem kommuner er søgt afdækket ved at se på betalingsstrømmene mellem kommuner i forbindelse med køb og salg af længerevarende botilbudspladser, *jf. figur 4.1*.

Figuren illustrerer, at en stor del af kommunerne er i ”balance” og dermed har udgifter svarende til indtægter. Det indikeres også ved, at forskellen mellem en kommunes bopælsfolketal og det indberettede antal personer, hvor kommunen er betalingskommune, er lille. For nogle kommuner ses et større behov for at enten købe eller sælge længerevarende botilbudspladser. Det bemærkes, at der må tages nogle forbehold ved denne metode, som er baseret på de kommunale regnskaber for 2019.

Figur 4.1

Køb og salg af længerevarende botilbud mellem kommuner



Anm.: Datagrundlaget baseres på kommunernes regnskabsdata (løbende priser) for 2019 på funktion 5.38.50 Botilbud til længerevarende ophold, art 4.7 Betalinger til kommuner og art 7.7 Betalinger fra kommuner. Der er beregnet en nettobetaling (kr. per indbygger), hvor *Overvægt af salg* svarer til beløb som overstiger 400 kr. per indbygger. For kategorien *Overvægt af køb* gælder samme nettobeløb med modsat fortegn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Som det fremgår af figuren, vil der være kommuner, som i varierende grad optræder som "køberkommuner" af botilbud i andre kommuner, mens der er andre kommuner som i varierende grad optræder som "sælgerkommuner". Der er imidlertid også en relativt stor gruppe kommuner, hvor indtægter og udgifter i forbindelse med køb og salg af botilbudspladser i store træk er i balance. Analyserne i denne rapport tyder samtidigt på, at udligningsreformen ikke afgørende ændrer kommunernes incitament til at optræde som køber- eller sælgerkommune, *jf. afsnit 7.2*.

I en kortlægning foretaget af *Social- og Indenrigsministeriet (2020b)* fremgår det, at der ligger botilbud eller botilbudslignende tilbud i alle på nær to kommuner pr. 31. december 2019. Kortlægningen er ikke opdelt på, om tilbuddene er private, regionale eller kommunale.

4.3.2 Antal anbragte børn og unge uden for kommunegrænsen

Der var primo 2018 omkring 11.800 børn og unge i alderen 0-17 år anbragt uden for hjemmet på landsplan, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2019a)*. Af de omkring 11.800 anbragte børn og unge, boede omkring halvdelen på et anbringelsessted beliggende i en anden kommune end den hidtidige bopælskommune.

Der er i en anden rapport undersøgt den geografiske dækning af tilbud på børne- og ungeområdet, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2020b)*. Undersøgelsen viser, at der er i alt 1.148 afdelinger fordelt på 747 tilbud, som er placeret i 94 af landets 98 kommuner. Afdelingerne kan være registreret til en eller flere af de 46 forskellige målgrupper, som overordnet kan inddeles i seks målgruppekategorier:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Intellektuel/kognitiv forstyrrelse
- Udviklingsforstyrrelse
- Psykiske vanskeligheder
- Sociale problemer
- Øvrige målgrupper.

Der ligger afdelinger til de overordnede målgruppekategorier i alle kommuner, men afdelingerne ligger generelt spredt ud over alle landsdele. Det bemærkes, at der i undersøgelsen ikke indgår plejefamilier, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2020b)*.

Kapitel 5

Økonomiske elementer i analysen af incitamenter

I dette kapitel gennemgås nogle af de centrale elementer, som kan indgå i en kommunes overvejelser om at visitere en borger til en indsats.

Overordnet kan følgende konkluderes:

- **Økonomiske overvejelser.** Påvirkningen af kommunens økonomi ved at visitere en borger til en indsats har mange facetter, herunder hvilke tilbud og til hvilken pris, fritvalgsordninger, mellemkommunal refusion, statslig refusion, borgerens egenbetaling, udgiftsvirkninger, udligning samt overvejelser i forhold til at etablere eget tilbud.
- **Elementer i visitationen.** Virkningen gennem udligning er således kun ét økonomisk forhold blandt mange, der potentielt kan spille ind, når en kommune skal visitere til en indsats. Hertil kommer ikke mindst faglige hensyn og regler, som kommunen skal inddrage.
- **Stor variation i enhedsudgifter på tværs af indsatser.** Enhedsudgifter på forskellige relevante indsatser kan variere ganske betydeligt.

5.1 Kommunernes samlede økonomiske overvejelser

Når en kommune skal træffe beslutning om at visitere en borger til en indsats, vil der indgå en lang række forhold, som på både kort og længere sigt kan have økonomisk betydning for kommunen.

Der er således næppe et enkelt, entydigt svar på kommunens økonomiske incitamentsstruktur.

5.1.1 Den enkelte sag

Som det fremgår af *afsnit 3.2* sætter lovgivningen rammerne for den enkelte kommunes udredning og visitation af borgeren. I den enkelte sag vil kommunen skulle overveje, hvilken indsats der ud fra et fagligt synspunkt er relevant for borgeren. Indsatsen skal matche borgerens behov, og hvis kommunens egne tilbud ikke svarer til det efterspurgte, har kommunen pligt til at finde egnede tilbud hos andre aktører. Det kan være private og regionale aktører eller tilbud i andre kommuner. Dette forsyningsansvar for de højt specialiserede indsatser kan for især mindre kommuner betyde, at den enkelte kommune ikke har et egnet tilbud og derfor køber en plads i en anden kommune.

Der er naturligvis også et økonomisk hensyn til fx udgiften forbundet med et botilbud eller anbringelsessted. Det fremgår imidlertid af to kvalitative undersøgelser, som er baseret på interviews med seks kommuner, *jf. Ankestyrelsen (2021a og 2021b)*, at sagsbehandlerne vigtigste prioritering er at finde en plads, der bedst egner sig til den enkelte borgers behov, *jf. boks 5.1*. Gennemsnitlige udgifter til relevante pladser gennemgås i *afsnit 5.2*.

Boks 5.2

Kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner

- "Kommunerne oplever, at de børn og unge, der bliver anbragt på opholdssteder og døgninstitutioner i dag, har meget komplekse problemstillinger. Når kommunerne vælger et konkret anbringelsessted, lægger de derfor primært vægt på stedets kompetencer og målgruppe."
- "Et hensyn, som kommunerne beskriver som afgørende i mange sager, er hensynet til stedets placering i forhold til barnets eller den unges nærmiljø. Kommunerne tager hensyn til, om barnet eller den unge har godt af at være anbragt tæt på eller langt fra nærmiljøet, afhængigt af om der er elementer af barnets eller den unges tilværelse, som man vil forsøge at bibeholde eller skærme dem fra."
- "Flere sagsbehandlere beskriver, at økonomi og pris ikke har en direkte betydning for deres arbejde med at finde det rette opholdssted eller døgninstitution."

Visitation til botilbud

- "Kommunerne tager så vidt muligt hensyn til borgerens og de pårørendes ønsker til blandt andet beliggenhed og fysiske rammer"
- "Alle kommunerne tager hensyn til økonomi. Samtidig vil de gerne vælge det bedste botilbud til deres borgere, uanset prisen."
- "Når de vurderer, at en borger skal visiteres til et botilbud, fortæller alle seks kommuner, at det overordnet skyldes, at borgerens støttebehov er omfattende."

Kilde: Kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner (Ankestyrelsen, 2021) og Visitation til botilbud (Ankestyrelsen, 2021).

Statslig refusion vil også kunne spille ind på kommunens endelige udgift i forbindelse med indsatsen over for en borger. Det gælder i forhold til den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager, hvor det er betalingskommunen, der modtager refusionen, uanset hvilken kommune tilbuddet, som borgeren visiteres til, ligger i. Som led i udligningsreformen er der gennemført en række ændringer i den centrale refusionsordning. Ændringernes betydning for kommunernes indsats kendes endnu ikke. Den centrale refusionsordning er nærmere beskrevet i *boks 5.2*.

Boks 5.2**Den centrale refusionsordning**

Som udgangspunkt afholder kommunerne alle udgifter efter serviceloven. Den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager er en undtagelse hertil, idet staten yder refusion til kommunerne for særligt dyre enkeltsager. Refusionen omfatter i udgangspunktet de samlede udgifter efter serviceloven til enkeltpersoner under 67 år. Udgifter til søskende kan samles til én samlet refusionssag. Staten yder en refusion på en fastsat andel af en del af udgifterne i de pågældende enkeltsager, når udgifterne samlet set i sagen overstiger lovfaste beløbsgrænser.

Som led i udligningsreformen er der gennemført en række ændringer i den centrale refusionsordning, herunder:

- Nedsættelse af beløbsgrænserne for hhv. 25 og 50 pct. refusion på voksenområdet, så de følger grænserne på børneområdet.
- Indførelse af nyt knæk med refusion på 75 pct. ved 2.050.000 kr. på både børne- og voksenområdet.
- Refusionen af udgifter i en enkeltsag kan fortsætte efter det fyldte 67. år for personer, hvortil udgifterne var omfattet af refusionsordningen umiddelbart inden det fyldte 67. år.
- Udgifter til alle indsætter for den enkelte børnefamilie uafhængig af antallet af søskende kan medregnes i samme refusionssag.

I visse tilfælde vil borgeren selv have en mening om tilbuddet og også en ret til at vælge. Det gælder fx i forbindelse med længerevarende botilbud, hvor fritvalgsordningen giver borgeren mulighed for at vælge et andet tilbud, end det borgeren er visiteret til af kommunen. Det resulterer i, at hvis borgeren ønsker et tilbud uden for kommunegrænsen, som er fagligt og økonomisk forsvarligt, skal kommunen tilbyde borgeren det af borgeren ønskede tilbud.

Endelig er det formålet her at undersøge, om virkningen gennem det kommunale udligningssystem og på kommunens skatteprovenu kan påvirke kommunernes incitamenter på området. Som det fremgår af *afsnit 3.1*, vil virkningen i udligningen ved en flytning til en anden kommune afhænge af den flyttede borgers alder, hvordan borgeren i øvrigt tæller med i de enkelte socioøkonomiske kriterier, og hvordan kommunen i øvrigt indgår i udligningen.

Det er her vigtigt at understrege, at virkninger i udligningen i den forbindelse ikke er noget nyt, som følger af udligningsreformen, selvom den i sig selv kan have fået betydning for den nærmere virkning. Her kan overgangen fra et folketal baseret på betalingskommune til et folketal baseret på bopæl naturligvis spille en rolle. Det kan også spille en rolle, at der med udligningsreformen er et generelt højere udligningsniveau, ligesom det statslige bloktilskud til kommunerne ligger på et højere niveau.

Virkninger i udligningssystemet skal imidlertid også ses i lyset af, at når en borger flytter fra kommunen, kan der være ændringer i kommunernes udgifter, herunder bl.a. fordi nogle udgifter vil skulle overtages af den nye bopælskommune.

I en kortlægning peger kommunerne på en række forhold, der har betydning for deres valg af botilbud til voksne, *jf. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2020)*. Helt overordnet tager kommunerne udgangspunkt i borgerens støttebehov og den støtte, botilbuddet kan tilbyde. Det handler for kommunen om at finde det bedste match mellem borgerens støttebehov og kvaliteten i botilbuddet til den bedst mulige pris. I den forbindelse fremhæver flere kommuner også en række specifikke parametre, der har betydning for valget, herunder:

- Kendskab til botilbuddet
- Metoder og faglige tilgange
- Muligheden for forhandling
- Gennemsigtigheden i vilkår
- Geografisk placering
- Takstniveauet.

De fleste kommuner nævner en ambition om at have flere leverandører at vælge imellem. Men kommunerne oplever imidlertid, at det ikke altid kan lade sig gøre at præsentere flere alternativer, bl.a. pga. geografi eller få ledige pladser i højt specialiserede botilbud. Flertallet af kommunerne forsøger at imødegå problemet ved at have en politik om altid at præsentere flere alternative botilbudspladser i forbindelse med indstillingen til valg af botilbud. I 10 ud af 14 kommuner præsenteres i gennemsnit 2-3 alternativer, når der skal vælges et botilbud.

5.1.2 På overordnet plan

På overordnet plan har kommunerne mulighed for at påvirke udbuddet af tilbudspladser inden for kommunen. De kan endvidere påvirke udbuddet regionalt gennem KKR. Udbuddet såvel inden for som uden for kommunen skal ses i sammenhæng med brugernes forskellige og mere eller mindre specialiserede behov. Dette er nærmere beskrevet i *afsnit 3.3*. Hertil kommer økonomiske omkostninger ved fx tomgang i tilbud i kommunen.

5.2 Enhedsudgifter for forskellige indsatser

Der er beregnet gennemsnitlige udgifter til indsatser til børn og voksne på socialområdet i *Social- og Indenrigsministeriet (2019b)*. Disse enhedsudgifter præsenteres nedenunder.

For et midlertidigt botilbud efter *servicelovens § 107* kan der opgøres en gennemsnitlig enhedsudgift før eventuel refusion på ca. 0,7 mio. kr. årligt. Tilsvarende kan der for et

længerevarende botilbud efter *servicelovens § 108* opgøres en enhedsudgift på ca. 1 mio. kr., mens enhedsudgiften for et botilbudslignende tilbud efter *almenboliglovens § 105* kan opgøres til 0,6 mio. kr., *jf. tabel 5.1*.

Tabel 5.1

Enhedsudgifter på voksenområdet (kr. pr. helårsmodtager af indsats)

	Midlertidige botilbud, § 107	Længerevarende botilbud, § 108	Botilbudslignende tilbud
Lands gennemsnit	742.000	1.097.000	599.000

Anm.: 2019-pl. Enhedsudgifter opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson til en given social foranstaltning før eventuel refusion.

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2019b).

De gennemsnitlige enhedsudgifter som fremgår af *tabel 5.1* skal dog tages med forbehold. Udgifterne til en konkret borger afhænger fx af botilbuddets faglige indhold og specialiseringsgrad. Dermed kan udgifterne variere ganske betydeligt både for den enkelte borger, som kan være flere gange højere end de anførte enhedsudgifter, men også inden for den enkelte botilbudstype.

Variationen i udgiften kan dog variere både inden for det enkelte tilbud, men også mellem tilbud som ligger inden og uden for handlekommunen. Det fremgår af en analyse foretaget af *Social- og Ældreministeriet (2021b)* som har beregnet den årlige gennemsnitlige udgift baseret på indberetninger fra 16 kommuner fra 2019. Resultaterne fra analysen viser overordnet set, at længerevarende botilbud i gennemsnit er det dyreste botilbud, hvilket er i overensstemmelse med *tabel 5.1*. Derudover viser analysen, at botilbud som ligger uden for handlekommunen i gennemsnit er dyrere.

På børne- og ungeområdet kan der opgøres en enhedsudgift på omkring 1,2 mio. kr. årligt for en anbringelse på en døgninstitution. Tilsvarende kan der opgøres en enhedsudgift for en anbringelse i plejefamilie på ca. 0,5 mio. kr., *jf. tabel 5.2*.

Tabel 5.2

Enhedsudgifter på børne- og ungeområdet (Kr. pr. helårsmodtager af indsats)

	Almindelig døgninstitution	Almindelig plejefamilie
Lands gennemsnit	1.118.000*	472.000**

Anm.: 2019-pl. Enhedsudgifter er opgjort som nettodriftsudgifter ekskl. Statsrefusion og tjenestemandspension.

* En anbringelse på et socialpædagogisk opholdssted er beregnet til 1.141.000 kr.

** Der er en betydelig variation i de beregnede enhedsudgifter inden for anbringelsestypen "plejefamilie": kommunal plejefamilie og netværksplejefamilie, er beregnet til hhv. 728.000 kr. og 135.000 kr.

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2019b).

Kapitel 6

Karakteristik af populationer og udligningsberegning

I dette kapitel belyses virkningerne i udligningssystemet, når en kommune visiterer en person til et tilbud med bopæl i en anden kommune.

I kapitlet gennemgås *for det første* analysens datagrundlag og metode. Analysen baseres på en fuld population af anbragte børn og unge samt et udsnit af voksne i botilbud pr. 1. januar 2018, og hertil kobles individdata om alder, herkomst, uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning samt oplysninger om, hvorvidt personen indgår i udvalgte kriterier i den socioøkonomiske udgiftsbehovsopgørelse i udligningen.

På baggrund af datagrundlaget gives der *for det andet* en karakteristik af de anbragte børn og unge i forhold til anbringelsestype og anbringelsesstedets beliggenhed.

For det tredje indeholder kapitlet overvejelser om de socioøkonomiske kriterier i tilknytning til borgere, der visiteres til en indsats, der indebærer, at en person skifter bopæl, herunder til en anden kommune.

For det fjerde anvendes data til at illustrere mulige virkninger i udligningssystemet, når børn og unge samt voksne i den erhvervsaktive alder visiteres til en indsats med botilbud i en anden kommune end bopælskommunen.

Overordnet kan følgende konkluderes:

- **For anbragte børn og unge varierer anbringelsestypen på tværs af aldersgrupper.** Den primære anbringelsesform blandt yngre børn i alderen 0-5 år er plejefamilie, mens der er en større andel af ældre børn i alderen 6-17 år, som bliver anbragt i døgninstitution mv. Uanset aldersgruppen er plejefamilie den hyppigste anbringelsestype.
- **Voksne i botilbud har svag socioøkonomisk baggrund.** I forhold til befolkningen har voksne i botilbud i den erhvervsaktive alder, som forventet, i mindre grad uddannelse og deltagelse i arbejdsstyrken. 81 pct. af voksne i botilbud har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, mens det samme gør sig gældende for 22 pct. af befolkningen i samme aldersgruppe. 87 pct. af de voksne i botilbud er uden for arbejdsstyrken i forhold til 21 pct. for befolkningen som helhed. Langt størstedelen af voksne i botilbud er af dansk oprindelse og overrepræsenteret i forhold til befolkningen. De voksne i midlertidige tilbud er i sammenligning med voksne i permanente tilbud gennemsnitligt set yngre, har lavere skattepligtig indkomst og færre er tilkendt førtidspension.

- **Virkninger i udligningen ved en flytning er ikke entydige.** Udligningsvirkningen afhænger i meget høj grad af de karakteristiske træk for det konkrete tilfælde, og der er flere kilder til usikkerhed i påvirkningen af kriterier på individniveau, herunder en væsentlig forsinkelse i medflytningen af visse kriterier. Virkningen af udligningen er derfor i praksis meget vanskelig at inddrage i forbindelse med visitation til indsatser uden for kommunen.
- **Udligningsvirkninger varierer på tværs af anbragte og voksne.** Der er for omkring 80 pct. af de voksne beregnet en potentiel negativ virkning i en kommunes udligningstilskud ved fraflytning på under 200.000 kr. For kun 1 pct. er den negative udligningsvirkning på mere end 300.000 kr. For 70 pct. af de anbragte børn og unge er den negative virkning på under 100.000 kr. for handlekommunen og for kun 1 pct. er det på mere end 250.000 kr. Der er i disse beregningseksempler taget udgangspunkt i en kommune med størst mulig udligningsniveau, så udligningsvirkningerne ikke undervurderes. Det er derfor antaget, at kommunen har et forholdsvist højt udgiftsbehov og lavt beskatningsgrundlag.

6.1 Data og metode

Datagrundlaget for analyserne tager udgangspunkt i grundlaget for to velfærdspolitiske analyser fra Social- og Indenrigsministeriet, *jf. Social- og Indenrigsministeriet (2019a) og (2020a)*. I de to analyser, som også er omtalt i *kapitel 5*, indgik data for det samlede antal anbringelser for børn og unge samt et udsnit af voksne i botilbud.

I populationen af anbragte børn og unge indgår 11.826 personer, mens der indgår 12.022 personer i populationen af voksne i alderen 18-64 år i botilbud.

De to populationer af hhv. anbragte børn og unge og voksne i botilbud er efterfølgende blevet suppleret med individdata fra Danmarks Statistik.

Det skal bemærkes, at populationen af voksne i botilbud er et udsnit af det samlede antal botilbudsmottagere. Det skyldes, at registret baseres på indberetninger fra kommuner, der har godkendt alle handicapydelse i perioden 2015-2018 til registret *Statistikken for voksne med handicap og udsatte voksne*. Analysen er baseret på data fra 57 kommuner, hvor fx landets største kommune, Københavns Kommune, ikke er iblandt. Det indebærer naturligvis et element af usikkerhed og ufuldstændighed bl.a. ved vurderingen af landstotaler mv. Det vurderes dog, at data beskriver en række overordnede forhold omkring voksne i botilbud.

Ved at koble populationerne med individdata er det muligt at karakterisere de personer, som modtog en indsats pr. 1. januar 2018 uden for handlekommunen og inden for handlekommunen bl.a. i forhold til alder, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning mv. Disse

karakteristiske træk har betydning for den udligningsmæssige virkning for handlekommunen såvel som bopælskommunen, når en borger flytter til et tilbud uden for handlekommunen, som er en af de mulige incitamentter, som undersøges i denne analyse.

Der er anvendt to tilgange for at karakterisere de personer, som indgår i analysen. Til datasættet med anbragte børn og unge samt voksne i botilbud er der koblet generelle oplysninger om alder, herkomst, uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og skattepligtig indkomst. Der er endvidere koblet oplysninger om, hvorvidt personerne indgår i de socioøkonomiske kriterier, *jf. afsnit 6.3, boks 1*.

Disse kriteriespecifikke oplysninger som fremgår af *boks 1* gør det muligt at undersøge, hvordan personerne indgår i udligningsberegningen. Det bemærkes for denne del af analysen, at der bør tages det forbehold, at kriterierne er defineret til at afspejle samlede forskelle mellem kommuner og ikke til at afspejle en konkret udgift til en konkret borger. Der vil altså ikke kunne forudsættes en direkte sammenhæng mellem en udgift og en borgers opfyldelse af kriterier. Kriteriernes datagrundlag er på individniveau fx også følsomt over for, om et barn har bopæl i et døgntilbud eller bopæl hos forældrene, *jf. afsnit 6.3*.

Først afdækkes, hvilke kombinationer af kriterieopfyldelse der er den typiske eller forholdsvis ”tung” i den kommunale udgiftsbehovsopgørelse, men stadig med en vis forekomst for anbragte børn og unge samt voksne i botilbud. Kriteriekombinationen kan oversættes til en indekssværdi i det samlede udgiftsbehov. Derefter beregnes effekten i tilskud og udligning ved flytning af en borger i botilbud med de forskellige indekssværdier. Til den illustrative beregning er det samtidig nødvendigt med en række antagelser om borgerens skattepligtige indkomst, alder, kommunens socioøkonomiske sammensætning, og hvilken type kommune borgeren flytter fra, *jf. afsnit 6.4*.

For at opgøre en samlet økonomisk konsekvens er det relevant også at inddrage virkninger som skattevirkninger, kommunale udgifter til botilbud og mellemkommunale refusioner. Det er imidlertid ikke muligt at få konkrete oplysninger om betalingerne til botilbud og mellemkommunal refusion knyttet til den enkelte borger i datasættet. Der er dog oplysninger om gennemsnitlige betalinger for forskellige indsatser, *jf. afsnit 5.2*.

6.2 Karakteristika af borgere i tilbud

6.2.1 Karakteristik af anbragte børn og unge og yngre voksne i efterværn

I dette afsnit beskrives de anbragte børn og unge og yngre voksne i efterværn i datasættet. Som nævnt i *afsnit 4.2* dækker ”anbragt” dels over børn og unge med handicap, og dels udsatte børn og unge.

Efterværn tilbydes til tidligere anbragte yngre voksne i alderen 18-22 år. Typen af efterværn afhænger af støttebehovet og støtten kan fx bestå i kontakt til en støtteperson eller en mere omfattende støtte fx ved opretholdelse af et døgnophold på et tidligere anbringelsessted, *jf. Ankestyrelsen (senest opdateret 7. december 2020)*.

På landsplan var knap 14.000 personer i alderen 0-22 år enten anbragt uden for hjemmet eller modtog efterværn, *jf. tabel 6.1*. Heraf var 10.300 personer i alderen 6-17 år, svarende til ca. 73 pct. De yngre anbragte børn i alderen 0-5 år og yngre voksne i efterværn udgjorde henholdsvis ca. 11 pct. og 15 pct.

Tabel 6.1**Anbragte og unge i efterværn efter aldersgruppe, anbringelsestype og beliggenhed, 2018**

	0-5 år		6-17 år		18-22 år	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Alle anbragte mv.	1.566	100	10.260	100	2.145	100
- Inden for kommunen	700	45	4.759	46	1.502	70
- Uden for kommunen	866	55	5.501	54	643	30
Aldersfordeling	-	11	-	73	-	15
Plejefamilie	1.469	100	6.248	100	997	100
- Inden for kommunen	644	44	3.089	49	729	73
- Uden for kommunen	825	56	3.159	51	268	27
Døgninstitution mv.	97	100	4.012	100	1.148	100
- Inden for kommunen	56	58	1.670	42	773	67
- Uden for kommunen	41	42	2.342	58	375	33

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De *yngre børn i alderen 0-5 år* er primært anbragt i plejefamilie. Ud af de i alt omkring 1.600 yngre børn i denne aldersgruppe var ca. 1.500 anbragt i en plejefamilie, svarende til 94 pct. I data blev der for denne aldersgruppe fundet en ligelig fordeling mellem antallet af børn inden for kommunen og uden for kommunen, dvs. henholdsvis ca. 45 pct. og ca. 55 pct. Anbringelser i døgninstitution mv. for denne aldersgruppe var altså forholdsvis begrænset, svarende til 97 børn eller knap 6 pct. af det samlede antal anbragte i denne aldersgruppe.

I aldersgruppen *6-17 årige* var 6.200 ud af 10.300 børn og unge anbragte i plejefamilie, svarende til knap 60 pct. Blandt de børn og unge, som var anbragt i en plejefamilie, boede halvdelen inden for kommunegrænsen. Ud af de ca. 4.000 ældre børn og voksne,

som var anbragt i døgninstitution mv., var ca. 58 pct. anbragt i en institution uden for kommunen, *jf. tabel 6.1.*

Samlet for *aldersgruppen 0-17 år* ses, at andelen af anbragte med dansk oprindelse svarer til andelen i den samlede befolkning.

Yngre voksne i efterværn i aldersgruppen 18-22 år tilbydes i højere grad et ophold på døgninstitution sammenlignet med anbragte i alderen 0-17 år. I denne gruppe boede ca. 54 pct. i en døgninstitution, mens den tilsvarende andel for de anbragte i alt var ca. 35 pct. Omkring en tredjedel af de yngre voksne i døgninstitution boede uden for kommunegrænsen. En nogenlunde tilsvarende fordeling ses blandt de yngre voksne, som boede i plejefamilie, hvor ca. 26 pct. boede uden for kommunen.

6.2.2 Karakteristik af voksne i botilbud

Ud fra data er der belyst en række overordnede karakteristiske træk for voksne i den erhvervsaktive alder. De socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i udligningen er således især fokuseret på denne aldersgruppe.

For de voksne i botilbud i data havde 81 pct. grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Til sammenligning havde kun 22 pct. af samme aldersgruppe i befolkningen som helhed en tilsvarende uddannelsesstatus, *jf. tabel 6.2.*

De voksne i botilbud er desuden i langt højere grad uden for arbejdsstyrken. Således var 87 pct. af de voksne i botilbud uden for arbejdsstyrken mod 21 pct. i befolkningen som helhed. Langt størstedelen af botilbudsmottagerne har dansk oprindelse, hvilket er en noget højere andel end i befolkningen som helhed.

Tabel 6.2

Relativ fordeling for udvalgte variable på tværs af voksne i botilbud og befolkningen (pct.)

	Voksne i botilbud	Befolkning
Grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau	81	22
Personer uden for arbejdsstyrken	87	21
Dansk oprindelse	95	84

Anm.: Voksne i botilbud dækker over antal voksne i den erhvervsaktive alder, dvs. 18-64 år. Befolkningen består af, antallet af personer i befolkningen pr. 1. januar 2018 i alderen 18-64 år.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Af data ses nogle *forskelle mellem voksne i midlertidige og permanente tilbud*. De voksne i midlertidige tilbud er i gennemsnit yngre, i mindre grad førtidspensionister (47 pct.) og har lavere skattepligtig indkomst, *jf. tabel 6.3.* Af de omkring 3.500 voksne i midlertidige botilbud boede godt halvdelen i en anden kommune end den voksnes hjemkommune.

Tabel 6.3

Udvalgt variable på tværs af botilbudstype og tilbuddets beliggenhed, 2018

	Antal	Pct.	Antal førtids- pensionister	Gennemsnit- lig alder (I år)	Skattepligtig indkomst (I kroner)
Botilbudsmottagere i alt	12.022	100	8.493	38,2	194.209
- Inden for kommunen	7.159	60	5.190	-	-
- Uden for kommunen	4.863	40	3.303	-	-
Midlertidigt botilbud	3.478	100	1.620	29,4	170.237
- Inden for kommunen	1.598	46	800	-	-
- Uden for kommunen	1.880	54	820	-	-
Længerevarende botilbud	2.239	100	1.968	42,9	206.994
- Inden for kommunen	883	39	779	-	-
- Uden for kommunen	1.356	61	1.189	-	-
Botilbudslignende tilbud	6.305	100	4.905	41,4	202.893
- Inden for kommunen	4.678	74	3.611	-	-
- Uden for kommunen	1.627	26	1.294	-	-

Anm.: Karakteristika baseres på voksne i alderen 18-64 år. Datagrundlaget baseres på indberetninger fra 57 kommuner, der har godkendt alle handicapydelse i perioden 2015-2018 til registret *Statistikken for voksne med handicap og udsatte voksne*.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omvendt er de voksne i de to typer *permanente tilbud* – set under ét – således i gennemsnit ældre og i højere grad førtidspensionister. De har også i gennemsnit en højere skattepligtig indkomst. Af de i alt omkring 12.000 botilbudsmottagere i data var omkring 2.200 voksne i et længerevarende tilbud, mens 6.300 voksne var i et botilbudslignende tilbud. Blandt de voksne i et længerevarende tilbud boede ca. 61. pct. uden for kommunen, mens denne andel kun var 26 pct. blandt voksne i botilbudslignende tilbud.

Det klart hyppigste botilbud blandt *ældre voksne i alderen 65 år og derover* i data er et permanent botilbud. Gruppen af ældre voksne i data er på omkring 1.300 personer. Heraf boede størstedelen i et af de to permanente tilbud: lidt under 400 ældre voksne boede i et længerevarende botilbud og ca. 900 boede i et botilbudslignende tilbud. Blandt ældre voksne i længerevarende botilbud boede 48 pct. uden for kommunen mod 24 pct. for de ældre i et botilbudslignende tilbud. Gennemsnitsalderen blandt de ældre i datagrundlaget er på 72 år og langt størstedelen er med dansk oprindelse, svarende til 98 pct.

6.3 Socioøkonomiske kriterier og borgere i tilbud

Til belysning af de to populationer af henholdsvis børn og unge samt voksne i den erhvervsaktive alder, som er visiteret til en af de relevante indsatser, kobles den enkelte person i datasættet til datagrundlaget for en række kriterier i udgiftsbehovsopgørelsen i det kommunale udligningssystem, *jf. afsnit 6.1*.

En kommunes udgiftsbehov opgøres ud fra befolkningens alderssammensætning og den socioøkonomiske struktur i kommunen. Det demografiske og det socioøkonomiske udgiftsbehov sammenvejes til et samlet udgiftsbehov for kommunen.

Udvælgelsen af de socioøkonomiske kriterier, som indgår i analysen, skal tilskrives flere forhold. Kriterierne skal bl.a. kunne kobles til det enkelte individ og være baseret på data fra Danmarks Statistik.

Ved at tage udgangspunkt i konkrete oplysninger om, hvilke kriterier voksne i botilbud og anbragte børn indgår i, kan der skabes et billede af, den ”værdi” der er knyttet hertil i tilskuds- og udligningssystemet. På den baggrund belyses de potentielle virkninger i tilskud og udligning ved flytning af en person, *jf. afsnit 6.4*.

I nærværende afsnit beskrives de socioøkonomiske kriterier, som indgår i analysen, og de kriterier, som er udeladte. Endvidere beskrives definitioner, afgrænsninger og egenskaberne ved de socioøkonomiske kriterier, som kan have betydning, når en borger visiteres til en indsats.

6.3.1 Udvalgte socioøkonomiske kriterier

De socioøkonomiske kriterier, som indgår i datasættet, fremgår af *boks 6.1*. En oversigt over alle kriterier i det socioøkonomiske udgiftsbehov fremgår af *bilagstabel 2.1*.

Ud over de 10 socioøkonomiske kriterier nævnt i *boks 6.1*, er der yderligere otte andre kriterier, som indgår i det socioøkonomiske udgiftsbehov, *jf. bilagstabel 2.1*. De øvrige kriterier er ikke koblet til data om anbragte børn og unge samt voksne 18-64 årige i botilbud af tre grunde.

For det første indgår de to boligkriterier ikke, da der er tale om mere stedbundne kriterier, som ikke umiddelbart ændres ved en flytning. For det andet indgår kriteriet *Psykiatriske patienter* heller ikke, hvilket skyldes, at data til kriteriet ikke leveres af Danmarks Statistik. Udelukkelsen af dette kriterium i beregningerne vurderes imidlertid at have begrænset betydning for resultaterne, *jf. afsnit 6.4*.

Boks 6.1**Socioøkonomiske kriterier, som indgår i grundlaget for analysen***Kriterier rettet mod børn:*

- Antal børn af enlige forsørgere
- Antal børn i familier, hvor forsørgerne har kort uddannelse og ikke er studerende
- Antal 0-17 årige, der er flyttet mindst 3 gange

Kriterier rettet mod voksne i alderen 18-64 år:

- Antal personer uden beskæftigelse over 5 pct.
- Antal indvandrere og efterkommere
- Handicapkriterium
- Antal personer med lav indkomst i tre ud af fire år
- Antal 45-64 årige med begrænset erhvervs erfaring
- Antal 25-49 årige uden erhvervsuddannelse
- Antal 20-59-årig lønmodtagere med forudsatte færdigheder på grundniveau

For det tredje indgår ikke de kriterier, som afspejler afstande, middellevetid eller regionale forskelle i ledigheden, i analysen. Det skyldes, at disse kriterier ikke er direkte knyttet til et enkelt individ.

Det kan bemærkes, at de to afstandskriterier dog indgår i analysen af udligningsvirkninger ved flytning af en person i alderen 18-64 år, som visiteres til en indsats i en anden kommune, *jf. afsnit 6.4*. Dette er muligt, da kriteriet opgøres ved at gange med antal af borgere i kommunen, som ved en fraflytning ændres med én person.

I *afsnit 6.4* analyseres også udligningsvirkningen ved flytning af et barn eller ung, som visiteres til en indsats i en anden kommune. Her er kriteriet *Afstand til arbejdspladser* holdt uændret, da det opgøres ud fra antal 18-64 årige i kommunen og derfor ikke påvirkes af en flytning af en 0-17 årig person.

6.3.2 Relevante forbehold om kriterierne i beregningerne

Indledningsvist bør det bemærkes, at de socioøkonomiske kriterier i udgiftsbehovsopgørelsen skal afspejle forskelle i den samlede socioøkonomiske befolkningssammensætning på tværs af kommuner og således er baseret på statistiske analyser af sammenhænge mellem socioøkonomiske forhold og udgifter på kommuneniveau. Enkelte borgeres indgåelse i optællingen af specifikke kriterier er således ikke ensbetydende med, at en kommune har specifikke udgifter til disse borgere, og der kan altså ikke forventes en en-til-en sammenhæng mellem personer med bestemte karakteristika og kommunale udgifter.

De socioøkonomiske kriterier omhandler forskellige aspekter og aldersgrupper, da det socioøkonomiske udgiftsbehov skal afspejle kommunens socioøkonomiske sammensætning bredt set hos befolkningen.

Opfyldelse af nogle socioøkonomiske kriterier udelukker opfyldelsen af andre. Der er således kriterier, som man typisk kun kan tælle med i enten som barn, som voksen i den erhvervsaktive alder eller som ældre. Endvidere kan en person, som arbejder som lønmodtager med færdigheder på grundniveau, ikke også indgå i kriteriet *Personer uden beskæftigelse*. En førtidspensionist, som indgår i kriteriet *Personer uden beskæftigelse*, indgår i udgangspunktet heller ikke i kriteriet *Personer med lav indkomst*, da førtidspensionsydelsen er højere end grænsen for lav indkomst. Der er dog også mange tilfælde, hvor det er muligt at indgå i en kombination af flere kriterier.

Kriterierne er defineret til opgørelse på kommuneniveau og til at afspejle forskelle mellem kommuner. Når de søges ”opgjort” på individniveau vil der forventeligt være usikkerheder mv. De kan fx være følsomme over for definitioner af en familie. Danmarks Statistiks definition af de såkaldte E-familier har således betydning i det tilfælde, hvor et barn bliver anbragt i en plejefamilie eller døgninstitution eller for en ung i efterværn. Hvis barnet eller den unge ikke bor på samme adresse som mindst én af forældrene, bliver barnet eller den unge en egen selvstændig E-familie. Kriteriet *Børn af enlige forsørgere* er fx også følsomt over for, hvem der får udbetalt det ordinære børnetilskud, hvilket kan ændre sig, hvis barnet er anbragt uden for hjemmet, *jf. bilag 2*.

Det skal også bemærkes, at *Handicapkriteriet* er baseret på diagnoser kombineret med oplysninger om arbejdsmarkedstilknytning for at indikere en funktionsnedsættelse – dog indgår alle med diagnosen udviklingshæmmede. Det indebærer fx, at børn kun indgår, hvis de er diagnosticeret som udviklingshæmmede. Som med de andre socioøkonomiske kriterier indgår Handicapkriteriet i udgiftsbehovsopgørelsen, da der i tidligere analyser på kommuneniveau er påvist en sammenhæng mellem variationer i de kommunale udgifter og variationer i kriteriet på kommuneniveau.

Det er også relevant at fremhæve, at der i statistikkerne, der er baggrund for de socioøkonomiske kriterier, er en forsinkelse mellem hændelsestidspunktet og tilskudsåret. Det indebærer, at fra et barn bliver anbragt eller en voksen modtager et botilbud uden for kommunen, vil der typisk gå to år, før det får fuldt gennemslag i udligningen. Der vil være en tilsvarende forsinkelse ved en tilflytning.

Enkelte socioøkonomiske kriterier har en længere forsinkelse som følger af kriteriets definitioner. Det gør sig gældende for *Handicapkriteriet* og kriteriet *Psykiatriske patienter*. Såfremt en person indgår i et af disse kriterier og flytter ud af kommunen, kan der gå længere tid, før det potentielt får virkning for udligningen i fraflytningskommunen, *jf. bilag 2*.

Definitionen af disse to kriterier indebærer, at kriterierne i mindre grad ”følger med” til en ny bopælskommune, når borgere flytter i botilbud uden for kommunen. Til belysning

af dette kan der for de enkelte kriterier ses på andelen af voksne i botilbud uden for handlekommunen, hvor handlekommunen (den tidligere bopælskommune) og ”udligningskommunen” er den samme. For handicapkriteriet er denne andel på 17 pct., hvilket er noget højere end for de øvrige kriterier, *jf. bilag 2*.

6.3.3 Kriterier skal være upåvirkelige for kommunen

Det er et centralt krav til de socioøkonomiske kriterier, at kriterierne så vidt muligt skal være upåvirkelige. Det vil sige, at kriterierne ikke må påvirke kommunens opgaveløsning. Kriteriet *Børn, som er flyttet mindst tre gange* kan således i princippet påvirkes af kommunen ved visitationen til en indsats. Det må dog vurderes usandsynligt, at en kommune med det for øje flytter et anbragt barn rundt mellem forskellige tilbud i forskellige kommuner for derefter at anbringe barnet i et af kommunens egne tilbud med henblik på, at barnet kan tælle med i kriteriet *Børn, som er flyttet over en kommunegrænse mindst tre gange*. Det skal således også ses i lyset af den række af forhold, som kommunen først og fremmest skal tage i betragtning på det specialiserede socialområde, og de omkostninger en sådan adfærd i øvrigt kunne have for barnet og afledt heraf for kommunen, *jf. afsnit 5.1*.

6.4 Beregnet virkning i udligningssystemet ved flytning

I dette afsnit beregnes virkning i tilskuds- og udligningssystemet af henholdsvis anbragte børn og unge og voksne i botilbud. Den beregnede effekt omtales som ”udligningsberegning” i resten af analysen. Der tages i gennemgangen udgangspunkt i udligningssystemet efter gældende regler efter udligningsreformen.

Beregningerne viser overordnet, at virkninger i udligningen ikke er entydige. Udligningsvirkningen afhænger i meget høj grad af de karakteristiske træk for det konkrete tilfælde, og der er flere kilder til usikkerhed i påvirkningen af kriterier på individniveau, herunder en væsentlig forsinkelse i medflytningen af visse kriterier. Derfor forekommer det mindre sandsynligt, at kommunernes overvejelser om udligning i forbindelse med visitation til indsatser uden for kommunen spiller en væsentlig rolle.

Kommunetypen vil også have betydning i forhold til udligningsgrad både vedr. udligning af beskatningsgrundlag og udgiftsbehov. Det har også betydning, om kommunen fx opfylder *Befolkningstilbagekriteriet*.

For omkring 80 pct. af de voksne i botilbud skønnes en negativ udligningsvirkning ved en flytning til anden kommune på under 200.000 kr. for betalingskommunen. Kun for 1 pct. af de voksne i botilbud skønnes den negative effekt at kunne udgøre over 300.000 kr. Den negative udligningsvirkning er for ca. 70 pct. af de anbragte børn og unge på under 100.000 kr. for handlekommunen og for 1 pct. er tabet over 250.000 kr.

De forskellige elementer i udligningsberegningen gennemgås neden for med særligt fokus på personernes nærmere betydning for kriterierne. For at få et billede af virkningerne i udgiftsbehovet i udligningen er der i analysen inddraget oplysninger om, hvilke kriterier de enkelte personer i relevante tilbud har indgået i ved opgørelsen af kriterier til tilskudsudmeldingen for 2020. Her indgår de dog med den alder, som de indgår med i datasættet for modtagere af tilbud pr. 1. januar 2018.

For en person i datasættet udregnes en indekssværdi, som illustrerer personens potentielle betydning i bopælskommunens beregnede udgiftsbehov. En indekssværdi på 1 svarer til indekssværdien for en gennemsnitlig person i befolkningen som helhed. Virkningen i udligningen kan ikke direkte aflæses af indekssværdien, men indekssværdien kan imidlertid omregnes hertil. Det vil generelt gælde, at jo højere indekssværdi, desto større vægt har personen i det beregnede udgiftsbehov i udligningssystemet og desto større udligningsvirkning.

I det efterfølgende er disse beregninger foretaget for både gruppen af anbragte børn og unge og for voksne i botilbud. I nedenstående *afsnit 6.4.1* ses der på de enkelte komponenter i udligningsberegningen, mens der i *afsnit 6.4.2* ses på eksempler på den samlede udligningsberegning ved flytning af henholdsvis et anbragt barn/ung eller en voksen i botilbud med typiske træk.

6.4.1 De enkelte komponenter i udligningsberegningen

Når en person flytter fra en kommune, vil det isoleret set påvirke kommunens tilskuds- og udligningsbeløb. Dette sker gennem følgende elementer i det samlede tilskuds- og udligningssystem:

- Bloktilskud og øvrige tilskud
- Særskilte udligningsordninger
- Udligning af beskatningsgrundlag og virkning på provenu fra indkomstskatter
- Udligning af udgiftsbehov.

Nedenfor er de enkelte komponenter i udligningsberegningen gennemgået nærmere.

Bloktilskud og øvrige tilskud

Hver kommune får en andel af det samlede statslige bloktilskud til kommunerne, svarende til kommunens andel af den samlede befolkning.

Når en person flytter fra en kommune, mister kommunen således isoleret set en andel af bloktilskuddet. Den isolerede virkning i bloktilskuddet i et givent tilskudsår vil være den samme for alle kommuner og udgør i 2021 ca. 15.600 kr.

En kommune, som modtager tilskud for de nye tilskudsordninger for udsatte kommuner, vil også kunne få en effekt gennem den årlige opdatering af tilskuddet med indbyggertallet. Det samme gælder for visse særtilskudsordninger som fx ældrepuljer, hvor tilskud afhænger af udviklingen i antal indbyggere i specifikke aldersgrupper. Virkningen i disse særlige tilskudsordninger vil være af begrænset størrelse og er ikke inddraget i de videre beregninger.

Særskilte udligningsordninger

Det samlede tilskuds- og udligningsystem indeholder en række særskilte udligningsordninger, herunder selskabsskatteudligning, udligning af dækningsafgift og en udlændingeudligningsordning.

Selskabsskatteudligningen udligner 50 pct. af forskellen mellem kommunens faktiske selskabsskatteprovenu og den befolkningsmæssige andel af det samlede selskabsskatteprovenu i kommunerne. Når en borger forlader en kommune, vil kommunens andel af det samlede kommunale selskabsskatteprovenu falde og dermed give en positiv udligningseffekt fra selskabsskatteudligning. Denne virkning vil i et givet tilskudsår være den samme for alle kommuner og udgør i 2021 ca. 650 kr.

På tilsvarende måde udlignes 10 pct. af den del af en kommunes provenu fra dækningsafgift, som afviger fra kommunens befolkningsmæssige andel af det samlede kommunale provenu fra dækningsafgift. Virkningen i udligningen af dækningsafgift ved flytning af en borger er imidlertid meget beskeden.

Omvendt vil medfinansieringen til udlændingeudligningen falde, svarende til ca. 460 kr. i tilskudsåret 2021.

Der kan således opgøres en nettovirkning ved flytningen af en person for de særskilte udligningsordninger på ca. 200 kr.

Udligning af beskatningsgrundlag og virkning på provenu fra indkomstskatter

Indkomstskat betales til bopælskommunen. Når en person flytter fra en kommune, kan det således både have betydning for kommunens provenu fra indkomstskat og kommunens udligning af beskatningsgrundlag.

For børn og unge vil der ikke være tale om et tab af provenu fra indkomstskatter. Men kommunens udligning af beskatningsgrundlag vil blive påvirket. Det skyldes, at kommunen udlignes af forskellen mellem kommunes beskatningsgrundlag og kommunens befolkningsmæssige andel af det samlede kommunale beskatningsgrundlag. Denne andel falder – alt andet lige – når en borger forlader kommunen. Hvis vi ser på en kommune med forholdsvis lavt beskatningsgrundlag, kan den samlede effekt opgøres til et tab i udligningen af beskatningsgrundlag på 46.100 kroner.

For en voksen i den erhvervsaktive alder, som flytter, vil der typisk være tale både om et tab af provenu fra indkomstskat og en effekt gennem udligningen af beskatningsgrundlag. Hvis den borger, som flytter, har en indkomst på ca. 180.000 kr. svarende til en førtidspension, vil kommunen miste et årligt indkomstskatteprovenu på ca. 48.600 kr. ved en udskrivningsprocent på fx 27 pct. Kommunens udligning af beskatningsgrundlag vil imidlertid kun blive påvirket med ca. 3.400 kr., idet både beskatningsgrundlaget og kommunens befolkningsmæssige andel af det samlede kommunale beskatningsgrundlag falder.

Der vil således samlet set kunne være tale om en virkning på indkomstskatteprovenu og udligning af beskatningsgrundlag på 52.000 kr.

Udligning af udgiftsbehov

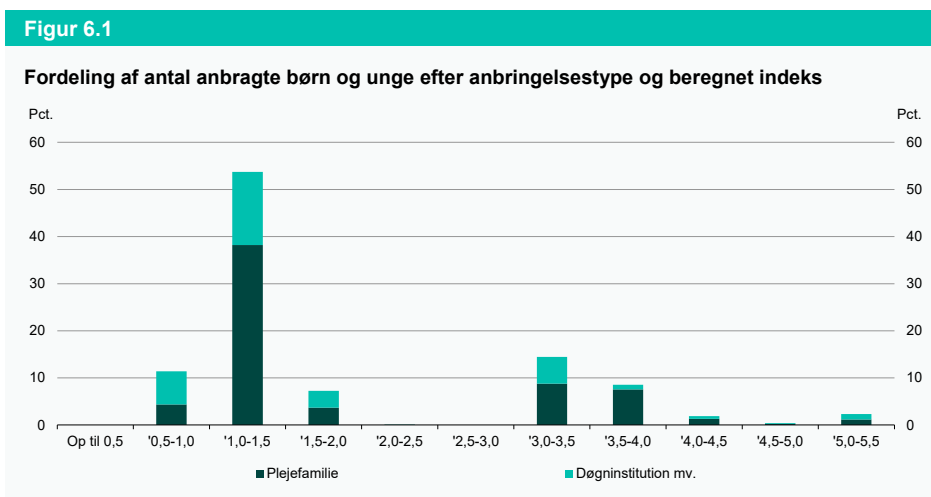
Udligningen af udgiftsbehov er det element i den samlede udligningsberegning, som har størst betydning og kan variere mest afhængigt af den konkrete borger, som flytter.

For at få et billede af denne variation er der både for anbragte børn og unge samt voksne i botilbud udregnet en indekssværdi, som illustrerer personens samlede betydning i bopælskommunens beregnede udgiftsbehov.

For anbragte børn og unge op til 17 år ligger der en stor gruppe på mere end halvdelen med en indekssværdi omkring 1-1,5, dvs. tæt på gennemsnittet, *jf. figur 6.1*. Denne gruppe er i store træk karakteriseret ved, at deres betydning i bopælskommunens udgiftsbehov især afhænger af det aldersbestemte udgiftsbehov og dermed det enhedsbeløb, der er knyttet til aldersgruppen i udgiftsbehovsopgørelsen. Godt 2/3 af denne gruppe er anbragt i plejefamilier, mens den resterende del er anbragt i døgninstitutioner.

Der er imidlertid en større gruppe på ca. 14 pct. af de anbragte børn og unge, som har en højere indekssværdi omkring 3-3,5. Børn og unge i denne gruppe udløser flere socioøkonomiske kriterier i udgiftsbehovsopgørelsen, herunder i særlig grad *kriteriet for børn og unge, som er flyttet mere end tre gange*. Omkring halvdelen af denne gruppe er anbragt i plejefamilier, mens den resterende del er anbragt i døgninstitutioner mv.

Der er kun ganske få anbragte børn og unge med en indekssværdi over 4.



Anm.: De beregnede indeks er udregnet på baggrund af enhedsbeløbene til de socioøkonomiske kriterier, som indgår i analysen. Det gennemsnitlige udgiftsbehov i alt per indbygger er beregnet til 61.000 kr.

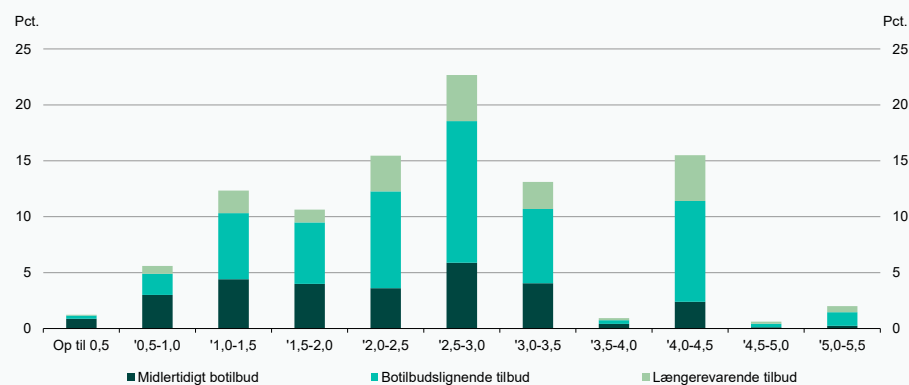
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

For voksne i botilbud er spredningen større end for anbragte børn og unge. Den største koncentration med ca. 23 pct. er omkring en indekssværdi på 2,5-3,0, jf. figur 6.2. Ud over det aldersbestemte udgiftsbehov knyttet til de enkelte personers alder er de voksne i denne gruppe typisk også knyttet til kriterierne *Personer uden erhvervsuddannelse* og *Personer uden beskæftigelse*. Omkring 56 pct. af denne gruppe er i et botilbudslignende tilbud, mens ca. 26 pct. er i et midlertidigt tilbud og den resterende del af gruppen er i et længerevarende botilbud.

Knap halvdelen af de voksne i botilbud har en indekssværdi under 2,5.

Figur 6.2

Fordeling af antal voksne under 65 år i botilbud fordelt efter tilbudstype og beregnede indeks



Anm.: De beregnede indeks er udregnet på baggrund af enhedsbeløbene til de socioøkonomiske kriterier, som indgår i analysen. Det gennemsnitlige udgiftsbehov i alt per indbygger er beregnet til 61.000 kr.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omkring 15 pct. af de voksne i botilbud har en højere indekssværdi på 4,0-4,5. Det er voksne, som er omfattet af yderligere socioøkonomiske kriterier, herunder særligt *Handicapkriteriet*.

Det er kun ganske få voksne i målgruppen med en indekssværdi over 4,5.

Der er også set på gruppen af voksne i botilbud med en alder over 65 år. Data indikerer, at godt 90 pct. har en indekssværdi i intervallet 0,5-1,0, mens de resterende knap 10 pct. har en indekssværdi i intervallet 2,0-2,5 pct. For langt hovedparten af denne gruppe må man således forvente en forholdsvis lav vægt i kommunens udgiftsbehov. På denne baggrund er der ikke foretaget yderligere udligningsberegninger for denne gruppe.

Data indikerer en tendens til, at personer i enten anbringelse eller botilbud, som bor uden for handlekommunen, i gennemsnit har en højere indekssværdi. De har således en større betydning i udgiftsbehovet end personer, som bor inden for handlekommunen. Forskellen er dog forholdsvis begrænset og usikker, *jf. tabel 6.4*.

Tabel 6.4

Gennemsnitlig indekseværdi for personer i tilbud hhv. uden for og inden for handlekommune

	Uden for kommunen	Inden for kommunen
Børn og unge i anbringelse	2,13	1,79
Voksne i botilbud	2,62	2,56

Anm.: Der er en signifikant forskel på de gennemsnitlige indekseværdier for personer uden for kommunen hhv. inden for kommunen, hvilket er undersøgt ved en t-test. Middelværditesten (t-test) tester, om der er forskel på middelværdierne fra to forskellige uafhængige populationer under antagelse af ens varians (hvilket også er testet). Resultaterne fra testene for de to grupper, børn og unge samt voksne, indikerer, at personer, som bor uden for kommunen, i gennemsnit har en højere udgiftstyngde.

Kilde: Egne beregninger.

6.4.2 Samlede illustrative udligningsberegninger

Som det tidligere er nævnt, vil der være forskel på udligningsvirkning afhængigt af, hvilke personer der flytter, og hvilken kommune personen flytter fra.

Det har særlig stor betydning, hvor stor vægt den enkelte borger indgår med i beregningen af bopælskommunens samlede udgiftsbehov. Ser man imidlertid på de mest typiske eksempler, tegner der sig et overordnet billede.

Som det fremgår af nedenstående *tabel 6.5*, vil den samlede udligningsvirkning for de mest typiske eksempler være mellem 70.600 og 250.900 kr., når en borger flytter fra kommunen.

Tabel 6.5

Illustrative eksempelberegninger - Udligningsvirkning ved fraflytningen af en person til et tilbud uden for handlekommunen

	Bloktilskud	Særlige udligningsordninger	Virkning på indkomstskatteprovenu	Udligning af beskatningsgrundlag	Udligning af udgiftsbehov	Virkning i alt
Børn og unge (Indeks 1,25)	-15.600	-200	0	-46.100	-8.700	-70.600
Børn og unge (Indeks 3,25)	-15.600	-200	0	-46.100	-124.600	-186.500
Voksne (Indeks 2,75)	-15.600	-200	-48.600	-3.400	-96.200	-164.000
Voksne (Indeks 4,25)	-15.600	-200	-48.600	-3.400	-183.100	-250.900

Anm.: De viste beregninger er foretaget under en række antagelser om den oprindelige bopælskommune, herunder at kommunen er omfattet af tillægget i udligning af beskatningsgrundlag for kommuner med lavt beskatningsgrundlag samt tillægget i udligning af udgiftsbehov for kommuner med forholdsvis højt, beregnet udgiftsbehov. Endvidere antages en udskrivningsprocent på 27 pct.

Kilde: Egne beregninger.

I beregningen er der ikke taget højde for den større eller mindre forsinkelse i gennemslaget i kriterier hos den nye bopælskommune. Der er heller ikke indregnet virkningen af, at personen eventuel kan være omfattet af kriteriet for *Psykiatriske patienter*. Det skyldes, at der ikke i det tilvejebragte datasæt er oplysninger om opfyldelse af dette kriterium. Opfylder en borger kriteriet, vil det betyde en stigning i borgerens indekssværdi på knap 0,3, hvilket er forholdsvis beskedent. Det vurderes dermed ikke at have nogen større betydning for vurderingen af udligningsvirkningen, at kriteriet ikke er medregnet. Det er dog også værd at bemærke, at der i dette kriterium er en særlig lang forsinkelse, før kriteriet flytter fra tidligere kommune til den nye bopælskommune ved en flytning, *jf. afsnit 6.3.2*.

I de videre beregninger er det endvidere antaget, at kommunen ikke er omfattet af *Befolkningsstilbagegangskriteriet*. For kommuner, som er opfattet af dette kriterium, vil der være en isoleret positiv udligningseffekt fra tilbagegangskriteriet, når en borger flytter fra kommunen. Virkningen er midlertidig og vil ophøre efter en årrække.

For anbragte børn og unge med en typisk vægt i den oprindelige bopælskommunes udgiftsbehov, svarende til en indekssværdi på omkring 1,25, kan der opgøres en potentiel negativ virkning i tilskuds- og udligningssystemet på ca. 70.600 kr. ved en fraflytning.

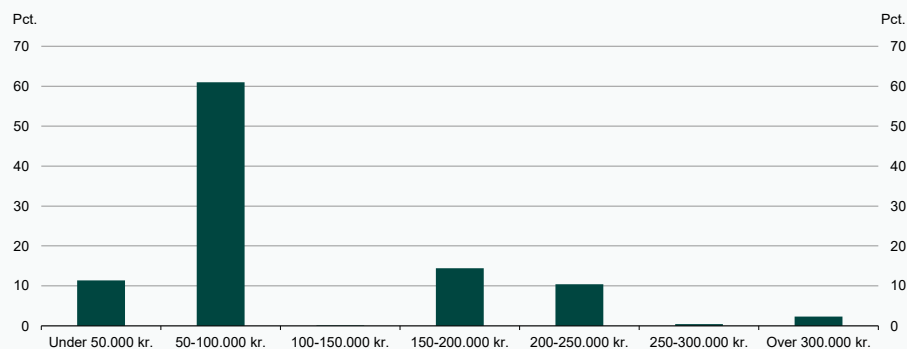
For anbragte børn og unge i den mindre gruppe med en højere indekssværdi på omkring 3,25, kan der tilsvarende opgøres en potentiel negativ virkning i tilskuds- og udligningssystemet på 186.500 kr.

For voksne i botilbud med en typisk vægt i den oprindelige bopælskommunes udgiftsbehov, svarende til en indekssværdi på omkring 2,75, kan der opgøres en potentiel negativ virkning i tilskuds- og udligningssystemet på ca. 164.000 kr. ved en fraflytning.

For den mindre gruppe af voksne i gruppen med indekssværdi på omkring 4,25, kan der tilsvarende opgøres en potentiel negativ virkning i tilskuds- og udligningssystemet på 250.900 kr. Der kan således være stor forskel på virkningerne i udligningssystemet afhængigt af den pågældende persons vægt i udgiftsbehovet. For at skønne over, hvor hypotetisk en given udligningsvirkning er, er der foretaget beregninger af virkningerne for de 11 intervaller af indekssværdier, som er vist i *figur 6.1 og 6.2*. Beregningerne er dog behæftet med nogen usikkerhed og skal derfor tages med et vist forbehold.

For gruppen af anbragte børn og unge peger beregningerne på, at i omegnen af 70 pct. kan indebære en negativ virkning i handlekommunens udligningstilskud på under 100.000 kr. ved en fraflytning, *jf. figur 6.3*.

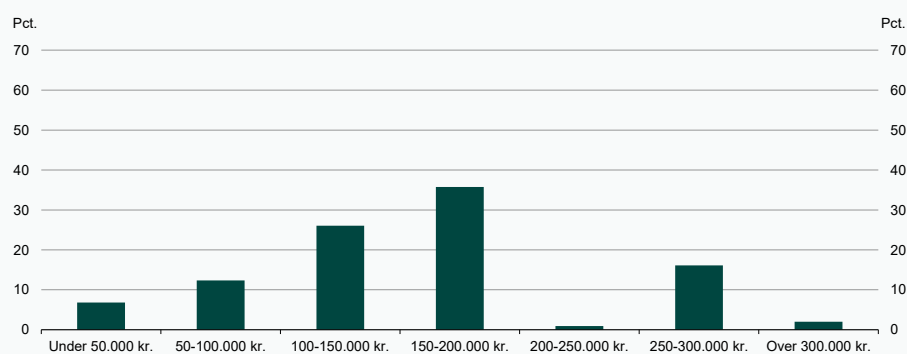
Figur 6.3

Fordeling af udligningstab ved flytning af et barn eller en ung i forbindelse med en anbringelse uden for handlekommunen


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Beregningerne peger også på, at for voksne i botilbud kan omkring 80 pct. indebære en potentiel negativ virkning på under 200.000 kr. for handlekommunen ved en fraflytning, *jf. figur 6.4*. For ca. 45 pct. af de voksne i botilbud er virkningen opgjort til under 150.000 kr. ved en flytning, mens der for ca. 20 pct. vil kunne være tale om en virkning på over 250.000 kr. Den beregnede fordeling af udligningsvirkningerne afspejler fordelingen af personer over indekssværdier, *jf. ovenstående figur 6.1 og 6.2*.

Figur 6.4

Fordeling af udligningstab ved flytning af en voksen i forbindelse med et botilbud uden for handlekommunen


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kapitel 7

Betydningen af udligningsreformen

I dette kapitel fokuseres der på betydningen af udligningsreformen, som er gennemført med virkning fra 2021:

For det første beskrives ændringen i det anvendte folketal i den kommunale udligning med udligningsreformen. Ændringerne skal se på baggrund af udfordringer med de oplysninger, som har været anvendt tidligere i udligningssystemet for kommuners betalingsforpligtigelse for borgere i en anden kommune i et ”betalingskommunefolketal”.

For det andet vises det ved illustrative beregningseksempler, at der både før og efter udligningsreformen har været en virkning i udligningssystemet ved, at en borger flytter ud af en kommune.

Overordnet kan følgende konkluderes:

- **Virkninger i udligningsbeløb ved en flytning.** Virkningerne afhænger både før og efter udligningsreformen af den flyttede borgers alder, hvordan borgeren i øvrigt tæller med i de enkelte socioøkonomiske kriterier, og hvordan kommunen i øvrigt indgår i udligningen.
- **Benyttelse af betalingskommunefolketal.** Før udligningsreformen var visse parametre i tilskuds- og udligningssystemet opgjort ud fra et ”betalingskommunefolketal” baseret på borgere, hvor der er mulighed for mellemkommunal refusion efter nærmere bestemmelser i retssikkerhedsloven. Det gælder dog ikke for de fleste socioøkonomiske kriterier, som indgår i udligningens opgørelse af den enkelte kommunes udgiftsbehov.
- **Grundlæggende omlægning.** Med udligningsreformen skete der en lang række ændringer i den samlede kommunale finansiering, og udligningen blev generelt øget. Når folketallet i opgørelsen af udligning efter reformen fuldt ud følger den kommune, hvor borgeren ifølge CPR er registreret til at have bopæl, er det således blot et enkelt element i udligningsreformen.
- **Små forskelle mellem folketalene.** Overgangen fra folketal efter betalingskommune til folketal efter bopælskommune er en mindre del af forskellen i virkningen før og efter reformen. Det har også betydning, at der med udligningsreformen sker en øget udligning, ændring i vægte på enkeltkriterier og øget vægt på det aldersbetingede udgiftsbehov i beregningen af den enkelte kommunens udgiftsbehov.

- **Kvalitetsproblem og påvirkelighed.** Overgangen fra et folketal baseret på kommunernes oplysning om betalingskommune til et folketal baseret på bopæl skyldes, at der kan sættes spørgsmålstejn ved kvaliteten af oplysningerne om betalingskommune i CPR-registret. Kommunerne har selv indberettet disse oplysninger direkte med henblik på brug i udligningen, hvilket også er en mulig kilde til påvirkning af udlignings- og tilskudsbeløb. Oplysningerne har heller ikke kunnet valideres fra centralt hold af.

7.1 Folketal i udligningen

Den kommunale udligning bygger både før og efter udligningsreformen bl.a. på en opgørelse af den enkelte kommunes udgiftsbehov, det såkaldte beregnede udgiftsbehov. I opgørelsen indgår dels den enkelte kommunes sammensætning af befolkningen på aldersgrupper samt befolkningsudviklingen, dels en række socioøkonomiske kriterier, som afspejler karakteristiske forhold blandt de borgere, som bor i kommunen.

De demografiske og socioøkonomiske kriterier skal opfange overordnede forhold, som kan have betydning for kommunens samlede udgiftsbehov. Kriterierne kan dermed ikke anvendes som et grundlag for en direkte kompensation for specifikke udgifter til bestemte borgere i kommunen, *jf. afsnit 3.1*.

Når en borger af den ene eller anden årsag flytter fra en kommune, vil det imidlertid isoleret set påvirke opgørelsen af bl.a. kommunens udgiftsbehov og dermed udligningsbeløb. Virkningen vil afhænge af den flyttede borgers alder, hvordan borgeren i øvrigt tæller med i de enkelte socioøkonomiske kriterier, og hvordan kommunen i øvrigt indgår i udligningen.

Den enkelte borger vil fylde marginalt i en kommunes samlede udgiftsbehov, og en flytning af en enkelt borger vil ikke have betydning for den samlede sammenhæng mellem det beregnede udgiftsbehov og kommunernes udgifter. Det er dog heller ikke hovedfokus i denne analyse. Her er fokus på, om en effekt i udligningssystemet af en enkelt borgers flytning kan påvirke kommuners incitamenter til at visitere borgere til tilbud i andre kommuner.

7.1.1 Før udligningsreformen

Før udligningsreformen var visse parametre i tilskuds- og udligningssystemet opgjort ud fra et folketal baseret på oplysninger fra kommunerne om betalingskommune efter visse bestemmelser i retssikkerhedsloven.

Det er imidlertid ikke alle steder i udligningssystemet, at der er blevet anvendt et indbyggertal efter betalingskommune – det gælder således ikke for de fleste socioøkonomiske kriterier. De socioøkonomiske kriterier, der i udligningssystemet før udligningsreformen var defineret ud fra betalingskommuneoplysninger, er:

- Nedgang i befolkningstallet
- Antal 0-15 årige børn af enlige forsørgere
- Antallet af enlige over 65 år.

De øvrige socioøkonomiske kriterier, herunder kriteriet for antallet af borgere med handicap, er også i udligningen før udligningsreformen baseret på statistikker opgjort efter bopælskommune. Statistikkerne bag de fleste socioøkonomiske kriterier er således baseret på bopælskommune.

Det skal dog bemærkes, at *Rejsetidskriteriet* var baseret på rejsetider mellem bopælsadresser, men at der i forbindelse med indregningen i udgiftsbehovet blev ganget op med et folketal efter betalingskommune.

7.1.2 Udligningsreformen

Sigtet med udligningsreformen har været at skabe et mere robust og enkelt udlignings-system, som giver større stabilitet og forudsigelighed om de økonomiske rammer for kommunerne. Der er etableret en generel udligning med *ens regler for alle landets kommuner*. Det var ikke tilfældet i den tidligere udligning, hvor der var udligningsordninger specifikt for kommuner henholdsvis i og uden for hovedstadsområdet. Samtidig er det tidligere beskæftigelsestilskud, som kompenserede kommunerne under ét for deres udgifter på beskæftigelsesområdet, afskaffet, da fordelingen af tilskuddet på tværs af kommuner havde udviklet sig skævt. Udgiften til kommunernes indsats på beskæftigelsesområdet er derimod indarbejdet i det generelle udligningssystem. Udligningssystemet er med disse tiltag blevet mere enkelt.

Samtidig er *tidligere skævheder i systemet søgt rettet op*, herunder er der fx foretaget en række ændringer i opgørelsen af den enkelte kommunes udgiftsbehov til brug for udligningen. Ændringerne skal bl.a. sikre en bedre afspejling af kommunernes udgiftsbehov på overførselsområdet samt et mere robust og upåvirkeligt datagrundlag.

Med udligningsreformen følger folketal mv. i opgørelsen af udligning nu fuldt ud den kommune, hvor borgeren ifølge CPR er registreret at have bopæl. Dette er således blot én blandt mange ændringer, som blev gennemført med udligningsreformen.

Oplysninger om betalingskommune byggede på kommuners egne registrering for borgere, hvor der for bestemte ydelser blev opkrævet mellemkommunal refusion efter *retsikkerhedslovens § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12*. Her blev borgere med bestemte ydelser, altså udelukkende talt med til den kommune, som har betalingsforpligtelsen for disse bestemte ydelser, uanset at en anden kommune kunne have andre udgifter til borgeren.

Kommuner har indberettet oplysninger om betalingskommune direkte med henblik på anvendelse i udligningsopgørelsen. Der er således en risiko i forhold til kvaliteten af oplysningerne, og det er en af de kilder til påvirkning af udlignings- og tilskudsbeløb, som

Finansieringsudvalget under Social- og Indenrigsministeriet har identificeret, *jf. Finansieringsudvalget (2020)*. Det er baggrunden for, at ændringen til, at folketallet fuldt ud følger den enkelte borgers bopæl, er medtaget i udligningsreformen.

Det skal bemærkes, at når anvendelse af folketallet efter betalingskommune afskaffes med udligningsreformen, er det alene i forhold til opgørelserne i tilskuds- og udlignings-systemet. Der ændres med reformen ikke på kommuners betalingsforpligtelse eller på modtageren af refusion.

Det skal endvidere bemærkes, at der er en forholdsvis lille forskel mellem folketal efter betalingskommune og efter bopælskommune for langt hovedparten af landets kommuner, så denne ændring vurderes at have begrænset betydning samlet set for den enkelte kommune. Denne analyse er dog også fokuseret på incitamentet knyttet til den enkelte borger.

7.2 Betydningen af udligningsreformen for udligningsvirkning af indsatser uden for kommunen

Beregningerne i *afsnit 6.4.2* viser de potentielle udligningsvirkninger ved en flytning. Det er ikke nyt, at der kan være sådanne virkninger. Især på voksenområdet sås tilsvarende potentielle virkninger i udligningssystemet før udligningsreformen.

Til illustration heraf er der foretaget nogle eksempelberegninger af udligningsvirkningen ved flytningen af en person både før og efter udligningsreformen. Beregningerne er lavet i en model svarende til udmeldingen for 2020 sammenholdt med den udligningsmodel, der lå til grund for aftalen om udligningsreformen fra maj 2020.

Beregningerne viser ligesom beregningerne i *afsnit 6.4.2* den isolerede virkning på kommunens generelle finansiering gennem udligningen og eventuelt indkomstskatteprovenu af, at en borger flytter fra kommunen. Beregningerne tager udgangspunkt i udmeldingen fra 2020, fordi udligningssystemet fra før udligningsreformen ikke er opdateret til 2021-niveau.

Der betragtes som *kommuneeksempel 1* en kommune, som i det tidligere udligningssystem var omfattet af landsudligningen og den særlige udligningsordning for kommuner med højt strukturelt underskud efter *udligningslovens § 12*. Efter udligningsreformen antages kommunen at være omfattet af tillæggene for kommuner med henholdsvis højt udgiftsbehov og lavt beskatningsgrundlag. Det antages også, at kommunen ikke er omfattet af *Befolkningstilbagegangskriteriet*.

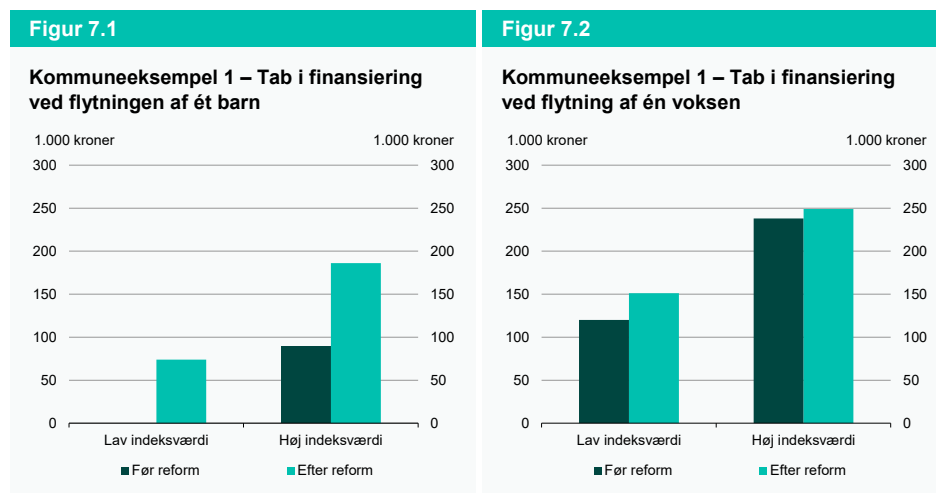
Kommuneeksempel 2 svarer i store træk til *kommuneeksempel 1*, men det antages her, at kommunen både før og efter udligningsreformen er omfattet af *Befolkningstilbagegangskriteriet*.

For begge kommuneeksempler er der beregnet virkningerne i kommunens generelle finansiering før og efter udligningsreformen ved flytningen af en person med følgende karakteristika:

- **Barn med forholdsvis lav indekssværdi:** Barn (6-16 årig), som ikke opfylder nogle specifikke socioøkonomiske kriterier (Svarer til et barn med en indekssværdi på 1,25, *jf. afsnit 6.4.1*).
- **Barn med forholdsvis høj indekssværdi:** Udviklingshæmmet barn (6-16 årig), som er flyttet mindst tre gange (Svarer til et barn med en indekssværdi på 3,25, *jf. afsnit 6.4.1*).
- **Voksen med forholdsvis lav indekssværdi:** Voksen person (35-39 årig) uden beskæftigelse og erhvervsuddannelse (Svarer til en person med en indekssværdi på 2,75, *jf. afsnit 6.4.1*). Den voksne antages endvidere at være førtidspensionist og betale kommunal indkomstskat.
- **Voksen med forholdsvis høj indekssværdi:** Voksen handicappet person (35-39 årig) uden beskæftigelse og erhvervsuddannelse (Svarer til en person med en indekssværdi på 4,25, *jf. afsnit 6.4.1*). Den voksne antages endvidere at være førtidspensionist og betale kommunal indkomstskat.

I *kommuneeksempel 1* peger beregningen på, at kommunen før udligningsreformen ikke taber på flytningen af ét *barn med forholdsvis lav indekssværdi*. Det skyldes, at barnet i dette eksempel ikke opfylder socioøkonomiske kriterier, men alene påvirker det aldersbetingede udgiftsbehov. Før udligningsreformen var det aldersbetingede udgiftsbehov baseret på oplysninger om betalingskommune. Efter udligningsreformen bliver det aldersbetingede udgiftsbehov opgjort ud fra bopælskommune, og der kan opgøres et potentielt tab på ca. 74.000 kr. Baggrunden herfor er nærmere beskrevet i ovenstående *afsnit 7.1.2*. Dette tab afspejler enhedsbeløbet i det aldersbetingede udgiftsbehov for et barn i alderen 6-16 år, *jf. figur 7.1*.

Udligningstab er i *kommuneeksempel 1* højere ved flytningen af et *barn med forholdsvis høj indekssværdi* både før og efter udligningsreformen, idet barnet her også opfylder socioøkonomiske kriterier, som følger bopælskommunen (dog med en vis forsinkelse i *Handicapkriteriet*). Før udligningsreformen er tabet beregnet til ca. 90.000 kr. og 186.000 kr. efter reformen, *jf. figur 7.1*. Forskellen i virkningerne før og efter reformen skal til dels tilskrives, at der efter udligningsreformen er knyttet et højere enhedsbeløb til nogle kriterier.



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

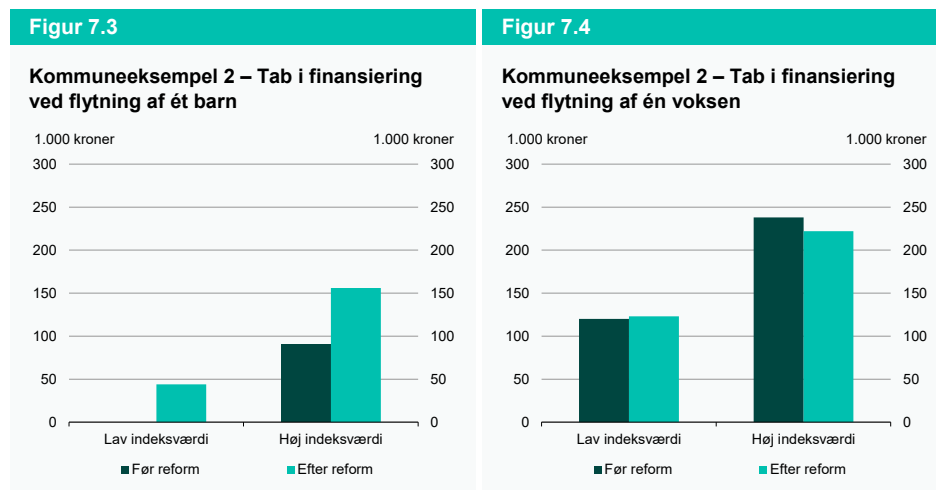
I *kommuneeksempel 1* kan der for en flytning af en voksen med *forholdsvist lav indekssværdi* beregnes et potentielt tab for kommunen på ca. 120.000 kr. før udligningsreformen og ca. 150.000 kr. efter udligningsreformen, jf. figur 7.2. Det svarer til en forskel på ca. 30.000 kr.

Tabet for kommunen vil både før og efter udligningsreformen være højere ved flytning af en voksen med en *forholdsvis høj indekssværdi*, svarende til et tab på ca. 238.000 kr. før udligningsreformen og ca. 249.000 kr. efter udligningsreformen. Det skyldes, at personen, som indgår i dette eksempel, antages yderligere at opfylde *Handicapkriteriet*. Forskellen i tabet før og efter udligningsreformen er således i dette eksempel på ca. 11.000 kr.

For *kommuneeksempel 2* viser beregningerne samme tendenser, som for *kommuneeksempel 1* for de fire persontyper, jf. figur 7.3 og 7.4. Tabene er imidlertid generelt mindre i dette kommuneeksempel, hvilket afspejler, at kommunen antages at være omfattet af *Befolkningstilbagegangskriteriet*. Når en person flytter fra kommunen, betyder det alt andet lige en udligningsgevinst for kommunen for en periode. I disse eksempler er der indregnet en effekt svarende til 1/3 af det samlede enhedsbeløb eller ca. 33.000 kr.²

I eksemplet med flytningen af en voksen med *forholdsvist høj indekssværdi* vil den indregnede effekt fra *Befolkningstilbagegangskriteriet* betyde, at tabet ved flytningen midlertidigt er større før end efter udligningsreformen.

² I vurdering af virkningen af aftalen om udligningsreform fra 5. maj 2020 blev det antaget, at *Befolkningstilbagegangskriteriet* indgår som et gennemsnit over de sidste tre år, for at tage højde for de kraftige udsving i kriteriet. Denne antagelse er fastholdt i disse beregninger.



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det skal bemærkes, at der kun er tale om eksempler. Der ville kunne konstrueres andre eksempler, hvor niveauerne for tab er højere og lavere end det viste. Der er imidlertid søgt at opstille realistiske eksempler set i lyset af de fundne mønstre i det datamateriale, der har været tilgængelig for de to målgrupper, *jf. afsnit 6.4*.

Eksemplerne illustrerer, at der efter udligningsreformen i nogle tilfælde kan være et større potentielt tab for kommunerne ved visitation af et barn til en anbringelse eller en voksen til et botilbud uden for kommunen. Der er dog ikke en entydig effekt, og i nogle tilfælde er forskellen på udligningseffekten før og efter udligningsreformen forholdsvis beskedent.

Beregningerne indikerer samlet, at reformen ikke har ændret afgørende på kommunernes incitamenter til at give tilbud uden for kommunen under rimeligt realistiske antagelser. Det gælder særligt, når det tages i betragtning, at det i praksis vil være højst usikkert for kommunen at skønne konkret over virkningen. Hertil kommer, at der er en række andre hensyn, regler og økonomiske elementer, som spiller ind på den enkelte kommunes visitation i det enkelte tilfælde, *jf. kapitel 5*.

Det skal bemærkes, at den her opgjorte forskel før og efter reformen ikke blot handler om overgangen fra betalingskommune til bopælskommune. Det handler også om, at der med udligningsreformen sker en øget udligning, ændring i vægte på enkeltkriterier og øget vægt på det aldersbetingede udgiftsbehov i beregningen af den enkelte kommunes udgiftsbehov og at strukturen i udligningssystemet generelt er blevet ændret.

Kapitel 8

Kommunernes anvendelse af oplysninger om betalingskommune

Med vedtagelsen af lovforslaget, der udmønter udligningsreformen, blev det fra 1. januar 2021 frivilligt for kommunerne at indberette oplysninger om betalingskommuneforhold for borgere i tilknytning til CPR for hvilke en kommune i henhold til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt. og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område har den generelle betalingsforpligtelse.

At indberetningerne ikke er fuldt afskaffet, selvom de ikke længere anvendes i udligningssystemet, skal ses i lyset af, at ministeriet under lovbehandlingen af udligningsreformen blev gjort bekendt med, at disse oplysninger i nogle kommuner bliver anvendt administrativt i tilknytning til opkrævningen af mellemkommunal refusion og afregning mellem kommuner.

Det har desuden vist sig, at betalinger på sundhedsområdet af færdigbehandlingsdage fra kommuner til regioner er forudsat baseret direkte på de kommunale indberetninger af betalingskommuner til udligningen.

Det er derfor arbejdsgruppens opgave at afdække bl.a. den administrative anvendelse af kommuners registreringer af betalingskommune i tilknytning til CPR og eventuelle udfordringer forbundet hermed. Herudover skulle der også identificeres eventuelle øvrige områder, hvor registreringen har været anvendt.

I nærværende kapitel beskrives indledningsvist kommunernes registrering og administrative anvendelse af betalingskommuneforholdet i CPR i forbindelse med direkte afregning og opkrævning af mellemkommunal refusion kommunerne i mellem. Herudover belyses afregning af færdigbehandlingsdage, som har været direkte knyttet til registreringen af betalingskommune i CPR, men hvor der nu er fundet en anden løsning.

Det bør noteres, at i arbejdet har der ikke været noget, der tyder på, at oplysningen om betalingskommuneforhold er blevet anvendt forskelligt ift. direkte afregning af ydelser og hjemtagning af refusion. Af denne årsag belyses denne skelnen heller ikke yderligere i nærværende afsnit, hvorfor de to udtryk i vidt omfang anvendes synonymt og samlet betegnes som 'det mellemkommunale område'.

8.1 Registrering og administrativ anvendelse af betalingskommuneforhold

Betalingskommunefolketallet er fra 2021 afskaffet i den kommunale udligning, og som konsekvens heraf er registreringen af betalingskommuneforhold i CPR blevet gjort frivillig pr. 1. januar 2021, *jf. afsnit 7.1.2*. Konsulenthuse og KL oplyser imidlertid, at kommuner har anvendt oplysningen om betalingsforhold i CPR i grundlaget for administrationen af afregning af ydelser samt opkrævning af mellemkommunal refusion.

I administrationen af det mellemkommunale område er det den enkelte kommunes opgave at sikre en korrekt afregning for de borgere, der er omfattet af det mellemkommunale område. Den enkelte kommune skal således have overblik over de borgere, der er bosat i andre kommuner, for hvem de har betalingsforpligtigelse, samt de borgere, som er bosat i egen kommune, for hvem andre kommuner har betalingsforpligtigelsen.

For at opnå et samlet overblik over alle mellemkommunale sager og udgifter har kommuner anvendt denne oplysning som en del af informationsgrundlaget i den løbende administration af borgeres betalingskommuneforhold ved afregning af det mellemkommunale område.

Kommuner har eksempelvis valideret oplysninger om borgernes betalingskommuneforhold, der er registreret i enten fagsystemer eller håndholdte opgørelser, op imod borgernes betalingskommuneforhold i CPR.

Hovedformålet med CPR er, at CPR indeholder grundlæggende personoplysninger om enhver, som har et personnummer. Oplysning om betalingskommuneforhold er ikke en grundlæggende personoplysning, men må betegnes som fagdata eller administrative støttedata, som ikke hører naturligt hjemme i CPR. Data valideres ikke generelt, og indberettes manuelt fra 98 kommuner.

Oplysningen om betalingskommuneforholdet i CPR kan ikke stå alene i administrationen af det mellemkommunale område, men oplysningen har været en del af grundlaget for administrationen af området.

Det er bopælskommunens ansvar at sikre en korrekt ajourføring i CPR for de borgere, der er bosat i den enkelte kommune. Dette gælder også ift. oplysninger om betalingskommuneforhold, der er knyttet systemisk op på CPR.

Udgangspunktet er, at handlekommunen anmoder bopælskommunen om at registrere betalingskommuneforhold i CPR. Bopælskommunen kan dog også selv rette henvendelse om betalingskommuneforhold til en anden kommune, og kun bopælskommunen kan foretage registreringen om en anden betalingskommune i CPR. Denne proces vil skulle koordineres med kommunens socialafdeling, der typisk vil have oplysningerne om de kontraktlige forhold til andre kommuner, regioner og privatretlige institutioner. Herefter kan der pågå en eventuel dialog mellem administrative medarbejdere i de enkelte kommuner, der har til formål at afklare eventuelle tvister om betalingskommuneforholdet.

Det er blevet oplyst, at hovedparten af kommunerne er bevidste om, at det er meget vanskeligt at sikre et retvisende billede af de mellemkommunale borgere udelukkende ved anvendelse af betalingskommuneforholdet i CPR.

Der arbejdes derfor løbende med at udvikle IT-løsninger, der kan give kommunerne et samlet overblik over alle mellemkommunale sager uden unødigt administration, herunder uden brug af oplysningen i CPR. Det sker eksempelvis ved, at det mellemkommunale område administreres ved at hente data og informationer fra flere kilder kombineret med understøttelse af relevante og lokale kontroller.

8.2 Oplysningen om betalingskommune i CPR anvendt direkte til afregning

I et enkelt konkret tilfælde har oplysningen om betalingskommuneforhold i CPR været anvendt direkte til afregning. Det drejer sig om sundhedsområdet, hvor de indberettede registreringer har været anvendt direkte til afregning af færdigbehandlingsdage og indlagte på hospice mellem regioner og kommuner.

Færdigbehandlingstaksten udløses i de tilfælde, hvor videre behandling ikke forudsætter indlæggelse, men hvor patienten fortsat er indlagt grundet manglende kommunalt tilbud efter sociallovgivningen.

På nuværende tidspunkt opkræves betalingen af færdigbehandlede patienter og indlagte på hospice ud fra de borgere, for hvem den enkelte kommune har betalingsforpligtelsen ifølge kommunernes indberetninger i tilknytning til CPR.

Fastlæggelsen af betalingskommuneforholdet sker således efter reglerne i retssikkerhedsloven, herunder også spørgsmål om tvister. De tilfælde, hvor betalingskommunen er en anden end bopælskommunen, følger således altid af de forhold, der kan henføres til de tidligere nævnte bestemmelser i retssikkerhedsloven.

Eftersom der vurderes at være en udfordring med kvaliteten af de hidtidige indberettede oplysninger om betalingskommuneforholdet i CPR, og at de fra 1. januar 2021 er frivillige, vurderes disse imidlertid ikke egnede til at basere direkte afregninger af færdigbehandlingsdage med kommunerne på.

Det daværende Sundheds- og Ældreministerium har derfor d. 8. januar 2020 sendt et lovforslag i høring, hvori det fremgår, at betalingen fremover skal opkræves af bopælskommunen, og at der samtidig implementeres mulighed for mellemkommunal refusion, hvor bopælskommunen kan opkræve betalingen fra betalingskommunen.

Dermed ændres ikke på, hvilken kommune der i sidste ende har betalingsforpligtelsen, da den mellemkommunale refusion vil give bopælskommunen mulighed for at opkræve betaling for udgifter til hhv. færdigbehandlingsdage (både den regionale og statslige) og hospice af betalingskommunen. Betalingskommunen er den kommune, som i henhold

til § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., og § 9 c, stk. 2, 4-6 og 12, i retssikkerhedsloven har den generelle betalingsforpligtelse. Betalingen skal svare til kommunens faktiske udgifter til ydelserne.

Forskellen er således, hvor man efter den eksisterende ordning sendte regningen til den oplyste betalingskommune i tilknytning til CPR i første omgang, starter man nu med altid at sende regningen til bopælskommunen, som har mulighed for, hvis det er en anden kommune, der har betalingsforpligtelsen for den konkrete borger, at opkræve refusion hos denne kommune.

8.3 Den fremadrettede administration af betalingskommuneforhold

I forhold til det mellemkommunale område skal det understreges, at anvendelsen af registrering af betalingskommuneforhold i CPR ikke er en nødvendig forudsætning for den fremadrettede administration af det mellemkommunale område, eftersom området vil kunne administreres uden brug af oplysninger om betalingskommuneforhold knyttet op på CPR

Hertil bør det også understreges, at oplysningen om betalingskommuneforhold i CPR aldrig har været tiltænkt at skulle understøtte en administrativ proces som behandling af det mellemkommunale område eller andre afregninger mellem offentlige myndigheder.

Til trods herfor har oplysningerne om betalingsforhold i CPR været en del af grundlaget for kommuners administration af det mellemkommunale område. Hvis kommunernes administration af det mellemkommunale område forventes at ville blive vanskeligere og mere omkostningstung, hvis der ikke er mulighed for at trække på registreringerne af betalingsforholdet i CPR, må det også forventes, at kommunerne har et fortsat incitament til at vedligeholde oplysningen i det nuværende frivillige format.

Givet kommunerne finder oplysningerne om betalingskommuneforhold brugbar, er der ikke noget til hinder for, at registreringen opretholdes i det nuværende frivillige format.

Det er vurderingen, at administrationen af betalinger på det mellemkommunale område er en relativt specialiseret og ressourcetung opgave, der kan være vanskelig for den enkelte kommune at administrere

På den baggrund må det forventes, at den igangværende udvikling af løsninger, hvor administrationen af det mellemkommunale område kan fungere uden brug af registrering af betalingskommuneforhold i CPR, fortsættes.

På baggrund af tilkendegivelser fra KL, vil der kunne iværksættes et arbejde, der skal munde ud i et eller flere løsningsforslag, hvor formålet er at sikre kommunerne de rette forudsætninger for administration af det mellemkommunale område.

Kapitel 9

Referencer

Ankestyrelsen (senest opdateret 7. december 2020), hjemmesiden "ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/sager-om-born-og-unge/frivillige-stotteforanstaltninger/eftervaern-stotte-til-tidligere-anbragte-born"

Ankestyrelsen (2021a): "*Visitation til botilbud: Eksempler på praksis og overvejelser fra seks kommuner*"

Ankestyrelsen (2021b): "*Kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner: Eksempler på praksis og overvejelser fra seks kommuner*"

Børne- og Socialministeriet (2018): "*Servicetjek af frit valg på det specialiserede voksenområde*"

Finansieringsudvalget (2020): "*Afrapportering om arbejdet om kommunale registreringer*", 18. februar 2020

Gregersen (2013): "*Politik og økonomi på det eksterne kvasimarked*", Politica

Retssikkerhedsloven og retssikkerhedsvejledningen

Social- og Indenrigsministeriet (2019a): "*Velfærdspolitisk analyse: Kommunal variation på anbringelsesområdet*"

Social- og Indenrigsministeriet (2019b): "*Socialpolitisk Redegørelse*"

Social- og Indenrigsministeriet (2020a): "*Velfærdspolitisk analyse: Brug af botilbud i andre kommuner*"

Social- og Indenrigsministeriet (2020b): "*Velfærdspolitisk analyse: Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde*"

Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2020): "*Kommunernes rolle som køber af botilbud til voksne*"

Social- og Ældreministeriet (2021a): "*Afdækning og analyse af den strukturelle opbygning på det specialiserede socialområde – Visitation til de specialiserede sociale indsatser*"

Social- og Ældreministeriet (2021b): "*Velfærdspolitisk analyse: Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner*"

Socialstyrelsen, hjemmesiden "[Socialebegreber.dk](https://socialebegreber.dk)"

VIVE (2013): *"Takster i kommunale botilbud 2007-2011"*

Kapitel 10

Bilag

Bilag 1. Kommissorium for analysearbejdet

Kommissorium for arbejdsgruppe om betalingsforpligtigelse og kommunale incitamerter ved tildeling af tilbud (9. november 2020)

Der har i forbindelse med vedtagelse af lovforslaget, der udmønter udligningsreformen, været fokus på betydningen af udligningen for kommunernes incitamerter til at benytte sociale tilbud i andre kommuner.

Af betænkningen fremgår:

”Partierne er meget opmærksomme på den bekymring, der har været rejst, om afskaffelsen af betalingskommunefolketallet og betydningen heraf for kommunernes økonomiske incitament til altid at vælge det rigtige tilbud til borgerne – også hvis det rigtige tilbud ligger uden for kommunegrænsen.”

Anledningen er, at der i udligningsloven tidligere som udgangspunkt er anvendt et folketal efter betalingskommune baseret på kommuners indberetninger om andre kommuners betalingsforpligtigelse efter § 9 a, stk. 4, 1.-3. pkt., samt § 9 c, stk. 2 og stk. 4-6 samt stk. 12, i lov om retssikkerhed på det sociale område. Det er vurderet, at der er problemer med kvalitet og påvirkelighed af disse oplysninger.

Kommuner vil have et tab af indtægter, når en borger flytter til en anden kommune. Dette gjaldt i udligningssystemet før reformen, og det gælder også i udligningssystemet efter reformen. Det skyldes, at de demografiske kriterier i udligningen tidligere har været opgjort efter betalingskommune, mens det dog hele tiden har været sådan, at næsten alle socioøkonomiske kriterier har fulgt borgernes bopælskommune. Tilsvarende betales indkomstskat i bopælskommunen, hvilket i dag såvel ligesom tidligere slår igennem i skattegrundlaget i udligningen. Det betyder, at der både i det tidligere og det nye system følger penge med til den kommune, hvor en borger har bopæl. Det gælder bl.a. i de tilfælde i et socialt tilbud, hvor borgerens oprindelige bopælskommune har en betalingsforpligtigelse.

Det skal undersøges, hvilken samlet økonomisk konsekvens der er for kommuner, ved at placere borgere i botilbud uden for kommunegrænsen med henblik på at afdække betydningen af udligningssystemet for kommuners incitamerter i valget. På den baggrund skal der peges på eventuelle forbedringsmuligheder.

Den mulige problemstilling omfatter det specialiserede socialområde, men det skal samtidig belyses om den også er relevant for andre områder.

Kommuners indberetninger om betalingsforpligtigelse hos andre kommuner har været foretaget i tilknytning til CPR med det formål, at der samlet har kunnet opgøres et ”betalingskommunefolketal” til udligningen. Det har dog i forbindelse med ændringen af udligningsloven kunnet konstateres, at oplysningerne i et omfang også er blevet trukket ud og anvendt administrativt til at understøtte mellemkommunale betalinger, afregning på sundhedsområdet mv. Derfor er registrering i tilknytning til CPR fra 1. januar 2021 videreført som en frivillig mulighed for kommunerne.

Der er i forlængelse heraf brug for en afklaring af omfanget og betydningen af administrative anvendelser af kommunernes registreringer om betalingsforhold i tilknytning til CPR.

Arbejdsgruppens opgaver

Som en del af arbejdet med evalueringen af det specialiserede socialområde nedsættes en særskilt arbejdsgruppe, der får til opgave at afdække mulige problemstillinger og komme med forslag til løsninger vedrørende:

1. Tilskuds- og udligningssystemets betydning for kommuners samlede økonomiske incitamenter til at anvende tilbud i andre kommuner. Som led heri skal arbejdsgruppen:
 - a. Kortlægge relevante mellemkommunale refusionsordninger.
 - b. Belyse omfanget af mellemkommunal refusion.
 - c. Belyse relevante tilbud, karakteristika ved brugere samt omfang.
 - d. Belyse de økonomiske konsekvenser, herunder i udligningssystemet, for kommuner ved anvendelse af tilbud i en anden kommune.
2. Den administrative anvendelse af kommuners registreringer af betalingskommune i tilknytning til CPR og eventuelle udfordringer forbundet hermed. Som led heri skal arbejdsgruppen identificere områder, hvor betalingskommunekoden er blevet anvendt administrativt til bl.a. at understøtte mellemkommunale betalinger.

Organisering og proces

Arbejdsgruppen består af Social- og Indenrigsministeriet (formand), Finansministeriet, Sundhedsministeriet og KL. Øvrige ministerier inddrages, hvor det er relevant.

Analysen afrapporteres ved årsskiftet. Der gives en status til aftalepartierne i november 2020.

Bilag 2. Definition af socioøkonomiske kriterier og særlige forhold vedr. flytning i botilbud

Det generelle udligningssystem omfatter udligning af udgiftsbehov, og en kommunes udgiftsbehov opgøres ud fra befolkningens alderssammensætning og den socioøkonomiske struktur i kommunen. Det demografiske og det socioøkonomiske udgiftsbehov sammenvejes til et samlet udgiftsbehov for kommunen.

I bilag 2 gives en oversigt over alle kriterier i det socioøkonomiske udgiftsbehov samt særlige forhold vedr. de socioøkonomiske kriterier, der kan have betydning, når der anvendes botilbud i en anden kommune for hhv. børn og unge og voksne i den erhvervsaktive aldersgruppe.

Det socioøkonomiske udgiftsbehov opgøres på baggrund af 18 kriterier, *jf. bilagstabel 2.1.*

Bilagstabel 2.1

Oversigt over kriterier i det socioøkonomiske udgiftsbehov og anvendte grundlag i tilskudsudmeldingen 2021

Befolkningstæthed	Opgørelsen foretages af Danmarks Statistik som den gennemsnitlige afstand for borgere i kommunen til de nærmeste 2.000 medborgere som fugleflugtslinje ganget antal indbyggere i kommunen. Antal indbyggere opgøres pr. 1. januar i beregningsåret 2020. Kriterieværdien opgøres med hele tal.
Antal 20-59-årige, der er uden beskæftigelse, ud over 5 procent af antallet af 20-59-årige	Antal 20-59-årige, der er uden beskæftigelse og ligger ud over 5 pct. af antallet af 20-59-årige i kommunen ganget med antallet i aldersgruppen, opgøres ud fra data på antallet af 20-59-årige fordelt på socioøkonomisk status som opgjort af Danmarks Statistik baseret på den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik. Kriteriet opgøres som det største antal 20-59-årige, som på optællingstidspunktet var arbejdsløse eller uden for arbejdsstyrken, eksklusive uddannelsessøgende, i enten ultimo november i det senest opgjorte år (2018) eller ultimo november 3 år forud for dette år. Hvis det seneste opgjorte år anvendes, bruges befolkningens arbejdsmarkedsoplysninger opgjort ultimo november i 2018 og folketallet pr. 1. januar i året før beregningsåret. Hvis 2015 anvendes, bruges befolkningens arbejdsmarkedsoplysninger opgjort ultimo november i 2015 og folketallet pr. 1. januar i 2016.
Antal 25-49-årige uden erhvervsuddannelse	Opgørelsen foretages ud fra Danmarks Statistiks Uddannelsesstatistik som antal 25-49-årige pr. 1. oktober, der på optællingstidspunktet ikke har afsluttet anden længerevarende uddannelse end grundskole eller har uoplyst uddannelse. Populationen opgøres af Danmarks Statistik pr. 1. oktober i året før beregningsåret og uddannelsesoplysninger pr. 1. oktober i året før beregningsåret. Kriteriet opgøres uden personer, som var over 20 år på indvandringstidspunktet.

Antal billige private udlejningsboliger samt familier i visse boliger i yderområder og beboede sommerhuse	Opgøres på grundlag af data fra Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen og fra Danmarks Statistik. Billige private udlejningsboliger opgøres som antal privat udlejede boliger, der ikke er enkeltværelser eller udlejede andelsboliger, og med en husleje, ekskl. udgifter til forbrug, på maksimalt 5.060 kr., hvor huslejegrænsen er opreguleret med huslejeudviklingen i nettoprisindekset. Opgørelsen af huslejerne i de private udlejningsboliger baseres på huslejeoplysninger for beboelsesejendomme med mindst 3 boliger, hvor mindst én bolig er beboet af en husstand, der modtager boligstøtte, i boligstøtteregistret pr. 1. januar i beregningsåret. Familier i visse boliger opgøres som antal familier, der den 1. januar i beregningsåret bor i privat udlejning fra før 1970 beliggende i landdistrikter eller i byer med færre end 5.000 indbyggere, og beboede sommerhuse på baggrund af Danmarks Statistiks Boligopgørelse og Husstands- og Familiestatistik samt Danmarks Statistiks E-familiebegreb.
Antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter	Opgøres på grundlag af data fra Sundhedsdatastyrelsen. Kriteriet omfatter personer, der i perioden 2009-2018 har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Dette er defineret ved aktionsdiagnosekoderne F00-29. Ved opgørelsen henregnes personer, der er bopælsregistreret i kommunen ved seneste kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, til folketallet i kommunen.
Almene familieboliger	Opgørelsen for bestanden af almene boliger baseres på Landsbyggefondens huslejeregister opgjort pr. 1. januar i beregningsåret. Statistikken leveres af Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen.
Antallet af børn i familier, hvor forsørgerne har kort uddannelse	Opgøres af Danmarks Statistik som antal børn mellem 0 og 16 år pr. 1. oktober i året før beregningsåret i familier, hvor den højeste fuldførte uddannelse pr. 1. oktober i året før beregningsåret for forsørgerne er grundskole eller uoplyst, og forsørgerne ikke er studerende. Opgørelsen baseres på Danmarks Statistiks Uddannelsesregister og fra Befolkningsstatistikken og Danmarks Statistiks E-familiebegreb. I opgørelsen medtages ikke personer, som var over 20 år på indvandringstidspunktet.
Antallet af enlige over 65 år	Antallet af enlige i aldersgruppen 65 år og derover opgøres af Danmarks Statistik pr. 1. januar i beregningsåret. Enlige defineres som ugift, skilt, enke/enkemand, ophævet partnerskab samt længstlevende af 2 partnere.
Antallet af personer med lav indkomst i tre ud af fire år	Opgøres af Danmarks Statistik som antal 18-64-årige i kommunen pr. 31. december der i året to år før beregningsåret og i mindst to af de foregående tre år har haft en ækvivaleret disponibel indkomst på mindre end 60 pct. af medianindkomsten på landsplan samt en formue på under 10.000 kr. og været bosat i Danmark i tre ud af de seneste fire år. Endvidere medtages studerende uden børn og deres familiemedlemmer samt selvstændige og medarbejdende ægtefæller ikke i opgørelsen. Populationen til beregning af medianindkomsten er E-familier, hvor ældste person er ældre end 14 år og fuldt skattepligtig. Personernes aktiver ekskl. kontant ejendomsværdi er under 10.000 kr. og indkomstækvivaleringsfaktoren beregnes som antal personer i familien opløftet med 0,6. Opgørelsen sker på baggrund af Danmarks Statistiks Familieindkomster og Husstands- og Familiestatistik.

Antal personer med handicap	Opgøres af Danmarks Statistik som antallet af udviklingshæmmede på 65 år og derunder samt antallet af 20-59-årige uden for arbejdsstyrken med øvrige handicap. Kriteriet opgøres som de personer, som inden for en 5-årig periode fra 2014-2018 er diagnosticeret inden for sygehusvæsenet med en aktions- eller bidiagnose, som vil kunne medføre et handicap. Ved opgørelsen henregnes personer til folketallet i kommunen i det første diagnoseår. I de tilfælde, personen er indskrevet i sygehusvæsenet før 1. januar i den 5-årige periode, henregnes personen til bopælskommunen på indskrivningstidspunktet.
Antallet af indvandrere og efterkommere	Opgøres af Danmarks Statistik som antallet af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande pr. 1. januar i beregningsåret. Indvandrere med opholdsgrundlag som studie-au pair med første indvandringsdato 1. januar tre år før beregningsåret eller senere, indgår ikke i opgørelsen.
Antal 20-59-årige lønmodtagere med færdigheder på grundniveau	Opgøres af Danmarks Statistik som antallet af 20-59-årige lønmodtagere i arbejde, der forudsætter færdigheder på grundniveau. Kriteriet baseres på Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, populationen og arbejdsmarkedstilknytning opgøres ultimo november to år før beregningsåret.
Nedgang i befolkningstallet	Kriteriet er et gennemsnit af de seneste tre år opgjorte nedgange i befolkningstallet i kommuner, som i året ar et beskatningsgrundlag pr. indbygger mindre end 125 pct. af det landsgennemsnitlige beskatningsgrundlag pr. indbygger. Nedgangen i befolkningstallet opgøres i hvert af de tre år for kommuner med en samlet nedgang i befolkningstallet over de seneste 5 år, som summen af de årlige nedgange over den 5-årige periode. De tre år svarer til tilskudsåret 2021 samt de to de to foregående år. Nedgangen i befolkningstallet for tilskudsåret 2021 opgøres på baggrund af befolkningstallet i perioden 2015-2020, samt perioderne 2014-2019 og 2013-2018 i beregningen i befolkningstilbagegangen i de to foregående år.
Antal 0-15-årige børn af enlige forsørgere	Opgøres af Danmarks Statistik som antallet af 0-15-årige børn af enlige forsørgere, der modtager ordinært børnetilskud. Opgørelsen baseres på statistikken om børnefamilieydelse og børnetilskud og er opgjort pr. 4. kvartal i året før beregningsåret.
Antal 0-17-årige børn, som er flyttet over en kommunegrænse mindst tre gange	Antallet af 0-17-årige børn, som er flyttet over en kommunegrænse mindst tre gange opgøres af Danmarks Statistik ud fra Befolkningsstatistikken og register med mellemkommunale flytninger. Kriteriet er opgjort pr. 1. januar i beregningsåret.
Lav middellevetid	Kriteriet baseres på en opgørelse af den gennemsnitlige levetid for perioden 2010-2019 fra Danmarks Statistik. Kriteriet beregnes ved, at forskellen i middellevetiden mellem den kommune, som har den højeste middellevetid, og den enkelte kommunes ganges med antallet af personer i kommunen, som er 65 år eller derover.
45-64-årige med begrænset erhvervs erfaring	Kriteriet opgøres af Danmarks Statistik pr. 1. januar i året før beregningsåret som antallet af 45-64-årige med mindre end 10 års erhvervs erfaring, ingen ind- eller udvandring til/fra Danmark i den seneste 10-årige periode

	og har ikke været selvstændige i den seneste 10-årige periode. Populationen opgøres pr. 1 januar året før beregningsåret og oplysninger om erhvervs erfaring opgøres ultimo november to år før beregningsåret.
Regional ledighed for forsikrede ledige	Baseres på data fra Danmarks Statistik for antal 16-65-årige fuldtidsledige i året før beregningsåret og antal 16-65-årige i arbejdsstyrken ultimo november to år før beregningsåret. Kriteriet beregnes ved at gange den regionale ledighedsprocent for bruttoledige dagpengemodtagere med antallet af 16-65-årige i kommunens arbejdsstyrke. Den regionale ledighedsprocent opgøres for følgende 8 geografiske områder baseret på Danmarks Statistiks inddeling i landsdele: 1) København og Østsjælland 2) Nordsjælland 3) Vest-, Sydsjælland og Bornholm 4) Fyn 5) Sydjylland 6) Østjylland 7) Vestjylland 8) Nordjylland.
Afstand til arbejdspladser	Opgøres ud fra data for den gennemsnitlige afstand som opgjørt af Danmarks Statistik. Kriteriet beregnes ved at gange den gennemsnitlige afstand for borgere i kommunen til de nærmeste 500 arbejdspladser målt i fugleflugtslinje med kommunens antal 18-64-årige. Antal personer er opgjørt pr. 1. januar i beregningsåret.

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2020): *Kommunal udligning og generelle tilskud 2021*.

Socioøkonomiske kriterier vedrørende børn og unge

Tre af de socioøkonomiske kriterier retter sig specifikt mod børn og unge:

1. *Antal børn under 18 år, som i løbet af deres liv er flyttet over en kommunegrænse mindst 3 gange*
2. *Antal børn af enlige forsørgere*
3. *Antal børn i familier, hvor forsørgerne har kort uddannelse og ikke er studerende.*

Desuden kan udviklingshæmmede børn indgå i *Handicapkriteriet*.

For kriterierne *Børn af enlige forsørgere* og *Børn i familier, hvor forsøgerne har kort uddannelse og ikke er studerende* kan en flytning i forbindelse med et tilbud i en anden kommune, have betydning for, hvordan barnet indgår i kriterierne.

Kriteriet *Børn af enlige forsørgere* opgøres på baggrund af enlige forsørgere, der modtager ordinært børnetilskud. Enlige forsørgere kan modtage ordinært børnetilskud, men børnetilskuddet udbetales dog ikke, hvis barnet/den unge er anbragt uden for hjemmet eller på anden måde forsørges af det offentlige i form af ophold på døgninstitution mv.³. Det kan indebære, at børn og unge anbragt på en døgninstitution i udgangspunktet ikke vil indgå i kriteriet *Børn af enlige forsørgere*.

³ Jf. *Bekendtgørelse af lov om en børnetilskud og forskudsvis udbetaling af børnebidrag*; <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/63>

Hvis anbringelsesstedet er en plejefamilie, udbetales tilskuddet til den, som har taget barnet i pleje⁴, og derfor beror opfyldelsen af kriteriet af den nye familie.

Det tredje kriterium *Børn i familier, hvor forsøgerene har kort uddannelse og ikke er studerende* fokuserer på forsørgernes uddannelsesniveau, og baseres på Danmarks Statistiks E-familie begreb. En E-familie defineres af Danmarks Statistik som personer, der bor på samme adresse⁵. Et ikke-hjemmeboende barn under 17 år – som fx er anbragt i en anden kommune - kan indgå i kriteriet på baggrund af barnets/den unges eget uddannelsesforhold.

Socioøkonomiske kriterier vedrørende voksne i aldersgruppen 18-64 år

Der er otte kriterier i udgiftsbehovsopgørelsen, som afspejler en række karakteristika ved borgere i alderen 18-64 år. Det drejer sig om:

1. *Antal 20-59-årig lønmodtagere med forudsatte færdigheder på grundniveau*
2. *Antal 18-64 årige uden beskæftigelse over 5 pct.*
3. *Antal indvandrere og efterkommere*
4. *Handicapkriterium*
5. *Antal personer med lav indkomst i tre ud af fire år*
6. *Antal 25-49 årige uden erhvervsuddannelse*
7. *Antal 45-64-årige med begrænset erhvervs erfaring*
8. *Antal psykiatriske patienter.*

Opgørelsen af det 5. kriterium – *Personer med lav indkomst i tre ud af fire år* – er baseret på Danmarks Statistiks E-familier, jf. bilagstabel 2.1. Unge voksne i efterværn eller botilbud, og som ikke bor sammen med forældrene, betragtes i statistikkerne som en selvstændig E-familie, og kan derfor på baggrund af deres egne indkomstforhold indgå i kriteriet *Personer med lav indkomst i tre ud af fire år*.

Flytning og forsinkelse i socioøkonomiske kriterier

Alle socioøkonomiske kriterier er baseret på seneste statistik, som har en forsinkelse mellem hændelsestidspunktet og tilskudsåret. Det indebærer, at der ved en flytning over en kommunegrænse typisk er en forsinkelse på to år. Dette gør sig gældende både for en tilflytning og en fraflytning. Enkelte socioøkonomiske kriterier er defineret, så der kan være en ekstra tidsforskydning. Det drejer sig om *Handicapkriteriet* og kriteriet *Psykiatriske patienter*, jf. bilagstabel 2.1.

⁴ Jf. *Bekendtgørelse af lov om en børnetilskud og forskudsvis udbetaling af børnebidrag*; <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/63>

⁵ <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/familier/familie-id>

Den indbyggede forsinkelse i *Handicapkriteriet* kan undersøges nærmere i det tilvejebragte data for et udsnit af voksne 18-64 årige i botilbud. Kriteriet *Psykiatriske patienter* indgår ikke i det tilvejebragte datasæt, *jf. afsnit 6.3*, og undersøges derfor ikke nærmere.

Statistikken bag de socioøkonomiske kriterier opgøres efter bopælskommune. Det vil sige, at en borger fx uden erhvervsuddannelse indgår i kriteriet *Personer uden erhvervsuddannelse* i den kommune, hvor borgeren har bopæl. For *Handicapkriteriet* og kriteriet *Psykiatriske patienter* indebærer den indbyggede forsinkelse, at borgeren kan indgå i kriteriet i en tidligere bopælskommune i længere årrække.

Oplysninger om, i hvilket kriterium og i hvilken kommune borgeren indgår i, er tilgængelig i det tilvejebragte datasæt, og det er derfor muligt at undersøge, om mønstret for *Handicapkriteriet* adskiller sig fra de øvrige socioøkonomiske kriterier, som er koblet til datasættet.

For borgere, som er i botilbud uden for kommunen, ses der for hovedparten af de socioøkonomiske kriterier, at kriterierne "følger med" borgerne. Andelen, hvor bopælskommunen og "udligningskommunen" er den samme, ligger over 80 pct., *jf. bilagstabel 2.2*.

Definitionen af *Handicapkriteriet* indebærer, at kriteriet i lidt lavere grad "følge med" borgerne, der kommer i botilbud uden for kommunen og dermed får ny bopælskommune. Andelen af voksne i botilbud, der indgår i *Handicapkriteriet* og er i botilbud uden for kommunen, og hvor handlekommunen (den tidligere bopælskommune), og "udligningskommunen" er den samme, er med 17 pct. noget højere for *Handicapkriteriet* end for de øvrige kriterier, *jf. bilagstabel 2.2*.

Undersøgelsen skal tages med det forbehold, at de socioøkonomiske kriterier, som kobles til populationerne, er opgjort til tilskudsåret 2021, hvilket for de fleste kriterier indebærer et opgørelsestidspunkt, som ligger 1-2 år efter d. 1. januar 2018, som er opgørelsestidspunktet for de voksne i botilbud i analysen. Der kan således være afvigelser mellem borgerens bopælskommune og "udligningskommunen", hvilket kan skyldes, at borgeren er flyttet til en anden kommune efter d. 1. januar 2018 og inden kriteriets opgørelsestidspunkt, hvilket også ses i *bilagstabel 2.2*. Alle kriterier har en lille andel, hvor både bopæls-, handle- og "udlignings"-kommunen er forskellig. Endelig bør der tages det forbehold, at det tilvejebragte datasæt kun viser et udsnit af voksne 18-64 årige i botilbud.

Bilagstabel 2.2

Voksne 18-64 årige i botilbud, som indgår i et socioøkonomiske kriterium og er i botilbud uden for kommunen, fordelt på kommune og kriterium, 2018, andel i pct.

	Handicap-kriteriet	Personer uden beskæftigelse	Indvandrere og efterkommere	Personer med lav indkomst	Personer uden erhvervsuddannelse	Personer med begrænset erhvervs erfaring
-- Andel af dem, som indgår i kriteriet og bopælskommune og handlekommune er ikke den samme (borgeren er i botilbud uden for kommunen), pct. -						
Bopælskommune og "udligningskommune" er den samme	75	92	80	79	88	97
Handlekommune og "udligningskommune er den samme	17	4	9	11	6	2
Bopæls-, handle- og "udlignings"-kommune er alle forskellige	8	4	11	10	6	1
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**12.
Modtagere af sociale indsatser på
voksenområdet**

2021

Velfærdspolitisk Analyse



Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Denne analyse giver et overblik over modtagerne af sociale indsatser på voksenområdet. Der er fokus på, hvor mange personer, der modtager sociale indsatser, og hvordan dette har udviklet sig over de senere år. Herudover beskrives modtagerne i forhold til køn, alder og forsørgelsesyndelser.

Analysen omfatter en række meget forskellige sociale indsatser og sundhedsindsatser, herunder botilbud, socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværstilbud, beskyttet beskæftigelse, hjælperordninger, ledsagelse, herberger og forsorgshjem, kvindekrisecentre, stofmisbrugsbehandling. Analysen viser blandt andet:

Samlet set modtager i størrelsesordenen 107.100 personer på 18 år og derover sociale indsatser i 2019. Der er tale om et underkantsskøn, da der ikke er data om alle indsatser. Af datamæssige årsager inkluderer det samlede tal ikke personer i alkoholbehandling og modtagere af kontante ydelser, herunder merudgiftsydelse til børn og unge, merudgiftsydelse til voksne og tabt arbejdsfortjeneste.

Omkring 27.400 personer modtog et botilbud i 2019. Det samlede antal modtagere af botilbud er steget fra 2015 til 2019 med omkring 2.200 personer på landsplan. Stigningen har været størst i starten af perioden.

De senere år er der sket en omlægning af botilbudsområdet. Antallet af beboere på botilbud til længerevarende ophold efter servicelovens § 108 er faldet, mens antallet af modtagere af botilbudslignende tilbud er steget. Der er samtidigt sket en stigning i antal borgere i botilbud til midlertidigt ophold i perioden 2015-2019.

Botilbud til midlertidigt ophold benyttes særligt til yngre voksne i alderen 18-29 år. Blandt borgere i botilbud til midlertidigt ophold er 64 pct. 18-29 år, mens det for borgere i botilbud til længerevarende ophold og botilbudslignende tilbud er henholdsvis 17 pct. og 21 pct. Omvendt er der flere i de ældre aldersgrupper blandt borgerne i botilbud til længerevarende ophold og i botilbudslignende tilbud.

Socialpædagogisk støtte er den mest anvendte sociale indsats på voksenområdet, opgjort i antal personer. Det skønnes, at samlet set 47.800 personer på landsplan modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem i 2019. Antal modtagere af socialpædagogisk støtte er steget i perioden 2015-2019 med knap 12 pct.

Omkring 6.700 personer benyttede sig af herberger og forsorgshjem i 2019. Antallet af brugere er steget med 8 pct. siden 2015, hvor der var ca. 6.200 brugere. I 2019 var 76 pct. af brugerne mænd. Unge brugere i alderen 18-29 år udgør omkring en fjerdedel af alle brugere.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Der var ca. 2.200 kvinder, som tog ophold på et kvindekrisecenter i 2019. Fra 2018 til 2019 er antallet af kvinder med ophold på kvindekrisecenter steget med 7 pct. 70 pct. af kvinderne med ophold på kvindekrisecenter i 2019 var under 40 år.

I 2019 var omkring 18.800 personer i behandling for et stofmisbrug på landsplan. Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling er steget med ca. 15 pct. siden 2016, hvor ca. 16.400 personer var i behandling. Blandt personer i stofmisbrugsbehandling i 2019 var 3 ud af 4 mænd og knap 45 pct. var mellem 18 og 29 år.

Det seneste år med data om alkoholbehandling er 2018, hvor der var ca. 15.300 personer i behandling for et alkoholmisbrug. Fra 2015 til 2018 er antallet af personer i alkoholbehandling steget med omkring 1.100 personer, svarende til en stigning på ca. 7 pct. I 2018 var knap 70 pct. af personerne i behandling mænd og knap 80 pct. var over 40 år.

Endeligt ses der på modtagere af kontante ydelser. I alt 15.500 personer modtog merudgiftsydelse til børn og unge i 2019, hvilket er et fald på ca. 29 pct. fra 2015, hvor 21.700 modtog ydelsen. Tabt arbejdsfortjeneste blev ydet til 14.600 personer i 2019. Antallet af modtagere af tabt arbejdsfortjeneste har været nogenlunde konstant i perioden. Merudgiftsydelse til voksne blev samlet set ydet til 7.800 personer i 2019, hvilket er et faldt på 43 pct. fra 2015, hvor 13.600 personer modtog ydelsen.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

1 Indledning

Denne analyse giver et overblik over modtagerne af sociale indsatser efter serviceloven på voksenområdet. Der er fokus på, hvor mange personer, der modtager sociale indsatser, og hvordan dette har udviklet sig over de senere år. Herudover beskrives modtagerne i forhold til køn, alder og forsørgelsesyndelser.

Analysen er udarbejdet i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde og er en del af afdækningen af området (spor 1).

Analysen er opdelt i en række afsnit, der hver har fokus på et bestemt område, som dækker en eller flere indsatser.

Afsnittene i analysen er:

1. Indledning
2. Voksne modtagere af sociale indsatser i alt
3. Botilbud
4. Socialpædagogisk støtte
5. Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud
6. Hjælperordninger
7. Ledsagelse og kontaktperson for døvblinde
8. Herberger og forsorgshjem
9. Kvindekrisecentre
10. Stofmisbrugsbehandling
11. Alkoholbehandling
12. Kontante ydelser

Det fremgår af boks 1, hvilke indsatser de enkelte afsnit omfatter.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Boks 1**Indsatserne i analysen**

Tabellen nedenfor viser, hvilke indsatser der indgår i analysens forskellige afsnit. Paragrafhenvisninger vedrører servicelovens voksenbestemmelser, medmindre andet er nævnt.

Afsnit	Indsatser
Voksne modtagere af sociale indsatser i alt	Alle nedenstående indsatser (ekskl. kontante ydelser).
Botilbud	Midlertidigt ophold (§ 107), længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn).
Socialpædagogisk støtte	Socialpædagogisk støtte (§ 85), som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgernes private hjem.
Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud	Beskyttet beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104).
Hjælperordninger	Borgerstyret personlig assistance (BPA) (§ 96) og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere (§ 95)
Ledsagelse og kontaktperson for døvblinde	Ledsagerordning (§ 97) og kontaktperson for døvblinde (§ 98)
Herberger og forsorgshjem	Herberger og forsorgshjem (§ 110).
Kvindekrisecentre	Kvindekrisecentre (§ 109).
Stofmisbrugsbehandling	Stofmisbrugsbehandling (§ 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven).
Alkoholbehandling	Alkoholbehandling (§ 141 i sundhedsloven).
Kontante ydelser	Merudgiftsydelse til børn og unge efter servicelovens § 41, tabt arbejdsfortjeneste efter servicelovens § 42 og merudgiftsydelse til voksne efter servicelovens § 100.

I det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser indgår også modtagere af behandling efter servicelovens § 102. Modtagere af behandling er ikke beskrevet i et selvstændigt afsnit, da antallet af modtagere i datagrundlaget er lavt.

Der er ikke registerdata om alle indsatser efter serviceloven. Eksempelvis indgår modtagere af kontaktpersonordningen for personer med sindslidelse (§ 99) ikke i opgørelserne. Gruppebaseret hjælp (§ 82 a), tidsbegrænset socialpædagogisk støtte (§ 82 b) samt hjælpemidler (§ 112) og forbrugsgoder (§ 113) indgår eksempelvis heller ikke. Det betyder blandt andet, at opgørelserne af det samlede antal modtagere på voksenområdet må betragtes som et underkantsskøn.

Analysen viser udelukkende udviklingen i antallet af modtagere og belyser ikke intensiteten eller omfanget af indsatserne. Det er på baggrund af data ikke muligt at opgøre intensiteten i

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

indsatserne, idet der ikke indgår oplysninger om eksempelvis antal visiterede timer eller antal dage om ugen, indsatserne modtages.

2 Voksne modtagere af sociale indsatser i alt

I dette afsnit beskrives modtagerne på voksenområdet på tværs af alle målgrupper og indsatser på voksenområdet, hvor der er data.

Der knytter sig forbehold til opgørelsen af det samlede antal modtagere, da der er tale om en opgørelse på tværs af en række forskellige registre, der hver især er baseret på nogle udvalgte kommuner, som har godkendt data til Danmarks Statistik. Opgørelsen af det samlede antal modtagere på voksenområdet er baseret på i alt 38 kommuner. Der er opregnet fra de 38 kommuner til landsplan på baggrund af indbyggertal. Boks 2 uddyber datagrundlaget og usikkerhederne, der følger af, at ikke alle kommuner indgår.

Boks 2

Opgørelse af voksne modtagere af sociale indsatser i alt og forbehold

Det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser er opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne), Boforner, Kvindekrisecentre og registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. I bilag 1 er de enkelte statistikker nærmere beskrevet.

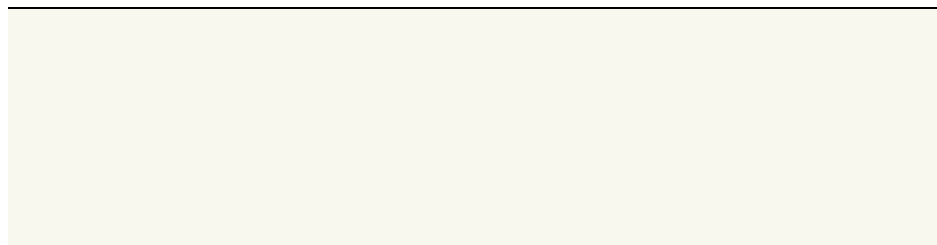
Datagrundlaget for opgørelsen af antal voksne modtagere i alt består af 38 kommuner. I registret Handicap og Udsatte (voksne) indgår i alt 45 kommuner, mens der i registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere indgår 74 kommuner for perioden 2017-2019. På tværs af de to registre er der 38 kommuner, der optræder i begge. Der er i alle fire registre afgrænset til de 38 kommuner.

De 38 kommuner er fordelt ud over landet, men der er relativt færre kommuner med under 20.000 indbyggere og relativt flere kommuner med 20.000-50.000 indbyggere blandt de 38 kommuner end på landsplan. De to største kommuner, København og Aarhus, indgår ikke blandt de 38 kommuner, mens Odense og Aalborg indgår. Den manglende fuldstændige kommunedækning giver anledning til usikkerhed, da socialområdet generelt er kendetegnet ved kommunale variationer, jf. fx Socialpolitisk Redegørelse 2020 (afsnit 3.6). Usikkerheden skyldes, at de 38 kommuner ikke nødvendigvis er repræsentative for antal modtagere af sociale indsatser, og at antal modtagere opregnes fra de 38 kommuner til landsplan pba. indbyggertal.

Det er Social- og Ældreministeriets erfaring, at de overordnede niveauer for antallet af modtagere er nogenlunde stabile på tværs af forskellige udgivelser af registrene og dermed forskellige kommuneudvalg. Eksempelvis skønnes det aktuelt, på baggrund af de 45 kommuner fra seneste udgivelse af Danmarks Statistiks register Handicap og Udsatte (voksne), at samlet set 47.800 personer modtog socialpædagogisk støtte i 2018. Baseret på en tidligere udgivelse af registret med 57 kommuner blev det skønnet, at 47.000 personer modtog socialpædagogisk støtte i 2018. Det svarer til en difference på ca. 2 pct. Den relative difference kan dog være større for indsatser, hvor antallet af modtagere af lavt, og hvor der opdeles på fx målgrupper. Det skal også nævnes, at Københavns Kommune ikke indgik i nogle af opgørelserne, og at dette må betragtes som en betydelig usikkerhed. Det er ikke muligt at kvantificere størrelsen af den samlede usikkerhed.

Social- og Ældreministeriet arbejder sammen med bl.a. KL og Danmarks Statistik på at forbedre datagrundlaget på socialområdet, herunder at der er en mere fuldstændig kommunedækning i statistikkerne.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



I opgørelsen på tværs af registre er det muligt at beskrive antallet af modtagere i perioden 2017-2019, da dette er fællesmængden af år, hvor der for hovedparten af statistikkerne er data.

Modtagere af alkoholbehandling indgår ikke. Det skyldes, at det seneste tilgængelige år for Det Nationale Alkoholbehandlingsregister er 2018. Modtagere af alkoholbehandling beskrives i et særskilt afsnit nedenfor.

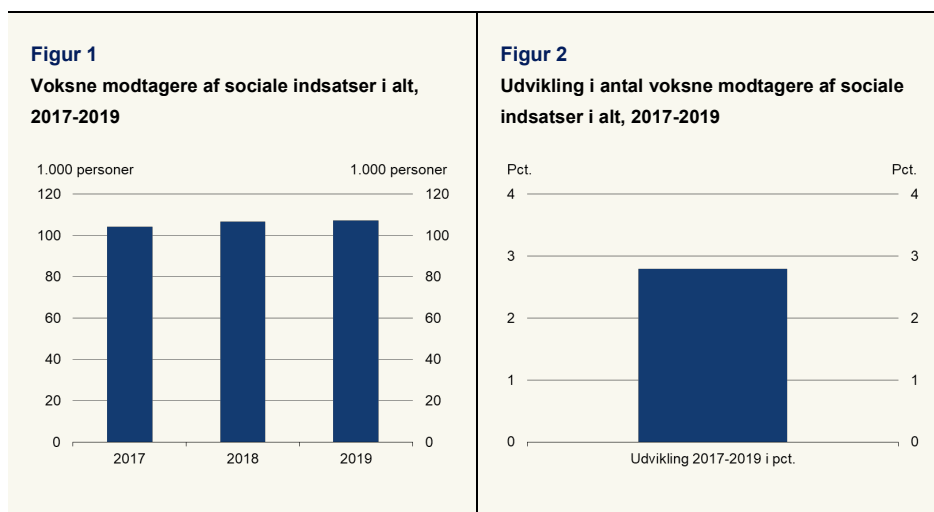
Formålet med opgørelsen på tværs af registre er at skønne over størrelsen af det samlede antal modtagere af sociale indsatser på voksenområdet i alt og at give en overordnet karakteristik af borgerne. Hvis man ønsker at vide mere om udviklingen i eksempelvis modtagere af botilbud eller brugere af kvindekrisecentre, skal man læse afsnittet om de to indsatser, da disse afsnit er baseret på mere fuldstændige data, der indeholder flere eller alle kommuner og en længere tidsperiode. Eksempelvis indeholder afsnittet om botilbud data fra de 45 kommuner i registret Handicap og Udsatte (voksne), mens afsnittet om kvindekrisecentre er baseret på alle modtagere på landsplan.

2.1 Antal modtagere og udvikling 2017-2019

Det skønnes, at det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser er i størrelsesordenen ca. 107.000 personer i 2019. Der er tale om et underkantsskøn, da der ikke er data om alle indsatser.

Antallet af modtagere er steget med ca. 3 pct. i perioden 2017-2019, jf. figur 1 og 2. Der knytter sig forbehold til opgørelsen, der er baseret på 38 kommuner og opregnet til landsplan, jf. også boks 2 ovenfor.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne), Boformer, Kvindekrisecentre og registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Der er afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv. Handicap og Udsatte (voksne) og registret om stofmisbrugsbehandling. For boformstatistikken og kvindekrisecenterstatistikken er der afgrænset til de 38 kommuner, baseret på borgerens bopælsadresse før opholdet. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se boks 2 og bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

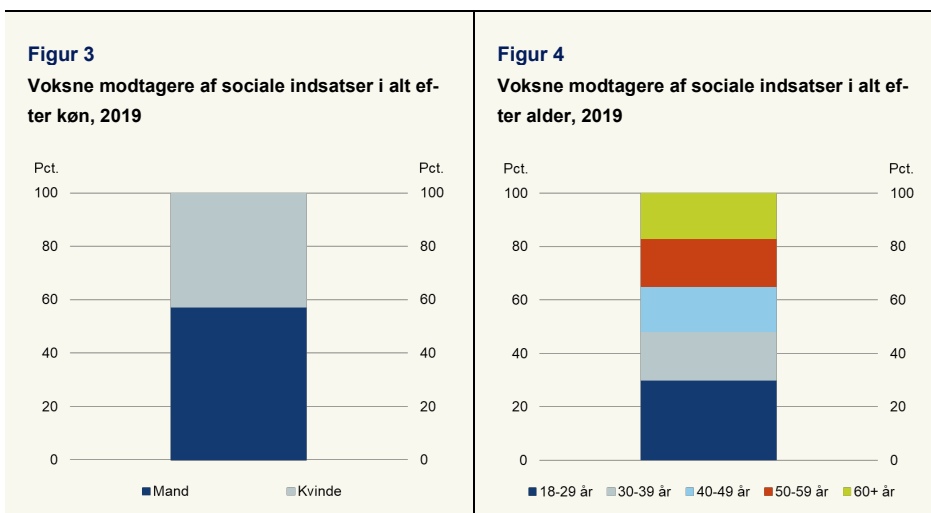
Tallene vist i figur 1 ovenfor fremgår af bilag 2.

2.2 Køn og alder

Der er en mindre overvægt af mænd, der dog ikke er markant. 57 pct. af modtagerne af sociale indsatser til voksne er mænd, og 43 pct. er kvinder, jf. figur 3.

Modtagerne af sociale indsatser til voksne omfatter et bredt spektrum af aldersgrupper. Omkring 30 pct. af modtagerne er 18-29 år, mens der er 17-18 pct. i hver af de resterende aldersgrupper, jf. figur 4.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne), Boformer, Kvindekrisecentre og registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Der er afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv. Handicap og Udsatte (voksne) og registret om stofmisbrugsbehandling. For boformstatistikken og kvindekrisecenterstatistikken er der afgrænset til de 38 kommuner, baseret på borgerens bopælsadresse før opholdet. Se boks 2 og bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

2.3 Forsørgelsesydelse

I dette afsnit og i tilsvarende afsnit om de enkelte sociale indsatser opgøres borgernes forsørgelsesydelse. Der er set på, hvilke ydelser borgerne modtager, betragtet samlet over året 2019. Boks 3 uddyber opgørelsen.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Boks 3

Opgørelse af forsørgelsesydelse

Opgørelsen af forsørgelsesydelse er baseret på Beskæftigelsesministeriets DREAM-register. Tabellerne viser gruppens samlede ydelsesgrad, opgjort over hele året 2019. Ydelsesgraden er opgjort som den gennemsnitlige andel af året, gruppen modtager ydelsen.

Der sondres i tabellerne mellem seks kategorier, hhv. 1) beskæftigelse/SU, 2) kontanthjælp mv. 3) ressourceforløb 4) førtidspension 5) folkepension og 6) øvrige.

Beskæftigelse opgøres på baggrund af branchekoder fra DREAM, hvor beskæftigelseskravet er, at der er betalt arbejdsmarkedsbidrag af lønindtægten. Beskæftigelse opgøres som personer med en branchekode, der ikke modtager andre forsørgelsesydelse i DREAM i ugen. Man indgår dermed som beskæftiget, hvis man ikke samtidigt modtager andre ydelse i ugen. Det betyder fx, at førtidspensionister i beskyttet beskæftigelse, som har en lønindtægt, fremgår under førtidspension og ikke under beskæftigelse. Ydelsen fleksjob inkluderes som beskæftigelse. SU er opgjort pba. DREAM.

Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring og selvforsørgelse.

Der er i opgørelserne af forsørgelsesydelse afgrænset til personer i DREAM, der er bosiddende i Danmark i alle uger i året 2019, og som ikke er døde i løbet af året.

Førtidspension er den hyppigste ydelse blandt voksne modtagere af sociale indsatser. Betraget over hele året modtog gruppen samlet set førtidspension i 49 pct. af 2019. Den næststørste ydelsestype er kontanthjælp mv. (kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse), som gruppen modtog 17 pct. af året.

Samlet set var 11 pct. i beskæftigelse eller modtog SU i løbet af 2019, mens 9 pct. modtog folkepension over perioden. Den samlede ydelsesgrad for ressourceforløb var 6 pct., og for alle øvrige ydelse var den 8 pct. Øvrige ydelse omfatter blandt andet dagpenge, sygedagpenge, revalidering mv., jf. tabel 1.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 1

Ydelsesgrader for voksne modtagere af sociale indsatser i alt, 2019

	Beskæftigelse/ SU	Kontant- hjælp mv.	Ressource- forløb	Førtidspen- sion	Folkepen- sion	Øvrige	I alt
	Pct.						
Sociale indsatser i alt	11	17	6	49	9	8	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne), Boformer, Kvindekrisecentre og registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Der er afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv. Handicap og Udsatte (voksne) og registret om stofmisbrugsbehandling. For boformstatistikken og kvindekrisecenterstatistikken er der afgrænset til de 38 kommuner, baseret på borgerens bopælsadresse før opholdet. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se boks 2 og bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Nedenfor beskrives modtagerne af de enkelte typer af sociale indsatser separat.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

3 Botilbud

I dette afsnit beskrives modtagere af botilbud på voksenområdet. Med botilbud forstås botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn).

Botilbud til midlertidigt ophold henvender sig blandt andet til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Der kan ikke sættes bestemte tidsmæssige grænser for opholdet. Opholdets varighed afhænger af, hvornår formålet med opholdet er opfyldt, så den enkelte kan klare sig uden den støtte, der ydes i den midlertidige boform.

Botilbud til midlertidigt ophold anvendes eksempelvis til personer med erhvervet hjerneskade eller sindslidelser med henblik på afprøvning af fremtidige bomuligheder. Midlertidigt ophold kan også anvendes med henblik på aflastning, weekendophold, optræning, udslusning samt stabilisering og forbedring af borgerens funktionsniveau.

Målgruppen for botilbud til længerevarende ophold er personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Målgruppen for socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud, omfattet af socialtilsyn, er personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, der har behov for at modtage støtten i en botilbudslignende ramme. I praksis kan botilbudslignende tilbud ofte være sammenlignelige med botilbud til længerevarende ophold, og målgruppen for de to har også en række lighedstræk, hvilket uddybes nedenfor.

Botilbud vil ofte være indrettet således, at hver beboer har sin egen bolig, og at der i tilknytning til boligen vil være en række fællesarealer, hvor beboerne eksempelvis spiser. Beboerne vil ud over selve opholdet få støtte af personalet til eksempelvis praktiske gøremål, personlig pleje og sociale aktiviteter, afhængigt af beboernes behov.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

3.1 Antal modtagere og udvikling

Det skønnes, at omkring 27.400 personer modtog et botilbud på landsplan i 2019. Det samlede antal modtagere af botilbud er steget fra 2015 til 2019 med omkring 2.200 personer på landsplan. Stigningen har været størst i starten af perioden. Fra 2018 til 2019 er antallet af personer på botilbud næsten uændret, jf. tabel 2.

Tabel 2

Antal modtagere af botilbud, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
	----- Personer -----				
Botilbud i alt	25.100	26.100	26.800	27.300	27.400

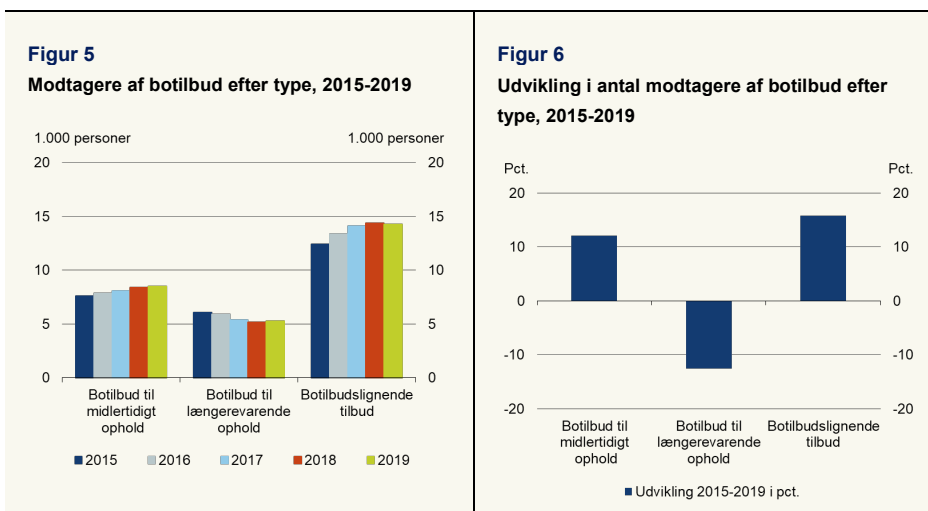
Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Botilbud omfatter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn). Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De senere år er der sket en omlægning af botilbudsområdet. Der har været en tendens til, at kommunerne har renoveret eller opført boliger til personer med handicap mv. efter almenboligloven, hvor borgeren blandt andet kan modtage hjælp i form af socialpædagogisk støtte efter serviceloven.

Denne bevægelse er afspejlet i tallene på den måde, at antallet af borgere i botilbud til længerevarende ophold efter servicelovens § 108 er faldet i perioden, mens antallet af modtagere af botilbudslignende tilbud er steget. Der er samtidigt i perioden sket en stigning i antal personer i botilbud til midlertidigt ophold, jf. figur 5 og 6.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Botilbud omfatter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn). Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tallene for antal modtagere fremgår af bilag 2.

Ved tolkning af resultaterne skal man være opmærksom på, at analysen omhandler antallet af modtagere af indsatserne og ikke omfanget eller intensiteten af indsatsen. Statistikken indeholder ikke oplysninger om indholdet af indsatsen, fx antallet af timers hjælp og støtte, der gives i forbindelse med indsatsen.

Den største gruppe af personer på botilbud omfatter personer med kognitive funktionsnedsættelser. Kognitive funktionsnedsættelser omfatter i denne sammenhæng blandt andet udviklingshæmning, hjerneskade og udviklingsforstyrrelser. Omkring 18.600 personer med kognitiv funktionsnedsættelse modtog i 2019 et botilbud, jf. tabel 3 nedenfor.

Den næststørste gruppe af personer er borgere med psykiske vanskeligheder, der blandt andet omfatter personer med en forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelser, angst, depression mv. I alt 7.500 personer med psykiske vanskeligheder modtog botilbud i 2019. Endelig er der henholdsvis 3.700 og 2.000 modtagere af botilbud i målgrupperne fysisk funktionsnedsættelse og socialt problem, jf. tabel 3.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 3

Modtagere af botilbud efter målgruppe og type af botilbud, 2019

	Fysisk funkti- onsnedsæt- telse	Kognitiv funkti- onsnedsæt- telse	Psykiske van- skeligheder	Socialt pro- blem	Alle målgrup- per
	----- Personer -----				
Botilbud til mid- lertidigt ophold	700	4.800	3.400	1.100	8.500
Botilbud til læn- gerevarende op- hold	900	3.400	1.600	400	5.300
Botilbudslig- nende tilbud	2.200	10.800	2.800	500	14.300
Botilbud i alt	3.700	18.600	7.500	2.000	27.400

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Botilbud omfatter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn). Den samme borger kan være registreret med flere botilbud i året. Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Antallene summerer derfor ikke til i alt. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere inden for målgruppen er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Oplysningerne om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Det skal bemærkes, at målgrupperne ikke nødvendigvis er en udtømmende beskrivelse af borgerens problematikker. Eksempelvis kan en borger have psykiske vanskeligheder, selvom kommunen ikke har tilknyttet denne målgruppekategori til borgerens indsats. Det er ikke et krav, at kommunerne indberetter samtlige målgruppe-kategorier, der kan være relevante for borgeren. Man skal derfor tolke de målgruppefor- delte tal med en vis varsomhed.

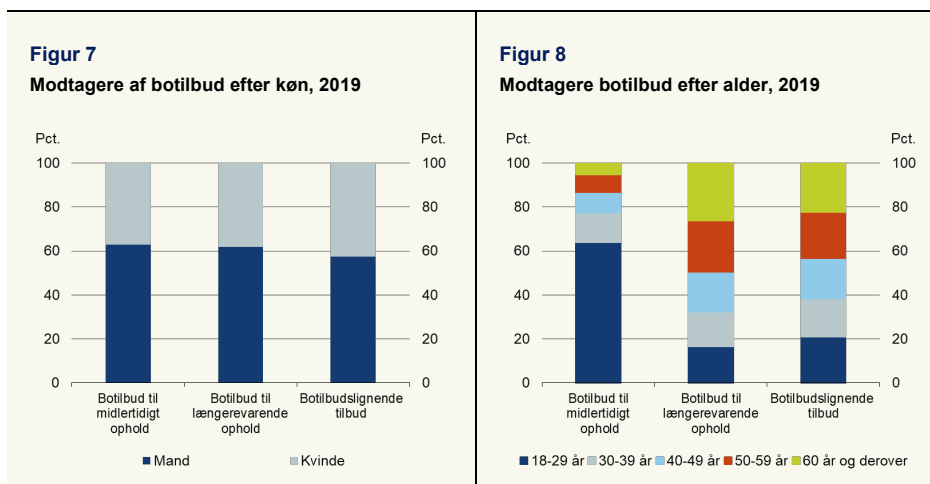
3.2 Køn og alder

Omkring 60 pct. af beboerne på botilbud er mænd, og omkring 40 pct. er kvinder. Det ser man for alle tre typer af botilbud, dog med mindre variationer, jf. figur 7 nedenfor.

Borgerne i botilbud til midlertidigt ophold er væsentligt yngre end borgerne i botilbud til læn- gerevarende ophold og borgerne i botilbudslignende tilbud. Aldersprofilen for borgerne i botil- bud til længerevarende ophold og botilbudslignede tilbud ligner derimod hinanden.

Blandt borgerne i botilbud til midlertidigt ophold er 64 pct. 18-29 år, mens det for borgerne i botilbud til længerevarende ophold og borgerne på botilbudslignende tilbud er henholdsvis 17 pct. og 21 pct., jf. figur 8 nedenfor. Omvendt er der flere i de lidt ældre aldersgrupper blandt borgerne i botilbud til længerevarende ophold end blandt beboerne på midlertidigt botilbud.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Botilbud omfatter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn). Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Aldersforskellene blandt modtagerne af de forskellige botilbudstyper skal blandt andet ses i lyset af, at de botilbuddene til midlertidigt ophold kan bruges til at støtte, rehabiliter og vurdere støttebehovene hos yngre voksne. Hvis borgeren har et varigt behov for et botilbud, kan borgeren visiteres til et botilbud med længerevarende ophold enten efter servicelovens § 108 eller et botilbudslignende tilbud efter fx almenboligloven. Her kan borgeren bo i en længere årrække.

3.3 Forsørgelsesydelse

Hovedparten af borgerne i botilbud til længerevarende ophold og i botilbudslignende tilbud modtager førtidspension, som samlet set modtages i ca. 80 pct. af 2019. Den næststørste ydelse blandt borgerne i botilbud til længerevarende ophold og botilbudslignende tilbud er folkepension.

Modtagerne af botilbud til midlertidigt ophold har en lidt anden ydelsesprofil. For denne gruppe af modtagere fylder kontanthjælp mv. (kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse) mere og førtidspension mindre. Samlet set modtager borgerne i botilbud til midlertidigt ophold kontanthjælp i 28 pct. af året, hvilket er betydeligt mere end blandt borgerne i botilbud til længerevarende ophold og botilbudslignende tilbud, hvor de tilsvarende tal er henholdsvis 2 og 4 pct., jf. tabel 4.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 4

Ydelsesgrader for modtagere af botilbud, 2019

	Beskæftigelse, SU	Kontant-hjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige	I alt
	Pct.						
Botilbud til midlertidigt ophold	4	28	9	49	2	8	100
Botilbud til længerevarende ophold	0	2	0	82	16	1	100
Botilbudslignende tilbud	2	4	2	80	13	1	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Botilbud omfatter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), botilbud til længerevarende ophold (§ 108) og socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om social tilsyn). Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Forskellene i ydelsesprofilen skal blandt andet ses i lyset af, at borgerne i botilbud til midlertidigt ophold er væsentligt yngre, og at et midlertidigt ophold kan bruges til at støtte, rehabilitering og vurdere støttebehovene hos yngre voksne.

Det er formentligt også i dette lys, at man skal forstå, at borgerne i botilbud til midlertidigt ophold modtager ressourceforløb (9 pct.) i et større omfang end blandt de to øvrige botilbudformer (henholdsvis 0 og 2 pct.). Ressourceforløb er en ordning for personer, der har komplekse problemer, som kræver et helhedsorienteret forløb med en kombination af beskæftigelses-, sociale og sundhedsmæssige indsatser.

Det skal dog også bemærkes, at en betydelig del af borgerne i botilbud til midlertidigt ophold allerede modtager førtidspension (49 pct.) og dermed har en varig, væsentligt nedsat arbejdsevne.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

4 Socialpædagogisk støtte

Dette afsnit handler om modtagere af socialpædagogisk støtte. Det omfatter socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, som ikke leveres på botilbud eller i botilbudslignende tilbud.

Langt hovedparten af beboerne i botilbud vil modtage en form for socialpædagogisk støtte, men denne støtte indgår ikke i afsnittet. Beboerne på botilbud er belyst ovenfor. Dette afsnit omhandler den gruppe af borgere, som modtager socialpædagogisk støtte, der leveres uden for botilbud, eksempelvis i borgerens eget hjem.

Målgruppen for socialpædagogisk støtte er personer, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Socialpædagogisk støtte kan i praksis omfatte mange forskellige typer indsatser, afhængigt af borgerens behov, og støtten kan gives med en meget varierende intensitet. Det er på baggrund af de eksisterende registerdata ikke muligt at beskrive, hvor mange timers støtte den enkelte borgere modtager.

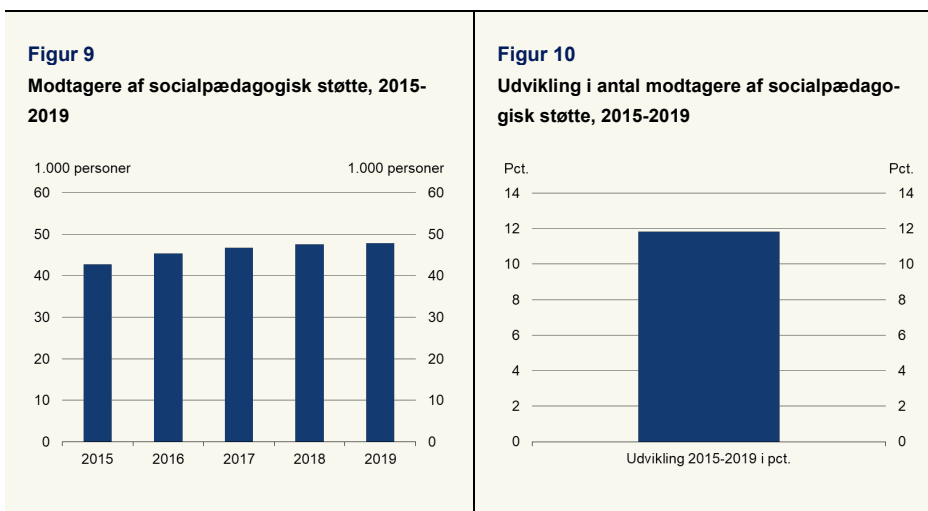
I mange kommuner betegnes en del § 85-støtte ofte som "bostøtte" eller en "hjemmevejleder", der kan støtte borgeren i en række forskellige konkrete opgaver, eksempelvis:

- Hjælp til selvhjælp på praktiske områder (optræning i påklædning, rengøring, madlavning, spisning og pædagogisk ledsagelse på indkøb og udflugter mv.).
- Struktur på dagligdagen (tilknytning til meningsfulde aktiviteter, uddannelse, fritid mv.).
- Støtte til udvikling og fastholdelse af sociale kompetencer, relationer, varetagelse af forælderrolle mv.
- Støtte i kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud mv.

4.1 Antal modtagere og udvikling

Det skønnes, at samlet set 47.800 personer på landsplan modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem i 2019. Antal modtagere af socialpædagogisk støtte er steget i perioden 2015-2019 med knap 12 pct., jf. figur 9 og 10.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Socialpædagogisk støtte omfatter indsatsen øvrig socialpædagogisk støtte (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgernes private hjem). Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen har været størst i starten af perioden 2015-2019. Den procentvise stigning i antal modtagere mellem de enkelte år var 5,9 pct. fra 2015 til 2016, mens stigningstakten faldt til 0,6 pct. fra 2018 til 2019 (ikke vist i figur). Hovedparten af stigningen er dermed sket i de første år, og stigningstakten nærmer sig nul i det seneste år, hvor der er data. Tallene for antal modtagere de enkelte år fremgår af bilag 2.

Ved tolkning af resultaterne skal man være opmærksom på, at analysen omhandler antallet af modtagere af indsatserne og ikke omfanget eller intensiteten af indsatsen. Statistikken indeholder ikke oplysninger om indholdet af indsatsen, fx antallet af timers hjælp og støtte, der gives i forbindelse med indsatsen.

Ud af den samlede gruppe på 47.800 modtagere af socialpædagogisk støtte, udgør personer med psykiske vanskeligheder (23.800 personer) og med kognitiv funktionsnedsættelse (20.500 personer) de to største målgrupper, jf. tabel 5. Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunens vurdering, og den samme borgere kan være registreret med flere målgrupper.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 5

Modtagere af socialpædagogisk støtte efter målgruppe, 2019

	Fysisk funktionsnedsættelse	Kognitiv funktionsnedsættelse	Psykiske vanskeligheder	Social problem	Alle målgrupper
	----- Personer -----				
Socialpædagogisk støtte	3.500	20.500	23.800	6.200	47.800

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Socialpædagogisk støtte omfatter indsatsen øvrig socialpædagogisk støtte (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgernes private hjem) Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Antallene summerer derfor ikke til i alt. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere inden for målgruppen er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

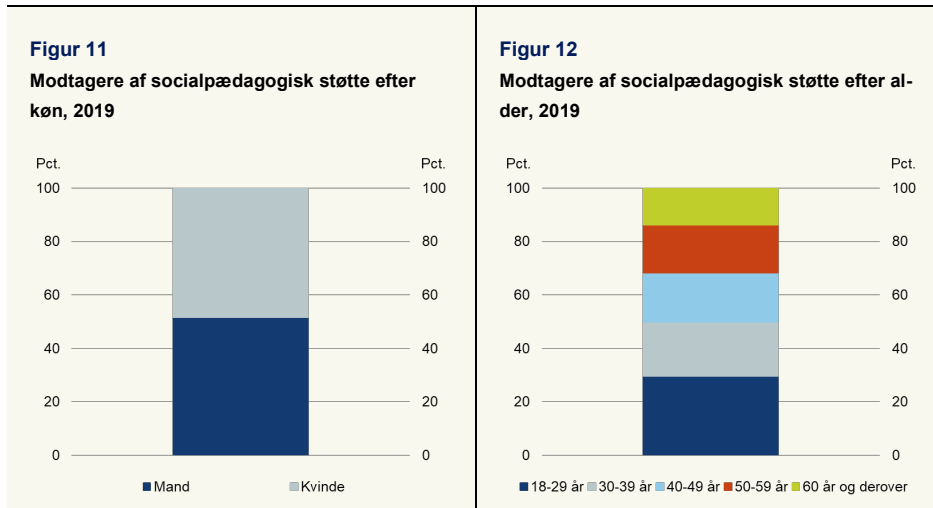
4.2 Køn og alder

Omkring 52 pct. af modtagerne af socialpædagogisk støtte er mænd, og 48 pct. er kvinder. Kønsfordelingen er dermed næsten ligelig, jf. figur 11 nedenfor.

Modtagerne af socialpædagogisk støtte omfatter en bred vifte af aldersgrupper. Der er ikke en tydeligt dominerende aldersgruppe som for modtagere af eksempelvis botilbud til midlertidige ophold, hvor 64 pct. er 18-29 år, jf. afsnittet ovenfor.

Blandt modtagerne af socialpædagogisk støtte er 30 pct. i aldersgruppen 18-29 år. Samlet set er der imidlertid også 32 pct., der er 50 år eller derover, jf. figur 12. Den brede aldersfordeling viser, at socialpædagogisk støtte benyttes af kommunerne som en støtteform til både yngre og ældre voksne.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik Socialpædagogisk støtte omfatter støtte efter servicelovens § 85 og er opgjort som indsatsen "Øvrig socialpædagogisk støtte" (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgernes private hjem). Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

4.3 Forsørgelsesydelse

Den dominerende forsørgelsesydelse for modtagere af socialpædagogisk støtte er førtidspension, idet gruppen samlet set modtog førtidspension i 45 pct. af 2019. Den næststørste forsørgelsesydelse er kontanthjælp mv. (19 pct.). Der var imidlertid også 11 pct. af gruppen, der var i beskæftigelse (inkl. fleksjob) eller modtog SU i 2019, jf. tabel 6.

Tabel 6

Ydelsesgrader for modtagere af socialpædagogisk støtte, 2019

	Beskæftigelse, SU	Kontanthjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige	I alt
				Pct.			
Socialpædagogisk støtte	11	19	10	45	6	9	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Socialpædagogisk støtte omfatter støtte efter servicelovens § 85 og er opgjort som indsatsen "Øvrig socialpædagogisk støtte" (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx borgernes private hjem). Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

5 Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud

Beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103 og aktivitets- og samværstilbud efter § 104 omfatter en række forskellige former for dagtilbud til personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer.

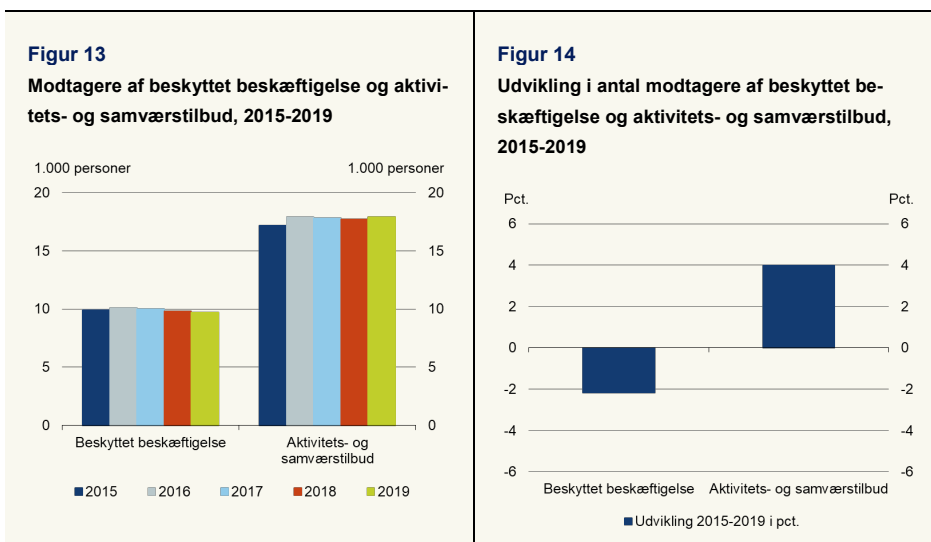
Målgruppen for beskyttet beskæftigelse er personer under 65 år med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, som ikke kan varetage et ordinært arbejde eller deltage i tilbud om aktivering eller revalidering. Beskyttet beskæftigelse kan foregå i beskyttede værksteder. Det kan også organiseres i virksomheder, der har behov for at få udført arbejdsopgaver, som kan udføres af personer med nedsat funktionsevne.

Målgruppen for aktivitets- og samværstilbud er personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med støtten er at give borgeren mulighed for at komme hjemmefra og deltage i sociale aktiviteter, hvor der er mulighed for at udfolde sig sammen med andre og deltage i et socialt fællesskab. Der kan være tale om tilbud med visitation eller åbne tilbud uden visitation. I denne analyse indgår alene personer, der er registreret af kommunen som modtagere af aktivitets- og samværstilbud. Brugere af åbne aktivitets- og samværstilbud, eksempelvis væresteder uden visitation, indgår dermed ikke.

5.1 Antal modtagere og udvikling

Det skønnes, at 9.700 personer på landsplan modtog tilbud om beskyttet beskæftigelse, og at 17.900 personer modtog aktivitets- og samværstilbud i 2019. Samlet set har der været et mindre fald i antallet af modtagere af beskyttet beskæftigelse og en mindre stigning i antal modtagere af aktivitets- og samværstilbud i perioden 2015-2019, jf. figur 13 og 14.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Beskyttet beskæftigelse omfatter serviceloven § 103. Aktivitets- og samværstilbud omfatter servicelovens § 104. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ved tolkning af resultaterne skal man være opmærksom på, at analysen omhandler antallet af modtagere af indsatserne og ikke omfanget eller intensiteten af indsatsen. Statistikken indeholder ikke oplysninger om indholdet af indsatsen, fx antallet af timers hjælp og støtte, der gives i forbindelse med indsatsen.

Personer med kognitiv funktionsnedsættelse er den største målgruppe for både beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. I alt 7.800 personer ud af 9.700 modtagere af beskyttet beskæftigelse er i målgruppen kognitiv funktionsnedsættelse. For aktivitets- og samværstilbud er det 13.400 personer ud af 17.900 personer, der har en kognitiv funktionsnedsættelse, jf. tabel 7.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 7

Modtagere af beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud efter målgruppe, 2019

	Fysisk funktionsnedsættelse	Kognitiv funktionsnedsættelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Alle målgrupper
	----- Personer -----				
Beskyttet beskæftigelse	1.000	7.800	1.400	200	9.700
Aktivitets- og samværstilbud	2.700	13.400	3.700	500	17.900

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Socialpædagogisk støtte omfatter indsatsen øvrig socialpædagogisk støtte (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx borgernes private hjem) Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Antallene summerer derfor ikke til i alt. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere inden for målgruppen er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

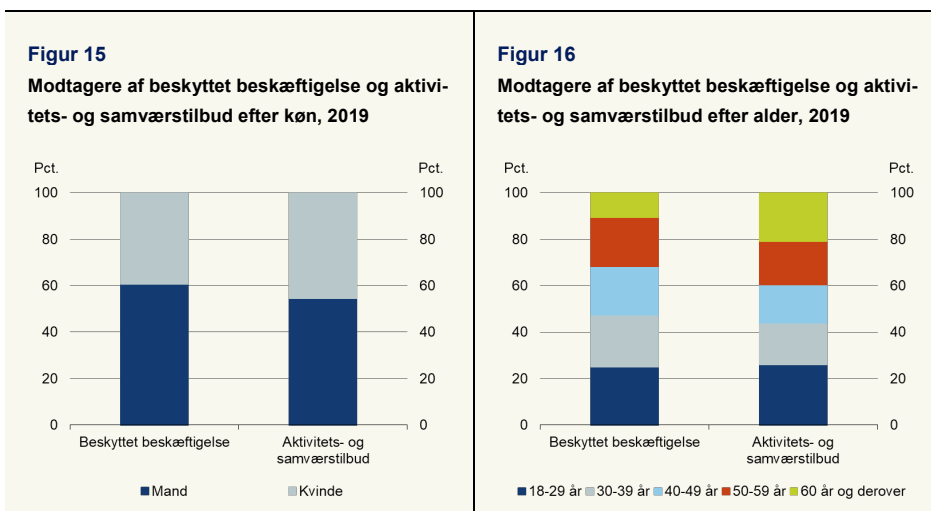
Ved læsning af tabellen skal det dog bemærkes, at brugere af ikke-visiterede aktivitets- og samværstilbud ikke indgår. Disse tilbud henvender sig blandt andet til personer med psykiske vanskeligheder og sociale problemer, der dermed formentligt er underrepræsenteret, når der alene ses på de visiterede borgere.

5.2 Køn og alder

Samlet set er 61 pct. af modtagerne af beskyttet beskæftigelse mænd, mens 39 pct. er kvinder. For aktivitets- og samværstilbud er 54 pct. mænd, og 46 pct. kvinder, jf. figur 15. Der er dermed en mindre overvægt af mænd på begge tilbudsformer.

Modtagerne af beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud omfatter en bred vifte af aldersgrupper. For aktivitets- og samværstilbud ser man eksempelvis, at 26 pct. er 18-29 år, mens der samtidig er 21 pct., der er over 60 år, jf. figur 16.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Beskyttet beskæftigelse omfatter serviceloven § 103. Aktivitets- og samværstilbud omfatter servicelovens § 104. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ved læsning af figur 16 skal det bemærkes, at beskyttet beskæftigelse henvender sig til personer under 65 år, hvilket kan forklare at gruppen på 60 år og derover er relativt lille.

Det er i analysen ikke muligt at belyse, hvorvidt de meget forskellige aldersgrupper modtager tilbuddet på samme konkrete tilbud eller i hvor høj grad, der er tale om aldersdifferentierede tilbud.

5.3 Forsørgelsesydelse

Førtidspension er den primære forsørgelsesydelse for modtagere af beskyttet beskæftigelse. Samlet set modtager 94 pct. førtidspension i 2019. Førtidspension omfatter også førtidspensionister, der har en lønindtægt fra eksempelvis beskyttet beskæftigelse. Blandt gruppen af borgere i aktivitets- og samværstilbud modtages førtidspension i 75 pct. og folkepension i 11 pct. af året, jf. tabel 8.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 8

Ydelsesgrader for modtagere af beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, 2019

	Beskæfti- gelse, SU	Kontant- hjælp mv.	Ressource- forløb	Førtidspen- sion	Folkepen- sion	Øvrige	I alt
	Pct.						
Beskyttet beskæfti- gelse	0	1	1	94	3	0	100
Aktivitets- og sam- værstilbud	3	5	2	75	11	3	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Beskyttet beskæftigelse omfatter serviceloven § 103. Aktivitets- og samværstilbud omfatter service-lovens § 104. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6 BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere

Dette afsnit handler om modtagere af borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens § 96 og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter servicelovens § 95.

Borgerstyret personlig assistance (BPA) efter servicelovens § 96 omfatter tilskud til dækning af udgifter til ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse. Målgruppen er borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har et behov, der gør det nødvendigt at modtage denne særlige støtte. Det er en betingelse, at borgeren er i stand til at fungere som arbejdsleder for hjælperne.

Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter servicelovens § 95 omfatter flere ordninger, og reglerne kan her ikke beskrives udtømmende. Der kan dog gives nogle eksempler. Der kan eksempelvis ydes kontant tilskud til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for hjemmehjælp i mere end 20 timer ugentligt. Hjælpen kan udbetales til nærtstående, der passer borgeren, efter nærmere regler. Der kan eksempelvis være tale om unge voksne med betydelige handicap, der passes af forældre i hjemmet. Efter nærmere regler kan der også ydes kontant tilskud til ansættelse af hjælpere til at yde overvågning om natten til unge i alderen 18-23 år. Målgruppen kan eksempelvis være unge voksne med livstruende sygdomme, der om dagen passes af forældre, og om natten overvåges af hjælpere.

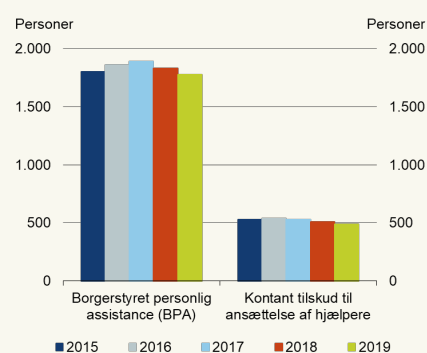
6.1 Antal modtagere og udvikling

Det skønnes, at der på landsplan var omkring 1.780 modtagere af BPA og 490 modtagere af kontant tilskud til ansættelse af hjælpere i 2019. Antallet af modtagere under BPA-ordningen er steget lidt i perioden 2015-2017 og er derefter faldet lidt frem mod 2019. Samlet set er antallet af modtagere af BPA næsten uændret i perioden 2015-2019. Antallet af modtagere af kontant tilskud er faldet ca. 8 pct. i perioden 2015-2019, jf. figur 17 og 18.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

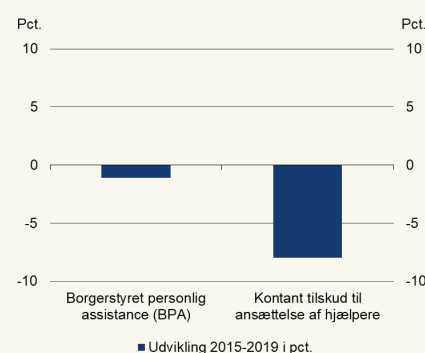
Figur 17

Modtagere af BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, 2015-2019



Figur 18

Udvikling i antal modtagere af BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, 2015-2019



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Borgerstyret personlig assistance (BPA) omfatter servicelovens § 96. Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere omfatter servicelovens § 95. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen af antal modtagere af kontant tilskud efter § 95 på grund af betydelige forskelle i indberetningspraksis. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 10. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De relative ændringer, vist i figur 18 ovenfor, baserer sig på et begrænset antal personer. Faldet på 8 pct. i antal modtagere af kontant tilskud til ansættelse af hjælpere fra 2015 til 2019 dækker over en ændring fra 530 personer i 2015 til 490 personer i 2019 på landsplan (opregnede tal afrundet til hele 10).

Modtagere af BPA er langt overvejende i målgruppen af personer med fysisk funktionsnedsættelse. Ud af samlet 1.780 modtagere af BPA var 1.690 personer i målgruppen med fysisk funktionsnedsættelse i 2019. Dette kan blandt andet ses i lyset af, at der er tale om en ordning, hvor borgeren selv fungerer som arbejdsleder for hjælperne.

For kontant tilskud til ansættelse af hjælpere var 370 modtagere i målgruppen fysisk funktionsnedsættelse ud af samlet 490 modtagere i 2019, jf. tabel 9.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 9

Modtagere BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter målgruppe, 2019

	Fysisk funktionsnedsættelse	Kognitiv funktionsnedsættelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Alle målgrupper
----- Personer -----					
Borgerstyret personlig assistance (BPA)	1.690	100	-	-	1.780
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere	370	190	-	-	490

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Borgerstyret personlig assistance (BPA) omfatter servicelovens § 96. Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere omfatter servicelovens § 95. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen af antal modtagere af kontant tilskud efter § 95 på grund af betydelige forskelle i indberetningspraksis. Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Antallene summerer derfor ikke til i alt. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere inden for målgruppen er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 10. "-" angiver diskretionering ved antal modtagere under 6 personer. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For begge ordninger er der kun meget få eller ingen modtagere med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Resultaterne afspejler, at BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere er handicapkompenserende ordninger.

6.2 Køn og alder

Kønsfordelingen er stort set lige for både BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, jf. figur 19 nedenfor.

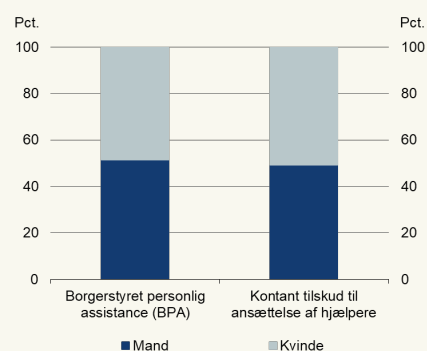
Aldersfordelingen er derimod varierende. Blandt modtagere af kontant tilskud til ansættelse af hjælpere er 50 pct. 18-29 år, mens det for BPA er 18 pct. Den betydelige overvægt af unge voksne under ordningen for kontant tilskud kan blandt andet ses i lyset af, at der kan ydes støtte til forældre, der passer voksne børn med handicap i hjemmet. Det er dog ikke alene yngre voksne, der modtager tilskud under ordningen, idet 19 pct. af modtagerne af kontant tilskud er 60 år eller derover.

Borgerstyret personlig assistance benyttes af en bred aldersgruppe, hvor der både indgår yngre voksne og ældre. Der er dog en overvægt af personer i aldersgrupperne 50-59 år og 60 år og derover. Samlet set er 55 pct. af modtagerne af BPA 50 år eller derover, jf. figur 20.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

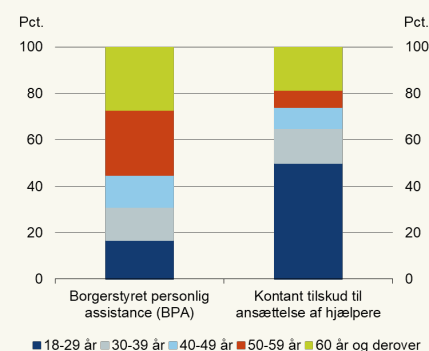
Figur 19

Modtagere af BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter køn, 2019



Figur 20

Modtagere af BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter alder, 2019



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Borgerstyret personlig assistance (BPA) omfatter servicelovens § 96. Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere omfatter servicelovens § 95. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen af antal modtagere af kontant tilskud efter § 95 på grund af betydelige forskelle i indberetningspraksis. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.3 Forsørgelsesydelse

Den største forsørgelsesydelse for modtagere af borgerstyret personlig assistance og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere er førtidspension. Samlet set modtog borgerne med en BPA-ordning førtidspension i 64 pct. af 2019. Blandt borgerne, der modtager kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, stod førtidspension for 85 pct. af ydelserne i 2019.

For modtagerne er BPA var 15 pct. af gruppen i beskæftigelse eller modtager SU i 2019, jf. tabel 10.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 10

Ydelsesgrader for modtagere af BPA og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, 2019

	Beskæftigelse, SU	Førtidspension	Folkepension	Øvrige	I alt
	----- Pct. -----				
Borgerstyret personlig assistance (BPA)	15	64	14	7	100
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere	-	85	11	3	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik Borgerstyret personlig assistance (BPA) omfatter servicelovens § 96. Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere omfatter servicelovens § 95. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen af antal modtagere af kontant tilskud efter § 95 på grund af betydelige forskelle i indberetningspraksis. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. (kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse) og ressourceforløb er lagt ind under kategorien Øvrige, da antal modtagere er lavt. Øvrige omfatter bl.a. kontanthjælp mv., ressourceforløb, dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. "-" henviser til, at beskæftigelse, inkl. fleksjob og SU er inkluderet i kategorien Øvrige for modtagere af kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, da antallet af modtagere er lavt. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

7 Ledsagelse og kontaktperson for døvblinde

Dette afsnit handler om modtagere af ledsagerordning efter serviceloven § 97 og kontaktpersonordningen for døvblinde efter servicelovens § 98.

Ledsagerordningen henvender sig til personer mellem 18 år og folkepensionsalderen, der ikke kan færdes alene uden for hjemmet på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Disse personer har ret til 15 timers individuel ledsagelse om måneden. Personer, der er visiteret til ledsagelse før overgang til folkepension, bevarer ledsagerordningen efter overgang til folkepension.

Det overordnede formål med ledsagerordningen er at medvirke til integration i samfundet, og ordningen skal ses som et led i bestræbelserne på at øge mulighederne for selvstændighed, valgfrihed og ansvar for egen tilværelse hos personer med handicap. Ledsagerordningen skal bruges til selvvalgte aktiviteter, som personen med funktionsnedsættelse selv bestemmer indholdet i. Som eksempler på selvvalgte aktiviteter kan nævnes indkøb, ture ud i naturen, cafébesøg, museumsbesøg, biografbesøg mv.

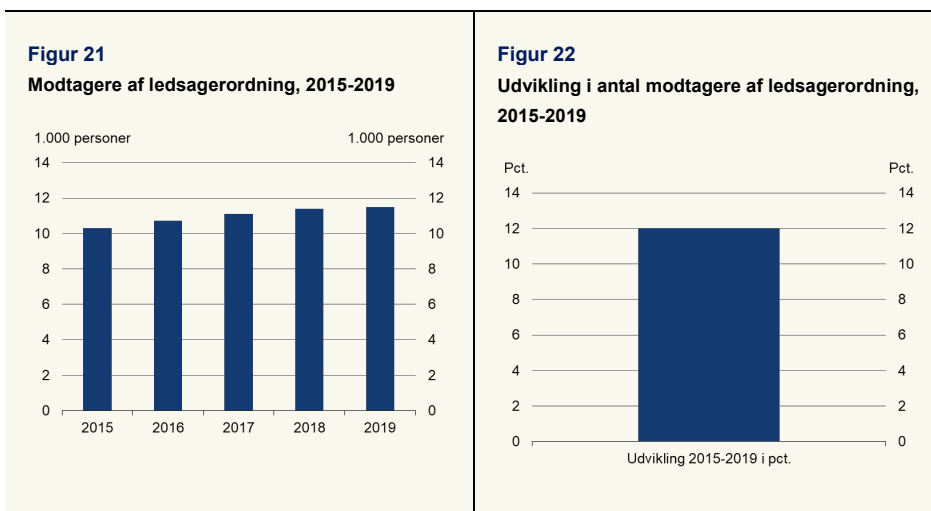
Kontaktpersonordningen for døvblinde er en ordning specifikt målrettet døvblinde. Formålet med kontaktpersonordningen er at give borgeren mulighed for at få en særlig form for hjælp, der kan være med til at bryde modtagerens isolation samt bidrage til, at modtageren kan leve så normalt som muligt på trods af det meget svære kommunikationshandicap og massive ledsagebehov, som døvblindhed indebærer.

7.1 Antal modtagere og udvikling

Antal modtagere af ledsagerordning og kontaktperson for døvblinde beskrives i separate figurer, da antal modtagere er meget forskelligt for de to ordninger.

Det skønnes, at der var omkring 11.500 modtagere af ledsagerordning efter servicelovens § 97 i 2019. Antallet af modtagere af ledsagerordning har været stigende i perioden 2015-2019 fra omkring 10.300 i 2015 til ca. 11.500 i 2019. Det svarer til en stigning på omkring 12 pct. jf. figur 21 og 22.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Ledsagerordning omfatter servicelovens § 97. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

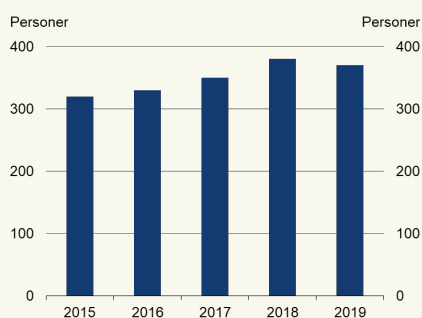
Ved tolkningen af stigningen i ledsagelse skal det bemærkes, at Danmarks Statistik i dokumentationen af statistikken fremhæver, at man i en enkelt kommune har kendskab til, at en stigning i ledsagelse skyldes en ændret registreringspraksis for borgere på botilbud, der er bevilget ledsagelse. Før 2017 var borgerne registreret med ophold på botilbud, hvor ledsagerordning har været en del af opholdet, og hvor ledsagerordningen ikke var registreret selvstændigt. Fra 2017 har man i kommunen registreret borgere, som modtager ledsagerordning og samtidig bor på botilbud, under begge ydelsesyper. Dermed kan udviklingen fra 2015-2019 være overvurderet, da modtagere af ledsagerordningen kan være undervurderet i 2015 og 2016.

Antallet af modtagere af kontaktperson for døvblinde efter servicelovens § 98 skønnes at være omkring 370 personer på landsplan i 2019. Antallet af modtagere af kontaktpersonordningen er steget 16 pct. i perioden 2015-2019, jf. figur 23 og 24. De relative stigninger vist i figur 24 er baseret på et begrænset antal personer og skal derfor tages med forbehold.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

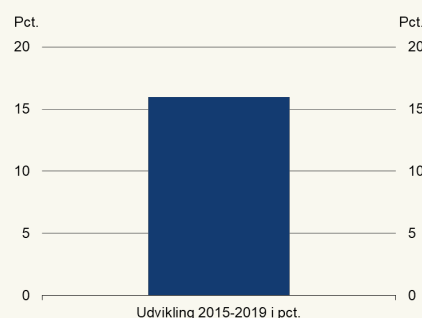
Figur 23

Antal modtagere af kontaktperson for døvblinde, 2015-2019



Figur 24

Udvikling i antal modtagere kontaktperson for døvblinde, 2015-2019



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Kontaktperson for døvblinde omfatter servicelovens § 98. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 10. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af ledsagerordning er hovedsageligt enten i målgruppen af personer med fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Blandt de 11.500 modtagere af ledsagerordning har 5.600 personer en fysisk funktionsnedsættelse og 6.700 personer en kognitiv funktionsnedsættelse. Modtagere af kontaktperson for døvblinde er næsten udelukkende personer med fysisk funktionsnedsættelse, jf. tabel 11.

Tabel 11

Modtagere af ledsagerordning og kontaktperson for døvblinde efter målgruppe, 2019

	Fysisk funktionsnedsættelse	Kognitiv funktionsnedsættelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Alle målgrupper
	----- Personen -----				
Ledsagerordning	5.600	6.700	300	100	11.500
Kontaktperson for døvblinde	360	20	-	-	370

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Ledsagerordning omfatter servicelovens § 97. Kontaktperson for døvblinde omfatter servicelovens § 98. Oplysningen om målgruppe er baseret på kommunernes vurdering. Den samme borger kan være registreret i flere målgrupper. Antallene summerer derfor ikke til i alt. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere inden for målgruppen er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100 for ledsagerordning og til nærmeste 10 for kontaktperson for døvblinde. "-" angiver diskretionering ved antal modtagere under 6 personer. Se bilag 1 for yderligere.

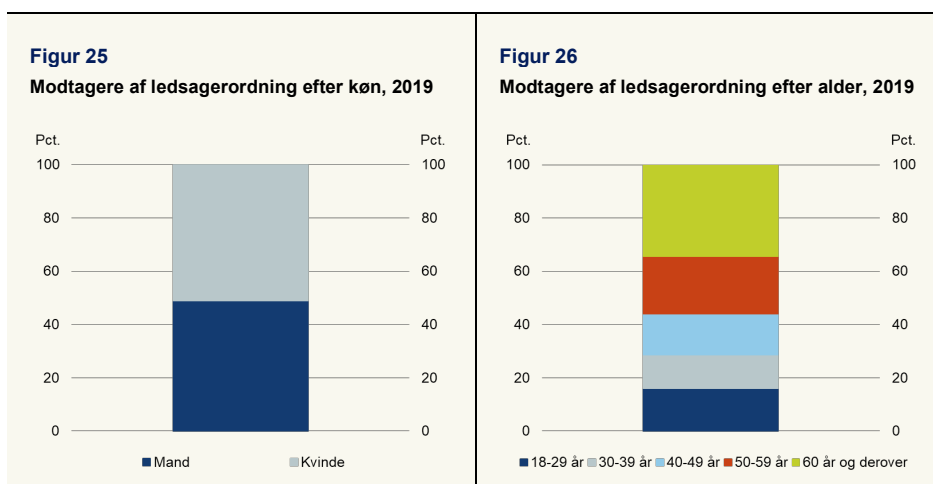
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

For begge ordninger er der kun få eller ingen modtagere med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Resultaterne afspejler, at ledsagerordningen og kontaktperson for døvblinde er handicapkompenserende ordninger.

7.2 Køn og alder

Kønsfordelingen blandt modtagere af ledsagerordning er nogenlunde lige, idet 49 pct. er mænd, og 51 pct. er kvinder. Aldersmæssigt er der en overvægt blandt de lidt ældre aldersgrupper. Samlet set er 56 pct. af modtagerne 50 år eller derover. Men samtidigt benyttes ordningen også blandt de yngre voksne, idet 16 pct. er 18-29 år, jf. figur 25 og 26.



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Ledsagerordning omfatter servicelovens § 97. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

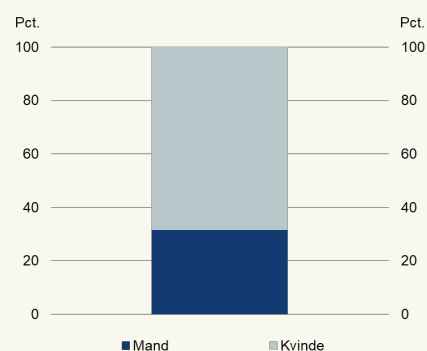
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt modtagerne af kontaktpersonordningen for døvblinde er 32 pct. er mænd og 68 pct. kvinder. Aldersmæssigt er der en markant overvægt af de ældre aldersgrupper. Samlet set er 74 pct. af modtagerne 60 år eller derover. Kun 7 pct. af modtagerne af kontaktperson for døvblinde er i aldersgruppen 18-39 år, jf. figur 27 og 28.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

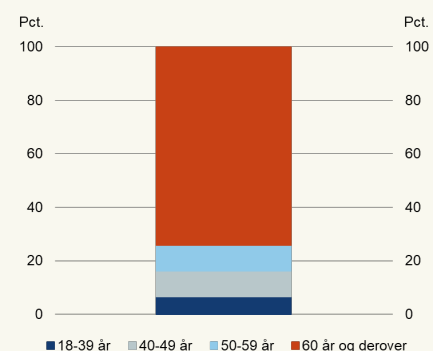
Figur 27

Modtagere af kontaktperson for døvblinde efter køn, 2019



Figur 28

Modtagere af kontaktperson for døvblinde efter alder, 2019



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Kontaktperson for døvblinde omfatter servicelovens § 98. Aldersgrupperne 18-29 år og 30-39 år er slået sammen, da antal personer er for lavt. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

7.3 Forsørgelsesydelse

Den største forsørgelsesydelse blandt modtagerne af ledsagerordning er førtidspension. Samlet set modtog gruppen førtidspension i 72 pct. af 2019. Den næststørste forsørgelsesydelse er folkepension, som 20 pct. modtog i 2019, jf. tabel 12.

Tabel 12

Ydelsesgrader for modtagere af ledsagerordning, 2019

	Beskæftigelse, SU	Kontant-hjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige	I alt
	----- Pct. -----						
Ledsagerordning	4	2	1	72	20	2	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Ledsagerordning omfatter servicelovens § 97. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De største forsørgelsesydelser blandt modtagerne af kontaktpersonordningen for døvblinde er folkepension (69 pct.) og førtidspension (27 pct.) jf. tabel 13. At så mange modtager folkepension kan ses i sammenhæng med modtagernes aldersprofil, idet der er en overvægt af personer på 60 år eller derover. Da antallet af modtagere kontaktpersonordningen for døve

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

er lavt, er kategorierne beskæftigelse/SU, kontanthjælp mv. samt ressourceforløb lagt under kategorien Øvrige.

Tabel 13

Ydelsesgrader for modtagere af kontaktperson for døvblinde, 2019

	Førtidspension	Folkepension	Øvrige	I alt
	----- Pct. -----			
Kontaktperson for døvblinde	27	69	4	100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Kontaktperson for døvblinde omfatter servicelovens § 98. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Øvrige omfatter bl.a. beskæftigelse, SU, fleksjob, kontanthjælp mv., ressourceforløb, dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

8 Herberger og forsorgshjem

I dette afsnit beskrives brugere af boformer efter servicelovens § 110, som primært omfatter herberger og forsorgshjem.

Ifølge VIVEs nationale hjemløsetælling i 2019 er det omkring en tredjedel af alle personer i hjemløshed, som benytter sig af herberger og forsorgshjem. Andre situationer, som personer i hjemløshed kan befinde sig i, indebærer fx at overnatte på gaden, bo midlertidigt hos familie og venner eller benytte sig af natvarmestuer.¹

Herberger og forsorgshjem oprettes og drives efter servicelovens § 110, som indebærer, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp. Optagelse kan ske ved egen henvendelse eller ved henvisning fra offentlige myndigheder. Det er lederen, der træffer afgørelse om optagelse og udskrivning.

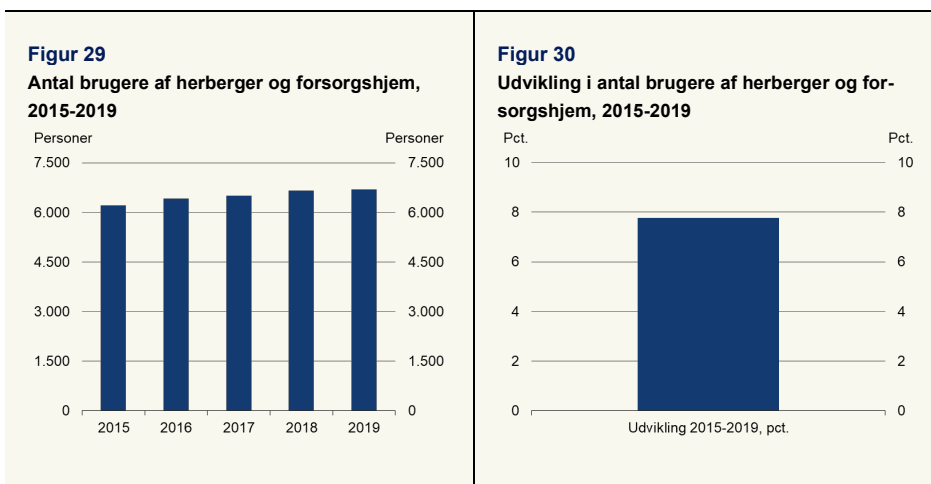
Formålet med indsatsen på herberger og forsorgshjem er at hjælpe personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, over akutte vanskeligheder og understøtte overgangen til en varig boligløsning. Det er således hensigten, at herberger eller forsorgshjem kan anvendes som en midlertidig løsning, der er tilgængelig for mennesker, der står i en akut situation. Det er ikke intentionen, at man skal leve sit liv der.

8.1 Antal modtagere og udvikling

I 2019 var der omkring 6.700 personer, der benyttede sig af herberger og forsorgshjem på et tidspunkt i løbet af året. Antallet af brugere er steget med 8 pct. siden 2015, hvor der var ca. 6.200 brugere, jf. figur 29 og 30.

¹ "Hjemløshed i Danmark 2019", VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: Brugere omfatter personer, der har benyttet boformer efter § 110 (SEL) på et tidspunkt i løbet af året. Brugere med mere end ét ophold i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Ved indberetningen af data i 2019 er boformerne blevet bedt om at godkende data for perioden 2017-2019. Andelen af brugere med afviste ophold af boformerne er 5 pct. i 2017, 3 pct. i 2018 og 2 pct. i 2019. For at undgå at underestimere antallet af brugere i de tre år, er der derfor opregnet til en landstotal. For yderligere om datagrundlag og opregningsmetode se bilag 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

8.2 Køn og alder

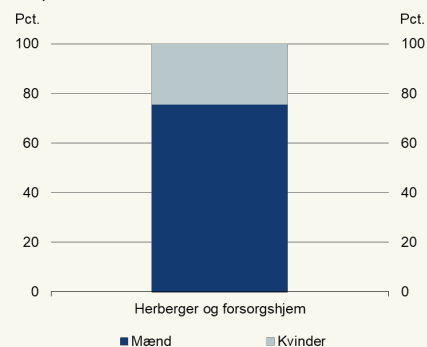
Langt de fleste brugere af herberger og forsorgshjem er mænd. I 2019 var 76 pct. af brugerne mænd og 24 pct. var kvinder, jf. figur 31.

De ældste brugere udgør den mindste gruppe. Omkring 10 pct. af brugerne i 2019 var 60 år eller derover. De resterende aldersgrupper udgjorde mellem 20 og 26 pct. af brugerne, hvor de yngste i alderen 18-29 år var den største gruppe, jf. figur 32.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

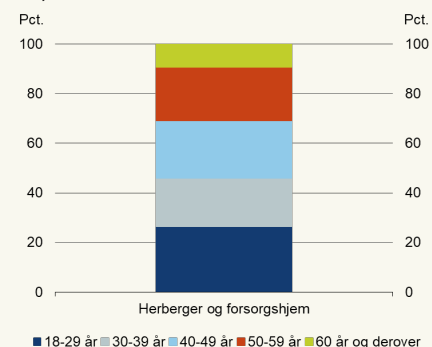
Figur 31

Brugere af herberger og forsorgshjem efter køn, 2019



Figur 32

Brugere af herberger og forsorgshjem efter alder, 2019



Anm.: Brugere omfatter personer, der har benyttet boformer efter § 110 (SEL) på et tidspunkt i løbet af 2019, og som kan genfindes i befolkningsregistret ultimo året. Brugere med mere end ét ophold i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Ved indberetningen af data i 2019 er boformerne blevet bedt om at godkende data for perioden 2017-2019. I opgørelsen medtages udelukkende personer med godkendte ophold i 2019. For yderligere om datagrundlag og opregningsmetode se bilag 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

8.3 Forsørgelsesydelse

Brugere af herberger og forsorgshjem modtager hovedsageligt kontanthjælp mv. I 2019 modtog brugerne af herberger og forsorgshjem kontanthjælp mv. halvdelen af året. Den næststørste ydelse var førtidspension, som brugerne modtog en femtedel af året, jf. tabel 14. Øvrige omfatter blandt andet dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. I 2019 var brugerne samlet set selvforsørgende 9 pct. af året og modtog sygedagpenge 4 pct. af året.

Tabel 14

Ydelsesgrader for brugere af herberger og forsorgshjem, 2019

	Beskæftigelse, SU, fleksjob	Kontanthjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige
Herberger og forsorgshjem	11	49	4	19	3	15

Anm.: Brugere omfatter personer, der har benyttet boformer efter § 110 (SEL) på et tidspunkt i løbet af 2019, og som kan genfindes i befolkningsregistret og DREAM-registret ultimo året. Brugere med mere end ét ophold i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Ydelsesgrader er opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Ved indberetningen af data i 2019 er boformerne blevet bedt om at godkende data for perioden 2017-2019. I opgørelsen medtages udelukkende personer med godkendte ophold i 2019. For yderligere om datagrundlag og opregningsmetode se bilag 1. Se også boks 3 om forsørgelsesydelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

9 Kvindekrisecentre

I dette afsnit beskrives kvinder med ophold på kvindekrisecentre efter servicelovens § 109.

Kvindekrisecentre henvender sig til kvinder, der har været udsat for vold i nære relationer. Ifølge servicelovens § 109 skal kommunalbestyrelsen tilbyde midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn og modtager under opholdet omsorg og støtte. Kvinder og børn, der tager ophold på et kvindekrisecenter, har mulighed for at være anonyme. Kvinden behøver ikke at være henvist fra en offentlig myndighed for at kunne tage ophold, men kan også få ophold ved selv at møde op på krisecentret. Det er lederen på krisecentret, der træffer afgørelse om optagelse og udskrivning.

Kvinder med ophold på kvindekrisecentre kan have været udsat for forskellige typer af vold. Ofte har kvinderne været udsat for en kombination af forskellige voldsformer.

Formålet med indsatsen på kvindekrisecentre er at give beskyttelse, omsorg og støtte til voldsudsatte og voldstruede kvinder og deres børn, der kan bidrage til, at de kan etablere en selvstændig tilværelse uden vold. Kvinder på kvindekrisecentre skal tilbydes indledende og koordinerende rådgivning, som blandt andet har til formål at skabe kontakt til relevante myndigheder og hjælpe kvinden med at skabe sig en ny, tryk tilværelse. Den koordinerende rådgivning gives i forhold til bolig, økonomi, arbejdsmarked, skole, daginstitutioner, sundhedsvæsen m.v. og gives, indtil kvinden og eventuelle børn er etableret i egen bolig. Kvinder, der får ophold på et kvindekrisecenter, har ligeledes ret til 10 timers psykologbehandling, mens børn, der ledsager deres mor under opholdet, har ret til mellem 4 og 10 timers psykologbehandling.

9.1 Antal modtagere og udvikling

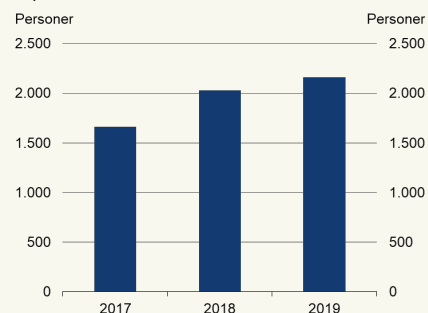
Kvindekrisecenterstatistikken er en nyere statistik, som indeholder oplysninger om kvinder og børn, der har påbegyndt et ophold på et kvindekrisecenter fra 1. januar 2017. I 2017 var der ca. 1.700 kvinder, der havde påbegyndt et ophold på et kvindekrisecenter, jf. figur 33. Antallet af kvinder, der opholdt sig på et kvindekrisecenter i 2017, har reelt været højere, da nogle kvinder vil have påbegyndt deres ophold før 2017. Antallet af kvinder med ophold på kvindekrisecentre i 2017 kan derfor ikke direkte sammenlignes med antallet af kvinder i 2018-2019.

I 2019 var der ca. 2.200 kvinder, der tog ophold på et kvindekrisecenter i løbet af året, jf. figur 33. Fra 2018 til 2019 er antallet af kvinder med ophold på kvindekrisecentre steget med 7 pct., jf. figur 34.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

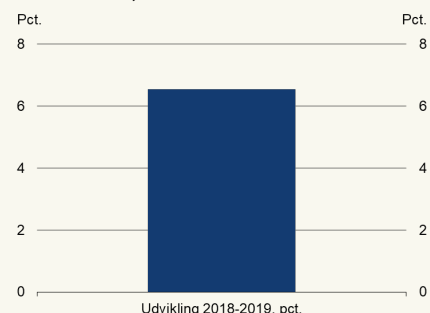
Figur 33

Antal kvinder med ophold på kvindekrisecentre, 2017-2019



Figur 34

Udvikling i antal kvinder med ophold på kvindekrisecentre, 2018-2019



Anm.: Omfatter kvinder der har taget ophold på et kvindekrisecenter efter § 109 (SEL) på et tidspunkt i løbet af året. Omfatter også kvinder med anonyme ophold. Kvinder med mere end ét ophold i løbet af året tælles som udgangspunkt med én gang i det enkelte år. Det er dog ikke muligt at se, hvorvidt de anonyme ophold er foretaget af samme kvinde eller forskellige kvinder. Opgørelsen over antallet af kvinder med ophold på et kvindekrisecenter er derfor et overestimat, idet de anonyme ophold i nogle tilfælde kan være blevet foretaget af samme kvinde. Kvindekrisecenterstatistikken indeholder ikke oplysninger om ophold, der er påbegyndt før 1. januar 2017. Antallet af kvinder, der opholdt sig på et kvindekrisecenter i 2017, vil derfor være højere, da nogle kvinder vil have påbegyndt deres ophold før 2017. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

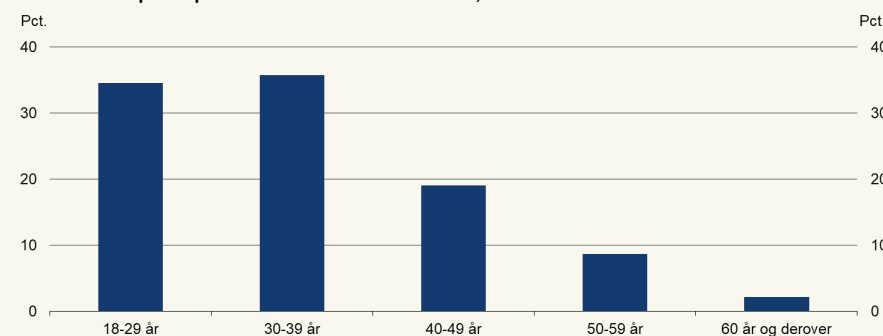
9.2 Alder

Størstedelen af kvinderne, der har taget ophold på et kvindekrisecenter, er under 40 år, hvilket gjorde sig gældende for omkring 70 pct. af kvinderne med ophold på kvindekrisecentre i 2019. Kun 2 pct. af kvinderne var 60 år eller derover, jf. figur 35.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Figur 35

Kvinder med ophold på kvindekrisecentre efter alder, 2019



Anm.: Omfatter kvinder, der har taget ophold på et kvindekrisecenter efter § 109 (SEL) på et tidspunkt i løbet af 2019, og som kan genfindes i befolkningsregistret ultimo året. Kvinder med mere end ét ophold i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Kvindekrisecenterstatistikken indeholder ikke oplysninger om ophold, der er påbegyndt før 1. januar 2017. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

9.3 Forsørgelsesydelse

Det hyppigste forsørgelsesgrundlag blandt kvinder på kvindekrisecentre er beskæftigelse (inkl. fleksjob) eller SU, efterfulgt af kontanthjælp mv. I 2019 var kvinderne i beskæftigelse eller modtog SU 35 pct. af året, mens de modtog kontanthjælp mv. 30 pct. af året, jf. tabel 15. Øvrige omfatter blandt andet dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Kvinderne var i 2019 selvforsørgende 10 pct. af året og modtog sygedagpenge og dagpenge henholdsvis 8 og 3 pct. af året.

Tabel 15

Ydelsesgrader for kvinder med ophold på kvindekrisecentre, 2019

	Beskæftigelse, SU, fleksjob	Kontanthjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige
Kvindekrisecentre	35	30	3	7	1	25

Anm.: Omfatter kvinder, der har taget ophold på et kvindekrisecenter efter § 109 (SEL) på et tidspunkt i løbet af 2019, og som kan genfindes i befolkningsregistret og DREAM-registret ultimo året. Kvinder med mere end ét ophold i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Ydelsesgrader er opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Kvindekrisecenterstatistikken indeholder ikke oplysninger om ophold, der er påbegyndt før 1. januar 2017. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget. Se også boks 3 om forsørgelsesydelse. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

10 Stofmisbrugsbehandling

I dette afsnit beskrives personer, der modtager stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142.

Formålet med stofmisbrugsbehandling er, at borgerens stofmisbrug ophører, reduceres eller stabiliseres med henblik på at afhjælpe eller begrænse de sociale, fysiske og psykiske problemer, som følger af et stofmisbrug. Behandlingen afhænger i høj grad af den enkeltes behov og ønsker, og kan have store variationer og forskellige grader af intensitet.

Kommunerne er ifølge serviceloven §§ 101 og 101 a forpligtet til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling til borgere med et stofmisbrug. Tilbuddet om stofmisbrugsbehandling skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med anmodning om at komme i behandling.

Servicelovens § 101 a omfatter, at kommunerne også er forpligtet til at tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling til personer med et stofmisbrug, som ikke har andre sociale problemer. Personer i anonym behandling indgår ikke i analysen, da der ikke findes centralt tilgængelige registeroplysninger om personer i anonym behandling.

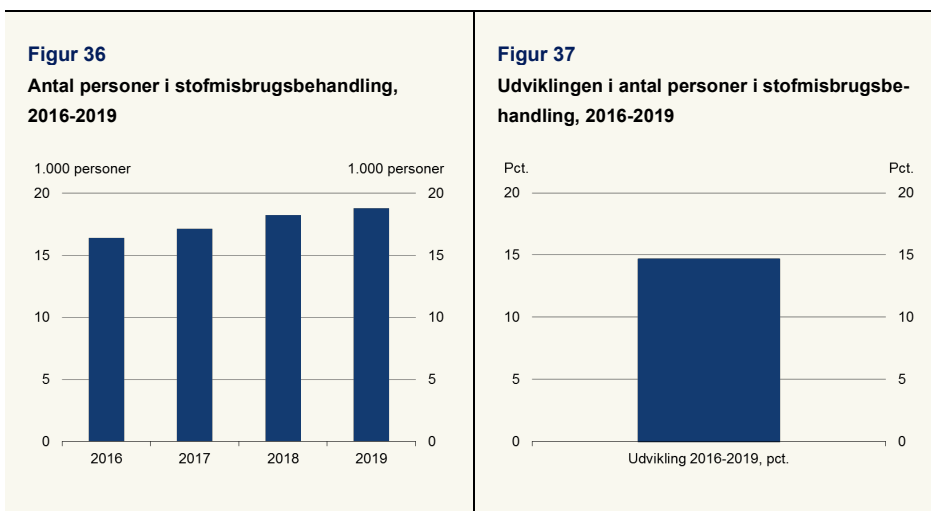
Efter sundhedslovens § 142 har borgere ret til at komme i lægelig stofmisbrugsbehandling under forudsætning af, at der er indikation for behandlingen. Efter § 142 har borgere desuden ret til en lægesamtale inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandling. Retten til en lægesamtale gælder både for borgere, som skal i stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, og for borgere, som skal i social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101.

Behandling for stofmisbrug efter både serviceloven og efter sundhedsloven er gratis for borgeren.

10.1 Antal modtagere og udvikling

Det skønnes, at omkring 18.800 personer var i behandling for et stofmisbrug i 2019 på landsplan. Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling er steget med ca. 15 pct. siden 2016, hvor det skønnes, at der var ca. 16.400 personer i behandling, jf. figur 36 og 37.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



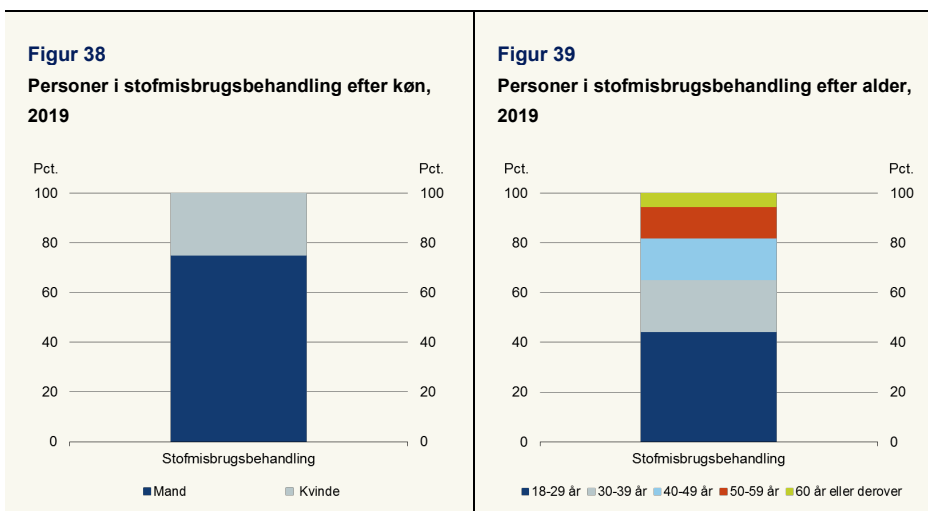
Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142 på et tidspunkt i løbet af året. Personer i anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 a indgår ikke. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Antal personer i stofmisbrugsbehandling i perioden 2016-2019 er opgjort på baggrund af de 72 kommuner, der har godkendt deres indberetninger i perioden 2016-2019. Antal personer i stofmisbrugsbehandling i de 72 kommuner er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Se bilag 1 for yderligere om forbehold og datagrundlaget. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

10.2 Køn og alder

Langt de fleste personer i behandling for et stofmisbrug er mænd. Blandt personer i behandling i 2019 var ca. 75 pct. mænd, jf. figur 38.

Aldersmæssigt er der en overvægt af unge blandt personer i stofmisbrugsbehandling, hvor knap 45 pct. var mellem 18 og 29 år i 2019, jf. figur 39. De ældste modtagere af stofmisbrugsbehandling udgør derimod den mindste andel. Kun 5 pct. er over 60 år.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog ikke-anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142 på et tidspunkt i løbet af 2019. Personer i anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 a indgår ikke. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gang. Personer i stofmisbrug er opgjort på baggrund af de 72 kommuner, der har godkendt deres indberetninger i perioden 2016-2019. Se bilag 1 for yderligere om forbehold og datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

10.3 Forsørgelsesydelse

Den hyppigste forsørgelsesydelse for personer i stofmisbrugsbehandling er kontanthjælp mv. I gennemsnit modtog en person i stofmisbrugsbehandling kontanthjælp mv. i 30 pct. af 2019, jf. tabel 16. Imidlertid udgør beskæftigelse (inkl. fleksjob) og SU den næststørste gruppe, hvor en person i stofmisbrugsbehandling i gennemsnit var i beskæftigelse (inkl. fleksjob) eller modtog SU 25 pct. af året.

Tabel 16

Ydelsesgrader for personer i stofmisbrugsbehandling, 2019

	Beskæftigelse, SU, fleksjob	Kontanthjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige
Stofmisbrugsbehandling	25	30	5	22	2	17

Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142 på et tidspunkt i løbet af 2019. Personer i anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 a indgår ikke. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gng. Personer i stofmisbrug er opgjort på baggrund af de 72 kommuner, der har godkendt deres indberetninger i perioden 2016-2019. Se bilag 1 for yderligere om forbehold og datagrundlaget om stofmisbrugsbehandling. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og er opgjort for hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3 om forsørgelsesydelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

11 Alkoholbehandling

I dette afsnit beskrives personer i offentlig finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling efter sundhedsloven § 141.

Alkoholbehandling består typisk af enten individuel-, gruppe- eller familierapi. Behandlingen foregår oftest ved samtaler hos den praktiserende læge, ambulant behandling på alkoholambulatorier, dagbehandling eller ved indlæggelse i døgnbehandling.

Offentligt finansieret alkoholbehandling er gratis og tilgængelig for alle borgere i Danmark. Borgere har ret til ambulant behandling på et alkoholbehandlingssted efter eget valg uden forudgående kommunal visitation. Dette hænger sammen med, at borgere har ret til anonym ambulant behandling efter sundhedslovens § 141, stk. 7. Hvis borgeren henvender sig til kommunen med et ønske om behandling, beslutter kommunen, hvorvidt borgeren skal tilbydes ambulant behandling, dagbehandling eller døgnbehandling. Tilbuddet om behandling skal iværksættes inden for 14 dage fra, at borgeren har anmodet kommunen om at komme i behandling.

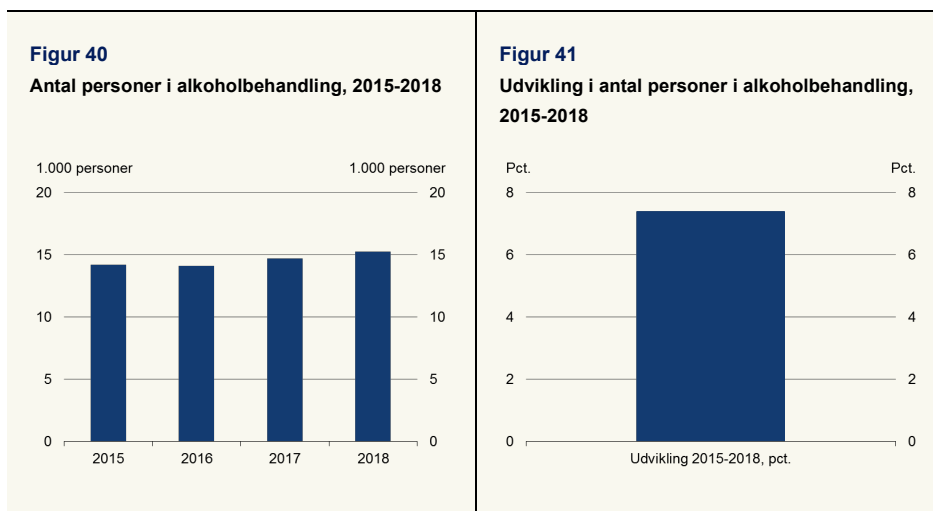
Det skal dog nævnes, at personer i alkoholbehandling ikke nødvendigvis er socialt udsatte borgere.

11.1 Antal modtagere og udvikling

Data om modtagere af alkoholbehandling i 2019 er ikke tilgængelig, da Sundhedsdatastyrelsen er i gang med at modernisere deres indberetningssystem.

I 2018 var der ca. 15.300 personer i behandling for et alkoholmisbrug, jf. figur 40. Fra 2015-2018 er antallet af personer i alkoholbehandling steget med omkring 1.100 personer, svarende til en stigning på ca. 7 pct., jf. figur 41.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover i offentlig finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling efter § 141 i sundhedsloven på et tidspunkt i løbet af året. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gang i det enkelte år. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

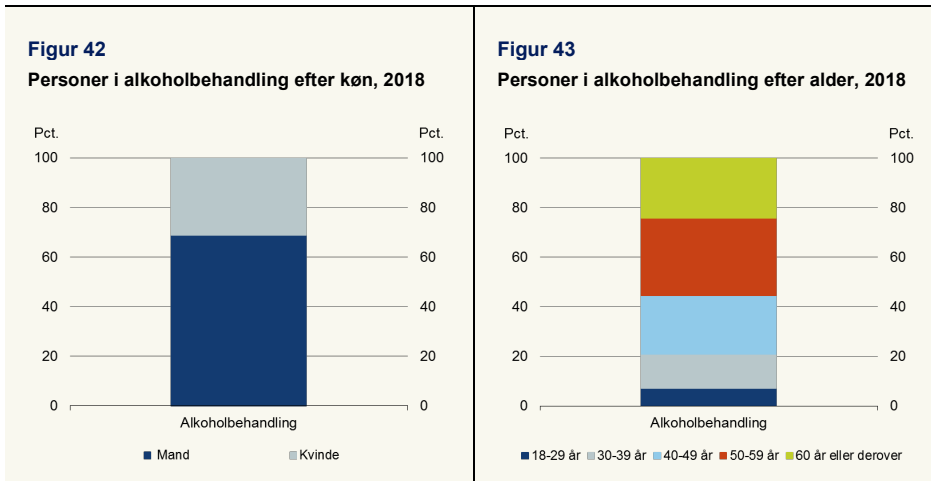
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

11.2 Køn og alder

Knap 70 pct. af de personer, der modtog alkoholbehandling i 2018 var mænd, jf. figur 42. Der er dermed en klar overvægt af mænd blandt modtagere af alkoholbehandling.

Ses der nærmere på aldersfordelingen blandt personer, der modtog alkoholbehandling i 2018, ses det, at knap 80 pct. var over 40 år, jf. figur 43. Det er de yngste modtagere, der udgør den mindste gruppe, idet omkring 7 pct. er 18-29 år.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet



Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog offentlig finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling efter § 141 i sundhedsloven på et tidspunkt i løbet af 2018. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gang. Se bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

11.3 Forsørgelsesydelse

Personer i alkoholbehandling i 2018 var samlet set i beskæftigelse (inkl. fleksjob) eller modtog SU i 30 pct. af året, jf. tabel 17. Det er dermed det dominerende forsørgelsesgrundlag blandt modtagere af alkoholbehandling. Den næststørste gruppe er øvrige (21 pct.) og derefter kontanthjælp mv. (19 pct.). Øvrige dækker bl.a. over dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Fx var gruppen af personer i alkoholbehandling samlet set på sygedagpenge eller i et jobafklaringsforløb i 8 pct. af året og selvforsørgende i 5 pct. af året.

Tabel 17

Ydelsesgrader for personer i alkoholbehandling, 2018

	Beskæftigelse, SU, fleksjob	Kontanthjælp mv.	Ressourceforløb	Førtidspension	Folkepension	Øvrige
Alkoholbehandling	30	19	4	14	12	21

Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog offentlig finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141 på et tidspunkt i løbet af 2018. Personer med mere end ét behandlingsforløb i løbet af året tælles med én gang. Ydelsesgrader er baseret på Beskæftigelsesministeriets DREAM-register og er opgjort for hele året 2018. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontanthjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, selvforsørgelse mv. Se også boks 3 om forsørgelsesydelse og bilag 1 for yderligere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

12 Kontante ydelser

Dette afsnit handler om modtagere af merudgiftsydelse til børn og unge efter servicelovens § 41, tabt arbejdsfortjeneste efter servicelovens § 42 og merudgiftsydelse til voksne efter servicelovens § 100.

Merudgiftsydelse til børn og unge kan gives til dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en betingelse, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes efter andre bestemmelser i serviceloven eller anden lovgivning. Merudgifter kan eksempelvis være i form af tilskud til tøj, medicin, diæt mv.

Tabt arbejdsfortjeneste kan ydes til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Ydelsen er betinget af, at det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet, og at det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det. Dækning af tabt arbejdsfortjeneste kan omfatte større eller mindre del af en fuld arbejdstid.

Merudgiftsydelse til voksne omfatter dækning af nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse til personer mellem det fyldte 18. år og folkepensionsalderen med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Det er en betingelse, at merudgiften er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes efter anden lovgivning. Som for børn og unge kan merudgifter til voksne omfatte tilskud til eksempelvis tøj, medicin, diæt mv.

Der er som hovedregel tale om kontante ydelser, dvs. at kommunen bevilger et beløb til borgeren efter nærmere fastsatte regler. For merudgiftsydelse er der eksempelvis tale om, at merudgifter skal overstige et minimumsbeløb for, at der kan ydes dækning.

Antallet af modtagere af de tre kontante ydelser indgår ikke i det samlede antal modtagere af sociale indsatser, opgjort i afsnit 2, da der er tale om en anden type af ydelse end de sociale indsatser. Herudover er det datamæssigt vanskeligt at opgøre unikke modtagere på tværs af registre, da fx tabt arbejdsfortjeneste i nogle kommuner registreres på barnet og ikke den voksne modtager.

Datagrundlaget for opgørelserne er Danmarks Statistiks kontanthjælpsstatistik Hjælp i særlige tilfælde. Statistikken vurderes overordnet set at være dækkende, idet alle kommuner indgår. Tilbage i tid er der dog enkelte kommuner, der ikke har registreret modtagere i statistikken. Dette gør sig gældende for tabt arbejdsfortjeneste, hvor syv kommuner ikke har registreret modtagere før 2018, men har modtagere i årene 2018 og 2019. Udviklingen i tabt arbejdsfortjeneste skal derfor tages med forbehold, da antal modtagere fra 2015 til 2017 må anses for undervurderet.

Alle kommuner har registreret modtagere af merudgiftsydelse til børn og unge og merudgiftsydelse til voksne i alle årene 2015-2019. Kun en enkelt mindre ø-kommune har i enkelte år meget få eller ingen modtagere.

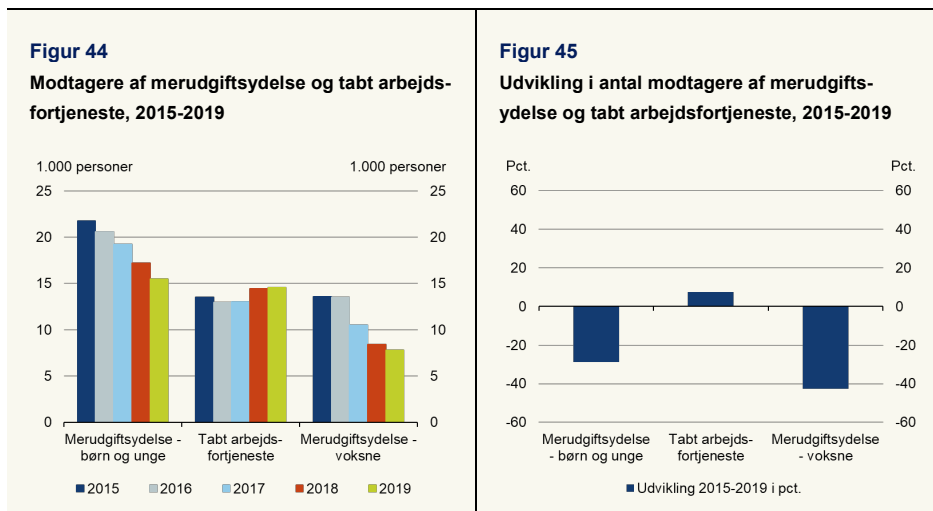
Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

12.1 Antal modtagere 2015-2019

I alt 15.500 personer modtog merudgiftsydelse til børn og unge i 2019, hvilket er et fald på ca. 29 pct. fra 2015, hvor 21.700 modtog ydelsen.

Tabt arbejdsfortjeneste blev ydet til 14.600 personer i 2019. Antallet af modtagere af tabt arbejdsfortjeneste har været nogenlunde konstant i perioden. Der ses en mindre stigning fra 2017 til 2018, der dog vurderes, at kunne skyldes datamæssige forhold. Det skyldes, at antal modtagere i perioden 2015-2017 må anses for at være undervurderet med op til ca. 1.000 personer pr. år, som følge af manglende data fra syv kommuner, jf. også anmærkning til figur 44 og 45.

Merudgiftsydelse til voksne blev samlet set ydet til 7.800 personer i 2019, hvilket er et fald på 43 pct. fra 2015, hvor 13.600 personer modtog ydelsen, jf. figur 44 og 45.



Anm.: Antal modtagere opgjort som berørte personer i året i alle aldre. Den mindre stigning fra 2017 til 2018 i tabt arbejdsfortjeneste skal ses i lyset af, at der fra 2018 og frem indgår syv kommuner, der ikke tidligere har registrerede modtagere af tabt arbejdsfortjeneste. Antal modtagere af tabt arbejdsfortjeneste må anses for at være undervurderet med op til ca. 1.000 personer pr. år i perioden 2015-2017. Stigningen fra 2017 til 2018 i tabt arbejdsfortjeneste kan dermed skyldes datamæssige forhold. Merudgiftsydelse til børn og unge omfatter servicelovens § 41. Tabt arbejdsfortjeneste omfatter servicelovens § 42. Merudgiftsydelse til voksne omfatter efter servicelovens § 100. Se bilag 1 for yderligere om data.

Kilde: Danmarks Statistik, tabel KY050

Det er ikke muligt entydigt at vurdere, hvorvidt dele af faldet i antal modtagere af merudgiftsydelse til børn, unge og voksne kan forklares ved en ændret registreringspraksis eller andre datamæssige forhold, som Social- og Ældreministeriet ikke har kendskab til. Det er dog vurderingen, at der ikke alene er tale om registreringsmæssige forhold, idet også kommunernes udgifter, baseret på de kommunale regnskaber, er faldet i perioden 2015-2019. For merudgiftsydelse til børn og unge er udgifterne faldet 37 pct., mens de er faldet 35 pct. for merudgiftsydelse til voksne (ikke vist i figuren).

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

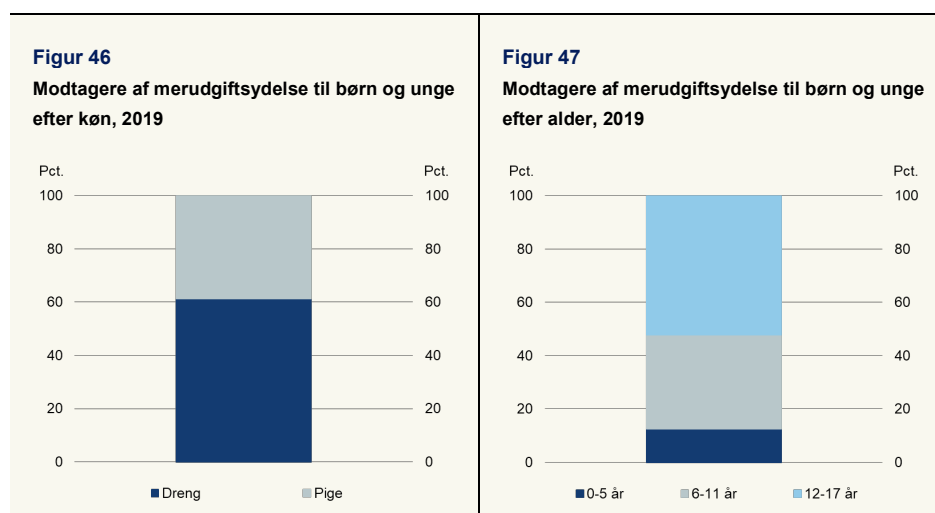
Der kan være forskellige forklaringer på og årsager til det faldende antal modtagere fra 2015 til 2019. Det har ligget uden for rammerne af denne analyse at foretage en nærmere undersøgelse af udviklingen i antal modtagere over perioden.

12.2 Køn og alder

I dette afsnit belyses køn og alder blandt modtagerne af de tre kontante ydelser. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, hvordan ydelserne er registreret.

Ifølge regnskabsbekendtgørelsen skal merudgiftsydelse til børn og unge registreres på barnets CPR-nummer. Det er i høj grad også tilfældet i data, idet 98 pct. af modtagerne i 2019 er under 18 år. I opgørelsen nedenfor er der afgrænset til børn og unge under 18 år, jf. anmærkning til figur 46 og 47 nedenfor. Det betyder, at fordelingerne for merudgiftsydelse til børn og unge afspejler barnet eller den unge.

Opgørelsen viser, at 61 pct. af modtagerne af merudgiftsydelse til børn og unge er drenge, og 39 pct. er piger. Der er en overvægt i de ældre aldersgrupper idet 13 pct. er 0-5 år, 35 pct. er 6-11 år og 52 pct. er 12-17 år, jf. figur 46 og 47.



Anm.: 0-17 år i befolkningen ultimo året. Alderen er opgjort ultimo året. Merudgiftsydelse omfatter servicelovens § 41. Der er afgrænset til modtagere på under 18 år. Børn og unge der i løbet af året er fyldt 18 år er opgjort som 17-årige, da de har været 17 år i løbet af året og dermed stadig i målgruppen for bestemmelsen i året som opgørelsen omfatter. Se bilag 1 for yderligere om data.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Merudgiftsydelse til voksne er stort set udelukkende registreret på en voksen. I opgørelserne nedenfor er der afgrænset til personer på 18 år og derover, og figurerne afspejler dermed den voksne modtager.

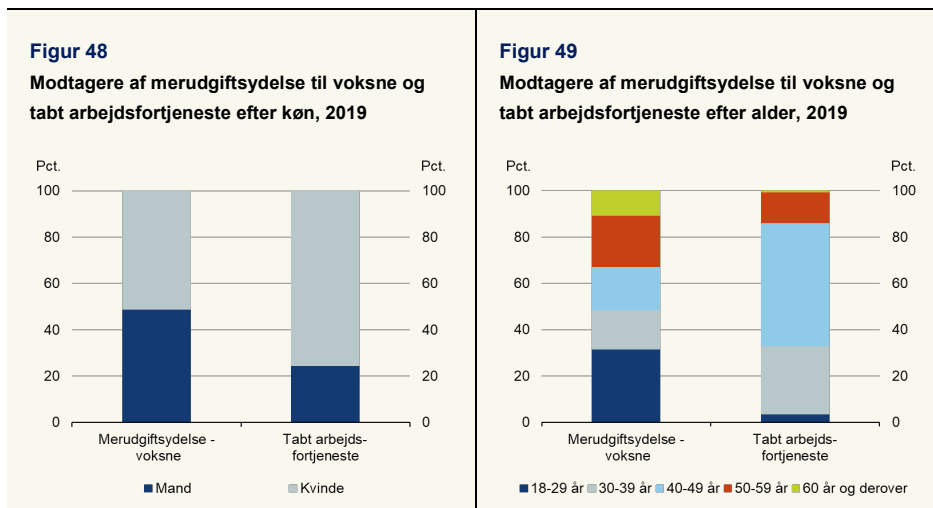
Ifølge regnskabsbekendtgørelsen skal tabt arbejdsfortjeneste registreres som ydet til den af forældrene, som har modtaget hjælpen. I data er hovedparten (69 pct.) af modtagerne 18 år eller derover, der er 31 pct., der er under 18 år. Det må antages, at dette omfatter situationer,

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

hvor kommunerne har registreret ydelsen på barnets CPR-nummer. Det forventes derfor ikke at have betydning for antallet af modtagere. I opgørelsen nedenfor er modtagere under 18 år frasorteret. Køns- og aldersfordelingen for modtagere af tabt arbejdsfortjeneste afspejler dermed den voksne, der er registreret som modtager af ydelsen.

Blandt modtagerne af merudgiftsydelse til voksne er 49 pct., mænd, og 51 pct. kvinder, dvs. at kønsfordelingen er stort set lige. 32 pct. af modtagerne er 18-29 år, mens i størrelsesordenen 17-22 pct. af modtagerne er i hver af alderskategorierne 30-39 år, 40-49 år og 50-59 år. 11 pct. er 60 år eller derover. Merudgiftsydelse til voksne ydes dermed til en relativt bred aldersmæssig gruppe, jf. figur 48 og 49 nedenfor.

Modtagerne af tabt arbejdsfortjeneste er overvejende kvinder (75 pct.) og dermed hovedsageligt registreret på moderen. Der er en klar overvægt af modtagere i aldersgrupperne 30-39 år og 40-49 år, idet samlet set 82 pct. af modtagere er i dette aldersspænd. Kun 4 pct. er 18-29 år, og kun ganske få er 60 år eller derover. Dette mønster skal formentligt ses i lyset af, at der er tale om en ordning til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år, jf. figur 48 og 49.



Anm.: 18 år og derover i befolkningen ultimo året. Der er afgrænset til personer på 18 år og derover for både tabt arbejdsfortjeneste og merudgiftsydelse til voksne. Modtagere af tabt arbejdsfortjeneste, der ultimo året er under 18 år, er henregnet til gruppen under 18 år, og indgår dermed ikke i opgørelsen. Se bilag 1 for yderligere om data

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

12.3 Forsørgelsesydelse

Den største forsørgelsesydelse blandt modtagerne af merudgiftsydelse til voksne er førtidspension (54 pct.), idet der dog også er en betydelig gruppe, der er i beskæftigelse eller modtager SU (27 pct.).

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Blandt modtagerne af tabt arbejdsfortjeneste er langt hovedparten i beskæftigelse eller modtager SU (86 pct.), jf. tabel 18. Modtagere af tabt arbejdsfortjeneste adskiller sig betydeligt fra de resterende voksne modtagere af støtte efter serviceloven, hvor langt færre er i beskæftigelse eller modtager SU. Dette skal ses i lyset af, at der er tale om støtte til en voksen, som forsørger et barn under 18 år i hjemmet med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er dermed som udgangspunkt ikke den voksne selv, men den voksnes barn, der har en funktionsnedsættelse.

Tabel 18

Ydelsesgrader for modtagere af merudgiftsydelse til voksne og tabt arbejdsfortjeneste 2019

	Beskæftigelse/ SU	Kontant- hjælp mv.	Ressource- forløb	Førtidspen- sion	Øvrige	I alt
	----- Pct. -----					
Merudgiftsydelse - voksne	27	6	3	54	11	100
Tabt arbejds- fortjeneste	86	1	0	0	12	100

Anm.: 18 år og derover i befolkningen ultimo året. Ydelsesgrader er baseret på DREAM og opgjort over hele året 2019. Beskæftigelse er inkl. fleksjob. Førtidspensionister med skånejob fremgår under førtidspension. Kontant-hjælp mv. omfatter kontanthjælp, uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, syge-dagpenge, jobafklaring, folkepension, selvforsørgelse mv. Tabt arbejdsfortjeneste omfatter servicelovens § 42. Merudgiftsydelse til voksne omfatter efter servicelovens § 100. Se også boks 3. Se boks 2 og bilag 1 for yderli-gere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Bilag 1

I dette bilag beskrives datagrundlaget for opgørelserne separat for hvert register.

Statistikken Handicap og udsatte (voksne)

Statistikken Handicap og Udsatte (voksne) er baseret på indberetninger fra kommunerne til Danmarks Statistik. Statistikken omfatter en række forskellige indsatser til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og socialt udsatte voksne. Registret omfatter følgende indsatser:

- Midlertidige botilbud (§ 107)
- Længerevarende botilbud (§ 108)
- Socialpædagogisk støtte (§ 85) i botilbudslignende tilbud
- Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere (§ 95)
- Borgerstyret personlig assistance (BPA) (§ 96)
- Socialpædagogisk støtte i eget hjem (§ 85)
- Ledsagerordning (§ 97)
- Kontaktpersonordningen for døvblinde (§ 98)
- Beskyttet beskæftigelse (§ 103)
- Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)
- Behandling (§ 102)

Danmarks Statistik har i forbindelse med offentliggørelsen i december 2020 indført en række nye tiltag i datavalideringen. Som noget nyt kontrolleres den enkelte kommunes data for store udsving over tid, og der har været en dialog mellem Danmarks Statistik og kommunerne med henblik på at sikre kvaliteten af data. Se Danmarks Statistiks dokumentation af statistikken for yderligere om kvalitetssikringen på Danmarks Statistiks hjemmeside.

Opgørelsen er baseret på seneste udgivelse af statistikken fra december 2020. Ved denne udgivelse af registret har 45 kommuner godkendt alt data. Opgørelserne af indsatserne i registret er baseret på data fra disse 45 kommuner. Kommunerne er fordelt ud over hele landet og omfatter både store og små kommuner. Københavns Kommune er dog ikke med. Den manglende fuldstændige kommunedækning betyder, at opgørelserne skal tages med forbehold.

Der er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal i alderen 18-64 år. Vægten til opregning er dannet som summen af indbyggertallet i alderen 18-64 år ultimo året i perioden 2015-2019 på landsplan divideret med det tilsvarende indbyggertal i de 45 kommuner. Vægtningen indebærer, at antallet af modtagere på landsplan findes som antal modtagere i de 45 kommuner ganget med 2,226. Der er benyttet samme vægt alle årene 2015-2019.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Statistikken Boformer

Social- og Ældreministeriets statistik Boformer indeholder oplysninger om alle brugere af boformer efter servicelovens § 110, som primært omfatter herberger og forsorgshjem, siden 1999. Statistikken blev oprindeligt startet i Den Sociale Ankestyrelse i 1999 og blev indtil 1. juli 2016 varetaget af Ankestyrelsen. Siden 2016 er statistikken blevet varetaget af Danmarks Statistik. Det er lovpligtigt at indberette til statistikken.

For at højne kvaliteten af data har Danmarks Statistik i forbindelse med indberetningen af data for 2019 bedt boformerne om at godkende data for hvert enkelte år i perioden 2017-2019. Enkelte boformer har afvist data i et eller flere år i perioden. Afvisningen indebærer, at samtlige brugere på de pågældende boformer ikke indgår i det enkelte år. Opgjort som andelen af brugere med afviste ophold er 5 pct. af data i 2017, 3 pct. af data i 2018 og 2 pct. af data i 2019 blevet afvist af boformerne. For at undgå at underestimere antallet af brugere, ophold og overnatninger i de tre år, er der derfor i nogle opgørelser opregnet til en landstotal. Opregningen er lavet på baggrund af oplysninger om det gennemsnitligt antal indskrevne brugere pr. dag på de boformer, der har afvist data. Oplysningerne er givet af boformerne til Danmarks Statistik. Herefter er forholdet mellem det gennemsnitligt antal indskrevne pr. dag og antal henholdsvis brugere og ophold i data, der ikke er blevet afvist, anvendt til at opregne til antallet af brugere og ophold i det afviste data. Opregningen indebærer, at antallet af brugere og ophold ganges med 1,02-1,05 for at kompensere for, at nogle boformer har afvist data. Opregningen anvendes udelukkende i opgørelsen over antal brugere i alt. I opgørelser over fordelinger på alder, køn og forsørgelsesydelse opregnes der ikke til en landstotal.

Statistikken Boformer indeholder ikke oplysninger om den oprindelige opholdskommune for personer med ophold på herberger og forsorgshjem. Til brug for opgørelsen over det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser, hvor der opregnes til landsplan på baggrund af de 37 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til VBGS og KSI, er kommunefordelingen opgjort på baggrund af personens bopælskommune. Bopælskommunen er fremsøgt af Danmarks Statistik via befolkningsregistret og er den kommune, hvor brugeren senest havde folkeregisteradresse, såfremt dette ikke var på et herberg eller forsorgshjem. Det bemærkes, at der formentlig er en del usikkerhed forbundet med at anskue personens bopælskommune som den oprindelige opholdskommune. Det er fx sandsynligt, at borgeren kan have levet som hjemløs og dermed haft ophold i en anden kommune op til opholdet på en boform (SEL § 110), hvormed det i stedet kan være den kommune, som udgør den oprindelige opholdskommune.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet**Statistikken Kvindekrisecentre**

Social- og Ældreministeriets statistik Kvindekrisecentre indeholder oplysninger om alle kvinder og børn med påbegyndte ophold på kvindekrisecentre efter servicelovens § 109 fra 1. januar 2017. Statistikken varetages af Danmarks Statistik.

Statistikken indeholder ikke oplysninger om ophold, der er påbegyndt før 1. januar 2017. Antallet af kvinder med ophold i særligt 2017 vil derfor reelt have været højere, idet nogle kvinder vil have påbegyndt deres ophold i et tidligere år.

Kvinder og børn, der opholder sig anonymt på et krisecenter, jf. servicelovens § 109, stk. 2, indgår også i statistikken, men uden cpr-nummer. I opgørelsen over antal kvinder med ophold på kvindekrisecentre medtages også anonyme ophold. Rent teknisk tildeles kvinder med anonyme ophold et fiktivt pseudonymiseret CPR-nummer i statistikken. Det er derfor ikke muligt at se, hvorvidt de anonyme ophold er foretaget af samme kvinde eller forskellige kvinder. Opgørelsen over antallet af kvinder med ophold på et kvindekrisecenter er derfor et overestimat, idet de anonyme ophold i nogle tilfælde kan være blevet foretaget af samme kvinde. De anonyme ophold udgør ca. mellem 5 og 10 pct. af alle ophold i det enkelte år.

Statistikken Kvindekrisecentre indeholder ikke oplysninger om den oprindelige opholdskommune for kvinder med ophold på kvindekrisecentre. Til brug for opgørelsen over det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser, hvor der opregnes til landsplan på baggrund af de 37 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til VBGS og KSI, er kommunefordelingen opgjort på baggrund af kvindens bopælskommune. Bopælskommunen er fremsøgt af Danmarks Statistik via befolkningsregistret og er den kommune, hvor kvinden senest havde folkeregisteradresse, såfremt dette ikke var på et kvindekrisecenter. Det bemærkes, at der formentlig er usikkerhed forbundet med at anskue kvindens bopælskommune som den oprindelige opholdskommune. Kvinden kan fx primært have haft ophold i en anden kommune op til opholdet på et kvindekrisecenter, hvormed det i stedet kan være den kommune, som udgør den oprindelige opholdskommune.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Statistikken Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere

Statistikken Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere (VBGS) er baseret på indberetninger fra kommuner til stofmisbrugsdatabasen på individniveau om personer i stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142.

Det er på baggrund af VBGS ikke muligt at opdele, hvem der har modtaget henholdsvis social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og lægeligt stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Det er dog muligt at udsondre, hvem der har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling, men det kan ikke udsondres, hvor stor en andel af denne gruppe, der samtidig har modtaget behandling efter serviceloven. Det vides dog fra praksis i kommunerne, at de fleste borgere, der har behov for lægelig behandling, også modtager social stofmisbrugsbehandling.

Statistikken omfatter desuden ikke oplysninger om anonyme stofmisbrugsbehandlinger efter servicelovens § 101 a eller om stofmisbrugsbehandlinger ved Kriminalforsorgen.

Danmarks Statistik har været ansvarlig for statistikken siden 2017. Data for 2015 har ikke gennemgået samme detaljerede kvalitetskontrol som de efterfølgende år, således skal fortolkningen af data mellem 2015 og hhv. 2016, 2017, 2018 og 2019 foretages varsomt. Derfor omfatter opgørelsen af antal personer i stofmisbrugsbehandling perioden 2016-2019.

Personer i behandling for et stofmisbrug i perioden 2016-2019 er opgjort på baggrund af de kommuner, der har godkendt deres indberetninger i hele perioden 2016-2019. Derudover indgår Horsens kommune ikke, da indberetningerne fra Horsens kommune ikke er fuldt dækkende for 2019. Opgørelsen af personer i behandling i perioden 2016-2019 er derved baseret på indberetninger fra 72 kommuner. Kommunerne er fordelt ud over landet, men det skal bemærkes, at Aarhus og København ikke indgår. Det betyder, at opgørelsen skal tages med forbehold, da der kan være kommunale forskelle, som der ikke er taget højde for.

Antal personer i stofmisbrugsbehandling i perioden 2016-2019 i de 72 kommuner er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal i alderen 18-64 år. Vægten til opregning er dannet som summen af indbyggertallet i alderen 18-64 år ultimo året i perioden 2016-2019 på landsplan divideret med det tilsvarende indbyggertal i de 72 kommuner. Vægtningen indebærer, at antallet af personer i stofmisbrugsbehandling på landsplan findes som antal modtagere i de 72 kommuner ganget med 1,634. Der er benyttet samme vægt alle årene 2016-2019.

Det er Social- og Ældreministeriets erfaring, at det overordnede niveau for antallet af personer i stofmisbrugsbehandling er nogenlunde stabilt på tværs af forskellige udgivelser af statistikken og dermed forskellige kommuneudvalg. Eksempelvis skønnes det på baggrund af de 72 kommuner fra seneste udgivelse af statistikken, at 18.200 personer var i behandling for et stofmisbrug i 2018. Baseret på en tidligere udgivelse af statistikken med 81 kommuner, heriblandt Københavns kommune, blev det skønnet, at 18.500 personer var i behandling i 2018. Det svarer til en difference på knap 2 pct.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet**Statistikken Det Nationale Alkoholbehandlingsregister**

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) indeholder oplysninger om personer, der er eller har været indskrevet i alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141. Statistikken blev oprindeligt startet af Sundhedsstyrelsen i 2006 og blev i 2012 flyttet til Statens Serum Institut. Siden 2015 er NAB blevet administreret af Sundhedsdatastyrelsen.

Det er obligatorisk for både offentlige og private behandlingsinstitutioner at indberette alkoholbehandlinger, som kommunerne har visiteret til, til Sundhedsdatastyrelsen. Registret indeholder desuden oplysninger om private finansierede alkoholbehandlinger. Det skal dog nævnes, at indberetninger af privat finansierede behandlinger er frivillig og kan derfor være undervurderet i data.

NAB indeholder også informationer om anonyme alkoholbehandlingsforløb. Rent teknisk får personer i anonym behandling tildelt et fiktivt klientnummer i registret. Der er derfor ikke muligt at se, hvorvidt flere af de anonyme behandlingsforløb er tilknyttet den samme person.

Opgørelsen af personer i alkoholbehandling omfatter kun personer i offentligt finansieret, ikke-anonym behandling.

Data om alkoholbehandlingsforløb i 2019 er ikke tilgængeligt. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen pågår et arbejde om at modernisere deres indberetningssystem, som vil give data et kvalitetsløft. Moderniseringen betyder, at der i en periode ikke vil være adgang til data om alkoholbehandlinger.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Statistikken om kontante ydelser

Modtagere af merudgiftsydelse til børn og unge efter servicelovens § 41, tabt arbejdsfortjeneste efter servicelovens § 42 og merudgiftsydelse til voksne efter servicelovens § 100 er opgjort på baggrund af statistikken Hjælp i særlige tilfælde, der er en del Danmarks Statistiks kontanthjælpsstatistik. Statistikken omfatter indberetninger fra langt de fleste kommuner.

Statistikken vurderes overordnet set at være dækkende, idet alle kommuner indgår. Tilbage i tid er der enkelte kommuner, der ikke har registreret modtagere i statistikken. Dette gør sig gældende for tabt arbejdsfortjeneste, hvor syv kommuner ikke har registreret modtagere før 2018, men har modtagere i årene 2018 og 2019. Udviklingen i tabt arbejdsfortjeneste fra 2017 til 2018 skal derfor tages med forbehold.

Der er ikke foretaget opregninger til landsplan for de år, hvor der er kommuner uden registrerede modtagere.

Statistikken er struktureret efter den kommunale kontoplans funktion 5.57.72 "Sociale formål". Der benyttes i analysen følgende:

- Funktion 5.57.72.009: Merudgiftsydelse vedr. børn med nedsat funktionsevne
- Funktion 5.57.72.010: Merudgifter for voksne med nedsat funktionsevne
- Funktion 5.57.72.015: Tabt arbejdsfortjeneste ved forsørgelse af børn med nedsat funktionsevne

Tallene for antal berørte modtagere af opgjort på baggrund tabeller i Danmarks Statistik statistikbank. Tabellerne kan tilgås på <https://www.statistikbanken.dk/KY050>. Fra statistikbankens forside kan tabellen findes under emnet Levevilkår -> Offentligt forsørgede -> Kontanthjælp -> Hjælp i særlige tilfælde (tabel KY050). Antal modtagere er opgjort som antal berørte modtagere i løbet af året.

Fordelingen af modtagerne efter køn, alder og forsørgelsesydelse er foretaget på baggrund af individdata gennem Danmarks Statistiks Forskningsservice. I opgørelserne er der betinget på, at modtagerne er i befolkningen ultimo året og der er afgrænset på alder, jf. beskrivelsen i afsnittet om de kontante ydelser. I tabellerne over antal modtagere fra statistikbanken er der ikke afgrænset til bestemte aldersgrupper.

Bilag 2 Antal modtagere

Dette bilag indeholder tallene for antal modtagere på landsplan, der fremgår af figurer i analysen. Der er en tabel for hvert datagrundlag, da kommunedækningen og perioden med data er forskellige.

Tabel 1 viser det samlede antal modtagere opgjort på tværs af registre i perioden 2017-2019, dog. ekskl. personer i alkoholbehandling.

Tabel 1

Modtagere af sociale indsatser i alt, 2017-2019

	2017	2018	2019
	----- Antal personer -----		
Sociale indsatser i alt	104.200	106.800	107.100

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Opgjort på tværs af Danmarks Statistiks registre Handicap og Udsatte (voksne), Boformer, Kvindekrisecentre og registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Der er afgrænset til de 38 kommuner, der har godkendt alt data til både hhv Handicap og Udsatte (voksne) og registret om stofmisbrugsbehandling. For boformstatistikken og kvindekrisecenterstatistikken er der afgrænset til de 38 kommuner baseret på borgerens bopælsadresse før opholdet. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100. Se bilag 1 for yderligere Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 2 viser antal modtagere baseret på registret Handicap og udsatte (voksne) i perioden 2015-2019.

Tabel 2

Antal modtagere af indsatser i registret Handicap og udsatte (voksne), 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
----- Antal personer -----					
Botilbud i alt	25.100	26.100	26.800	27.300	27.400
- Midlertidige botilbud	7.600	7.900	8.100	8.400	8.500
- Længerevarende botilbud	6.100	5.900	5.400	5.200	5.300
- Botilbudslignende tilbud	12.400	13.400	14.100	14.400	14.300
Socialpædagogisk støtte	42.700	45.300	46.700	47.500	47.800
Beskyttet beskæftigelse	9.900	10.100	10.000	9.800	9.700
Aktivitets- og samværstilbud	17.200	17.900	17.800	17.700	17.900
Borgerstyret personlig assistance	1.800	1.860	1.890	1.830	1.780
Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere	530	540	530	510	490
Ledsagerordning	10.300	10.700	11.100	11.400	11.500
Kontaktperson for døvblinde	320	330	350	380	370
Behandling	260	250	230	390	350
I alt	79.500	82.700	85.000	85.900	86.300

Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på indberetninger fra 45 kommuner til Danmarks Statistik. Antal personer er opregnet til landsplan pba. indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Antal modtagere er opgjort som antal unikke berørte personer i året. Der er afrundet til nærmeste 100, bortset fra indsatserne BPA, kontant tilskud, kontaktperson for døvblinde og behandling, hvor der er afrundet til hele 10, da antallet af modtagere er lavt. Se bilag 1 for yderligere.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 3 viser antallet af brugere af herberger og forsorgshjem i perioden 2015-2019, som er opgjort på baggrund af registret Boformer.

Tabel 3

Antal brugere af herberger og forsorgshjem i registret Boformer, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
	----- Antal personer -----				
Herberger og forsorgshjem	6.212	6.422	6.506	6.655	6.694

Anm.: Brugere omfatter personer, der har benyttet boformer efter § 110 (SEL) på et tidspunkt i løbet af året. Ved indberetningen af data i 2019 er boformerne blevet bedt om at godkende data for perioden 2017-2019. Andelen af brugere med afviste ophold af boformerne er 5 pct. i 2017, 3 pct. i 2018 og 2 pct. i 2019. For at undgå at underestimere antallet af brugere i de tre år, er der derfor opregnet til en landstotal. Se bilag 1 for yderligere.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 4 viser antallet af kvinder med ophold på kvindekrisecentre i perioden 2017-2019, som er opgjort på baggrund af registret Kvindekrisecentre.

Tabel 4

Antal kvinder med ophold på kvindekrisecentre i registret Kvindekrisecentre, 2017-2019

	2017	2018	2019
	----- Antal personer -----		
Kvindekrisecentre	1.664	2.031	2.164

Anm.: Omfatter kvinder der har taget ophold på et kvindekrisecenter efter § 109 (SEL) på et tidspunkt i løbet af året. Kvindekrisecenterstatistikken indeholder ikke oplysninger om ophold, der er påbegyndt før 1. januar 2017. Antallet af kvinder, der opholdt sig på et kvindekrisecenter i 2017, vil derfor være højere, da nogle kvinder vil have påbegyndt deres ophold før 2017. Se bilag 1 for yderligere.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 5 viser antallet af modtagere af stofmisbrugsbehandling i perioden 2016-2019, som er opgjort på baggrund af registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere.

Tabel 5

Modtagere af stofmisbrugsbehandling i registeret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere, 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
	----- Antal personer -----			
Stofmisbrugsbehandling	16.400	17.100	18.200	18.800

Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover, der modtog stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142 på et tidspunkt i løbet af året. Opgjort på baggrund af de 72 kommuner, der har godkendt deres indberetninger i perioden 2016-2019 og der har fuldt dækkende data for 2019. Tallene er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal. Indbyggertal er opgjort som 18-64-årige. Se bilag 1 for yderligere.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Tabel 6 viser modtagere af alkoholbehandling baseret på Det Nationale Alkoholbehandlingsregister i perioden 2015-2018.

Tabel 6

Modtagere af alkoholbehandling i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
	----- Antal personer -----			
Alkoholbehandling	14.200	14.100	14.700	15.300

Anm.: Omfatter personer på 18 år eller derover i offentlig finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling efter § 141 i sundhedsloven på et tidspunkt i løbet af året. Se bilag 1 for yderligere.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Tabel 7 viser modtagere af merudgiftsydelse vedr. børn og unge, tabt arbejdsfortjeneste og merudgiftsydelse til voksne baseret på statistikken om kontante ydelser.

Tabel 7

Modtagere af merudgiftsydelse til børn og unge, tabt arbejdsfortjeneste og merudgiftsydelse til voksne, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
	----- Antal personer -----				
Merudgifts- ydelse vedr. børn og unge	21.735	20.601	19.237	17.218	15.495
Tabt arbejdsfor- tjeneste *	13.543*	12.980*	13.022*	14.430*	14.574*
Merudgifts- ydelse til voksne	13.604	13.519	10.522	8.413	7.817

Anm.: Antal modtagere opgjort som berørte personer i året i alle aldersgrupper. *) Den mindre stigning fra 2017 til 2018 i tabt arbejdsfortjeneste skal ses i lyset af, at der fra 2018 og frem indgår syv kommuner, der ikke tidligere har registrerede modtagere af tabt arbejdsfortjeneste. Antal modtagere af tabt arbejdsfortjeneste må anses at være undervurderet med op til ca. 1.000 personer pr. år i perioden 2015-2017. Stigningen fra 2017 til 2018 i tabt arbejdsfortjeneste kan delvist dermed skyldes datamæssige forhold. Se bilag 1 for yderligere om data.

Kilde: Danmarks Statistik, tabel KY050

**13.
Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede
sociale tilbud**



Velfærdspolitisk Analyse

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tilbud på det specialiserede socialområde omfatter en meget bred vifte af støtteformer til en række meget forskellige grupper af borgere. Tilbuddene omfatter fx misbrugsbehandling, kvindekrisecentre, anbringelsessteder og bo- og dagtilbud til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Formålet med denne analyse er at kortlægge antallet af tilbud, deres virksomhedsformer og hvor store tilbuddene er, baseret på data fra Tilbudsportalen.

Datagrundlaget omfatter 2.453 sociale tilbud i Danmark. Heraf henvender 2.158 af tilbuddene sig til voksne, 747 er målrettet børn og unge. 452 tilbud er til både børn, unge og voksne.

Overordnet set er tilbuddene på voksenområdet oftest kommunalt ejede, mens tilbuddene på børne- og ungeområdet oftere er ejet af fonde eller er selvejende mv., end de er kommunale, regionale eller private. Med undtagelse af få tilbudstyper har tilbuddene med døgnophold på tværs af voksen- samt børne- og ungeområdet ikke mere end 14 pladser i gennemsnit på en afdeling.

Der er ikke et ensartet billede af virksomhedsformer på tværs af de forskellige tilbudstyper på socialområdet. Nogle tilbudstyper er næsten udelukkende kommunalt ejede, eksempelvis botilbudslignende tilbud til voksne, ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud eller åbne døgninstitutioner til børn og unge. Andre tilbudstyper er overvejende fondsejede, selvejende eller private, eksempelvis døgnbehandling af alkohol- eller stofmisbrug eller socialpædagogiske opholdssteder til børn og unge.

På de fleste tilbudstyper med døgnophold er der i gennemsnit op til omkring 30 pladser på et tilbud og 14 pladser på en afdeling. Men på langt de fleste tilbudstyper med døgnophold til enten voksne eller børn og unge har over halvdelen af afdelingerne 10 pladser eller færre.

Ambulante tilbud og dagtilbud har markant flere pladser og varierer mere i størrelse.

Indhold:

1. Introduktion	3
2. Tilbud på voksenområdet	4
2.1. Botilbud og botilbudslignende tilbud	5
2.2. Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud.....	12
2.3. Misbrugsbehandlingstilbud	16
2.4. Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger	22
3. Tilbud på børne- og ungeområdet	24
3.1. Anbringelsessteder	24
3.2. Særlige dag- og klubtilbud	29
3.3. Ambulant stofmisbrugsbehandling	33
4. Databehandling og opmærksomhedspunkter	35
Bilag 1 – Voksenområdet	37
Bilag 2 – Børne og ungeområdet	43

1. Introduktion

I Danmark findes en række specialiserede sociale tilbud, som henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. I denne analyse gives et overordnet indblik i tilbudslandskabet. Det belyses, hvor mange tilbud, afdelinger og pladser der er, hvilke virksomhedsformer tilbuddene har, samt hvor store tilbuddene og afdelingerne er.

Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt med finansloven for 2020.

Der tages udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen, og analysen indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, jf. boks 1. Plejefamilier og friplejeboliger¹ indgår dog ikke i analysen. I afsnit 4 gennemgås opmærksomhedspunkter ved databehandlingen.

Boks 1

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen samler og formidler oplysninger om tilbud til voksne med funktionsnedsættelse eller sociale problemer, tilbud til børn og unge, som er udsatte eller har en funktionsnedsættelse samt plejefamilier. Tilbudsportalen indeholder, jf. § 3 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen oplysninger om:

- Alle tilbud og plejefamilier omfattet af socialtilsynsloven.
- Tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, som er omfattet af kommunalt eller regionalt tilsyn.
- Fripnejeboliger, hvor hjælpen og støtten til borgerne i tilbuddet i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service/som ikke er registreret på plejehjemsoversigten.

Se notatet "Om Tilbudsportalen" for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata.

Tilbuddenes lovmæssige grundlag findes primært i serviceloven. I denne analyse vil det lovmæssige grundlag for tilbudstyperne være angivet, som det står på tilbudsportalen.dk, i tabeller og figurer. I brødteksten vil tilbudstyperne blive benævnt uden angivelse af lovgrundlaget. Eksempelvis vil længerevarende botilbud referere til tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108 i lov om social service, mens sikrede botilbud henviser til tilbud/afdelinger, der er godkendt som sikret botilbud, § 108 i lov om social service.

Tilbuddene kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Afdelingerne er registreret som en eller flere forskellige tilbudstyper. Tilbudstypen er et udtryk for, hvilken lovhjemmel tilbuddet er oprettet og drives efter. Eksempelvis kan en afdeling være godkendt som længerevarende botilbud, § 108, og/eller midlertidigt botilbud, § 107.

Et tilbud kan dermed være registreret som flere tilbudstyper, da tilbuddet dels kan have flere afdelinger, der anvendes som forskellige tilbudstyper, og dels kan samme afdeling

¹ Fripnejeboliger er ikke underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. dec. 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

være registreret som flere forskellige tilbudstyper. Langt de fleste afdelinger, omkring 90 pct., er dog registreret som blot en eller to tilbudstyper.

Overordnet kan tilbuddene på Tilbudsportalen opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Der findes 2.158 tilbud på voksenområdet og 747 tilbud på børne- og ungeområdet, når der ses bort fra friplejeboliger og plejefamilier. Et tilbud eller en afdeling kan dog også være registreret til at modtage både voksne samt børn og unge, hvilket er gældende for omkring 18 pct. af tilbuddene og 12 pct. af afdelingerne, jf. tabel 1.

Tabel 1

Tilbud og afdelinger, fordelt på om de er registreret til voksne, til børn og unge eller til både voksne, samt børn og unge

	Tilbud	Afdelinger
Overordnet målgruppe	----- Antal -----	
Voksne	2.158	3.982
Børn og unge	747	1.182
Heraf både voksne samt børn og unge	452	543
I alt	2.453	4.621

Anm.: Tilbud og afdelinger på Tilbudsportalen pr. 31. december 2019, fordelt på om de er registreret til voksne, til børn og unge samt til både voksne og børn og unge. De 452 tilbud og 543 afdelinger, der er registreret til både voksne og børn og unge, indgår også i opgørelsen over tilbud og afdelinger til henholdsvis voksne og børn og unge. Der indgår ikke tilbud, der er registreret som friplejebolig. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I denne analyse behandles tilbuddene på voksenområdet for sig og tilbuddene til børn og unge for sig. I de tilfælde hvor tilbuddene både er registreret til voksenområdet samt børne- og ungeområdet, vil de således indgå i opgørelserne på begge områder.

2. Tilbud på voksenområdet

De 2.158 tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019 er registreret som en eller flere forskellige tilbudstyper. I denne analyse præsenteres resultaterne inden for følgende tematiske grupperinger af tilbudstyperne:

- a) Botilbud og botilbudslignende tilbud
- b) Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud
- c) Misbrugsbehandlingstilbud
- d) Kvindekrisecentre samt forsorghjem og herberger.

I tabellerne og figurerne er nogle tilbudstyper opgjort samlet. I bilag 1 findes opgørelserne opdelt på hver enkelte tilbudstype.

2.1 Botilbud og botilbudslignende tilbud

Botilbud omfatter her længerevarende botilbud og sikrede botilbud efter servicelovens § 108, midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 og botilbudslignende tilbud². Over halvdelen af alle tilbuddene på voksenområdet er botilbud, hvormed de udgør den største gruppe af tilbud.

Midlertidige botilbud er den botilbudstype på voksenområdet, der er flest af. Der findes 890 midlertidige botilbud med 1.343 afdelinger. Dertil er der 674 botilbudslignende tilbud og 403 længerevarende botilbud, mens der er et enkelt sikret botilbud med i alt 14 afdelinger, jf. tabel 2.

Tabel 2

Tilbud og afdelinger på botilbud og botilbudslignende tilbud, fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Længerevarende botilbud, § 108	403	656
Sikret botilbud, § 108	1	14
Botilbudslignende tilbud	674	1.172
Midlertidigt botilbud, § 107	890	1.343
Botilbud i alt	1.490	2.681

Anm.: Tilbud og afdelinger på botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på hvilke tilbudstyper de er godkendt som. Der indgår ikke tilbud, der er registreret som friplejebolig. I opgørelsen over midlertidige botilbud, § 107, er rehabiliteringstilbud, § 107, også inkluderet, selvom de står angivet hver for sig på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Botilbuddenes virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet kan tilbuddene inddeles i at have en virksomhedsform, der er enten regional, kommunal, privat eller fond, selvejende mv.³ Når der ses på tværs af alle de forskellige tilbudstyper på voksenområdet, fremgår det, at 58 pct. og dermed størstedelen af tilbuddene er kommunalt ejede. Dertil er 3 pct. regionale, 11 pct. er private og 28 pct. er ejet af fonde eller er selvejende mv., jf. tabel 3 i bilag 1.

Ses der alene på botilbuddene på voksenområdet er det ligeledes over halvdelen af tilbuddene, der er kommunale. Særligt de botilbudslignende tilbud er i høj grad kommunale, hvilket er gældende for 89 pct. af tilbuddene. I forhold til de længerevarende botilbud og midlertidige botilbud ses en større variation i virksomhedsformerne. Blandt de længerevarende botilbud er halvdelen af tilbuddene offentligt ejede, mens den anden

² Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

³ Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

halvdel er private eller ejet af fonde eller er selvejende mv. Blandt de midlertidige botilbud er 38 pct. offentligt ejede, mens 62 pct. er private eller ejet af fonde eller er selvejende mv. jf. tabel 3.

Tabel 3**Botilbud og botilbudslignende tilbud, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer, pct.**

	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Tilbudstype	----- Pct. -----					
Længerevarende botilbud, § 108	9	41	17	33	100	403
Sikret botilbud, § 108	100	0	0	0	100	1
Botilbudslignende tilbud	2	89	1	8	100	674
Midlertidigt botilbud, § 107	5	33	19	43	100	890
Botilbud i alt	3	55	12	29	100	1.490

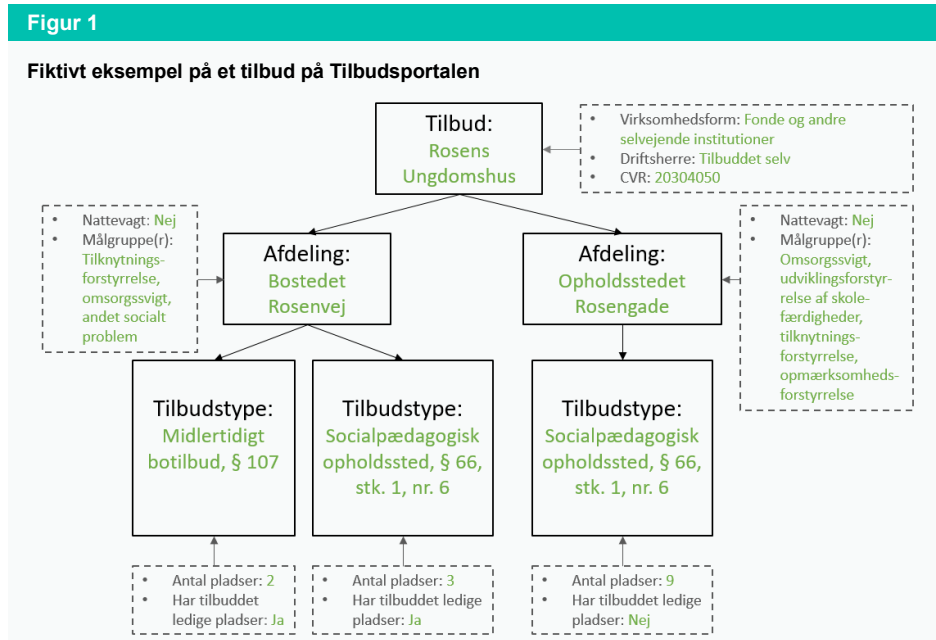
Anm.: Botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper og hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser på botilbuddene

Antallet af pladser kan opgøres på flere måder. Spørgsmål om hvor mange pladser, der er på landsplan, og hvor store tilbuddene er, kan derfor også besvares på flere måder. Det er derfor indledningsvist nødvendigt kort at skitsere nogle forhold omkring, hvordan antallet af pladser registreres på Tilbudsportalen og opgøres i analysen.

Sociale tilbud på Tilbudsportalen består af én eller flere afdelinger. Et tilbuds afdelinger kan ligge ved siden af hinanden eller være fysisk adskilte i større eller mindre omfang. Figuren nedenfor viser et fiktivt eksempel på et tilbud med flere afdelinger og tilbudstyper. Eksemplet viser en af mange mulige kombinationer af tilbudstyper og målgrupper.



Figuren viser et fondsejet tilbud, der har to afdelinger. Den ene afdeling kan både anvendes som midlertidigt botilbud og som socialpædagogisk opholdssted, mens den anden afdeling kun kan anvendes som socialpædagogisk opholdssted. Tilbuddet er dermed godkendt til to forskellige tilbudstyper.

Når man skal opgøre antallet af pladser, er det vigtigt at være opmærksom på, at afdelingerne godkendes til et antal pladser for hver tilbudstype på afdelingen. Summen af pladserne til hver tilbudstype på en afdeling udgør det samlede antal pladser på afdelingen. Det samlede antal pladser på en afdeling kan give et indblik i, hvor stor afdelingen er.

I stedet for at se på afdelingens størrelse kan man også se på hele tilbuddets størrelse. Hvis et tilbud har flere afdelinger, kan antallet af pladser på hele tilbuddet opgøres som en sum af pladserne på hver af tilbuddets afdelinger.

I opgørelserne over antal pladser skelnes der mellem tre forskellige opgørelser:

1. **Antal pladser til den enkelte tilbudstype** på et tilbud eller en afdeling. Det vil sige antallet af pladser, der er knyttet op til en bestemt social indsats, fx midlertidigt botilbud, uafhængigt af eventuelle andre tilbudstyper på tilbuddet eller afdelingen. Antallet af pladser til den enkelte tilbudstype kan give et indblik i, hvor udbredt tilbudstypen er, men ikke i størrelsen på tilbuddet, som også kan have pladser til andre tilbudstyper.
2. **Antallet af døgnopholdspladser i alt** på et tilbud eller en afdeling. Døgnopholdspladser forstås her som pladser, der anvendes til botilbud og botilbudslignende tilbud, døgnbehandling til stof- og alkoholmisbrug, forsorgshjem og herberger, kvindekrisecentre og anbringelsessteder til børn og unge. Summen

af antallet af døgnpladser på tilbuddet eller afdelingen vil give antallet af døgnpladser i alt på tilbuddet eller afdelingen, når man ser på tværs af tilbudstyper.

3. **Antallet af ambulante- og dagtilbudspladser i alt** på et tilbud eller en afdeling. Ambulante- og dagtilbudspladser forstås her som pladser, der anvendes til aktivitets- og samværstilbud, beskyttede beskæftigelsestilbud, ambulante- og dagbehandling til stof- og alkoholmisbrug og særlige dag- og klubtilbud. Summen af disse pladser vil give det samlede antal ambulante- og dagtilbudspladser på tilbuddet eller afdelingen.

På tilbud med døgnophold, der også tilbyder ambulante behandling eller dagtilbud, kan der være pladser, som er reserveret til beboerne. I opgørelserne nedenfor ses der derfor alene på antallet af døgnpladser og antallet af ambulante- og dagtilbudspladser separat. Døgnpladserne og dagpladser lægges ikke sammen, da man dermed risikerer at overvurdere størrelsen på tilbuddet, idet samme person kan optage to pladser.

Endeligt sondres i opgørelserne mellem pladser på afdelingen og pladser på tilbuddet. Det skyldes, at et tilbud netop kan have flere afdelinger, hvormed spørgsmålet om tilbuddets størrelse er afhængigt af, hvorvidt man tæller pladser på henholdsvis afdelingen eller på hele tilbuddet på tværs af tilbuddets afdelinger.

I boks 2 er der uddybende information om opgørelse af pladser på Tilbudsportalen, og hvilken betydning, det har for analyserne.

Boks 2

Pladser på Tilbudsportalen

På Tilbudsportalen bliver afdelingerne registreret med et antal pladser til hver tilbudstype. For at sikre tilbuddene en fleksibilitet i anvendelsen af pladser og undgå at pladser står unødigt tomme, er der tilfælde, hvor samme konkrete plads kan anvendes som flere tilbudstyper. I sådanne tilfælde vil pladsen blive indberettet for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal.

De datamæssige konsekvenser af denne fleksibilitet er, at det er muligt at opgøre det samlede antal pladser på en afdeling ved at summere antallet af pladser til hver tilbudstype. Samtidig vil en opgørelse over antallet af pladser til en specifik tilbudstype give et underkantsskøn i de tilfælde, hvor der er pladser på afdelingen, der potentielt kan anvendes som flere tilbudstyper.

Eksempelvis kan en afdeling være godkendt som både midlertidigt botilbud, § 107 og længerevarende botilbud, § 108 med 5 pladser til hver tilbudstype. Det betyder, at afdelingen har 10 pladser i alt. Det er muligt, at alle 10 pladser kan anvendes både som midlertidigt botilbud og længerevarende botilbud. Hvis det er tilfældet, vil afdelingen reelt have 10 pladser, der er godkendt til hver af de to tilbudstyper, hvormed de 5 pladser til hver tilbudstype er et underkantsskøn.

Dertil kan der være afdelinger, som har ambulante pladser og/eller dagtilbudspladser, som er reserveret til tilbuddets beboere. I de tilfælde vil en summering af antal ambulante- og dagtilbudspladser og døgnopholdspladser give et overkantsskøn. Derfor opgøres antallet af døgnopholdspladser og ambulante- og dagtilbudspladser på et tilbud eller en afdeling separat i denne analyse.

Der findes i alt 15.318 pladser godkendt som botilbudslignende tilbud, hvilket er markant flere end til de resterende botilbudstyper. Selvom midlertidigt botilbud er den mest udbredte botilbudstype, er der omkring halvt så mange pladser, der er godkendt som midlertidigt botilbud, sammenlignet med botilbudslignende tilbud. Derudover er 5.270 pladser godkendt som længerevarende botilbud, og 72 pladser er godkendt som sikret botilbud, jf. tabel 4.

Tabel 4

Pladser godkendt til tilbudstypen på botilbud og botilbudslignende tilbud

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Længerevarende botilbud, § 108	5.270
Sikret botilbud, § 108	72
Botilbudslignende tilbud	15.318
Midlertidigt botilbud, § 107	7.723
Botilbud i alt	28.383

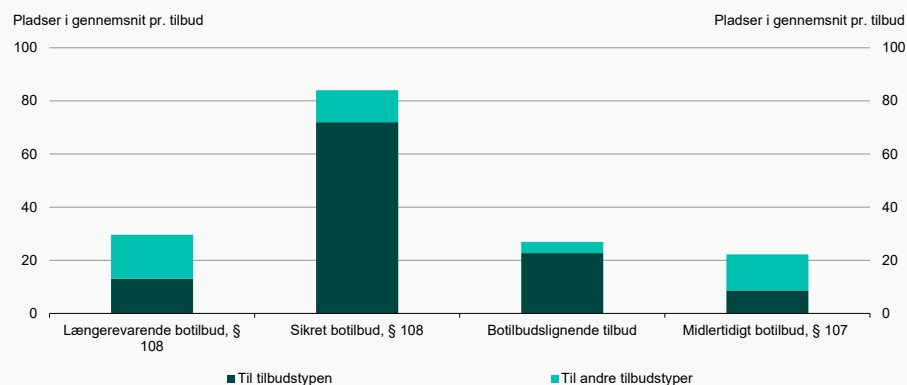
Anm.: Antal pladser godkendt til tilbudstypen på botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Ses der på botilbuddenes størrelse, opgjort som det samlede antal døgnopholdspladser i gennemsnit på et tilbud, har de botilbudslignende tilbud, de længerevarende botilbud og de midlertidige botilbud 22-30 døgnopholdspladser i gennemsnit pr. tilbud. Det sikrede botilbud har 84 døgnopholdspladser i alt, jf. figur 2.

Figur 2

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud på botilbud og botilbudslignende tilbud

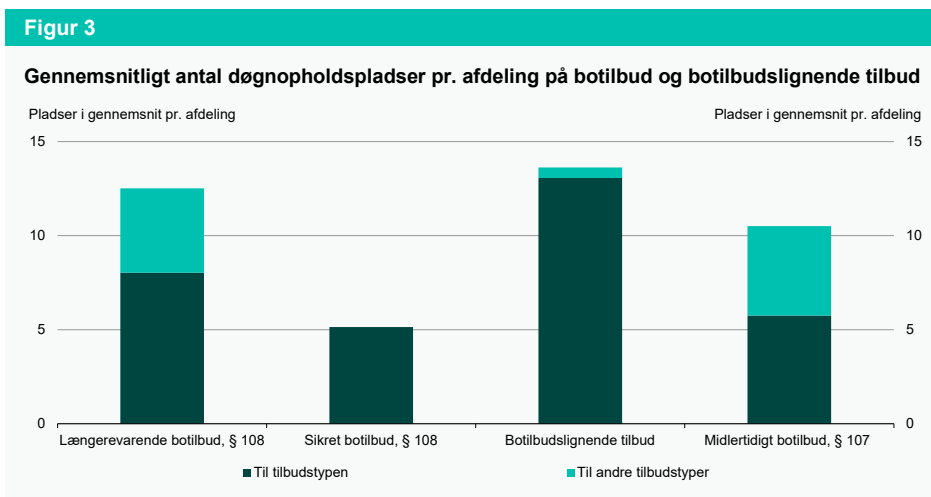


Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud på botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud er beregnet for alle de tilbud, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Hvert tilbud kan have en eller flere afdelinger. Opgøres antallet af pladser på afdelingsniveau, har de enkelte afdelinger på botilbud og botilbudslignende tilbud omkring halvt så mange døgnopholdspladser, som når det opgøres på hele tilbuddet. Således har de botilbudslignende tilbud, længerevarende botilbud og midlertidige botilbud ikke mere end mellem 11 og 14 døgnopholdspladser i gennemsnit pr. afdeling, mens afdelinger, der er godkendt som sikret botilbud, blot har 5 pladser pr. afdeling i gennemsnit, jf. figur 3.

På de botilbudslignende tilbud er det i gennemsnit blot 1 af de 14 døgnopholdspladser på afdelingerne, der anvendes som andre tilbudstyper. På de længerevarende botilbuds afdelinger anvendes omkring en tredjedel af pladserne til andre tilbudstyper, og på de midlertidige botilbuds afdelinger anvendes lige under halvdelen af pladserne til andre tilbudstyper, jf. figur 3. Det kan eksempelvis skyldes, at afdelingerne er godkendt som både længerevarende og midlertidigt botilbud, hvormed der er pladser på længerevarende botilbud, som anvendes til midlertidigt botilbud og omvendt.



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling på botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Ses der nærmere på variationen i antallet af pladser på afdelingerne, fremgår det, at størstedelen af afdelingerne, på tværs af de fire tilbudstyper, har forholdsvis få pladser. Over halvdelen af afdelingerne har 10 eller færre døgnopholdspladser i alt. Dog er der også henholdsvis 16 og 18 pct. af de længerevarende og botilbudslignende botilbud, der har over 20 døgnopholdspladser, jf. tabel 5.

Tabel 5

Afdelinger på botilbud og botilbudslignende tilbud, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt og tilbudstyper

Tilbudstype	0-5	6-10	11-15	16-20	Over 20	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
	Pladser	pladser	pladser	pladser	pladser		
	----- Pct. -----						
Længerevarende botilbud, § 108	28	33	15	9	16	100	656
Sikret botilbud, § 108	64	36	0	0	0	100	14
Botilbudslignende tilbud	12	41	18	11	18	100	1.172
Midlertidigt botilbud, § 107	31	37	13	7	11	100	1.343
Botilbud i alt	24	38	15	9	14	100	2.681

Anm.: Afdelinger på botilbud og botilbudslignende tilbud pr. 31. december 2019, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.2 Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud

Der findes på landsplan 622 aktivitets- og samværstilbud (servicelovens § 104) med 843 afdelinger, mens der er omkring halvt så mange beskyttede beskæftigelsestilbud (servicelovens §103), jf. tabel 6.

Tabel 6

Tilbud og afdelinger til aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	622	843
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	278	399
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud i alt	737	1.073

Anm.: Tilbud og afdelinger med henholdsvis aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud pr. 31. december 2019. Aktivitets- og samværstilbud, § 104 og beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103 er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsestidspunktet ikke været regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbuds virksomhedsformer

Over halvdelen af aktivitets- og samværstilbuddene samt de beskyttede beskæftigelsestilbud er kommunale, omkring en fjerdedel er ejet af fonde eller er selvejende mv., og kun 3-4 pct. er regionale. Dertil er 15 pct. af de beskyttede beskæftigelsestilbud private, hvilket er en større andel end blandt aktivitets- og samværstilbuddene, hvor 9 pct. er private, jf. tabel 7.

Tabel 7

Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud, fordelt på virksomhedsformer, pct.

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	4	60	9	27	100	622
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	3	56	15	26	100	278
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud i alt	3	59	11	27	100	737

Anm.: Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud pr. 31. december 2019, fordelt på hvilken virksomhedsform de har. Aktivitets- og samværstilbud, § 104 og beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103 er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsestidspunktet ikke være regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser på aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud

Ligesom der er flest aktivitets- og samværstilbud, når der sammenlignes med beskyttede beskæftigelsestilbud, er der også markant flere aktivitets- og samværstilbudspladser. Således er der 20.612 pladser, der er registreret til aktivitets- og samværstilbud, og dermed næsten tre gange så mange pladser, som der er registreret til beskyttede beskæftigelsestilbud, jf. tabel 8.

Tabel 8

Pladser registreret til tilbudstypen på aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud

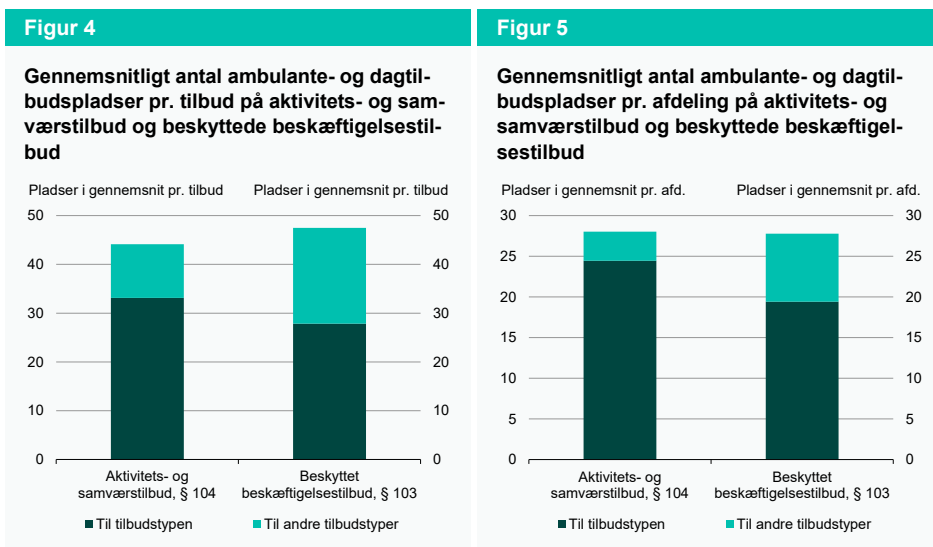
Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	20.612
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	7.747
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud i alt	28.359

Anm.: Antal pladser registreret som aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som er potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Ses der på tilbuddenes størrelse, er der meget lille forskel på de to tilbudstyper. I gennemsnit er der 44-47 dagtilbudspladser pr. tilbud og 28 pladser pr. afdeling. Der er nogen usikkerhed forbundet med antallet af dagtilbudspladser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage.

De beskyttede beskæftigelsestilbud har gennemsnitligt flere pladser til andre tilbudstyper, end det er tilfældet for aktivitets- og samværstilbuddene. Omkring en tredjedel af pladserne på de beskyttede beskæftigelsestilbuds afdelinger, anvendes som andre tilbudstyper, jf. figur 4 og figur 5. Det er som oftest aktivitets- og samværstilbud de er kombineret med. Således er der 42 pct. af de beskyttede beskæftigelsestilbuds afdelinger, der også er registreret som aktivitets- og samværstilbud.



Anm.: Gennemsnitligt antal ambulante- og dagtilbudspladser pr. tilbud (figur 4) og pr. afdeling (figur 5) på aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud pr. 31. december 2019. Figurerne viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til ambulant- og dagbehandling, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er registreret til tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Mellem 70 og 75 pct. af afdelingerne, der tilbyder henholdsvis aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud, har 30 eller færre dagtilbudspladser i alt. Der er dog også nogle afdelinger med markant flere pladser, idet ca. 15 pct. af afdelingerne har over 50 dagtilbudspladser i alt, jf. tabel 9.

Tabel 9

Afdelinger på aktivitets- og samværstilbud og beskæftigelsestilbud, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt

Tilbudstype	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	Over 50	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
	pladser	pladser	pladser	pladser	pladser	pladser		
	----- Pct. -----							
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	34	22	15	8	7	14	100	843
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	36	25	13	7	5	15	100	399
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud i alt	36	23	15	7	6	13	100	1.073

Anm.: Afdelinger på aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelsestilbud pr. 31. december 2019, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.3 Misbrugsbehandlingstilbud

På voksenområdet findes ambulante tilbud og dagbehandlingstilbud samt døgnbehandlingstilbud til henholdsvis stofmisbrugsbehandling (servicelovens § 101 og § 101a) og alkoholmisbrugsbehandling (sundhedslovens § 141).

Der eksisterer 22 og 20 døgnbehandlingstilbud til henholdsvis stofmisbrugsbehandling og alkoholmisbrugsbehandling, og der er omkring 100 tilbud, der tilbyder ambulante- og/eller dagbehandling af henholdsvis stofmisbrug og alkoholmisbrug, jf. tabel 10.

Tabel 10

Tilbud og afdelinger med misbrugsbehandling til voksne, fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	103	161
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	22	28
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	95	133
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	20	24
Misbrugsbehandling i alt	136	243

Anm.: Tilbud og afdelinger med misbrugsbehandling til voksne pr. 31. december 2019, fordelt på hvilke tilbudstyper de er godkendt som. Ambulant- og dagbehandlingstilbud af stofmisbrug, § 101 – voksne omfatter også anonym ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101a.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Misbrugsbehandlingstilbuds virksomhedsformer

Ambulante- og dagbehandlingstilbud til stof- og alkoholmisbrug på voksenområdet er i høj grad kommunale, hvilket gælder for 81-85 pct. af tilbuddene.

Modsat det generelle billede på voksenområdet er der forholdsvis få døgnbehandlingstilbud til alkohol- og stofmisbrug, der er kommunale, og mange der er private eller fondsejede. Over halvdelen af døgnbehandlingstilbuddene er ejet af fonde eller er selvejende mv., jf. tabel 11.

Tabel 11

Tilbud med misbrugsbehandling til voksne, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer, pct.

	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Tilbudstype	----- Pct. -----					
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	1	85	8	6	100	103
Døgnbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101, jf. § 107	0	23	23	55	100	22
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	1	81	8	9	100	95
Døgnbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, SUL §141	0	10	30	60	100	20
Misbrugsbehandling i alt	1	71	13	15	100	136

Anm.: Tilbud med misbrugsbehandling på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser til misbrugsbehandling

Der er henholdsvis 12.133 og 12.489 ambulante- og dagbehandlingspladser til alkohol- og stofmisbrugsbehandling og 146 og 223 døgnbehandlingpladser til alkohol- og stofmisbrug, jf. tabel 12.

Tabel 12

Pladser godkendt til tilbudstypen på tilbud med misbrugsbehandling til voksne

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	12.489
Døgnbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101, jf. § 107	223
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	12.133
Døgnbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, SUL §141	146
Ambulant- og dagbehandling til misbrug i alt	24.622
Døgnbehandling til misbrug i alt	369

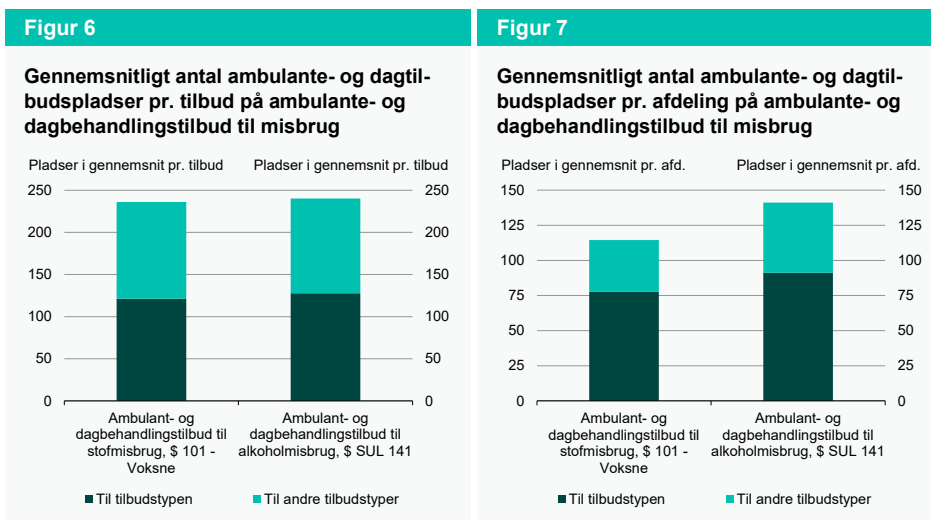
Anm.: Antal pladser godkendt til tilbudstypen på tilbud med misbrugsbehandling til voksne pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tilbuddene er relativt store. På tilbuddene med ambulant- og dagbehandling af både stof- og alkoholmisbrug er det gennemsnitlige antal ambulante- og dagbehandlingspladser pr. tilbud lige under 250 pladser, mens det pr. afdeling er 114-141 pladser. Der er nogen usikkerhed forbundet med antallet af ambulante- og dagtilbudspladser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Det høje antal pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulant- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen.

På tilbud til ambulant- og dagbehandling til stof- og alkoholmisbrug er omkring halvdel af pladserne til andre tilbudstyper, mens det er lidt færre på afdelingerne, jf. figur 6 og figur 7. I den forbindelse er afdelingerne ofte godkendt som både stofmisbrugsbehandling og alkoholmisbrugsbehandling, hvormed der er pladser på stofmisbrugsbehandlingstilbuddenes afdelinger, der anvendes til alkoholmisbrugsbehandling og omvendt.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud



Anm.: Gennemsnitligt antal ambulante- og dagtilbudspladser pr. tilbud (figur 6) og pr. afdeling (figur 7) på misbrugsbehandlingstilbud med ambulant behandling og dagbehandling til voksne pr. 31. december 2019. Figurerne viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til ambulant- og dagbehandling, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det høje gennemsnitlige antal pladser er særligt drevet af, at der er nogle få afdelinger med rigtig mange pladser. 14-19 pct. af afdelingerne, svarende til 22-25 afdelinger, har over 250 ambulante- og dagbehandlingspladser, jf. tabel 13.

Tabel 13

Afdelinger på ambulante- og dagbehandlingstilbud til misbrug, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt, pct.

	0-50 pladser	51-100 pladser	101-150 pladser	151-200 pladser	201-250 pladser	Over 250 pladser	Afdelin- ger i alt, pct.	Afdelin- ger i alt, antal
Tilbudstype	----- Pct. -----							
Ambulant- og dagbe- handlingstilbud til stof- misbrug, § 101 - Voksne	44	19	12	5	6	14	100	161
Ambulant- og dagbe- handlingstilbud til alko- holmisbrug, § SUL 141	38	16	14	6	8	19	100	133
Ambulant- og dagbe- handling til misbrug i alt	43	18	12	6	6	15	100	214

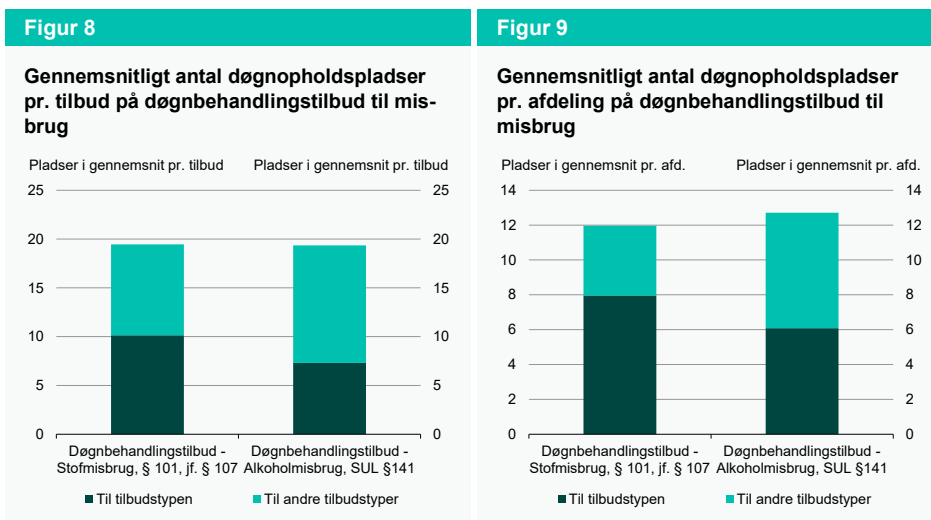
Anm.: Afdelinger på ambulante- og dagbehandlingstilbud til misbrug på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På døgnbehandlingstilbuddene til stof- og alkoholmisbrugsbehandling er der i gennemsnit omkring 20 og 12 døgnopholdspladser pr. henholdsvis tilbud og afdeling, jf. figur 8 og figur 9.

På afdelingerne til alkoholmisbrugsbehandling er det kun omkring en tredjedel af pladserne, der anvendes til den tilbudstype, mens det er omvendt på afdelingerne til stofmisbrugsbehandling, hvor omkring en tredjedel anvendes til andre tilbudstyper, jf. figur 9. Det kan blandt andet forklares med, at de to tilbudstyper oftest er kombineret med hinanden.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud (figur 8) og pr. afdeling (figur 9) på døgnbehandlingstilbud til misbrug på voksenområdet pr. 31. december 2019. Figurene viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Omkring to tredjedele af afdelingerne, svarende til 16 og 19 af afdelingerne, har mindre end 16 døgnopholdspladser, og 14-17 pct., svarende til 4 afdelinger, har over 20 pladser, jf. tabel 14.

Tabel 14

Afdelinger på døgnbehandlingstilbud til misbrug, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt, pct.

Tilbudstype	0-5 pladser	6-10 pladser	11-15 pladser	16-20 pladser	Over 20 pladser	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	25	32	11	18	14	100	28
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL §141	25	29	13	17	17	100	24
Døgnbehandling til misbrug i alt	30	27	14	16	14	100	37

Anm.: Afdelinger på døgnbehandlingstilbud til misbrug på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.4 Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger

På voksenområdet er der ligeledes kvindekrisecentre (servicelovens § 109) og forsorgshjem og herberg (servicelovens § 110). Der er 92 forsorgshjem og herberger og 54 kvindekrisecentre. Forsorgshjem og herberger har oftere flere afdelinger, end det er tilfældet for kvindekrisecentre, jf. tabel 15.

Tabel 15

Tilbud og afdelinger til kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Forsorgshjem/herberg, § 110	92	147
Kvindekrisecenter, § 109	54	61

Anm.: Tilbud og afdelinger der er godkendt som henholdsvis kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger pr. 31. december 2019.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Kvindekrisecentre og forsorgshjem og herbergers virksomhedsformer

Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger er blandt de tilbudstyper på voksenområdet, som oftest er ejet af fonde eller er selvejende mv. Dette er gældende for over halvdelen af forsorgshjem og herberger og for mere end to tredjedele af kvindekrisecentrene, jf. tabel 16.

Tabel 16

Kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger, fordelt på virksomhedsformer, pct.

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
	Pct.					
Forsorgshjem/herberg, § 110	4	28	12	55	100	92
Kvindekrisecenter, § 109	0	20	11	69	100	54

Anm.: Kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger pr. 31. december 2019, fordelt på hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser på kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger

Der er 2.674 pladser godkendt som forsorgshjem og herberger og 607 pladser godkendt som kvindekrisecentre, jf. tabel 17.

Tabel 17

Pladser godkendt til tilbudstypen på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Forsorgshjem/herberg, § 110	2.674
Kvindekrisecenter, § 109	607

Anm.: Antal pladser godkendt til tilbudstypen på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

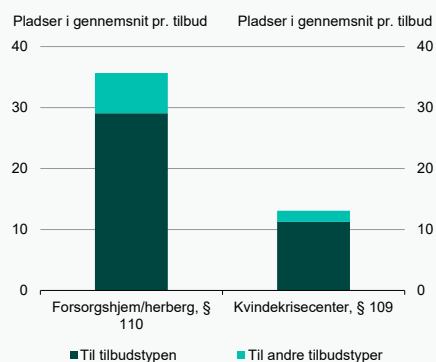
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Forsorgshjemmene og herbergerne er større end kvindekrisecentrene. På forsorgshjem og herberger er der i gennemsnit 35 døgnopholdspladser pr. tilbud, mens der tilsvarende er 13 pladser pr. tilbud på kvindekrisecentre. På afdelingsniveau er tallet lidt lavere for forsorgshjem og herberger, nemlig 20 pladser pr. afdeling. Kvindekrisecentrene har blot en enkelt plads mindre pr. afdeling end pr. tilbud, hvilket kan forklares med, at de fleste kvindekrisecentre kun har én afdeling.

Både på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger er det få pladser på tilbuddene og afdelingerne, der anvendes til andre tilbudstyper. På afdelingerne er det i gennemsnit 2 ud af 20 pladser på forsorgshjem og herberger, og 2 ud af 12 pladser på kvindekrisecentre, der anvendes til andre tilbudstyper, jf. figur 10 og figur 11.

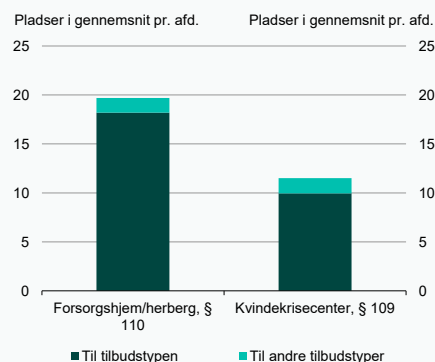
Figur 10

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger



Figur 11

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud (figur 10) og pr. afdeling (figur 11) på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger pr. 31. december 2019. Figureerne viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Selvom over halvdelen af afdelingerne på forsorgshjem og herberger ikke har mere end 15 døgnopholdspladser, er der også en tredjedel af afdelingerne, der har over 20 pladser. Blandt afdelingerne på kvindekrisecentre har omkring to tredjedele 10 døgnopholdspladser eller færre, jf. tabel 18.

Tabel 18

Afdelinger på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt

	0-5 pladser	6-10 pladser	11-15 pladser	16-20 pladser	Over 20 pladser	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
Tilbudstype	----- Pct. -----						
Forsorgshjem/herberg, § 110	20	25	12	14	29	100	147
Kvindekrisecentre, § 109	20	46	18	8	8	100	61

Anm.: Afdelinger på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger pr. 31. december 2019, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3. Tilbud på børne- og ungeområdet

På børne- og ungeområdet er der pr. 31. december 2019 10 tilbudstyper, tilbuddene kan være registreret som. Overordnet kan tilbudstyperne inddeles i følgende tre tematiske grupperinger af tilbudstyperne, som denne analyse præsenteres efter:

- a) Anbringelsessteder
- b) Særlige dag- og klubtilbud
- c) Ambulant stofmisbrugsbehandling

3.1 Anbringelsessteder

Anbringelsessteder til børn og unge indebærer først og fremmest åbne døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7), socialpædagogiske opholdssteder (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6), delvist lukkede døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 a) og sikrede døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 b). Dertil kommer socialpædagogiske efterskole- og kostskoletilbud (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 8)⁴, samt skibsprojekter (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6). Anbringelsesstederne udgør langt størstedelen af sociale tilbud til børn og unge. 645 ud af de 747 tilbud på børne- og ungeområdet er anbringelsessteder.

⁴ Det er kun efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, med flere end otte pladser til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3, nr. 7, som fremgår af Tilbudsportalen.

De mest udbredte anbringelsessteder til børn og unge er socialpædagogiske opholdssteder, efterfulgt af åbne døgninstitutioner, som der findes henholdsvis 429 og 197 af, jf. tabel 19.

Tabel 19

Anbringelsessteder til børn og unge, fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	197	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	429	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	4	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	7	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	7	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	3	4
Anbringelsessteder i alt	645	1.066

Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019, fordelt på hvilke tilbudstyper de er godkendt som – antal tilbud og afdelinger. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Anbringelsesstedernes virksomhedsformer

Tilbuddene på det samlede børne- og ungeområde er oftere ejet af fonde eller er selvejende mv., mens færre er henholdsvis regionale, kommunale og private. Således er 45 pct. af tilbuddene ejet af fonde eller er selvejende mv., mens 3 pct. er regionale, 33 pct. er kommunale og 18 pct. er private, jf. tabel 9, bilag 2.

Socialpædagogiske opholdssteder er pr. definition altid private eller ejet af fonde eller er selvejende mv., mens åbne, delvist lukkede og sikrede døgninstitutioner altid er kommunale, regionale eller ejet af fonde eller er selvejende mv. og efterskole- og kostskoletilbud altid er selvejende.

For socialpædagogiske opholdssteder, som er den mest udbredte tilbudstype, gælder at cirka en tredjedel af tilbuddene er private og to tredjedele af tilbuddene ejet af fonde eller er selvejende mv. Blandt de åbne døgninstitutioner er 80 pct. kommunale, 11 pct. er regionale og 10 pct. er fondsejede. Halvdelen af de delvist lukkede døgninstitutioner er kommunalt ejede, mens den anden halvdel er regionalt ejede. På de sikrede døgninstitutioner er fordelingen, at 86 pct. af tilbuddene er regionale og 14 pct. er kommunale. Skibsprojekter er oftest private, mens en tredjedel er ejet af fonde eller er selvejende mv., jf. tabel 20.

Tabel 20

Anbringelsessteder til børn og unge, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer, pct.

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
	----- Pct. -----					
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	11	80	0	10	100	197
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	0	0	30	69	100	429
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	50	50	0	0	100	4
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	86	14	0	0	100	7
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	0	0	100	100	4
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	0	0	100	100	7
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	0	0	67	33	100	3
Anbringelsessteder i alt	4	25	20	51	100	645

Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstype og hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser på anbringelsessteder på børne- og ungeområdet

Socialpædagogisk opholdssted og åben døgninstitution er de to tilbudstyper, der er flest pladser til. 3.751 pladser er godkendt som socialpædagogisk opholdssted, og 3.077 pladser er godkendt som åben døgninstitution.

Der er blot 14 og 15 pladser, der er godkendt som socialpædagogisk efterskoletilbud eller skibsprojekt, mens der er 47 pladser godkendt som delvist lukket døgninstitution, 129 pladser godkendt som sikret døgninstitution og 315 pladser godkendt som socialpædagogisk kostskoletilbud, jf. tabel 21.

Tabel 21

Pladser godkendt til tilbudstypen på anbringelsessteder til børn og unge

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	3.077
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	3.751
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	47
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	129
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	15
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	315
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	14
Anbringelsessteder i alt	7.348

Anm.: Antal pladser godkendt til tilbudstypen på anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

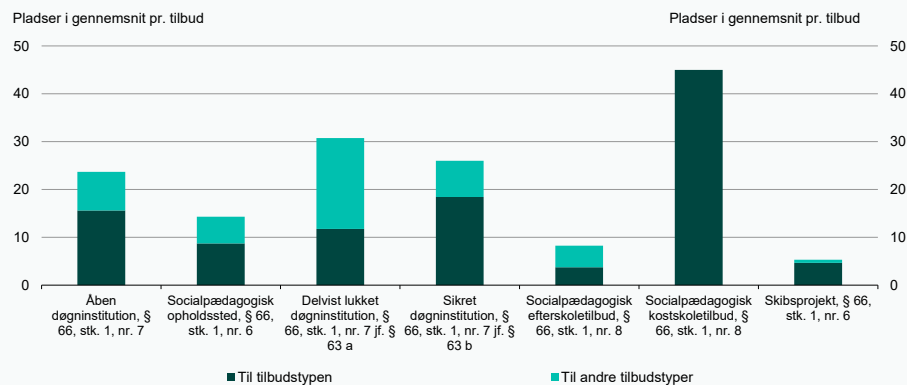
Med undtagelse af socialpædagogiske kostskoletilbud er der på alle de forskellige typer af anbringelsessteder gennemsnitligt højest 31 døgnopholdspladser pr. tilbud og 13 pr. afdeling. På de socialpædagogiske kostskoletilbud er der 45 pladser i gennemsnit pr. tilbud og 32 pr. afdeling.

På de socialpædagogiske opholdssteders afdelinger anvendes i gennemsnit omkring en tredjedel af pladserne til andre tilbudstyper, mens omkring en fjerdedel af pladserne på de åbne døgninstitutioners afdelinger anvendes som andre tilbudstyper. Blandt afdelingerne på åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er henholdsvis 34 og 51 pct. også godkendt som midlertidigt botilbud til voksne, hvormed der kan være pladser, der anvendes hertil, jf. figur 12 og figur 13.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Figur 12

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud på anbringelsessteder til børn og unge, fordelt på tilbudstyper

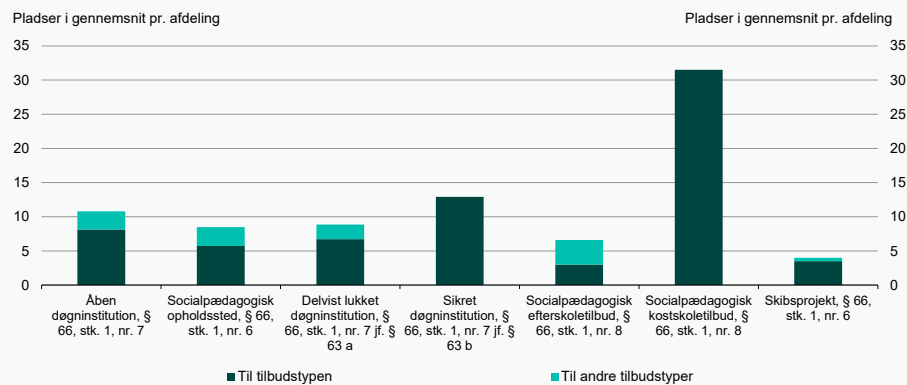


Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. tilbud på anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud er beregnet for alle de tilbud, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Figur 13

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling, fordelt på tilbudstyper



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling på anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Med undtagelse af de socialpædagogiske kostskoletilbud er der relativt få afdelinger, der har over 20 døgnopholdspladser. På socialpædagogiske opholdssteder og åbne døgninstitutioner har kun henholdsvis 5 og 9 pct. af afdelingerne over 20 pladser til døgnophold, og henholdsvis 81 og 63 pct. har op til 10 pladser pr. afdeling, jf. tabel 22.

Tabel 22

Afdelinger på anbringelsessteder til børn og unge, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt

Tilbudstype	0-5	6-10	11-15	16-20	Over 20	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
	pladser	pladser	pladser	pladser	pladser		
	----- Pct. -----						
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	17	46	18	10	9	100	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	33	48	10	5	5	100	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	43	43	0	0	14	100	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	20	20	20	30	10	100	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	40	60	0	0	0	100	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	0	0	20	80	100	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	75	25	0	0	0	100	4
Anbringelsessteder i alt	27	47	12	7	7	100	1.066

Anm.: Afdelinger på anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2019, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.2 Særlige dag- og klubtilbud

På børne- og ungeområdet findes også særlige dagtilbud (servicelovens § 32) og særlige klubtilbud (servicelovens § 36) til børn og unge, der har behov herfor pga. betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Der er 15 særlige klubtilbud til børn og unge og 38 særlige dagtilbud, jf. tabel 23.

Tabel 23

Tilbud og afdelinger med særlige dag- og klubtilbud

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Særlige dagtilbud, § 32	38	40
Særlige klubtilbud, § 36	15	16
Særlige dag- og klubtilbud i alt	51	54

Anm.: Tilbud og afdelinger med særlige dag- og klubtilbud pr. 31. december 2019. Særlige dagtilbud, § 32 og særlige klubtilbud, § 36 er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. Serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsestidspunktet ikke være regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Særlige dag- og klubtilbuds virksomhedsformer

De særlige dag- og klubtilbud er blandt de få tilbudstyper på børne- og ungeområdet, hvor der er en overvægt af tilbuddene, der er kommunale, hvilket er tilfældet for henholdsvis 89 og 53 pct. af tilbuddene, jf. tabel 24.

Tabel 24

Særlige dag- og klubtilbud, fordelt på virksomhedsformer, pct.

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Særlige dagtilbud, § 32	3	89	0	8	100	38
Særlige klubtilbud, § 36	7	53	0	40	100	15
Særlige dag- og klubtilbud i alt	2	82	0	16	100	51

Anm.: Særlige dag- og klubtilbud pr. 31. december 2019, fordelt på hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser i særlige dag- og klubtilbud

Selvom der er dobbelt så mange særlige dagtilbud, som der er særlige klubtilbud, er der flere særlige klubtilbudspladser. Således er 648 pladser registreret til særligt klubtilbud, mens 575 pladser er registreret til særligt dagtilbud, jf. tabel 25.

Tabel 25

Pladser registreret til tilbudstypen på særlige dag- og klubtilbud

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Særlige dagtilbud, § 32	575
Særlige klubtilbud, § 36	648
Særlige dag- og klubtilbud i alt	1.223

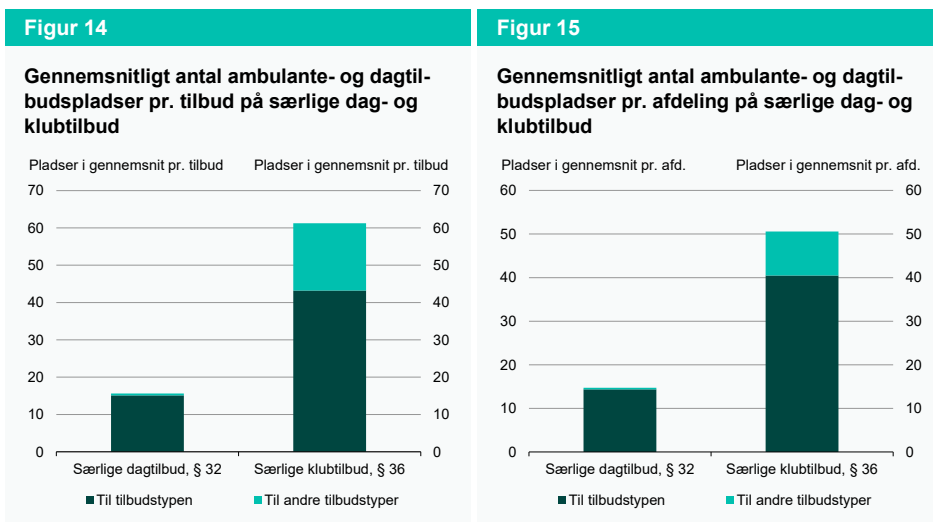
Anm.: Antal pladser registreret til tilbudstypen på særlige dag- og klubtilbud pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelsen på de særlige dag- og klubtilbud varierer meget lidt fra afdelings- til tilbuds-niveau, eftersom næsten alle tilbuddene blot har en enkelt afdeling. De særlige klubtilbud er markant større end de særlige dagtilbud. Således er der omkring 50 dagtilbudspladser i gennemsnit pr. afdeling på de særlige klubtilbud, mens der tilsvarende er omkring 15 pladser pr. afdeling på de særlige dagtilbud, jf. figur 14 og figur 15.

Der er nogen usikkerhed forbundet med antallet af dagtilbudspladser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud



Anm.: Gennemsnitligt antal ambulante- og dagtilbudspladser pr. tilbud (figur 14) og pr. afdeling (figur 15) på særlige dag- og klubtilbud pr. 31. december 2019. Figurerne viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til ambulante- og dagbehandling, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er registreret som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

81 pct. af afdelingerne på særlige dagtilbud har op til 20 ambulante- og dagtilbudspladser, og kun 8 pct. har over 30 pladser. Blandt afdelingerne på de særlige klubtilbud er der 44 pct. der har over 30 pladser pr. afdeling, jf. tabel 26.

Tabel 26

Afdelinger på særlige dag- og klubtilbud, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt

Tilbudstype	0-10 pladser	11-20 pladser	21-30 pladser	Over 30 pladser	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal
	Pct.					
Særlige dagtilbud, § 32	38	43	13	8	100	40
Særlige klubtilbud, § 36	25	13	19	44	100	16
Særlige dag- og klubtilbud i alt	33	35	13	19	100	54

Anm.: Afdelinger på særlige dag- og klubtilbud pr. 31. december 2019, fordelt på antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.3 Ambulant stofmisbrugsbehandling

På børne- og ungeområdet består misbrugsbehandlingstilbuddene til personer under 18 år af ambulant stofmisbrugsbehandling (servicelovens § 101). Der findes 64 tilbud med 81 afdelinger, som tilbyder ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, jf. tabel 27.

Tabel 27

Tilbud og afdelinger med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	64	81

Anm.: Tilbud og afdelinger med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år pr. 31. december 2019.
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Stofmisbrugsbehandlingstilbuddenes virksomhedsformer

Den mest udbredte virksomhedsform blandt de 64 tilbud, som tilbyder ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, er den kommunale med 81 pct. 2 pct. af tilbuddene er regionale, og de resterende 17 pct. fordeler sig næsten ligeligt som henholdsvis private og ejet af fonde eller er selvejende mv., jf. tabel 28.

Tabel 28

Tilbud med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, fordelt på virksomhedsformer, pct.

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
	Pct.					
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	2	81	9	8	100	64

Anm.: Tilbud med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år pr. 31. december 2019, fordelt på hvilken virksomhedsform de har. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser til ambulant stofmisbrugsbehandling

Der er i alt 1.358 pladser til ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, jf. tabel 29.

Tabel 29

Pladser godkendt til ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	1.358

Anm.: Antal pladser godkendt som ambulant stofmisbrugsbehandling til børn og unge pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

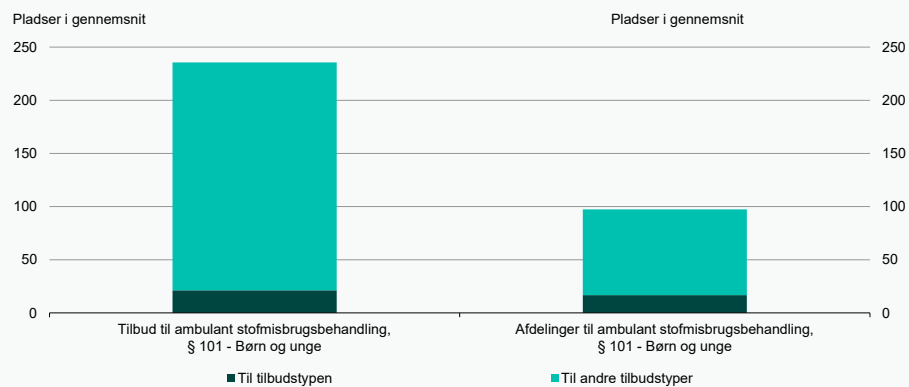
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Langt størstedelen af pladserne på tilbuddene og afdelingerne er til andre tilbudstyper. Tilbuddene og afdelingerne har henholdsvis gennemsnitligt 236 og 97 ambulante- og dagtilbudspladser, men det er kun omkring 20 af pladserne, der er til ambulant stofmisbrugsbehandling til børn og unge, jf. figur 16.

Det høje antal pladser til andre tilbudstyper kan forklares med, at mange af afdelingerne også er godkendt som ambulant behandling af stof- og/eller alkoholmisbrug til voksne. Således er 43 pct. af afdelingerne også godkendt som ambulant alkoholmisbrugsbehandling til voksne, mens 23 og 57 pct. også er godkendt som henholdsvis ambulant anonym stofmisbrugsbehandling og ambulant stofmisbrugsbehandling til voksne.

Figur 16

Gennemsnitligt antal ambulante- og dagtilbudspladser pr. tilbud og pr. afdeling på ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud til personer under 18 år



Anm.: Gennemsnitligt antal ambulante- og dagtilbudspladser pr. tilbud og pr. afdeling på ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud til personer under 18 år pr. 31. december 2019. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til ambulant- og dagbehandling, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling er beregnet for alle de tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstype. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Over halvdelen af afdelingerne har under 61 pladser. Der er dog også forholdsvist mange, nemlig 26 pct., svarende til 21 afdelinger, der har over 120 ambulante- og dagtilbudspladser, jf. tabel 30. Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af ambulante og dagtilbudspladser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Det høje antal pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen.

Tabel 30

Afdelinger med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, fordelt på antal ambulante og dagtilbudspladser i alt

	0-30 pladser	31-60 pladser	61-90 pladser	91-120 pladser	Over 120 pladser	Afdelinger i alt, pct.	Afdelinger i alt, antal	
Tilbudstype	----- Pct. -----							
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	40	17	9	9	26	100	81	

Anm.: Afdelinger med ambulant misbrugsbehandling til personer under 18 år pr. 31. december 2019, fordelt på antal ambulante og dagtilbudspladser i alt. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4. Databehandling og opmærksomhedspunkter

I forbindelse med opgørelserne i analysen er der en række informationer vedrørende databehandling og generelle opmærksomhedspunkter, som man bør være opmærksom på, jf. boks 3.

Boks 3**Databehandling og opmærksomhedspunkter**Botilbudslignende tilbud:

Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3.

Plejehjemsoversigten:

Der er foretaget en frasortering af afdelinger, der vurderes reelt at høre til Plejehjemsoversigten, og som derfor ikke bør ligge på Tilbudsportalen. Frasorteringen er relevant for tilbud, der er registreret som følgende tilbudstyper: botilbudslignende tilbud, Ældreboligloven; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2. Antallet af afdelinger, der er godkendt som disse tilbudstyper, kan derfor afvige fra de oplysninger, der findes på tilbudsportalen.dk.

Pladser i alt til døgnophold

I opgørelsen af pladser i alt til døgnophold indgår ambulante- og dagtilbudspadser ikke. I opgørelsen af antal døgnopholdspladser i alt er pladser til følgende tilbudstyper medtaget: længerevarende botilbud, § 108; sikret botilbud, § 108; botilbudslignende tilbud; midlertidigt botilbud, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107; døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107; døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL § 141; forsorgshjem/herberg, § 110; kvindekrisecenter, § 109; åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b; socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Pladser i alt til ambulante- og dagtilbud

I opgørelsen af pladser i alt til ambulante- og dagtilbud indgår pladser til døgnophold ikke. I opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspadser i alt er pladser til følgende tilbudstyper medtaget: aktivitets- og samværstilbud, § 104; beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103; ambulante stofmisbrugsbehandling, § 101 – voksne; ambulante anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a; dagbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101; ambulante alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141; dagbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL § 141; særlige dagtilbud, § 32; særlige klubtilbud, § 36; ambulante stofmisbrugsbehandling, § 101 - børn og unge.

Ambulant og dagbehandling af alkohol og stofmisbrug:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af ambulante og dagtilbudspadser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Det høje antal pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen.

Dagtilbudspadser:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage.

Virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelselskab (-forening), andelselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

5. Bilag 1 – Voksenområdet

Tabel 1

Tilbud og afdelinger på voksenområdet, fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Botilbud og botilbudslignende tilbud	1.490	2.681
Lejebolig, Lejelovent	58	104
Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141	1	4
Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2	17	35
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1	98	141
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2	504	872
Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3	14	37
Længerevarende botilbud, § 108	403	656
Sikret botilbud, § 108	1	14
Midlertidigt botilbud, § 107	875	1.325
Rehabiliteringstilbud, § 107	17	20
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud	737	1.073
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	622	843
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	278	399
Misbrugsbehandlingstilbud	136	243
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – Voksne	96	143
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	36	40
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	21	24
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	22	28
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	89	122
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	27	30
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL §141	20	24
Kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger		
Forsorgshjem/herberg, § 110	92	147
Kvindekrisecenter, § 109	54	61
I alt på voksenområdet	2.158	3.982

Anm.: Tilbud og afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på hvilke tilbudstyper de er registreret som. Der indgår ikke tilbud, der er registreret som friplejebolig. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om data-behandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tabel 2

Afdelinger på voksenområdet, fordelt på antal tilbudstyper, de er registreret som

Antal tilbudstyper	Afdelinger, pct.
1 tilbudstype	68
2 tilbudstyper	26
3 tilbudstyper	5
4 tilbudstyper	2
5 tilbudstyper eller derover	0
I alt, pct.	100
I alt, antal	3.982

Anm.: Afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på antallet af tilbudstyper de er registreret som.
Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tabel 3

Tilbud på voksenområdet, fordelt på virksomhedsformer og tilbudstyper

Tilbudstype	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
	----- Pct. -----					
Botilbud og botilbudslignende tilbud	3	55	12	29	100	1.490
Lejebolig, Lejeloven	0	41	16	43	100	58
Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141	0	100	0	0	100	1
Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2	0	94	0	6	100	17
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1	0	98	0	2	100	98
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2	2	92	0	5	100	504
Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3	0	100	0	0	100	14
Længerevarende botilbud, § 108	9	41	17	33	100	403
Sikret botilbud, § 108	100	0	0	0	100	1
Midlertidigt botilbud, § 107	4	32	20	43	100	875
Rehabiliteringstilbud, § 107	12	59	6	24	100	17
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud	3	59	11	27	100	737
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	4	60	9	27	100	622
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	3	56	15	26	100	278
Misbrugsbehandlingstilbud	1	71	13	15	100	136
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Voksne	1	88	7	4	100	96
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	0	94	0	6	100	36
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	0	67	19	14	100	21
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	0	23	23	55	100	22
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	1	84	9	6	100	89
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	0	63	11	26	100	27
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	0	10	30	60	100	20
Kvindekrisecentre og forsorgshjem/herberger						
Forsorgshjem/herberg, § 110	4	28	12	55	100	92
Kvindekrisecenter, § 109	0	20	11	69	100	54
I alt på voksenområdet	3	58	11	28	100	2.158

Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsform. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tabel 4

Pladser til tilbudstypen på tilbud på voksenområdet

Tilbudstype	Pladser	Pladser, gennemsnit pr. tilbud	Pladser, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Botilbud og botilbudslignende tilbud	28.383	19	11	1.490	2.681
Lejebolig, Lejeloven	841	15	8	58	104
Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141	52	52	13	1	4
Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2	458	27	13	17	35
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1	1.590	16	11	98	141
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2	12.106	24	14	504	872
Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3	271	19	7	14	37
Længerevarende botilbud, § 108	5.270	13	8	403	656
Sikret botilbud, § 108	72	72	5	1	14
Midlertidigt botilbud, § 107	7.502	9	6	875	1.325
Rehabiliteringstilbud, § 107	221	13	11	17	20
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse	28.359	38	26	737	1.073
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	20.612	33	24	622	843
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	7.747	28	19	278	399
Misbrugsbehandlingstilbud – ambulans- og dagbehandling	24.622	205	115	120	214
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Voksne	11.800	123	83	96	143
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	355	10	9	36	40
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	334	16	14	21	24
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	11.848	133	97	89	122
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	285	11	10	27	30
Misbrugsbehandling - døgnbehandling	369	13	10	29	37
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	223	10	8	22	28
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	146	7	6	20	24
Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger					
Forsorgshjem/herberg, § 110	2.674	29	18	92	147
Kvindekrisecenter, § 109	607	11	10	54	61

Anm.: Antal pladser til tilbudstypen i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 5

Døgnopholdspladser i alt, fordelt på bo- og døgntilbudstyper på voksenområdet

Tilbudstype	Pladser i alt på Tilbud	Pladser i alt på afdelinger	Pladser, gennemsnit pr. tilbud	Pladser, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Botilbud og botilbudsliggende tilbud	33.510	31.132	22	12	1.490	2.681
Lejebolig, Lejeloven	1.524	1.032	26	10	58	104
Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141	219	52	219	13	1	4
Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2	812	538	48	15	17	35
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1	1.838	1.702	19	12	98	141
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2	14.646	12.575	29	14	504	872
Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3	537	294	38	8	14	37
Længerevarende botilbud, § 108	11.938	8.213	30	13	403	656
Sikret botilbud, § 108	84	72	84	5	1	14
Midlertidigt botilbud, § 107	19.468	13.840	22	10	875	1.325
Rehabiliteringstilbud, § 107	478	331	28	17	17	20
Misbrugsbehandlingstilbud - døgnbehandling	546	433	19	12	29	37
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	428	335	19	12	22	28
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL §141	387	305	19	13	20	24
Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger						
Forsorgshjem/herberg, § 110	3.280	2.895	36	20	92	147
Kvindekrisecenter, § 109	706	702	13	12	54	61

Anm.: Antal døgnopholdspladser i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på bo- og døgntilbudstyper på voksenområdet. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. I beregningen af det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling, indgår også tilbud/afdelinger, som ikke har angivet pladser på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 6

Ambulante- og dagtilbudspladser i alt, fordelt på ambulante- og dagtilbudstyper på voksenområdet

Tilbudstype	Pladser i alt på tilbud	Pladser i alt på afdelinger	Pladser, gennemsnit pr. tilbud	Pladser, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse	30.777	28.585	42	27	737	1.073
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	27.455	23.620	44	28	622	843
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	13.200	11.082	47	28	278	399
Misbrugsbehandlings-tilbud – ambulante- og dagbehandling	26.065	25.335	217	118	120	214
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Voksne	23.757	17.838	247	125	96	143
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	12.209	5.807	339	145	36	40
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	3.524	2.450	168	102	21	24
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	22.357	18.341	251	150	89	122
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	5.447	3.023	202	101	27	30

Anm.: Antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på ambulante- og dagtilbudstyper på voksenområdet. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. I beregningen af det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling, indgår også tilbud/afdelinger, som ikke har angivet pladser på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

6. Bilag 2 – Børne- og ungeområdet

Tabel 7

Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet, fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal tilbud	Antal afdelinger
Anbringelsessteder	645	1.066
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	197	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	429	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	4	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	7	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	7	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	3	4
Særlige dag- og klubtilbud	51	54
Særlige dagtilbud, § 32	38	40
Særlige klubtilbud, § 36	15	16
Ambulant stofmisbrugsbehandling	64	81
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	64	81
I alt til børn og unge	747	1.182

Anm.: Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på hvilke tilbudstyper de er registreret som. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 8

Afdelinger på børne- og ungeområdet, fordelt på antal tilbudstyper, de er registreret som

Antal tilbudstyper	Afdelinger, pct.
1 tilbudstype	53
2 tilbudstyper	35
3 tilbudstyper	7
4 tilbudstyper	4
5 tilbudstyper eller derover	1
I alt, pct.	100
I alt, antal	1.182

Anm.: Afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på antallet af tilbudstyper de er godkendt som. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tabel 9

Tilbud på børne- og ungeområdet, fordelt på virksomhedsformer og tilbudstyper, pct.

	Regio- nale	Kommu- nale	Private	Fonde, selv- ejende mv.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Tilbudstype	----- Pct. -----					
Anbringelsessteder	4	25	20	51	100	645
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	11	80	0	10	100	197
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	0	0	30	69	100	429
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	50	50	0	0	100	4
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	86	14	0	0	100	7
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	0	0	100	100	4
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	0	0	100	100	7
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	0	0	67	33	100	3
Særlige dag- og klubtilbud	2	82	0	16	100	51
Særlige dagtilbud, § 32	3	89	0	8	100	38
Særlige klubtilbud, § 36	7	53	0	40	100	15
Ambulant stofmisbrugsbehandling	2	81	9	8	100	64
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	2	81	9	8	100	64
I alt til børn og unge	3	33	18	45	100	747

Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og tilbudstyper. Se i øvrigt boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder kategoriseringen af virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 10

Pladser til tilbudstypen på tilbud på børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Pladser til tilbudstypen	Pladser til tilbudstypen, gennemsnit pr. tilbud	Pladser til tilbudstypen, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Anbringelsessteder	7.348	11	7	645	1.066
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	3.077	16	8	197	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	3.751	9	6	429	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	47	12	7	4	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	129	18	13	7	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	15	4	3	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	315	45	32	7	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	14	5	4	3	4
Særlige dag- og klubtilbud	1.223	24	23	51	54
Særlige dagtilbud, § 32	575	15	14	38	40
Særlige klubtilbud, § 36	648	43	41	15	16
Ambulant stofmisbrugsbehandling	1.358	21	17	64	81
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	1.358	21	17	64	81

Anm.: Antal pladser til tilbudstypen i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud

Tabel 11

Døgnopholdspladser i alt, fordelt på tilbudstyper på børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Pladser i alt på tilbud	Pladser i alt på afdelinger	Pladser, gennemsnit pr. tilbud	Pladser, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Anbringelsessteder	11.255	10.139	17	10	645	1.066
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	4.665	4.075	24	11	197	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	6.145	5.552	14	8	429	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	123	62	31	9	4	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	182	129	26	13	7	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	33	33	8	7	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	315	315	45	32	7	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	16	16	5	4	3	4

Anm.: Antal døgnopholdspladser i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på typer af anbringelsessteder på børne- og ungeområdet. Pladser i alt viser udelukkende summen af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. I beregningen af det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling, indgår også tilbud/afdelinger, som ikke har angivet pladser på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af døgnpladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 12

Ambulante- og dagtilbudspladser i alt, fordelt på ambulante- og dagtilbudstyper på børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Pladser i alt på tilbud	Pladser i alt på afdelinger	Pladser, gennemsnit pr. tilbud	Pladser, gennemsnit pr. afdeling	Tilbud i alt	Afdelinger i alt
Særlige dag- og klubtilbud	1.473	1.369	29	25	51	54
Særlige dagtilbud, § 32	594	590	16	15	38	40
Særlige klubtilbud, § 36	919	809	61	51	15	16
Ambulant stofmisbrugsbehandling	15.076	7.889	236	97	64	81
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	15.076	7.889	236	97	64	81

Anm.: Antal ambulante- og dagtilbudspladser i alt og i gennemsnit pr. tilbud og pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på ambulante- og dagtilbudstyper på børne- og ungeområdet. Pladser i alt viser udelukkende summen af ambulante- og dagtilbudspladser, og omfatter således ikke pladser til døgnophold. I beregningen af det gennemsnitlige antal pladser pr. tilbud/afdeling, indgår også tilbud/afdelinger, som ikke har angivet pladser på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 2 om pladser på Tilbudsportalen og boks 3 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter, herunder hvilke tilbudstyper der inddrages i opgørelsen af ambulante- og dagtilbudspladser.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

**14.
Geografisk dækning af tilbud på det
specialiserede socialområde**



Velfærdspolitisk Analyse

Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde

Tilbud på det specialiserede socialområde omfatter en meget bred vifte af støtteformer til en række meget forskellige grupper af borgere. Tilbuddene omfatter fx misbrugsbehandling, kvindekrisecentre, anbringelsessteder og bo- og dagtilbud til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Formålet med denne analyse er at belyse den geografiske dækning af disse tilbud. Udgangspunktet for analysen er data fra Tilbudsportalen. Tilbudsportalen er en database over sociale tilbud til børn, unge og voksne. På Tilbudsportalen fremgår alle tilbuddene og deres afdelinger.

Overordnet set ligger der tilbud eller afdelinger af tilbud på det specialiserede socialområde i de fleste af landets kommuner. Med få undtagelser ligger der afdelinger af de enkelte tilbudstyper og til de enkelte målgrupper i størstedelen af kommunerne og i næsten alle landsdele.

På voksenområdet er der 3.982 afdelinger fordelt på 2.158 tilbud. I alle kommuner, på nær Fanø Kommune, ligger der mindst én afdeling til voksenområdet. De sociale tilbud på voksenområdet dækker over et bredt spektrum af tilbudstyper målrettet borgere med forskellige behov.

Der ligger botilbud eller botilbudslignende tilbud i alle på nær to kommuner. Ses der på antallet af pladser pr. indbygger, er botilbudspladserne spredt jævnt ud over hele landet. I store dele af Øst-, Vest- og Nordjylland samt Vest- og Sydsjælland er der relativt mange pladser pr. indbygger, mens der er relativt færre pladser omkring hovedstaden. Et lignende billede ses for aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud. Der ligger alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud i mange af landets kommuner, hvor de fleste af afdelingerne har ambulans eller dagbehandling, mens der er færre kommuner med døgnbehandlingstilbud.

På børne- og ungeområdet er der i alt 1.182 afdelinger fordelt på 747 tilbud, som er placeret i 94 af landets 98 kommuner. Åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er de største anbringelsessteder, og disse typer af anbringelsessteder findes over hele landet. Særligt i Vest- og Sydsjælland er der mange pladser pr. 0-17 årig, mens der er relativt færre pladser i store dele af Vestjylland.

Afdelingerne kan være registreret til en eller flere af 46 forskellige målgrupper, som overordnet kan inddeles i de seks målgruppekategorier: fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse, udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder, sociale problemer og øvrige målgrupper. Generelt ligger der afdelinger på voksenområdet til de overordnede målgruppekategorier i størstedelen af kommunerne. På børne- og ungeområdet ligger der afdelinger til de overordnede målgruppekategorier i lidt færre kommuner, men afdelingerne ligger generelt spredt over alle landsdele.

Indhold:

1. Introduktion	3
2. Tilbud på voksenområdet	4
2.1. Botilbud og botilbudslignende tilbud	6
2.2. Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud	8
2.3. Misbrugsbehandlingstilbud	10
2.4. Kvindekrisecentre og forsorgshjem/herberger	12
3. Tilbud på børne- og ungeområdet	13
3.1. Anbringelsessteder	15
3.2. Øvrige tilbud til børn og unge	18
4. Målgrupper	19
4.1. Fysisk funktionsnedsættelse	20
4.2. Intellektuelt/kognitiv forstyrrelse	22
4.3. Udviklingsforstyrrelse	24
4.4. Psykiske vanskeligheder	26
4.5. Socialt problem	28
4.6. Øvrige målgrupper	30
5. Databehandling og opmærksomhedspunkter	33
 Bilag 1 – Voksenområdet	 34
Bilag 2 – Børne og ungeområdet	38

1. Introduktion

På det specialiserede socialområde findes der en række typer af tilbud til mennesker med funktionsnedsættelse eller sociale problemer. I Velfærdspolitisk Analyse ”Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud” belyses antallet af og størrelsen på de sociale tilbud. I denne analyse ses der nærmere på den geografiske dækning af tilbuddene.

Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt med finansloven for 2020.

Der tages udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen, og analysen indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, jf. boks 1. Plejefamilier og friplejeboliger¹ indgår ikke i analysen. I afsnit 5 gennemgås opmærksomhedspunkter ved databehandlingen.

Tilbuddene på Tilbudsportalen kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Afdelingerne er registreret som en eller flere tilbudstyper. Tilbudstypen er et udtryk for, hvilken lovhjemmel tilbuddet er oprettet og drives efter. For at belyse den geografiske dækning af sociale tilbud, ses der på, i hvor mange kommuner, der ligger afdelinger af de forskellige tilbudstyper målrettet bestemte målgrupper. Det er ikke nødvendigvis et mål i sig selv, at der i alle kommuner ligger afdelinger af alle tilbudstyper til alle målgrupper.

Overordnet kan afdelinger på Tilbudsportalen inddeles i afdelinger på voksenområdet og afdelinger på børne- og ungeområdet. En afdeling kan dog være registreret som tilbudstyper til både voksne og børn og unge, hvilket er gældende for 12 pct. af afdelingerne. I denne analyse behandles afdelinger til voksne og afdelinger til børn og unge hver for sig. Afdelinger, der både er registreret som tilbudstyper på voksenområdet og på børne- og ungeområdet, vil indgå begge steder.

¹ Fripnejeboliger er ikke underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem, reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. december 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

Boks 1**Tilbudsportalen**

Tilbudsportalen samler og formidler oplysninger om tilbud til voksne med funktionsnedsættelse eller sociale problemer, tilbud til børn og unge, som er udsatte eller har en funktionsnedsættelse samt plejefamilier. Tilbudsportalen indeholder, jf. § 3 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen, oplysninger om:

- Alle tilbud og plejefamilier omfattet af socialtilsynsloven.
- Tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, som er omfattet af kommunalt eller regionalt tilsyn.
- Fripnejeboliger, hvor hjælpen og støtten til borgerne i tilbuddet i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service/som ikke er registreret på Plejehjemoversigten.

Se notatet "Om Tilbudsportalen" for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata.

Tilbuddenes lovmæssige grundlag findes primært i serviceloven. I denne analyse vil det lovmæssige grundlag for tilbudstyperne være angivet, som det står på Tilbudsportalen.dk, i tabeller og figurer. I brødteksten vil tilbudstyperne blive benævnt uden angivelse af lovgrundlaget. Eksempelvis vil længerevarende botilbud referere til tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108 i lov om social service, mens sikrede botilbud henviser til tilbud/afdelinger, der er godkendt som sikret botilbud, § 108 i lov om social service.

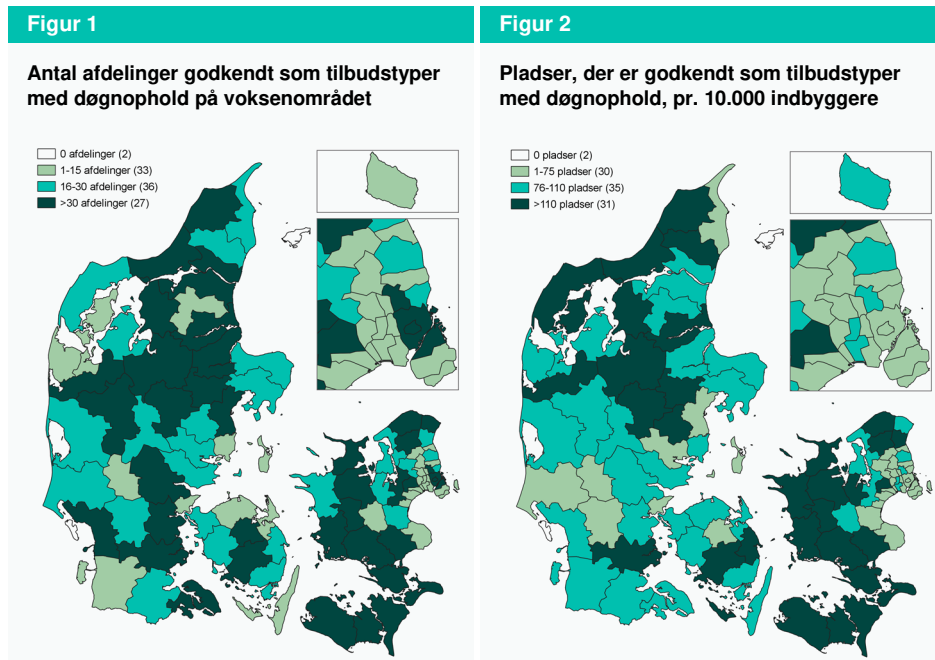
Et tilbud kan have afdelinger i mere end én kommune. I analysen tages der udgangspunkt i afdelingernes adresse frem for tilbuddenes hovedadresse.

2. Tilbud på voksenområdet

Der ses indledningsvist på det samlede antal afdelinger og pladser på voksenområdet fordelt efter, hvorvidt der er tale om afdelinger med døgnophold eller dagophold/ambulant behandling. Efterfølgende kortlægges de enkelte former for tilbud separat alt efter om de eksempelvis er botilbud til voksne, misbrugsbehandlingstilbud mv.

På voksenområdet er der i alt 3.982 afdelinger, hvoraf 2.892 afdelinger er godkendt som tilbudstyper med døgnophold. Afdelinger med døgnophold omfatter længerevarende botilbud, botilbudslignende tilbud, midlertidige botilbud, misbrugsbehandlingstilbud med døgnophold, kvindekrisecentre samt forsorgshjem/herberger.

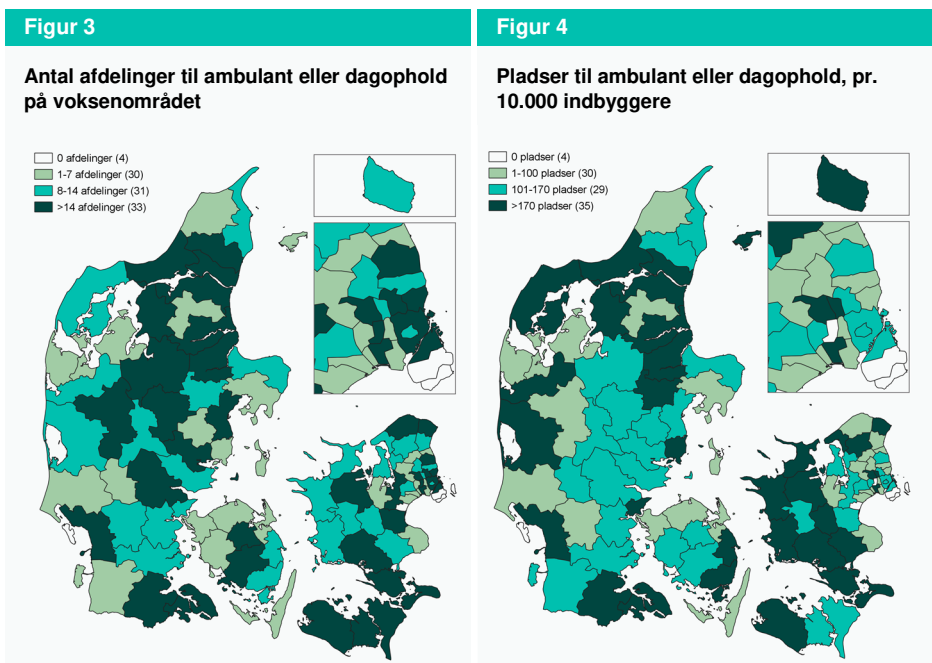
Afdelingerne med døgnophold er fordelt over hele landet, og der ligger afdelinger i alle landets kommuner på nær Fanø og Læsø kommuner, jf. figur 1. Der er en tydelig sammenhæng mellem antallet af afdelinger og antallet af pladser pr. 10.000 indbyggere, jf. figur 2. I mange af de kommuner, hvor der ligger mange afdelinger, er der også mange pladser pr. indbygger.



Anm.: Antal afdelinger (figur 1) og pladser (figur 2), der pr. 31. december 2019 er godkendt som tilbudstyper med døgnophold på voksenområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er 37 afdelinger til døgnophold med i alt 444 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. Fripøleboliger indgår ikke. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Af de 3.982 afdelinger på voksenområdet har 1.285 af afdelingerne ambulante eller dagophold. Afdelinger med ambulante eller dagophold omfatter her ambulante og dagbehandling af stof- og alkoholmisbrug, aktivitets og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud. Samme afdeling kan tilbyde både ambulante, dag- og døgnophold. Med undtagelse af Fanø, Dragør og Tårnby kommuner ligger der afdelinger med ambulante eller dagophold i alle kommuner, jf. figur 3. I Vest- og Sydsjælland samt dele af Nordjylland ligger der relativt mange pladser pr. 10.000 indbyggere på ambulante og dagtilbud, jf. figur 4.



Anm.: Antal afdelinger (figur 3) og pladser (figur 4), der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstyper med ambulans og/eller dagophold på voksenområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er 32 afdelinger til ambulans og/eller dagophold med i alt 1.206 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Opgørelserne ovenfor omhandler alle tilbudstyper på voksenområdet og dermed et meget bredt spektrum af afdelinger målrettet forskellige behov.

I de efterfølgende afsnit om afdelinger på voksenområdet præsenteres resultater inden for følgende tematiske grupperinger af tilbudstyperne:

- Botilbud og botilbudslignende tilbud²
- Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud
- Misbrugsbehandlingstilbud
- Kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger

2.1 Botilbud og botilbudslignende tilbud

Botilbud omfatter længerevarende botilbud og sikrede botilbud efter servicelovens § 108, midlertidige botilbud efter servicelovens § 107, og botilbudslignende tilbud.

Med undtagelse af sikrede botilbud, ligger der botilbud i de fleste af landets kommuner. I 96 kommuner ligger der mindst en afdeling, der er godkendt som botilbud eller botilbudslignende tilbud, jf. tabel 1. I 87 kommuner ligger der afdelinger, der er godkendt

² Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

som længerevarende botilbud, mens der i 93 kommuner ligger afdelinger, der er godkendt som hhv. botilbudslignede tilbud og midlertidige botilbud. Der er kun et enkelt sikret botilbud, og alle 14 afdelinger er placeret i Lolland kommune.

Tabel 1

Antal kommuner med mindst én afdeling godkendt som tilbudstypen

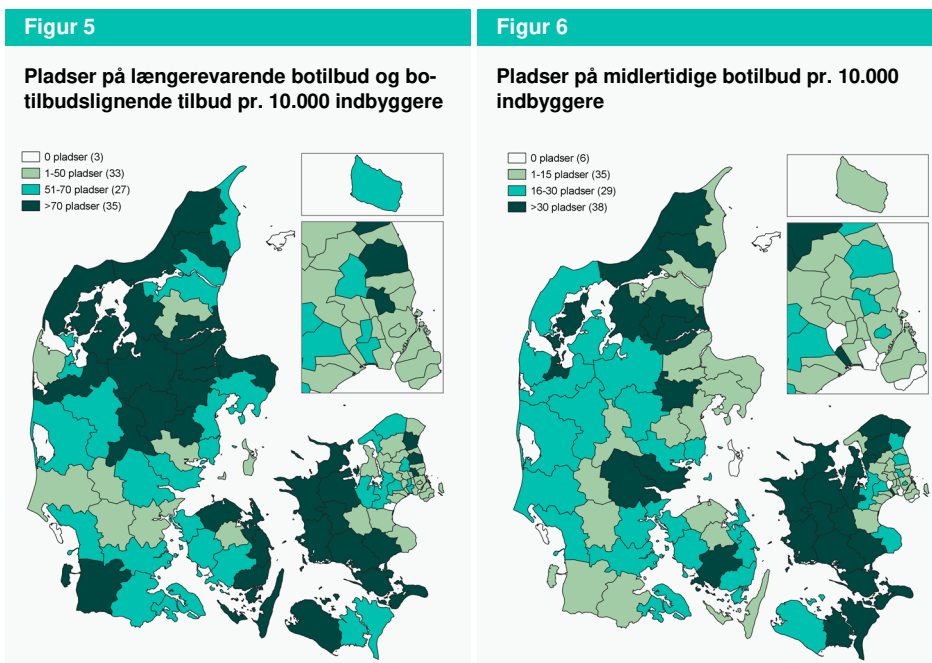
Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Længerevarende botilbud, § 108	87	656
Sikret botilbud, § 108	1	14
Botilbudslignende tilbud*	93	1.172
Midlertidigt botilbud, § 107	93	1.343
Botilbud i alt	96	2.681

Note: *) Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (uddybet i boks 2 bagest i analysen.)

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december 2019 havde mindst en afdeling godkendt som tilbudstypen. Der er 20 afdelinger, der er godkendt som botilbudslignede tilbud, 6 afdelinger, der er godkendt som længerevarende botilbud, og 12 afdelinger, der er godkendt som midlertidigt botilbud, § 107, der har uoplyst adresse og derfor ikke tildelt en kommune. I opgørelsen over midlertidige botilbud, § 107, er rehabiliteringstilbud, § 107, også inkluderet selvom de er angivet hver for sig på Tilbudsportalen. Se bilag 1 tabel 1 for detaljeret opgørelse. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Botilbudslignede tilbud er sammenlignelige med og henvender sig i nogen grad til samme målgruppe som tilbud, der er godkendt som botilbud efter serviceloven. I alle kommuner med undtagelse af Fanø, Læsø og Solrød kommuner ligger der afdelinger med pladser, der er godkendt som længerevarende botilbud og/eller botilbudslignende tilbud, jf. figur 5. Af bilag 1 figur 1-4 fremgår antal afdelinger og pladser pr. indbygger separat for hhv. botilbudslignede tilbud og længerevarende botilbud.



Anm.: Antal pladser, der pr. 31. december 2019 var godkendt til tilbudstyperne, opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er afdelinger med hhv. 225 pladser godkendt som botilbudslignede tilbud, 90 pladser som længerevarende botilbud og 66 pladser som midlertidige botilbud, der har uoplyst adresse, og som derfor ikke fremgår af opgørelserne. I opgørelsen over midlertidige botilbud, § 107, er rehabiliteringstilbud, § 107, også inkluderet selvom de er angivet hver for sig på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I de fleste kommuner, ligger der afdelinger med pladser på midlertidige botilbud eller rehabiliteringstilbud. På store dele af Sjælland og i flere kommuner i Nordjylland er der flere end 30 pladser, der er godkendt som midlertidigt botilbud, pr. 10.000 indbyggere, jf. figur 6.

2.2 Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud

Aktivitets- og samværstilbud (servicelovens § 104) og beskyttede beskæftigelsestilbud (servicelovens § 103) er dagtilbud til voksne. Der ligger afdelinger af aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud i langt størstedelen af landets kommuner. Der ligger således aktivitets- og samværstilbud i 91 kommuner, mens der er beskyttede beskæftigelsestilbud i 81 kommuner, jf. tabel 2.

Tabel 2

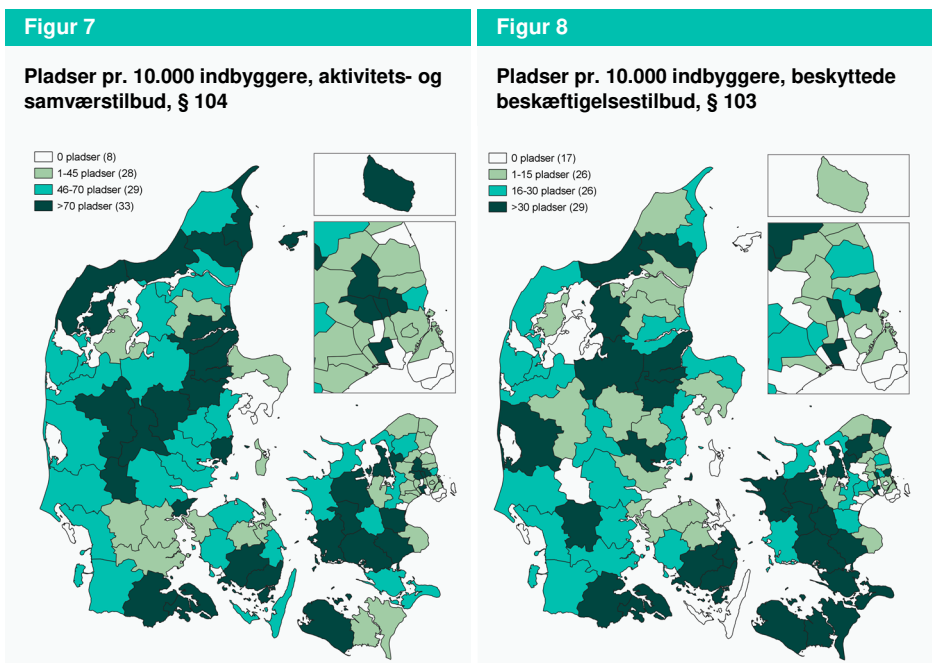
Antal kommuner med mindst én afdeling til tilbudstypen

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	91	843
Beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103	81	399
Aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud i alt	93	1.073

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december 2019 havde mindst en afdeling registreret som tilbudstypen. Aktivitets- og samværstilbud, § 104 og beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103 er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsestidspunktet ikke være regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn. Der er 19 afdelinger, der er registreret som aktivitets- og samværstilbud, og 10 afdelinger, der er registreret som beskyttede beskæftigelsestilbud, der har uoplyst adresse og derfor ikke tildelt en kommune. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Når der ses på antallet af pladser pr. indbygger i kommunen er pladserne på aktivitets- og samværstilbud relativt jævnt fordelt over hele landet. Der er således ikke landsdele, hvor der er få pladser pr. indbygger i alle landsdelens kommuner, jf. figur 7. Blandt de 91 kommuner, hvor der ligger aktivitets- og samværstilbud, ligger der i ca. en tredjedel af kommunerne under 46 pladser pr. 10.000 indbyggere. Omkring en tredjedel har mellem 46 og 70 pladser, mens den resterende tredjedel har over 70 pladser pr. 10.000 indbyggere.



Anm.: Antal pladser til tilbudstypen pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen pr. 31. december 2019. Der er 19 afdelinger med i alt 376 pladser til aktivitets- og samværstilbud, § 104 og 10 afdelinger med i alt 113 pladser til beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103, med uoplyst adresse. Disse pladser indgår ikke i figurene. Syddjurs Kommune har en afdeling registreret til aktivitets- og samværstilbud, § 104, men afdelingen har ikke oplyst antallet af pladser og fremgår derfor med 0 pladser. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

De fleste kommuner i Vest- og Sydsjælland har relativt mange pladser pr. indbygger, der er registreret som beskyttede beskæftigelsestilbud. Samtidig er der ikke nogen landsdele med få pladser pr. indbygger i alle landsdelens kommuner, jf. figur 8.

2.3 Misbrugsbehandlingstilbud

Der er i alt 243 afdelinger, der er godkendt som misbrugsbehandlingstilbud, som omfatter både ambulante, dag- og døgntilbud til behandling af alkoholmisbrug (sundhedslovens § 141) og stofmisbrug (servicelovens § 101 og § 101a). Afdelingerne er placeret i 78 af landets kommuner. I 74 kommuner ligger der afdelinger med ambulante eller dagbehandling af stofmisbrug, mens der er stofmisbrugsbehandling med døgnophold i 17 kommuner. For alkoholmisbrugsbehandling ligger der ambulante eller dagbehandlingstilbud i 72 kommuner og døgnbehandlingstilbud i 15 kommuner, jf. tabel 3.

Tabel 3

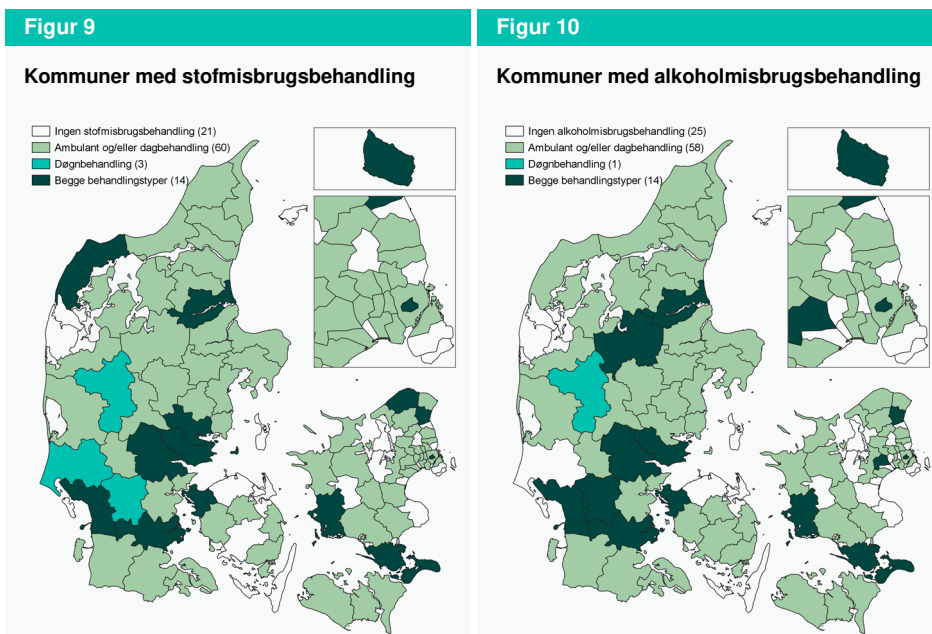
Antal kommuner med mindst én afdeling godkendt som tilbudstypen

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Ambulant- og dagbehandlingstilbud af stofmisbrug, § 101 – Voksne	74	161
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	17	28
Ambulant- og dagbehandlingstilbud af alkoholmisbrug, SUL § 141	72	133
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	15	24
Misbrugsbehandlingstilbud i alt	78	243

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december 2019 havde mindst en afdeling godkendt som tilbudstypen. Ambulant- og dagbehandlingstilbud af stofmisbrug, § 101 – voksne omfatter også anonym ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101a. Der er 5 afdelinger, der er godkendt som ambulant og/eller dagbehandling af stofmisbrug, 2 afdelinger, der er godkendt som ambulant og/eller dagbehandling af alkoholmisbrug og 1 afdeling, der er godkendt som døgnbehandlingstilbud af alkoholmisbrug, SUL § 141, der har uoplyst adresse og derfor ikke tildelt en kommune. Se bilag 1 tabel 1 for detaljeret opgørelse. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Stofmisbrugsbehandlingstilbuddene ligger fordelt over hele landet. Der ligger døgnbehandlingstilbud i alle landsdele med undtagelse af Østsjælland og Københavns omegn. Syddjylland er den landsdel, hvor der ligger døgntilbud til stofmisbrugsbehandling i flest af landsdelens kommuner, jf. figur 9.



Anm.: Afdelinger i kommunen pr. 31. december 2019. Kortet til venstre angiver, hvorvidt der ligger en afdeling i kommunen, der er godkendt som døgnbehandlingstilbud og/eller ambulant/dagbehandling af stofmisbrug, § 101. Kortet til højre viser tilsvarende for alkoholmisbrugsbehandling, SUL §141. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Alkoholbehandlingstilbuddene ligger jævnt spredt ud over hele landet. I de fleste kommuner, hvor der ligger døgnbehandlingstilbud, ligger der også ambulante og/eller dagbehandlingstilbud af alkoholmisbrug, jf. figur 10.

2.4 Kvindekrisecentre og forsorgshjem/herberger

Der er i alt 147 afdelinger, der er godkendt som forsorgshjem/herberger (servicelovens § 110), og 61 afdelinger, der er godkendt som kvindekrisecentre (servicelovens § 109). Der ligger forsorgshjem/herberger i 44 af landets kommuner, mens der ligger kvindekrisecentre i 42 kommuner, jf. tabel 4.

Tabel 4

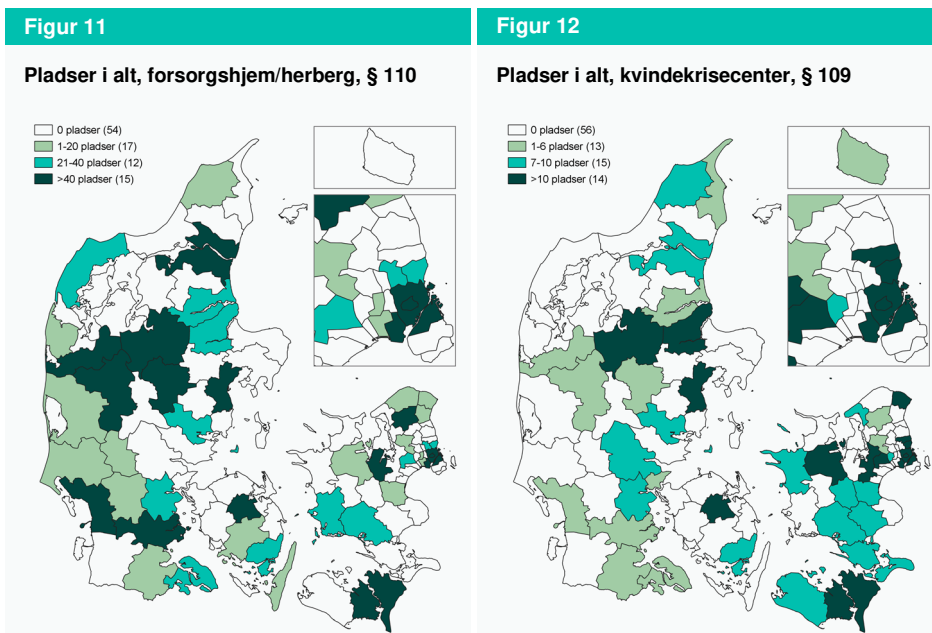
Antal kommuner med mindst én afdeling godkendt som tilbudstypen

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Forsorgshjem/herberg, § 110	44	147
Kvindekrisecenter, § 109	42	61

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december 2019 havde mindst en afdeling godkendt som tilbudstypen. Der er 2 afdelinger, der er godkendt som kvindekrisecentre, der har uoplyst adresse, og derfor ikke er tildelt en kommune. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Med undtagelse af enkelte kommuner er der pladser på kvindekrisecentre og herberger i mindst en af nabokommunerne i de tilfælde, hvor kommunen ikke selv har en afdeling. I 17 kommuner er der 1-20 pladser på forsorgshjem/herberger, mens der er 12 kommuner med 21-40 pladser og 15 kommuner med mere end 40 pladser. I 13 kommuner er der 1-6 pladser, der er godkendt til kvindekrisecentre, mens 15 kommuner har 7-10 pladser, og i 14 kommuner er der flere end 10 pladser, der er godkendt til kvindekrisecentre, jf. figur 11 og 12. Der er ikke landsdele, hvor der er få eller ingen pladser i alle landsdelens kommuner.



Anm.: Antal pladser i alt, der er godkendt til tilbudstypen pr. 31. december 2019. Der er 2 afdelinger med i alt 23 pladser, der er godkendt til kvindekrisecenter, § 109, med uoplyst adresse, disse indgår ikke i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

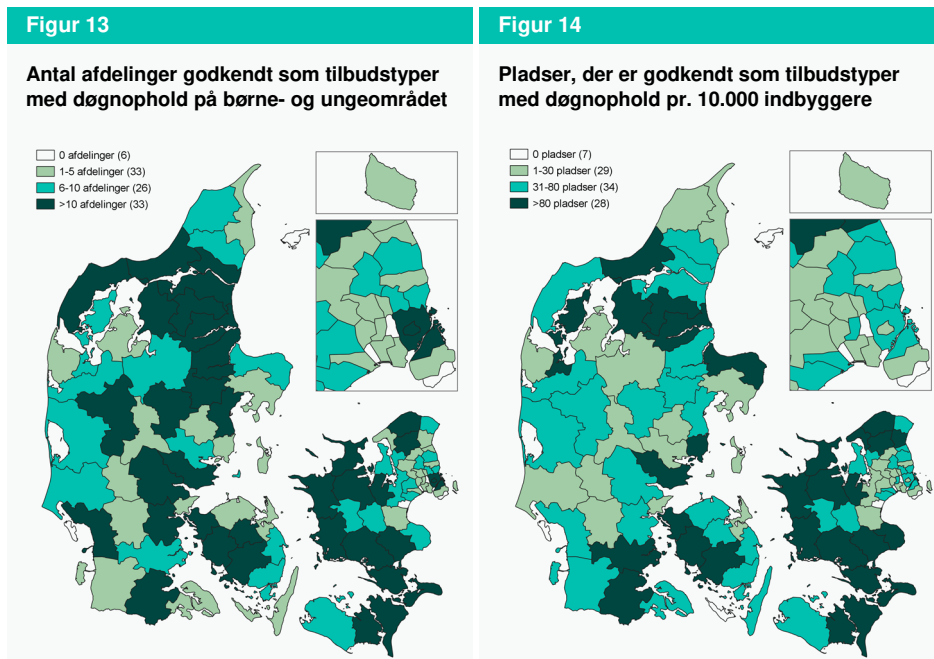
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3. Tilbud på børne- og ungeområdet

Der ses indledningsvist på det samlede antal afdelinger og pladser på børne- og ungeområdet fordelt efter, hvorvidt der er tale om afdelinger med døgnophold eller dagophold/ambulant behandling. Efterfølgende gennemgås de enkelte typer for tilbud separat, hvor der først ses på anbringelsessteder og derefter særlige dag- og klubtilbud samt ambulant stofmisbrugsbehandling.

Der er i alt 1.182 afdelinger, der er registreret som tilbudstyper på børne- og ungeområdet. Heraf er 1.066 af afdelingerne godkendt som tilbudstyper med døgnophold. Tilbud med døgnophold omfatter her anbringelsessteder med undtagelse af plejefamilier. Afdelingerne med døgnophold til børn og unge er placeret i 92 af landets kommuner, jf. figur 13. Når der ses på antallet af pladser pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen har

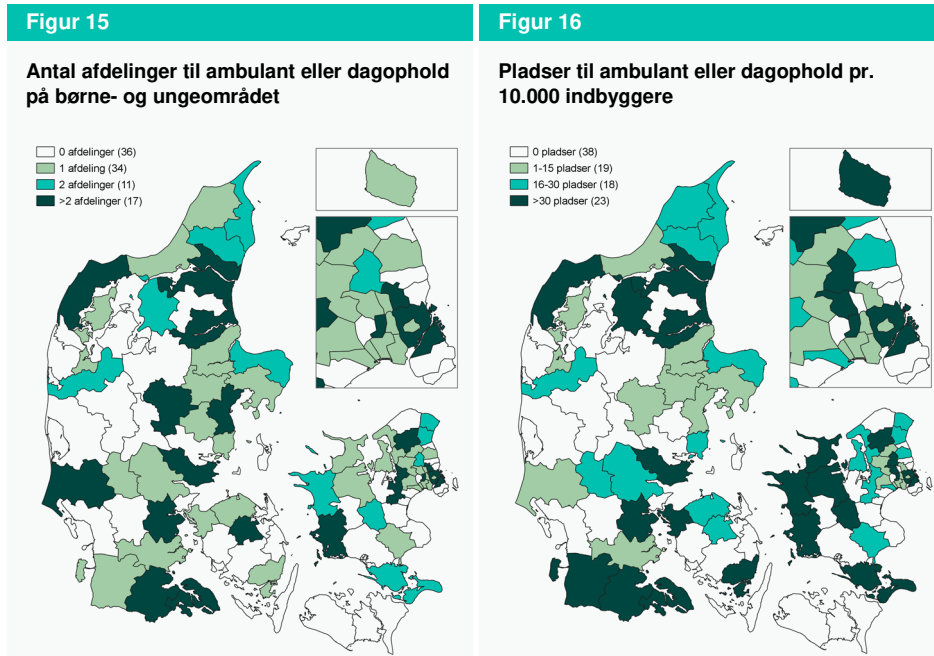
især flere kommuner i Vest- og Sydsjælland relativt mange pladser pr. indbygger, jf. figur 14.



Anm.: Antal afdelinger (figur 13) og pladser (figur 14), der pr. 31. december 2019 er godkendt som tilbudstyper med døgnophold på børne- og ungeområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen. Der er 6 afdelinger til døgnophold med i alt 39 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der er 135 af de 1.182 afdelinger, der er registreret som tilbudstyper med ambulante eller dagophold. Afdelinger med ambulante eller dagophold omfatter særlige dag- og klubtilbud til børn og unge med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt ambulante stofmisbrugsbehandlinger til personer under 18 år. Disse afdelinger ligger i 62 af landets 98 kommuner, jf. figur 15. Pladserne er generelt spredt ud over hele landet, og der er således ingen landsdele, hvor alle kommuner har relativt mange eller få pladser pr. indbygger. Der er dog nogle landsdele, hvor der i flere af kommunerne ikke ligger nogen afdelinger med pladser til ambulante eller dagophold, jf. figur 16.



Anm.: Antal afdelinger (figur 15) og pladser (figur 16), der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstyper med ambulante og/eller dagophold på børne- og ungeområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen. Der er 6 afdelinger til ambulante og/eller dagophold med i alt 57 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I de følgende afsnit om tilbud på børne- og ungeområdet præsenteres resultaterne inden for de to tematiske grupperinger af tilbudstyperne:

- a) Anbringelsessteder
- b) Særlige dag- og klubtilbud samt ambulante stofmisbrugsbehandling

3.1 Anbringelsessteder

Når der ses bort fra plejefamilier er åbne døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7) og socialpædagogiske opholdssteder (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6) de to mest udbredte typer af anbringelsessteder. Der ligger således åbne døgninstitutioner i 73 kommuner og socialpædagogiske opholdssteder i 83 kommuner, jf. tabel 5. De øvrige fem typer af anbringelsessteder ligger i 2-8 kommuner, hvilket bl.a. skyldes, at der på landsplan er forholdsvis få afdelinger af disse typer.

Tabel 5

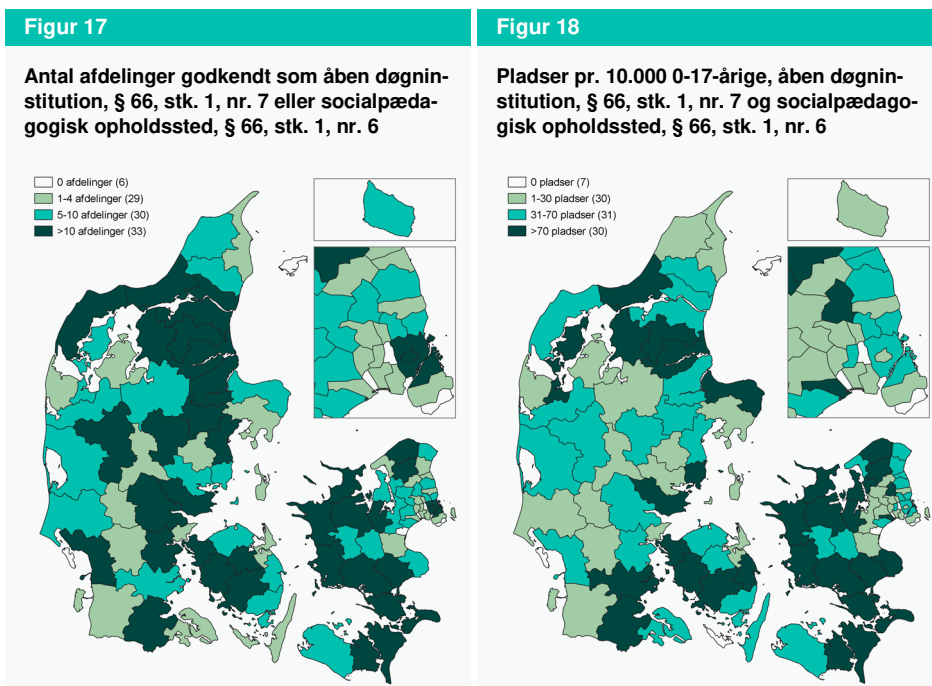
Antal kommuner med mindst én afdeling godkendt som tilbudstypen

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	73	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	83	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	5	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	8	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	6	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	2	4
Anbringelsessteder i alt	92	1.066

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december havde mindst en afdeling godkendt til tilbudstypen. Der er 3 afdelinger der er godkendt som åben døgninstitution og 3 afdelinger, der er godkendt som socialpædagogisk opholdssted, der har uoplyst adresse. Disse er i opgørelserne ikke tildelt en kommune. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I de fleste kommuner ligger der mindst én afdeling, der er godkendt som socialpædagogisk opholdssted eller åben døgninstitution. Der er således blot seks kommuner, hvor der hverken ligger åbne døgninstitutioner eller socialpædagogiske opholdssteder, jf. figur 17. Når der ses på antal pladser ift. indbyggertal, har især mange af de sjællandske kommuner mange pladser pr. 10.000 0-17-årige indbyggere, jf. figur 18.



Anm.: Antal afdelinger (figur 17) og antal pladser pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen (figur 18), der pr. 31. december 2019 var godkendt som åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 eller socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6. Der er 6 afdelinger, der er godkendt til åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 eller socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6, med uoplyst adresse. Disse afdelinger indgår ikke i figuren. Ærø Kommune har en afdeling, der er godkendt som socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6. Afdelingen har ikke oplyst antallet af pladser og fremgår derfor med 0 pladser. Pladser på anbringelsesstederne kan i nogle tilfælde også anvendes af børn og unge i aflastningsophold. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der ligger delvist lukkede døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 a) i fem kommuner, der fordeler sig mellem de tre regioner Midtjylland, Hovedstaden og Sjælland. De sikrede døgninstitutioner (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 b), der ligger i 8 kommuner, er fordelt mellem alle fem regioner, jf. tabel 6. De socialpædagogiske efterskoletilbud (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 8) ligger i Region Midtjylland og Region Sjælland, mens de socialpædagogiske kostskoletilbud (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 8) ligger i regionerne Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland, og der ligger skibsprojekter (servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6) i regionerne Nordjylland og Sjælland. Der er relativt få afdelinger, der er godkendt som disse typer af anbringelsessteder, der er således mellem 4 og 10 afdelinger, der er godkendt som hver af de fem typer af anbringelsessteder.

Tabel 6

Kommuner og regioner, hvor der ligger afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen

Tilbudstype	Kommune	Region
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	Frederikssund, Norddjurs, Odsherred, Rudersdal og Aarhus.	Hovedstaden, Midtjylland og Sjælland.
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	Brønderslev, Halsnæs, Herning, København, Middelfart, Norddjurs, Odsherred og Stevns.	Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark.
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Guldborgssund, Lemvig, Norddjurs og Vordingborg.	Midtjylland og Sjælland.
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Faaborg-Midtfyn, Fredensborg, Gladsaxe, Gribskov, Tønder og Vordingborg.	Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark.
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	Holbæk og Thisted.	Nordjylland og Sjælland

Anm.: Kommuner og regioner, der pr. 31. december havde mindst en afdeling godkendt som tilbudstypen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.2 Øvrige tilbud til børn og unge

Særlige dagtilbud (servicelovens § 32) og klubtilbud (servicelovens § 36) leverer pasning og aktivitets- og samværstjenester til børn og unge, der pga. betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov, som ikke kan dækkes af de almindelige dag- og klubtilbud. De 40 afdelinger, der er registreret som særlige dagtilbud, ligger i 24 af landets kommuner, mens de 16 afdelinger registreret som særlige klubtilbud, ligger i 13 af landets kommuner, jf. tabel 7.

Tabel 7

Antal kommuner med mindst én afdeling til tilbudstypen, børne- og ungeområdet

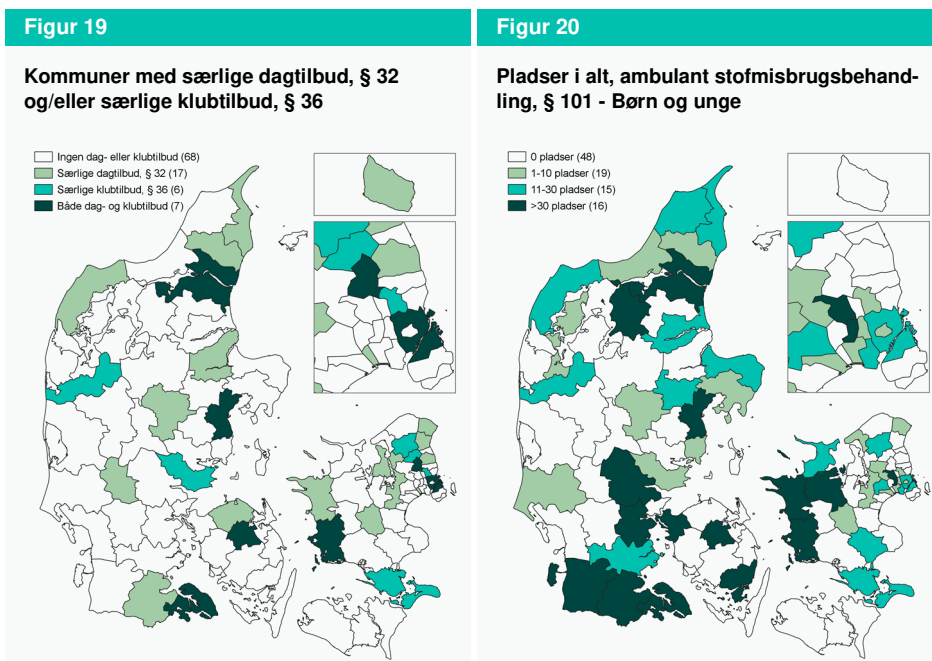
Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Særlige dagtilbud, § 32	24	40
Særlige klubtilbud, § 36	13	16
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	52	81

Anm.: Antal kommuner, der pr. 31. december havde mindst en afdeling registreret til tilbudstypen. Der er 3 afdelinger, der er registreret som særlige dagtilbud, § 32 og 3 afdelinger godkendt som ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – børn og unge, der har uoplyst adresse og derfor ikke er tildelt en kommune. Særlige dagtilbud, § 32 og særlige klubtilbud, § 36 er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsesdatoen ikke været regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der er 81 afdelinger, der er godkendt som ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år. Der ligger afdelinger til ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år i 52 kommuner jf. tabel 7.

I 30 kommuner ligger der enten særlige dagtilbud eller særlige klubtilbud. De 30 kommuner er spredt ud over det meste af landet, jf. figur 19.



Anm.: Figur 19: Antal kommuner, der pr. 31. december 2019 havde mindst en afdeling registreret som tilbudstypen. Der er 3 afdelinger, der er registreret som særlige dagtilbud, § 32, der har uoplyst adresse og derfor ikke indgår i figuren. Figur 20: Angiver, antallet af pladser, der pr. 31. december 2019 var godkendt til ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 – Børn og unge. Der er 3 afdelinger med i alt 7 pladser, der er godkendt til ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge, som har uoplyst adresse. Disse pladser indgår ikke i figurene. Herlev og Skanderborg kommuner har hver 1 afdeling, der er godkendt til ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 – børn og unge. Afdelingerne har angivet 0 pladser til tilbudstypen og kommunerne fremgår derfor med 0 pladser. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I Nord- og Sydjylland er der i de fleste kommuner pladser til ambulans stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år, mens der i Vest- og Østjylland er flere kommuner, hvor der ikke er pladser til ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. figur 20. På Fyn er pladserne placeret i Middelfart, Odense og Svendborg kommuner, som alle har over 30 pladser. På Sjælland er pladserne især placeret på Vestsjælland og i Hovedstadsområdet.

4. Målgrupper

Afdelingerne på Tilbudsportalen kan være registreret til en eller flere af 46 forskellige målgrupper. Målgrupperne kan inddeles i seks overordnede kategorier, som der tages udgangspunkt i, i de følgende afsnit. De seks kategorier er:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Intellektuel/kognitiv forstyrrelse
- Udviklingsforstyrrelse
- Psykiske vanskeligheder
- Sociale problemer

- Øvrige målgrupper³

Der skelnes i opgørelserne mellem afdelinger på voksenområdet og afdelinger på børne- og ungeområdet. En afdeling kan godt være registreret til både voksne og børn, og unge, og vil i de tilfælde indgå i begge opgørelser. Ud over opdelingen mellem voksenområdet og børne- og ungeområdet, skelnes der ikke mellem hvilke tilbudstyper, afdelingerne er registreret som. Dvs. at der i nedenstående opgørelser eksempelvis ikke skelnes mellem, hvorvidt en afdeling, der er registreret til personer med angst, er et botilbud eller et kvindekrisecenter. Der er foretaget denne afgrænsning af analysen, da antallet af tabeller bliver meget omfattende, hvis der opdeles på både de 46 målgrupper og de forskellige typer af tilbud samtidigt. På Tilbudsportalen.dk er det muligt at se en fuldstændig liste over de sociale tilbud for alle specifikke målgrupper og tilbudstyper.

4.1 Fysisk funktionsnedsættelse

Fysisk funktionsnedsættelse dækker over bl.a. kommunikationsnedsættelse, mobilitetsnedsættelse og erhvervet og medfødt døvblindhed. På voksenområdet ligger der afdelinger til personer med fysisk funktionsnedsættelse i 80 kommuner, mens det er 49 kommuner på børne- og ungeområdet.

Både på voksenområdet og børne- og ungeområdet er der flest kommuner, hvor der ligger afdelinger til borgere med kommunikationsnedsættelse, og i færrest kommuner ligger der afdelinger til erhvervet døvblindhed. På voksenområdet ligger der afdelinger målrettet personer med kommunikationsnedsættelse i 72 kommuner, mens der ligger afdelinger til personer med erhvervet døvblindhed i 8 kommuner. Tilsvarende på børne- og ungeområdet ligger der afdelinger til personer med kommunikationsnedsættelse i 36 kommuner, mens der i 2 kommuner ligger afdelinger til personer med erhvervet døvblindhed, jf. tabel 8.

³ Målgrupper i kategorien øvrige målgrupper dækker over målgrupperne dømt til strafferetlig foranstaltning, flygtning, krigsveteran, multipel funktionsnedsættelse og sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

Tabel 8

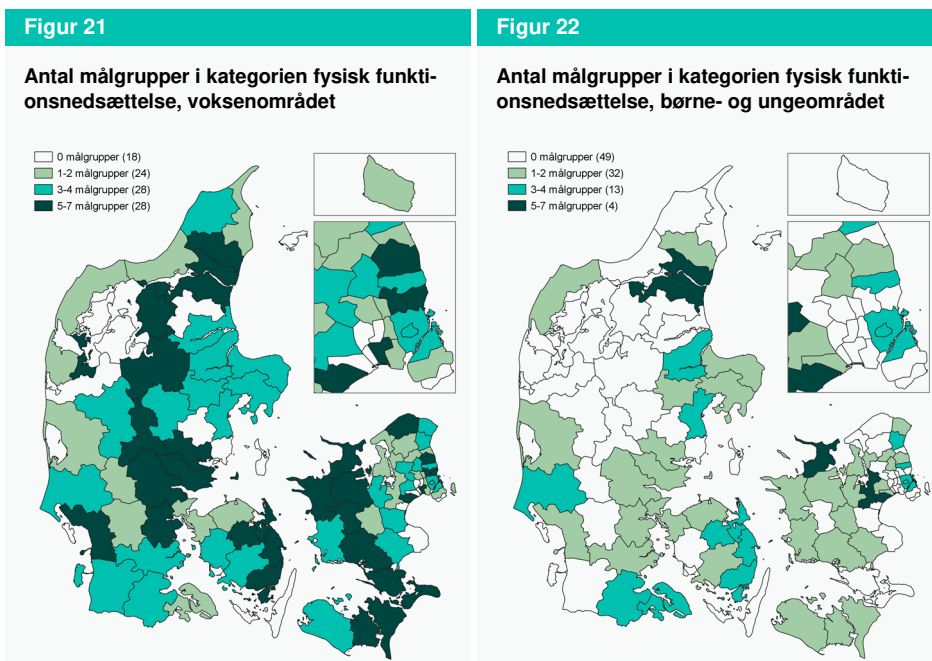
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Fysisk funktionsnedsættelse

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen	
Fysisk funktionsnedsættelse	80	49
Døvblindhed, erhvervet	8	2
Døvblindhed, medfødt	12	4
Hørenedsættelse	40	12
Kommunikationsnedsættelse	72	36
Mobilitetsnedsættelse	67	24
Synsnedsættelse	42	17
Anden fysisk funktionsnedsættelse	46	18

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der er 18 kommuner, hvor der ikke er afdelinger på voksenområdet, der er registreret til personer med fysisk funktionsnedsættelse. Disse 18 kommuner er fordelt over hele landet, jf. figur 21. På børne- og ungeområdet, er der en del kommuner, særligt omkring Nord- og Vestjylland, hvor der ikke ligger afdelinger til børn og unge med fysisk funktionsnedsættelse, jf. figur 22.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 8.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4.2 Intellectuel/kognitiv forstyrrelse

Intellectuel/kognitiv forstyrrelse omfatter demens, erhvervet og medfødt hjerneskade, udviklingshæmning og anden intellectuel/kognitiv forstyrrelse. I 95 kommuner ligger der afdelinger til voksne med intellectuel/kognitiv forstyrrelse, mens det på børne- og ungeområdet er i 79 kommuner.

På voksenområdet ligger der afdelinger til personer med udviklingshæmning i 94 kommuner, og i 43 kommuner ligger der afdelinger på socialområdet til personer med demens. På børne- og ungeområdet er det også afdelinger, til personer med udviklingshæmning, der ligger i flest kommuner (69), mens der i 26 kommuner ligger afdelinger til børn og unge med erhvervet hjerneskade, jf. tabel 9.

Tabel 9

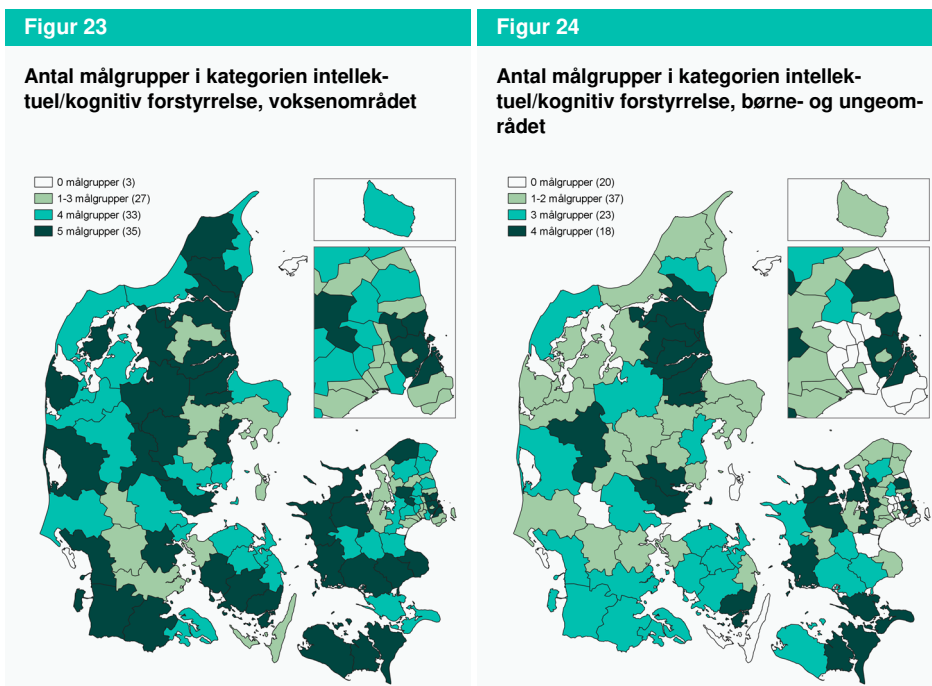
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Intellektuel/kognitiv forstyrrelse

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen		
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	95	79
Demens	43	-
Hjerneskode, erhvervet	78	26
Hjerneskode, medfødt	75	49
Udviklingshæmning	94	69
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	77	56

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Målgruppen demens er hovedsageligt relevant på voksenområdet, hvorfor tilbud på børne- og ungeområdet, derfor ikke er opgjort. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På voksenområdet er der 35 kommuner, hvor der ligger afdelinger til alle 5 målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse. De 35 kommuner er spredt ud over hele landet, jf. figur 23. På børne- og ungeområdet er der også flere kommuner, hvor der ligger afdelinger, der tilsammen kan håndtere flere af målgrupperne i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse, jf. figur 24.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. Målgruppen demens, er ikke relevant for børne- og ungeområdet, og er derfor ikke opgjort. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 9.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4.3 Udviklingsforstyrrelse

Udviklingsforstyrrelse omfatter autismspektrumforstyrrelse, opmærksomhedsforstyrrelse som ADHD, udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder, skolefærdigheder og af tale og sprog samt anden udviklingsforstyrrelse. På voksenområdet ligger der afdelinger til målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse i 91 kommuner, mens det på børne- og ungeområdet er i 83 kommuner.

I 88 og 87 kommuner ligger der mindst én afdeling på voksenområdet til personer med hhv. autismspektrum og opmærksomhedsforstyrrelse. I færre kommuner, ligger der afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder, skolefærdigheder eller tale og sprog. Det samme billede ses på børne- og ungeområdet, hvor der dog er afdelinger i lidt færre kommuner, jf. tabel 10.

Tabel 10

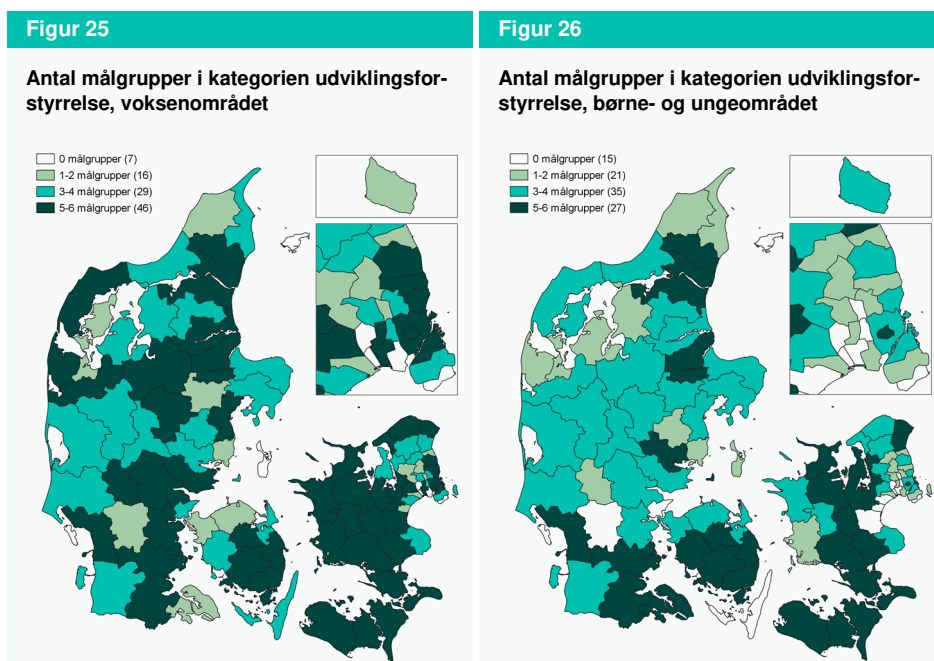
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Udviklingsforstyrrelse

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen	
Udviklingsforstyrrelse	91	83
Autismespektrum	88	76
Opmærksomhedsforstyrrelse	87	81
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	47	30
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	51	45
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	55	31
Anden udviklingsforstyrrelse	69	45

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I 46 kommuner ligger der afdelinger på voksenområdet, der tilsammen henvender sig til 5 eller 6 målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse, jf. figur 25. På børne- og ungeområdet, er der 27 kommuner, hvor der ligger afdelinger til mellem 5 og 6 af målgrupperne, jf. figur 26.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 10.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4.5 Psykiske vanskeligheder

Psykiske vanskeligheder omfatter bl.a. målgrupperne angst, depression, personlighedsforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. I 93 kommuner ligger der afdelinger til voksne med psykiske vanskeligheder, mens der i 86 kommuner ligger afdelinger til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

I 90 kommuner ligger der en eller flere afdelinger på voksenområdet til personer med hhv. personlighedsforstyrrelse og anden psykisk vanskelighed. På børne- og ungeområdet ligger der i flest kommuner afdelinger til personer med tilknytningsforstyrrelse, jf. tabel 11.

Tabel 11

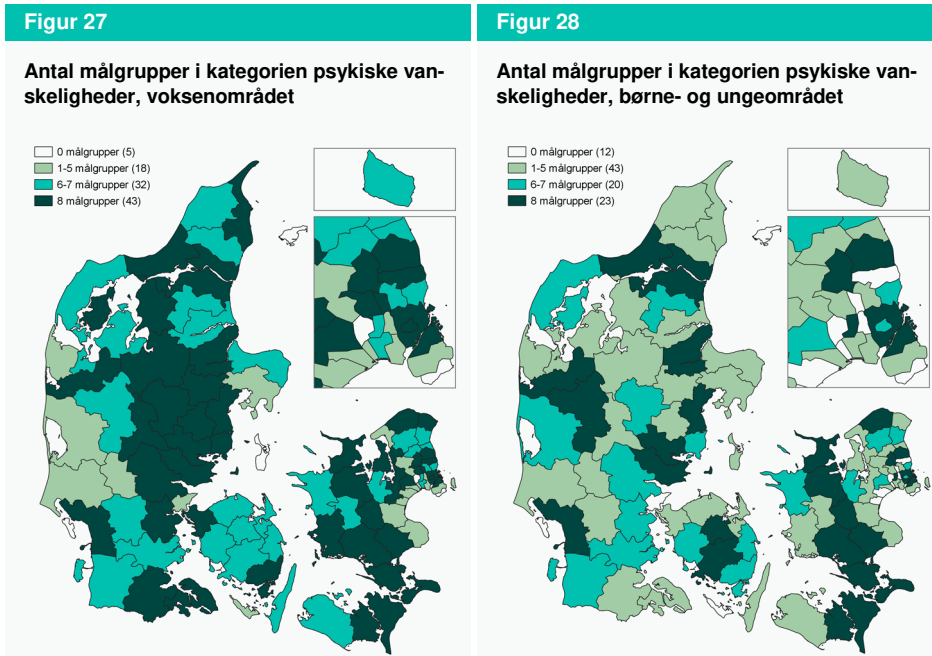
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Psykiske vanskeligheder

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen	
Psykiske vanskeligheder	93	86
Angst	89	55
Depression	83	45
Forandret virkelighedsopfattelse	87	43
Personlighedsforstyrrelse	90	65
Spiseforstyrrelse	50	36
Stressbelastning	63	51
Tilknytningsforstyrrelse	79	81
Anden psykisk vanskelighed	90	66

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På voksenområdet er der mange kommuner, hvor der ligger afdelinger, der tilsammen kan håndtere alle 8 målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder. Særligt i Østjylland og Vest- og Sydsjælland er der i mange kommuner, afdelinger til de 8 målgrupper, jf. figur 27. Også på børne- og ungeområdet, ligger der i mange kommuner i Vest- og Sydsjælland afdelinger til de 8 målgrupper, jf. figur 28.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 11.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4.6 Socialt problem

Målgrupperne i kategorien socialt problem omfatter bl.a. misbrug, prostitution, og selvskadende adfærd. I 94 og 91 kommuner, ligger der afdelinger på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppekategorien socialt problem.

I mange kommuner ligger der afdelinger til alkohol- og stofmisbrug på voksenområdet, mens der i færrest kommuner, ligger afdelinger til borgere i prostitution eller med seksuelt krænkende adfærd. På børne- og ungeområdet, ligger der især afdelinger til målgruppen med omsorgssvigt som udfordring i mange kommuner, jf. tabel 12.

Tabel 12

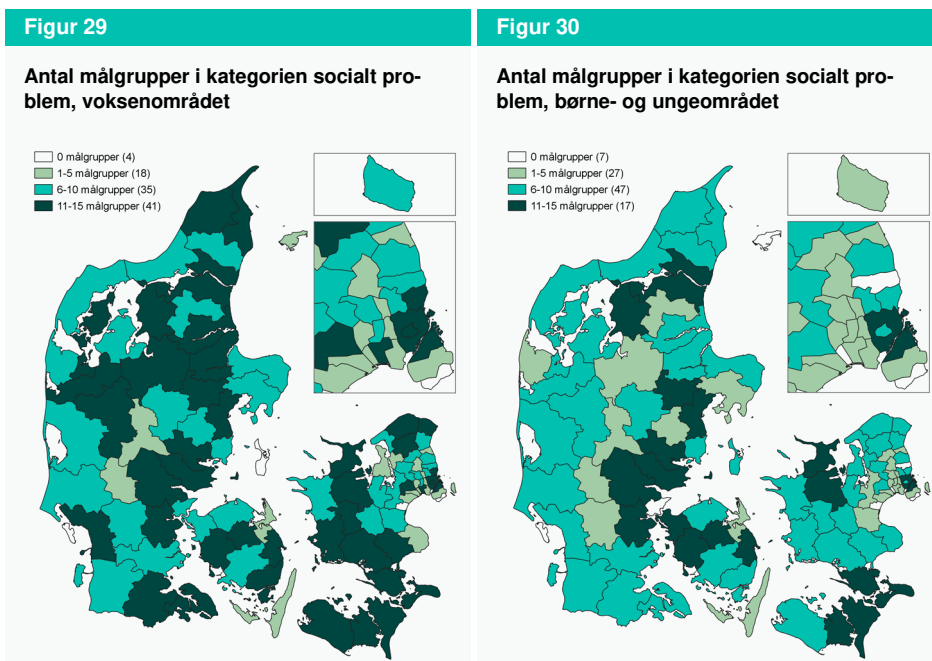
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Socialt problem

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen	
Socialt problem	94	91
Alkoholmisbrug	82	46
Hjemløshed	52	9
Indadreagerende adfærd	65	60
Kriminalitet, ikke-personfarlig	48	47
Kriminalitet, personfarlig	29	33
Omsorgssvigt	80	90
Overgreb, andet	43	26
Seksuelt krænkende adfærd	25	26
Prostitution	11	2
Seksuelt overgreb	50	37
Selvskadende adfærd	73	61
Stofmisbrug	85	65
Udadreagerende adfærd	69	67
Voldeligt overgreb	53	29
Andet socialt problem	77	64

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På voksenområdet ligger der i 41 kommuner afdelinger, der tilsammen henvender sig til mellem 11 og 15 af målgrupperne i kategorien socialt problem, jf. figur 29. På børne- og ungeområdet, ligger der også i mange kommuner afdelinger, der tilsammen henvender sig til flere af målgrupperne i kategorien socialt problem, jf. figur 30.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 12.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4.7 Øvrige målgrupper

Målgruppekategorien øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetslig foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse. Målgrupperne i kategorien er dermed meget forskelligartede.

På voksenområdet ligger der afdelinger til personer dømt til strafferetslig foranstaltning i 57 kommuner, afdelinger til flygtninge i 25 kommuner, afdelinger til krigsveteraner i 11 kommuner, mens der ligger afdelinger til personer med multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse i hhv. 60 og 23 kommuner. På børne- og ungeområdet ligger der afdelinger til børn og unge dømt til strafferetslig foranstaltning i 46 kommuner, afdelinger til flygtninge i 33 kommuner, samt afdelinger til børn og unge med multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse i hhv. 42 og 20 kommuner, jf. tabel 13.

Tabel 13

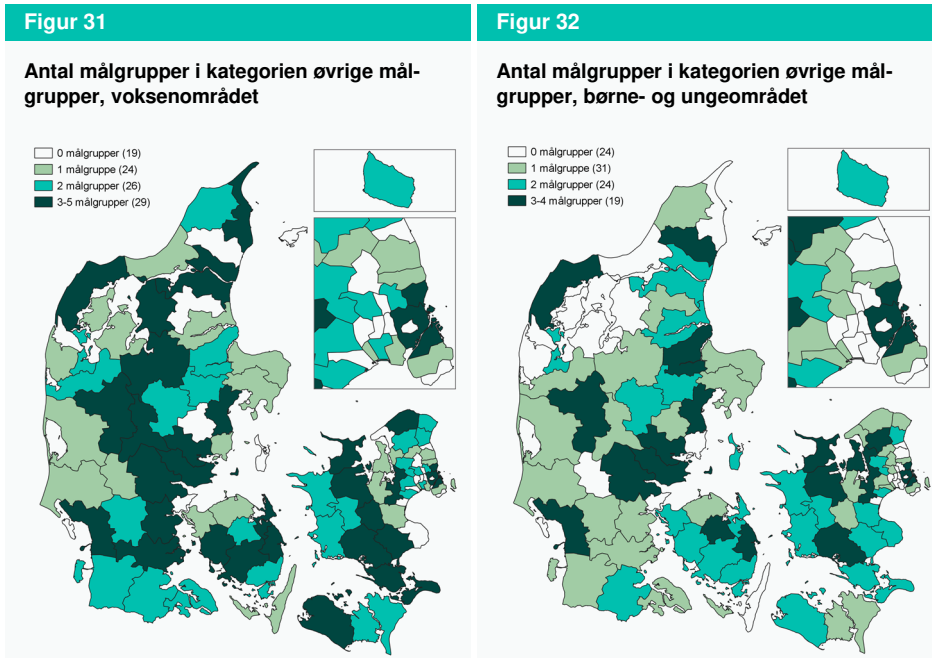
Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen – Øvrige målgrupper

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	Antal kommuner med mindst én afdeling til målgruppen	
Øvrige målgrupper	79	74
Dømt til strafferetlig foranstaltning	57	46
Flygtning	25	33
Krigsveteran	11	-
Multipel funktionsnedsættelse	60	42
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	23	20

Anm.: Antal kommuner med mindst én afdeling på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, der er registreret til målgruppen. Målgrupperne er ikke tilknyttet en bestemt tilbudstype. Målgrupper på afdelinger, der er registreret til tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet vil også indgå i opgørelserne, selvom målgruppen primært er relevant for det ene af de to områder. Målgruppen krigsveteran, er i hovedreglen ikke relevant for børne- og ungeområdet, og er derfor ikke opgjort. Der er 43 afdelinger på voksenområdet og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet, der ikke har angivet en målgruppe og derfor ikke indgår i opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 bagest i analysen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Målgrupperne i kategorien øvrige målgrupper er meget forskelligartede, men ses der alligevel på dækningen af målgruppekategorien, fremgår det, at der på voksenområdet ligger afdelinger til mere end 2 målgrupper i kategorien øvrige målgrupper i 29 kommuner, jf. figur 31. På børne- og ungeområdet er det i 19 kommuner, jf. figur 32.



Anm.: Angiver om der pr. 31. december 2019 ligger afdelinger i kommunen, der er registreret til målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og hvor mange målgrupper, afdelingerne tilsammen er registreret til. området. Målgruppen krigsveteran, er i hovedreglen ikke relevant for børne- og ungeområdet, og er derfor ikke opgjort. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 13.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

6. Databehandling og opmærksomhedspunkter

I forbindelse med opgørelserne i analysen er der en række informationer vedrørende databehandling og generelle opmærksomhedspunkter, man bør være opmærksom på, jf. boks 2.

Boks 2

Databehandling og opmærksomhedspunkter

Botilbudslignende tilbud:

Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: Lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3.

Plejehjemsoversigten:

Der er foretaget en frasortering af afdelinger, der vurderes reelt at høre til Plejehjemsoversigten, og som derfor ikke bør ligge på Tilbudsportalen. Frasorteringen er relevant for tilbud, der er registreret som følgende tilbudstyper: Botilbudslignende tilbud, ældreboligloven; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2. Antallet af afdelinger, der er godkendt som disse tilbudstyper, kan derfor afvige fra de oplysninger, der findes på Tilbudsportalen.dk

Pladser til tilbudstypen:

På Tilbudsportalen bliver afdelingerne registreret til et antal pladser til hver tilbudstype. For at sikre tilbudene en fleksibilitet i anvendelsen af pladser og undgå at pladser står unødigt tomme, er der tilfælde, hvor samme konkrete plads er registreret som flere tilbudstyper. I sådanne tilfælde vil pladsen blive indberettet for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som er potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Opgørelse over antallet af pladser til en specifik tilbudstype kan give et underkantsskøn i de tilfælde, hvor der er pladser på afdelingen, der er registreret til flere tilbudstyper og dermed kan anvendes som flere tilbudstyper.

Ambulant og dagbehandling af alkohol og stofmisbrug:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af ambulante og dagtilbudspladser, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Det høje antal pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen.

Dagtilbudspladser:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage.

Afdelingernes adresse/kommune:

I tilfælde, hvor afdelingens adresse er oplyst, men kommunenavn mangler, er kommunen manuelt tilføjet på baggrund af adressen. Hvor adressen er uoplyst er afdelingen ikke tildelt en kommune, men indgår i det samlede antal afdelinger.

Bilag 1 - Voksenområdet

Tabel 1

Antal kommuner med mindst én afdeling registreret som tilbudstypen, voksenområdet

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Botilbud og botilbudslignende		
Lejebolig, Lejeloven	40	104
Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a	1	4
Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2	12	35
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1	32	141
Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2	89	872
Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3	10	37
Længerevarende botilbud, § 108	87	656
Sikret botilbud, § 108	1	14
Midlertidigt botilbud, § 107	93	1.325
Rehabiliteringstilbud, § 107	14	20
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud		
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	91	843
Beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103	81	399
Misbrugsbehandlingstilbud		
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – Voksne	72	143
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	33	40
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	17	24
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	17	28
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	70	122
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	19	30
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL §141	15	24
Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger		
Forsorgshjem/herberg, § 110	44	147
Kvindekrisecenter, § 109	42	61
I alt voksenområdet	97	3.982

Anm.: Antal afdelinger, der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstypen. I tilfælde, hvor afdelingens adresse er oplyst, men kommunenavn mangler, er kommunen manuelt tilføjet på baggrund af adressen. Der er 67 afdelinger, der har uoplyst adresse, og som ikke er tildelt en kommune.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 2

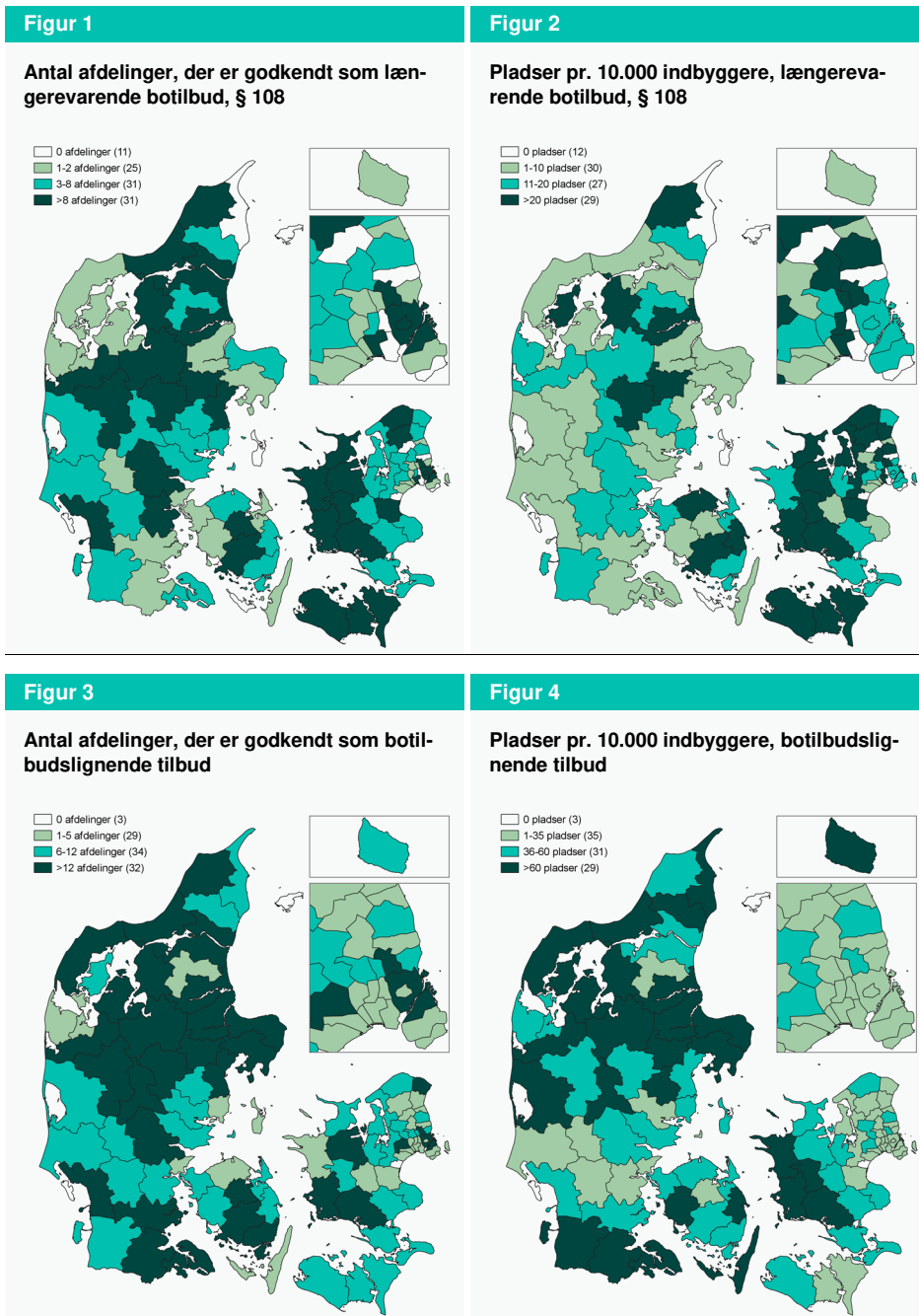
Antal afdelinger, der er registreret som tilbudstypen på voksenområdet, fordelt på regioner

Tilbudstype	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Uoplyst region
----- Antal afdelinger -----						
Botilbud og botilbudslignende						
Botilbudslignende tilbud	215	350	169	159	259	20
Længerevarende botilbud, § 108	132	117	89	197	115	6
Sikret botilbud, § 108	0	0	0	14	0	0
Midlertidigt botilbud, § 107	263	244	182	363	261	12
Rehabiliteringstilbud, § 107	3	4	3	5	5	0
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud						
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	229	184	113	133	165	19
Beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103	93	83	47	89	77	10
Misbrugsbehandlingstilbud						
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – Voksne	54	22	18	16	28	5
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	8	7	11	12	2	0
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	11	1	3	8	1	0
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	5	4	4	2	13	0
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	51	18	16	14	22	1
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	14	1	3	8	3	1
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL §141	7	4	1	2	9	1
Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger						
Forsorgshjem/herberg, § 110	63	36	12	11	25	0
Kvindekrisecenter, § 109	24	8	5	12	10	2
I alt voksenområdet	960	839	541	811	764	67

Anm.: Antal afdelinger, der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstypen. I tilfælde, hvor afdelingens adresse er oplyst, men regionsnavn mangler, er regionen manuelt tilføjet på baggrund af adressen. Der er 67 afdelinger, der har uoplyst adresse, og som ikke er tildelt en region.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

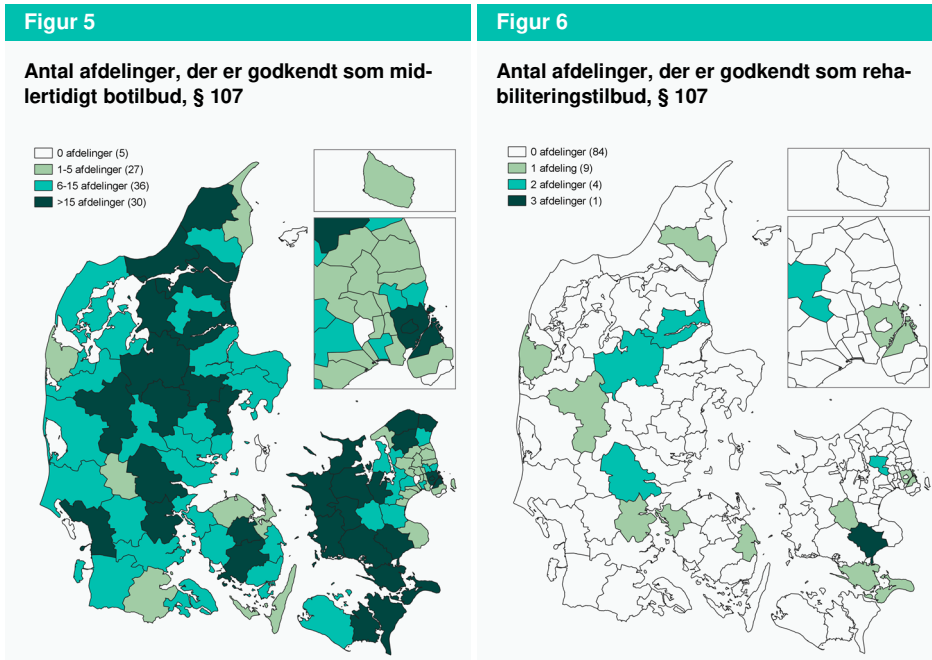
Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde



Anm.: Antal afdelinger (figur 1 og 3) og antal pladser (figur 2 og 4), der pr. 31. december 2019 var godkendt til tilbudstyperne, opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er 6 afdelinger med 90 pladser godkendt som længerevarende botilbud, § 108 og 20 afdelinger med 225 pladser godkendt som botilbudslignende tilbud, der har uoplyst adresse, og som derfor ikke fremgår af opgørelserne.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde



Anm.: Antal afdelinger pr. 31. december 2019, der er godkendt som tilbudstypen. Der er 12 afdelinger, der er godkendt til midlertidigt botilbud, § 107, med uoplyst adresse. Disse indgår ikke i figurene.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Bilag 2 – Børne- og ungeområdet

Tabel 3

Antal kommuner med mindst én afdeling registreret som tilbudstypen, børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt, hele Danmark
Anbringelsessteder		
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	73	378
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	83	655
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	5	7
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	8	10
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	4	5
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	6	10
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	2	4
Særlige dag- og klubtilbud		
Særlige dagtilbud, § 32	24	40
Særlige klubtilbud, § 36	13	16
Ambulant stofmisbrugsbehandling		
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	52	81
I alt børne- og ungeområdet	94	1.182

Anm.: Antal afdelinger, der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstypen. I tilfælde, hvor afdelingens adresse er oplyst, men kommunenavn mangler, er kommunen manuelt tilføjet på baggrund af adressen. Der er 12 afdelinger, der har uoplyst adresse, og som ikke er tildelt en kommune

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde

Tabel 4

Antal afdelinger, der er registreret som tilbudstypen, fordelt på regioner

Tilbudstype	Region Ho- vedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddan- mark	Uoplyst region
Anbringelsessteder						
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	92	72	48	66	97	3
Socialpædagogisk opholds- sted, § 66, stk. 1, nr. 6	96	115	96	213	132	3
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	3	2	0	2	0	0
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	2	2	1	3	2	0
Socialpædagogisk efterskole- tilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	0	3	0	2	0	0
Socialpædagogisk kostskole- tilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	5	0	0	1	4	0
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	0	0	1	3	0	0
Særlige dag- og klubtilbud						
Særlige dagtilbud, § 32	14	4	10	4	5	3
Særlige klubtilbud, § 36	7	3	1	2	3	0
Ambulant stofmisbrugsbehandling						
Ambulant stofmisbrugsbe- handling, § 101 - Børn og unge	22	14	16	9	17	3
I alt børne- og ungeområdet	240	206	170	303	251	12

Anm.: Antal afdelinger, der pr. 31. december 2019 er registreret som tilbudstypen. I tilfælde, hvor afdelingens adresse er oplyst, men regionsnavn mangler, er regionen manuelt tilføjet på baggrund af adressen. Der er 12 afdelinger, der har uoplyst adresse, og som ikke er tildelt en region.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

**15.
Velfærdspolitisk Analyse: Sociale tilbud til
målgrupper**



Velfærdspolitisk Analyse

Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse

Tilbud på det specialiserede socialområde omfatter en meget bred vifte af støtteformer til en række meget forskellige grupper af borgere. Tilbuddene omfatter fx misbrugsbehandling, kvindekrisecentre, anbringelsessteder og bo- og dagtilbud til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Formålet med denne analyse er at beskrive tilbuddene til de forskellige målgrupper. Med udgangspunkt i hvilke målgrupper tilbuddene henvender sig til, belyses det, hvor mange afdelinger der er, hvor store de er, samt hvilke virksomhedsformer tilbuddene har. Udgangspunktet for analysen er data fra Tilbudsportalen.

Tilbuddenes afdelinger kan være registreret til at levere indsatser til én eller flere af 46 forskellige målgrupper, som kan inddeles i de seks målgruppekategorier: fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse, udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder, socialt problem og ”øvrige målgrupper”. På voksenområdet er der flest afdelinger til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, som 2.392 ud af 3.982 afdelinger henvender sig til. På børne- og ungeområdet er der flest afdelinger til personer med et socialt problem, som 869 ud af 1.182 afdelinger henvender sig til.

Opgjort på de overordnede målgruppekategorier er der i gennemsnit 9-14 pladser til døgnophold på afdelingerne. Afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse er i gennemsnit de mindste afdelinger på voksenområdet med 10 pladser til døgnophold i gennemsnit. På børne- og ungeområdet er afdelingerne til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og et socialt problem mindst med 9 pladser til døgnophold i gennemsnit. Afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse er større end afdelingerne til de resterende målgruppekategorier med 14 og 12 døgnopholdspladser i gennemsnit på henholdsvis voksen- og børne- og ungeområdet.

På voksenområdet er to tredjedele af tilbuddene til personer med henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse og intellektuel/kognitiv forstyrrelse kommunalt ejede. Blandt tilbuddene til de resterende målgruppekategorier er mellem en tredjedel og halvdelen kommunale, mens omkring en tredjedel er fondsejede eller selvejende mv., og cirka 15 pct. er privatejede. På børne- og ungeområdet er omkring halvdelen af tilbuddene til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder og et socialt problem fonde eller selvejende mv., og cirka en femtedel er privatejede. Blandt tilbuddene til de resterende målgruppekategorier er der en lidt større andel, der er kommunalt ejede og en mindre andel, som er fonde eller selvejende mv. På både voksen- samt børne- og ungeområdet er det blot 3 pct. af tilbuddene, der er regionalt ejede.

Indhold:

1. Introduktion	3
1.1. Opgørelser over pladser	4
2. Tilbud på voksenområdet	6
2.1. Fysisk funktionsnedsættelse	8
2.2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse.....	10
2.3. Udviklingsforstyrrelse	12
2.4. Psykiske vanskeligheder	14
2.5. Socialt problem	16
2.6. Øvrige målgrupper.....	19
3. Tilbud på børne- og ungeområdet	21
3.1. Fysisk funktionsnedsættelse	24
3.2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	26
3.3. Udviklingsforstyrrelse	28
3.4. Psykiske vanskeligheder	30
3.5. Socialt problem	32
3.6. Øvrige målgrupper	35
4. Databehandling og opmærksomhedspunkter	37
Bilag 1 – Voksenområdet	39
Bilag 2 – Børne og ungeområdet	41

1. Introduktion til Tilbudsportalen

Der findes en række tilbud på det specialiserede socialområde, som henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. I Velfærdspolitisk Analyse ”Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud” belyses de forskellige tilbudstyper, og i Velfærdspolitisk Analyse ”Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde” ses der nærmere på, hvor i landet tilbuddene ligger. I denne analyse er fokus specifikt på tilbuddene til de enkelte målgrupper. Således belyses afdelingerne til de enkelte målgrupper i forhold til deres størrelse, og det belyses, hvilke virksomhedsformer tilbuddene til de forskellige målgrupper har.

Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt med finansloven for 2020.

Der tages udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen, og analysen indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, jf. boks 1. Plejefamilier og friplejeboliger¹ indgår dog ikke i analysen. I afsnit 4 gennemgås opmærksomhedspunkter ved databehandlingen.

Boks 1

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen samler og formidler oplysninger om tilbud til voksne med funktionsnedsættelse eller sociale problemer, tilbud til børn og unge, som er udsatte eller har en funktionsnedsættelse samt plejefamilier. Tilbudsportalen indeholder, jf. § 3 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen oplysninger om:

- Alle tilbud og plejefamilier omfattet af socialtilsynsloven.
- Tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, som er omfattet af kommunalt eller regionalt tilsyn.
- Friplejeboliger, hvor hjælpen og støtten til borgerne i tilbuddet i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service/som ikke er registreret på plejehjemoversigten.

Se notatet ”Om Tilbudsportalen” for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata.

Tilbuddenes lovmæssige grundlag findes primært i serviceloven. I denne analyse vil det lovmæssige grundlag for tilbudstyperne være angivet, som det står på tilbudsportalen.dk, i tabeller og figurer. I brødteksten vil tilbudstyperne blive benævnt uden angivelse af lovgrundlaget. Eksempelvis vil længerevarende botilbud referere til tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108 i lov om social service, mens sikrede botilbud henviser til tilbud/afdelinger, der er godkendt som sikret botilbud, § 108 i lov om social service.

Tilbuddene kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Afdelingerne kan være registreret til én eller flere af 46 forskellige målgrupper. Målgrupperne

¹ Friplejeboliger er ikke underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem reelt hører til Plejehjemoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. dec. 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

er inddelt i seks overordnede kategorier på Tilbudsportalen, som analysen tager udgangspunkt i. De seks kategorier er:

1. Fysisk funktionsnedsættelse
2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse
3. Udviklingsforstyrrelse
4. Psykiske vanskeligheder
5. Sociale problemer
6. Øvrige målgrupper²

De enkelte afdelinger registreres også som en eller flere forskellige tilbudstyper. Tilbudstypen er et udtryk for, hvilken lovhjemmel tilbuddet er oprettet og drives efter. Eksempelvis kan en afdeling være godkendt som længerevarende botilbud, § 108, og/eller midlertidigt botilbud, § 107.

Overordnet kan tilbuddene på Tilbudsportalen opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Der findes 2.158 tilbud og 3.982 afdelinger på voksenområdet, mens der er 747 tilbud og 1.182 afdelinger på børne- og ungeområdet, når der ses bort fra friplejeboliger og plejefamilier. 452 af tilbuddene og 543 af afdelingerne er registreret til både voksne, børn og unge.

I denne analyse behandles tilbuddene på voksenområdet for sig og tilbuddene til børn og unge for sig. I de tilfælde hvor tilbuddene både er registreret til voksenområdet samt børne- og ungeområdet, vil de således indgå i opgørelserne på begge områder. På afdelinger der tilbyder ophold til både voksne og børn og unge, kan der være målgrupper, der primært indeholder borgere i den ene af de to aldersgrupper. Men da målgrupperne ikke er tilknyttet en bestemt tilbudstype, vises alle målgrupperne på afdelingerne, selvom målgruppen primært er relevant for enten voksne eller børn og unge.

Ud over opdelingen mellem voksenområdet og børne- og ungeområdet, skelnes der, i opgørelser over antallet af afdelinger og pladser, mellem afdelinger, der tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold. Der skelnes ikke yderligere mellem hvilke tilbudstyper, afdelingerne er registreret som. Det vil sige, at der i opgørelserne eksempelvis ikke skelnes mellem, hvorvidt en afdeling, der er registreret til personer med angst, er et længerevarende botilbud, et midlertidigt botilbud eller et aktivitets- eller samværstilbud. På Tilbudsportalen.dk er det muligt at se en fuldstændig liste over de sociale tilbud for alle specifikke målgrupper og tilbudstyper.

1.1 Opgørelser over pladser

I de følgende afsnit ses der nærmere på tilbuddene og afdelingerne til målgruppekategorierne og til de enkelte målgrupper i hver målgruppekategori. Blandt andet indgår der opgørelser over antallet af afdelinger, der tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til hver af de forskellige målgruppekategorier og enkelte målgrupper, samt hvor store disse afdelinger er i gennemsnit.

² Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetslige foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

På Tilbudsportalen registreres hver af tilbuddenes afdelinger med et antal pladser til hver tilbudstype på afdelingen. Summen af pladserne til hver tilbudstype på en afdeling udgør det samlede antal pladser på afdelingen, og kan dermed give et indblik i, hvor stor afdelingen er. Et tilbuds afdelinger kan ligge ved siden af hinanden eller være fysisk adskilte i større eller mindre omfang.

I forbindelse med opgørelserne af det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling fordelt på målgrupperne, er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

1. **Pladserne registreres ikke til de enkelte målgrupper**, men til tilbudstyperne. Det fremgår således ikke på Tilbudsportalen, hvorvidt pladserne på en afdeling kan anvendes til alle de målgrupper, afdelingen henvender sig til, eller om nogle pladser er forbeholdt enkelte målgrupper. Det gennemsnitlige antal pladser på en afdeling til personer med fx autisme er således et udtryk for den gennemsnitlige størrelse på en afdeling, der kan modtage denne målgruppe. Det er ikke nødvendigvis et udtryk for antallet af pladser til personer med autisme.

Da pladserne ikke er tilknyttet målgrupperne på Tilbudsportalen, er det ikke muligt at opgøre antallet af pladser til den enkelte målgruppe, uden at det bliver et overkantsskøn. Hvis en afdeling eksempelvis har 20 pladser, og er registreret til tre forskellige målgrupper, ville det betyde, at de 20 pladser blev talt med tre gange – for hver af de tre målgrupper. Opgørelsen ville således give indtryk af, at der er tre gange så mange pladser, som der reelt er. Derfor er det udelukkende den gennemsnitlige størrelse på afdelingerne, som opgøres i analysen.

2. **Der skelnes mellem antallet af pladser til døgnophold og antallet af pladser til ambulante- og dagophold.** Det skyldes, at der på afdelinger med døgnophold, som også tilbyder ambulante behandling eller dagophold, kan være pladser, som er reserveret til beboerne. Hvis man lægger døgnopholdspladserne og pladserne til ambulante- og dagophold sammen, risikerer man dermed at overvurdere størrelsen på afdelingen, idet samme person kan optage to pladser.

I tabellerne vises både antal afdelinger der tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold og antal afdelinger i alt til enten voksne eller børn og unge. Afdelinger, der både tilbyder døgnophold og ambulante- eller dagophold, vil indgå i begge opgørelser over antal afdelinger og pladser. Afdelinger der kun har døgnophold, vil ikke indgå i opgørelsen af antal afdelinger og pladser til ambulante- og dagophold og omvendt.

Der er nogen usikkerhed forbundet med antallet af pladser til ambulante- og dagophold, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser til døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbin-

delse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage, ligesom at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen. Som konsekvens heraf vil antallet af pladser fremstå højere end antallet af pladser til døgnophold.

2. Tilbud på voksenområdet

På voksenområdet er der 1.233 tilbud og 2.392 afdelinger, som henvender sig til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Det er dermed over halvdelen af tilbuddene og afdelingerne, der er registreret til personer i den målgruppekategori. Derudover er der 1.660 afdelinger til personer med psykiske vanskeligheder, 1.618 er til personer med et socialt problem, og 1.415 afdelinger er til personer med udviklingsforstyrrelse.

Fysisk funktionsnedsættelse og ”øvrige målgrupper” er de målgruppekategorier, der er færrest afdelinger til. Der er 637 og 634 afdelinger, der er registreret til henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse og ”øvrige målgrupper”, jf. tabel 1.

Tabel 1

Tilbud og afdelinger på voksenområdet, fordelt på målgruppekategorier

Målgruppekategori	Tilbud	Afdelinger
	----- Antal -----	
Fysisk funktionsnedsættelse	341	637
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	1.233	2.392
Udviklingsforstyrrelse	791	1.415
Psykiske vanskeligheder	1.002	1.660
Socialt problem	913	1.618
Øvrige målgrupper*	315	634
Uoplyst	22	43
Tilbud og afdelinger i alt	2.158	3.982

Note: *) Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetlige foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

Anm.: Tilbud og afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der er 2.892 afdelinger, som tilbyder døgnophold til voksne og 1.285 afdelinger, som tilbyder ambulante- og dagophold. Andelen af afdelinger med ambulante- og dagtilbud er lidt højere blandt afdelinger til personer med fysisk funktionsnedsættelse. Der er omkring 40 pct. af afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse, som tilbyder ambulante- og dagophold, og omkring to tredjedele tilbyder døgnophold. Blandt afdelingerne til personer i hver af de resterende målgruppekategorier har en fjerdedel til en tredjedel ambulante- og dagtilbud, og over 70 pct. har døgntilbud.

Der er i gennemsnit 14 døgnopholdspladser på afdelinger, der henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse og mellem 10 og 12 pladser på afdelinger, der henvender sig til personer i hver af de resterende målgruppekategorier. Det gennemsnitlige antal pladser til ambulante- og dagophold er højest på afdelinger til personer med et socialt problem med 62 pladser i gennemsnit. På afdelingerne til personer i de resterende målgruppekategorier er der 23-31 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit, jf. tabel 2.

Tabel 2

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, fordelt på målgruppekategorier

Målgruppekategori	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	-----Antal pladser -----	-----	
Fysisk funktionsnedsættelse	402	267	14	25	637
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	1.740	787	12	27	2.392
Udviklingsforstyrrelse	1.090	426	10	23	1.415
Psykiske vanskeligheder	1.319	419	12	29	1.660
Socialt problem	1.178	519	11	62	1.618
Øvrige målgrupper	481	190	12	31	634
I alt på voksenområdet	2.892	1.285	12	42	3.982

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen over afdelinger og pladser, fordelt på målgruppekategorier. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

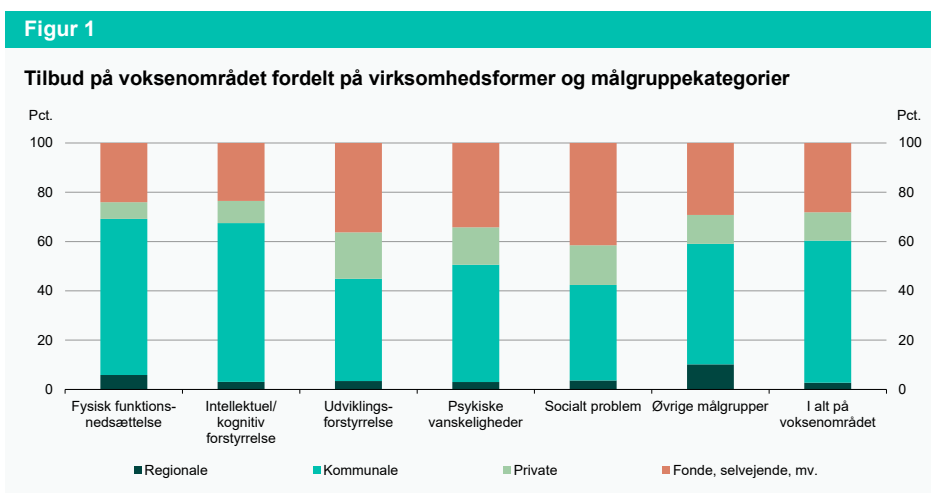
På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet kan tilbuddene betegnes som enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i hhv. de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I denne analyse bruges begrebet private om de kommercielle private.

På voksenområdet er tilbuddene til personer med henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse og intellektuel/kognitiv forstyrrelse oftest kommunale, hvilket gælder omkring to tredjedele af tilbuddene, mens en fjerdedel er fonde eller selvejende mv., og 3-9 pct. er henholdsvis regionale og private.

Blandt tilbuddene til personer i de øvrige målgruppekategorier er fordelingen mellem kommunale tilbud og tilbud, der er fondsejede eller selvejende mv., mere ens, ligesom der også er en større andel private tilbud. Således er omkring 40-50 pct. af tilbuddene

kommunale, mens cirka 30-40 pct. er fonde eller er selvejende mv. og omkring 10-20 pct. er private.

Der er desuden en højere andel regionale tilbud blandt tilbuddene til personer i målgruppekategorien ”øvrige målgrupper”, end blandt tilbuddene til personer i de andre målgruppekategorier. Mens 10 pct. af tilbuddene til personer i ”øvrige målgrupper” er regionale, gør det samme sig gældende for 3-6 pct. af tilbuddene til personer i hver af de resterende målgruppekategorier, jf. figur 1.



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019 fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen over tilbud fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.1 Fysisk funktionsnedsættelse

Antal afdelinger og deres størrelse

Målgruppekategorien fysisk funktionsnedsættelse omfatter 7 forskellige målgrupper. De to mest udbredte målgrupper er kommunikationsnedsættelse og mobilitetsnedsættelse med henholdsvis 376 og 415 afdelinger registreret til målgrupperne. Mellem 142 og 151 afdelinger henvender sig til personer med henholdsvis hørenedsættelse, synsnedsættelse og anden fysisk funktionsnedsættelse. Målgrupperne erhvervet og medfødt døvblindhed er dem, der er færrest afdelinger til, idet der er henholdsvis 29 og 42 afdelinger til de to målgrupper.

To tredjedele af afdelingerne har døgntilbud, og omkring 40 pct. har ambulante- og dagtilbud. På afdelinger til personer med henholdsvis erhvervet døvblindhed og synsnedsættelse er der lidt flere afdelinger med ambulante- og dagtilbud end med døgntilbud.

Afdelingerne til personer med erhvervet døvblindhed har i gennemsnit 10 pladser til døgnophold, mens afdelingerne til personer med anden fysisk funktionsnedsættelse

gennemsnitligt har 17 døgnopholdspladser. På afdelingerne til hver af de resterende målgrupper er der i gennemsnit 12-14 pladser til døgnophold. Det gennemsnitlige antal pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling er mellem 21 og 26 pladser, jf. tabel 3.

Tabel 3

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	----- Antal pladser -----	----- Antal -----
Døvblindhed, erhvervet	16	17	10	22	29
Døvblindhed, medfødt	25	21	12	23	42
Hørenedsættelse	76	75	12	24	145
Kommunikationsnedsættelse	217	183	13	26	376
Mobilitetsnedsættelse	255	178	14	26	415
Synsnedsættelse	76	85	14	21	151
Anden fysisk funktionsnedsættelse	87	64	17	23	142
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	402	267	14	25	637

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til fysisk funktionsnedsættelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

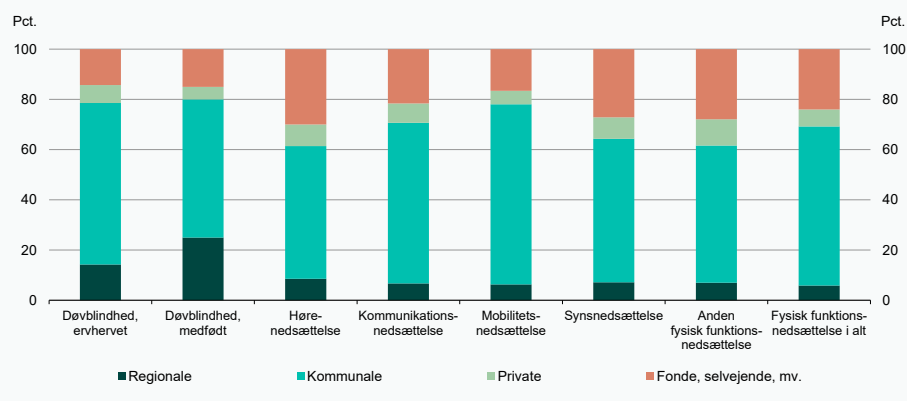
Virksomhedsformer

Blandt de 341 tilbud på voksenområdet til personer med fysisk funktionsnedsættelse er omkring to tredjedele kommunalt ejede, en fjerdedel er ejet af fonde eller er selvejende mv., og 6 og 7 pct. er henholdsvis regionale og private.

Tilbuddene til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt døvblindhed og personer med mobilitetsnedsættelse er lidt sjældnere fonde eller er selvejende mv., end tilbuddene til de resterende målgrupper. Således er 14-17 pct. af tilbuddene til de tre målgrupper fonde eller selvejende mv. Der er desuden 14 pct. af tilbuddene til personer med erhvervet døvblindhed og en fjerdedel af tilbuddene til personer med medfødt døvblindhed, der er regionale, mens 7-9 pct. af tilbuddene til de resterende målgrupper er regionale, jf. figur 2.

Figur 2

Tilbud til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.2 Intellectuel/kognitiv forstyrrelse

Antal afdelinger og deres størrelse

I målgruppekategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse er udviklingshæmning den målgruppe, afdelingerne hyppigst henvender sig til. Der er 1.942 afdelinger til personer med udviklingshæmning. Derudover er der omkring 520 afdelinger, der kan modtage personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade, og 435 afdelinger, der kan modtage personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Endeligt er der 143 afdelinger på socialområdet til personer med demens.

Omkring en tredjedel af afdelingerne tilbyder ambulante- og dagophold til voksne, og over 70 pct. tilbyder døgnophold. På afdelingerne til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade er fordelingen mellem afdelinger med henholdsvis døgntilbud og ambulante- og dagtilbud mere ligelig.

På afdelinger til personer med demens er det gennemsnitlige antal af pladser til henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold højere end på afdelingerne til de resterende målgrupper. Der er i gennemsnit 20 pladser til døgnophold og 45 pladser til ambulante- og dagophold på afdelingerne til personer med demens. På afdelingerne til de resterende målgrupper er det gennemsnitlige antal pladser mellem 10 og 13 pladser til døgnophold og 22-26 pladser til ambulante- og dagophold, jf. tabel 4.

Tabel 4

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Demens	96	58	20	45	143
Hjerneskode, erhvervet	304	247	13	24	520
Hjerneskode, medfødt	307	245	11	25	522
Udviklingshæmning	1.391	666	12	26	1.942
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	297	163	10	22	435
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	1.740	787	12	27	2.392

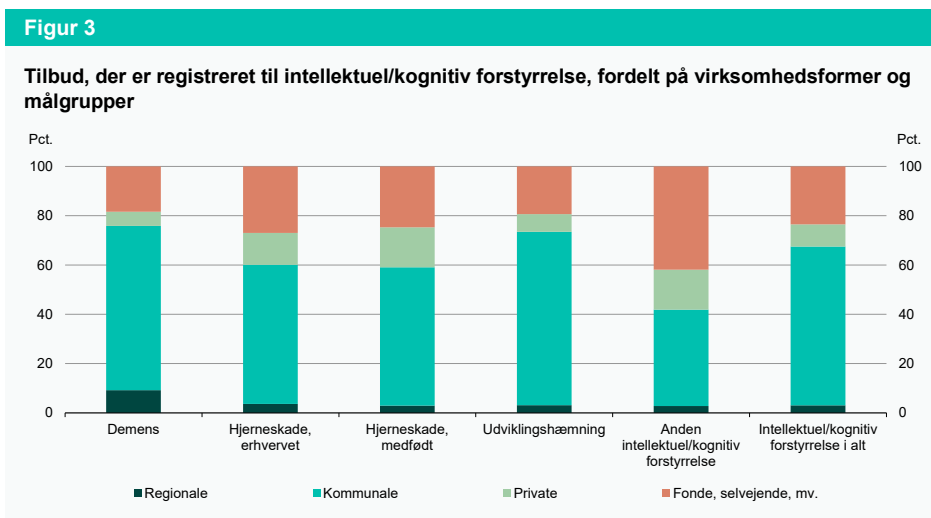
Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

Med undtagelse af tilbud til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse er størstedelen af tilbuddene til hver af de forskellige målgrupper kommunalt ejede, og mellem en femtedel og en fjerdedel er fonde eller er selvejende mv.

6-7 pct. af tilbuddene til personer med henholdsvis demens og udviklingshæmning er private, mens det samme gør sig gældende for 13-16 pct. af tilbuddene til de resterende målgrupper. Desuden er tilbuddene til personer med demens oftere regionale, end tilbuddene til de andre målgrupper. Således er 9 pct. af tilbuddene til personer med demens regionale, mens der blandt tilbuddene til de andre målgrupper er 3-4 pct. der er regionale, jf. figur 3.



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.3 Udviklingsforstyrrelse

Antal afdelinger og deres størrelse

Ud af de 1.415 afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse, henvender 1.064 af afdelingerne sig til personer med autisme, og 690 afdelinger henvender sig til personer med opmærksomhedsforstyrrelse. Derudover er der mellem 139 og 230 afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder, skolefærdigheder og tale og sprog. Endeligt er der 321 afdelinger til personer med anden udviklingsforstyrrelse.

Der er markant flere afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse, som tilbyder døgnophold til voksne, end ambulante- og dagophold. 1.090 ud af de 1.415 afdelinger har døgntilbud og 426 afdelinger har ambulante- og dagtilbud. Afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog har oftere ambulante- og dagtilbud, end afdelingerne til de resterende målgrupper. Dette gør sig gældende for cirka halvdelen af afdelingerne til de to målgrupper.

Når der ses på tværs af de forskellige målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse, har afdelingerne i gennemsnit 10 pladser til døgnophold og 23 pladser til ambulante- og dagophold. Afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder har lidt færre pladser, end afdelingerne til de resterende målgrupper, idet de i gennemsnit har 9 døgnopholdspladser og 17 ambulante- og dagopholdspladser, jf. tabel 5.

Tabel 5

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til udviklingsforstyrrelse, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Autismespektrum	794	367	11	23	1.064
Opmærksomhedsforstyrrelse	558	158	10	24	690
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	74	77	12	27	139
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	122	57	9	17	167
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	136	117	12	23	230
Anden udviklingsforstyrrelse	216	127	11	22	321
Udviklingsforstyrrelse i alt	1.090	426	10	23	1.415

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til udviklingsforstyrrelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

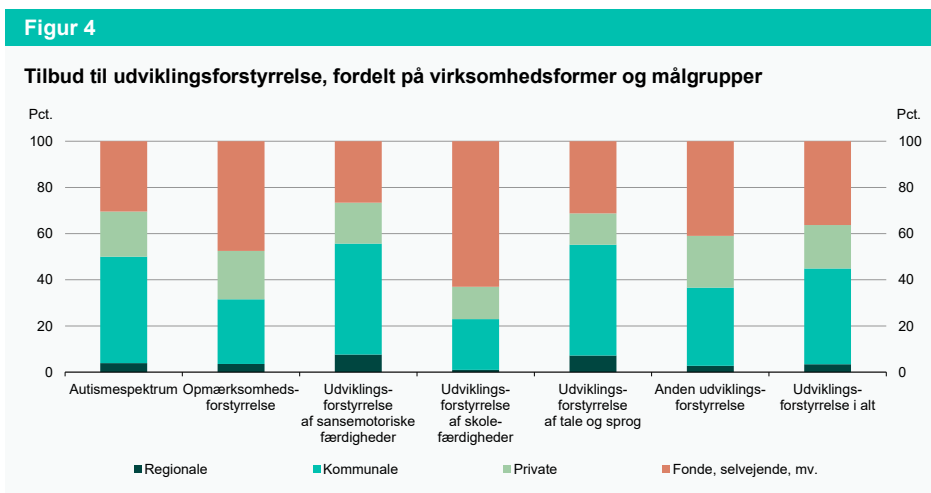
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

Blandt de 791 tilbud til personer med udviklingsforstyrrelse er omkring 40 pct. kommunalt ejede, mens cirka en tredjedel er fondsejede eller selvejende mv., og omkring en femtedel er privatejede. Kun 3 pct. er regionalt ejede.

Tilbuddene til personer med autisme og personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdighed og tale og sprog er lidt oftere kommunale, og tilbuddene til de resterende målgrupper er lidt oftere fonde eller selvejende mv. Blandt tilbuddene til personer med udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder er to tredjedele fonde eller selvejende mv.

Derudover er tilbuddene til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis skolefærdigheder og tale og sprog lidt sjældnere private, idet det gør sig gældende for 14 pct. af tilbuddene. Tilbuddene til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog, er lidt oftere regionale, hvilket gælder 7-8 pct. af tilbuddene, jf. figur 4.



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til udviklingsforstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.4 Psykiske vanskeligheder

Antal afdelinger og deres størrelse

Målgruppekategorien psykiske vanskeligheder indeholder på Tilbudsportalen 8 forskellige målgrupper. De målgrupper, der findes flest afdelinger til, er angst og personlighedsforstyrrelse, som 944 og 957 afdelinger henvender sig til. Der er mellem 600 og 872 afdelinger til personer med henholdsvis depression, forandret virkelighedsopfattelse, tilknytningsforstyrrelse og anden psykisk vanskelighed. Spiseforstyrrelse og stressbelastning er de målgrupper, der er færrest afdelinger til, hvor 219 og 327 afdelinger er registreret til de to målgrupper.

Det gælder for afdelingerne til hver af de forskellige målgrupper inden for kategorien psykiske vanskeligheder, at mellem en fjerdedel og en tredjedel tilbyder ambulante- og dagophold til voksne, og mellem cirka 70 og 80 pct. tilbyder døgnophold.

Når der ses på tværs af målgrupperne har afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder i gennemsnit 12 pladser til døgnophold og 29 pladser til ambulante- og dagophold. Afdelingerne til personer med tilknytningsforstyrrelse har lidt færre pladser, end afdelingerne til de fleste andre målgrupper, med 9 døgnopholdspladser og 25 ambulante- og dagopholdspladser i gennemsnit pr. afdeling, jf. tabel 6.

Tabel 6

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til psykiske vanskeligheder, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med Døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Angst	689	298	12	31	944
Depression	507	256	13	32	728
Forandret virkelighedsopfattelse	626	199	13	31	796
Personlighedsforstyrrelse	750	241	11	32	957
Spiseforstyrrelse	163	67	12	25	219
Stressbelastning	231	110	10	33	327
Tilknytningsforstyrrelse	489	141	9	25	600
Anden psykisk vanskelighed	671	251	12	30	872
Psykiske vanskeligheder i alt	1.319	419	12	29	1.660

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til psykiske vanskeligheder pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

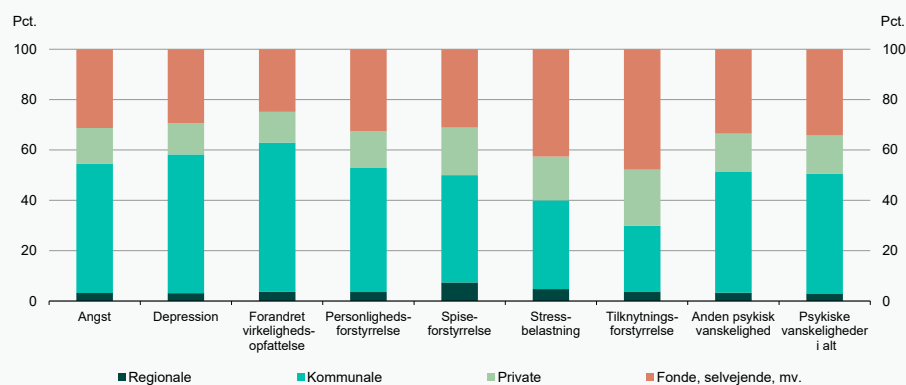
På tværs af de forskellige målgrupper er lige under halvdelen af tilbuddene til personer med psykiske vanskeligheder kommunale, omkring en tredjedel er fonde eller selvejende mv., mens 15 pct. er private og 3 pct. er regionale.

Tilbuddene til personer med henholdsvis stressbelastning og tilknytningsforstyrrelse adskiller sig fra tilbuddene til de andre målgrupper ved oftere at være fonde eller selvejende mv., end regionale, kommunale eller private. Således er 43 og 48 pct. af tilbuddene til de to målgrupper fondsejede eller selvejende mv., og henholdsvis en tredjedel og en fjerdedel er kommunalt ejede.

Tilbuddene til personer med henholdsvis spiseforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse er lidt oftere private, idet det gør sig gældende for omkring en femtedel af tilbuddene, jf. figur 5.

Figur 5

Tilbud til psykiske vanskeligheder, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til psykiske vanskeligheder, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.5 Socialt problem

Antal afdelinger og deres størrelse

Kategorien socialt problem dækker på Tilbudsportalen over 15 forskellige målgrupper.

Der er 536 afdelinger på voksenområdet, der henvender sig til personer med udfordringer som følge af omsorgssvigt, hvormed det er den målgruppe, der er flest afdelinger til. Den målgruppe, der er færrest afdelinger til, er personer i prostitution, som 26 af afdelingerne henvender sig til. Derudover er der 75 og 101 afdelinger til personer, der har henholdsvis seksuelt krænkende adfærd og begået personfarlig kriminalitet. Der er mellem 129 og 153 afdelinger til personer, der har begået ikke-personfarlig kriminalitet og personer, der har været udsat for henholdsvis seksuelt, voldeligt og andet overgreb. Til de resterende 7 målgrupper er der mellem 238 og 475 afdelinger.

Det gælder for afdelingerne til hver af de forskellige målgrupper, at de oftere tilbyder døgnophold end ambulante- og dagophold. Dog varierer det, hvor stor forskellen er. Den mest ligelige fordeling ses blandt afdelinger til personer med henholdsvis alkohol- og stofmisbrug, hvor det næsten er halvdelen, der tilbyder ambulante- og dagbehandling og lige over halvdelen, der tilbyder døgnophold.

Der er flest pladser på afdelinger til personer i hjemløshed med 16 pladser i gennemsnit til døgnophold. Antallet af døgnopholdspladser på afdelingerne til de resterende målgrupper ligger på mellem 7 og 14 i gennemsnit. Antallet af pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling varierer relativt meget målgrupperne imellem. På afdelinger til personer henholdsvis udsat for andet overgreb, med selvskadende adfærd og med udadretagerende adfærd er der 18-19 pladser i gennemsnit, mens afdelingerne til alkohol- og

stofmisbrug har omkring 100 pladser i gennemsnit til ambulante- og dagbehandling, jf. tabel 7.

Tabel 7

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til socialt problem, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med Døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Alkoholmisbrug	259	216	13	102	462
Hjerneløshed	199	45	16	52	238
Indadreagerende adfærd	254	113	10	16	342
Kriminalitet, ikke-personfarlig	131	36	10	21	153
Kriminalitet, personfarlig	91	14	9	25	101
Omsorgssvigt	435	125	9	25	536
Overgreb, andet	127	16	7	18	141
Seksuelt krænkende adfærd	59	27	10	26	75
Prostitution	17	11	14	42	26
Seksuelt overgreb	116	25	10	37	136
Selvskadende adfærd	336	123	10	19	424
Stofmisbrug	267	220	13	93	475
Udadreagerende adfærd	388	107	9	19	459
Voldeligt overgreb	115	14	10	38	129
Andet socialt problem	312	96	10	32	384
Socialt problem i alt	1.178	519	11	62	1.618

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til socialt problem pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppe. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det relativt høje antal pladser på afdelinger til personer med henholdsvis alkohol- og stofmisbrug skal ses i sammenhæng med, at en stor del af tilbuddene til behandling af stof- og alkoholmisbrug er ambulante tilbud, hvor borgeren typisk møder op til behandling, samtaler mv. på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen.

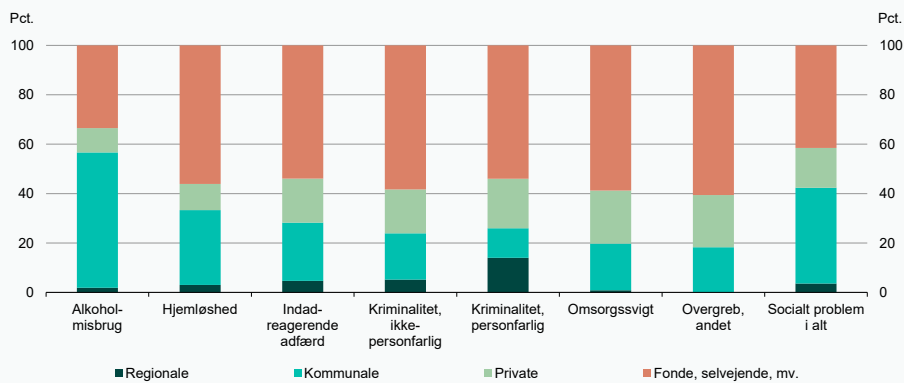
Virksomhedsformer

Tilbuddene til personer med henholdsvis stof- og alkoholmisbrug er de eneste tilbud inden for målgruppekategorien socialt problem, hvor størstedelen er kommunalt ejede, hvilket gælder 55 pct. af tilbuddene til de to målgrupper. Derudover er blot 10 pct. af tilbuddene til de to målgrupper privatejede. Med enkelte undtagelser er tilbuddene til de resterende målgrupper oftere fonde eller selvejende mv., end de er regionale, kommunale eller private, og omkring en femtedel er privatejede.

Tilbuddene til personer, der har begået personfarlig kriminalitet og til personer med seksuelt krænkende adfærd adskiller sig fra tilbuddene til de andre målgrupper ved, at 14 og 12 pct. er regionale, hvor der blandt tilbuddene til de resterende målgrupper er under 8 pct., der er regionale, jf. figur 6 og figur 7.

Figur 6

Tilbud til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne alkoholmisbrug, hjemløshed, indadreagerende adfærd, ikke-personfarlig kriminalitet, personfarlig kriminalitet, omsorgssvigt og andet overgreb

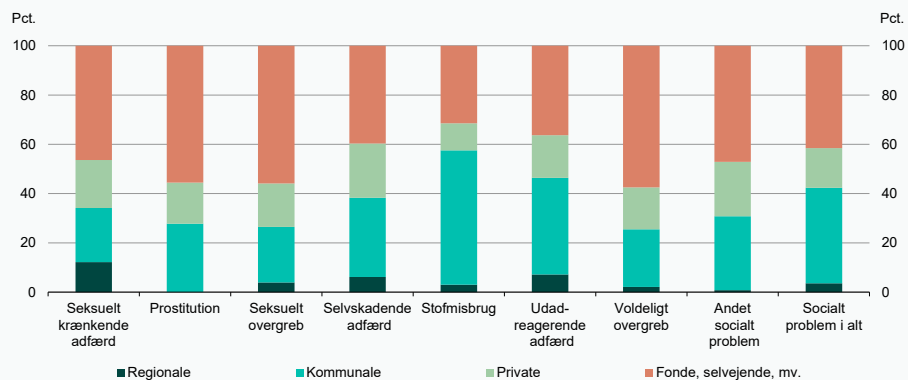


Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne alkoholmisbrug, hjemløshed, indadreagerende adfærd, ikke-personfarlig kriminalitet, personfarlig kriminalitet, omsorgssvigt og andet overgreb. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Figur 7

Tilbud til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne seksuelt krænkende adfærd, prostitution, seksuelt overgreb, selvskadende adfærd, stofmisbrug, udadreagerende adfærd, voldeligt overgreb og andet socialt problem



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne seksuelt krænkende adfærd, prostitution, seksuelt overgreb, selvskadende adfærd, stofmisbrug, udadreagerende adfærd, voldeligt overgreb og andet socialt problem. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

2.6 Øvrige målgrupper

Antal afdelinger og deres størrelse

Der er 634 afdelinger, som henvender sig til målgrupper, der på Tilbudsportalen kategoriseres som "øvrige målgrupper". Målgruppekategorien "øvrige målgrupper" dækker over personer dømt til strafferetlig foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse. Målgrupperne i kategorien er dermed meget forskelligartede.

Der er flest afdelinger, der henvender sig til personer, der henholdsvis er dømt til strafferetlig foranstaltning og har multipel funktionsnedsættelse. 298 og 283 afdelinger er registreret til de to målgrupper. Derudover er der 92 afdelinger til personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse, 78 afdelinger til flygtninge og 44 afdelinger til krigsveteraner.

Omkring en tredjedel af afdelingerne til "øvrige målgrupper" har ambulante- og dagtilbud, mens omkring 75 pct. har døgntilbud. Afdelingerne til flygtninge og til personer dømt til strafferetlig foranstaltning har sjældnere ambulante- og dagtilbud, idet det gælder omkring 18 pct. af afdelingerne.

Der er gennemsnitligt 3 og 6 pladser til døgnophold på afdelinger til henholdsvis krigsveteraner og flygtninge, og 10-14 pladser til døgnophold på afdelinger til de resterende tre målgrupper. Antallet af pladser til ambulante- og dagophold er mindst på afdelinger

til personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse, som har 15 pladser i gennemsnit. Afdelingerne til de resterende fire målgrupper har i gennemsnit 27-44 ambulante- og dagopholdspladser, jf. tabel 8.

Tabel 8

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til øvrige målgrupper, fordelt på de enkelte målgrupper

	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
Målgruppe	----- Antal -----		----- Antal pladser -----		
Dømt til strafferetlig foranstaltning	260	54	10	35	298
Flygtning	66	13	6	44	78
Krigsveteran	31	13	3	33	44
Multipel funktionsnedsættelse	179	119	14	27	283
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	59	44	13	15	92
Øvrige målgrupper i alt	481	190	12	31	634

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på voksenområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til øvrige målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

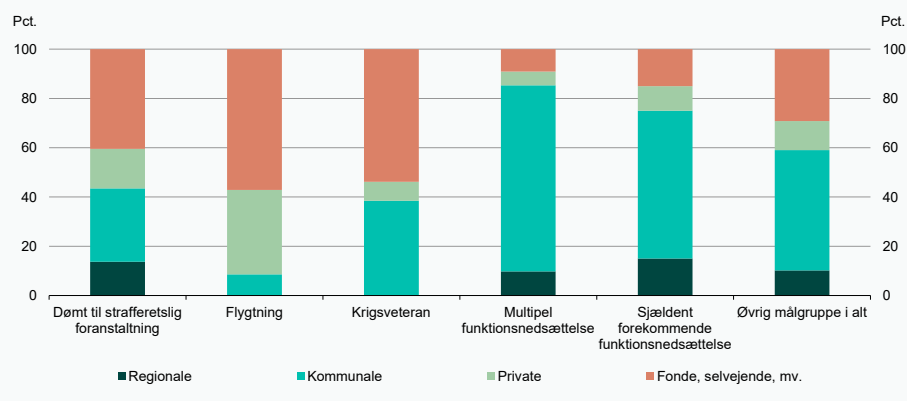
Tilbuddene til personer med henholdsvis multipel funktionsnedsættelse og sjældent forekommende funktionsnedsættelse er oftest kommunalt ejede, hvilket er gældende for 76 og 60 pct. af tilbuddene. Derudover er de lidt oftere henholdsvis regionale og fonde eller selvejende mv., end de er private.

Tilbuddene til henholdsvis flygtninge og krigsveteraner er oftest fonde eller selvejende mv., hvilket gælder cirka 55 pct. af tilbuddene. Derudover er ingen af tilbuddene til de to målgrupper regionale, og mens tilbuddene til flygtninge oftere er private end kommunale, forholder det sig omvendt med tilbuddene til krigsveteraner.

Tilbuddene til personer, der er dømt til strafferetlig foranstaltning har mere varierende virksomhedsformer. Omkring en tredjedel er kommunale, og 40 pct. er fonde eller selvejende mv., mens omkring 15 pct. er henholdsvis regionale og private, jf. figur 8.

Figur 8

Tilbud til øvrige målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til øvrige målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 22 tilbud på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 1 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3. Tilbud på børne- og ungeområdet

Som det fremgår af indledningen, medtager analysen tilbud, som er omfattet af tilbudsportalen, dog undtaget bl.a. plejefamilier. På området for børn og unge vil det sige, at analysen især omfatter døgntilbud (opholdssteder, døgninstitutioner samt socialpædagogiske kost- og efterskoletilbud, jf. servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6, 7 og 8). Dertil kommer visse dag- og ambulante tilbud, jf. servicelovens § 32, 36 og 101. Øvrige tilbud mv. i form af forebyggende indsatser og foranstaltninger til børn og unge, jf. servicelovens § 11 og § 52, er ikke omfattet.

På børne- og ungeområdet er der flest tilbud og afdelinger til personer med et socialt problem og færrest til personer med fysisk funktionsnedsættelse. 869 af afdelingerne henvender sig til personer med et socialt problem, og 109 afdelinger er til personer med fysisk funktionsnedsættelse. Derudover er der 733 afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse, 700 til personer med psykiske vanskeligheder, 425 til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse og 248 til ”øvrige målgrupper”, jf. tabel 9.

Tabel 9

Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet, fordelt på målgruppekategorier

Målgruppekategori	Tilbud ----- Antal -----	Afdelinger
Fysisk funktionsnedsættelse	84	109
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	283	425
Udviklingsforstyrrelse	468	733
Psykiske vanskeligheder	452	700
Socialt problem	553	869
Øvrige målgrupper*	169	248
Uoplyst	5	11
Tilbud og afdelinger i alt	747	1.182

Note: *) Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetslige foranstaltning, flygtninge, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

Anm.: Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På børne- og ungeområdet er det kun 135 afdelinger, svarende til omkring 10 pct. af afdelingerne, der tilbyder ambulante- og dagophold. 1.066 afdelinger, svarende til 90 pct. af afdelingerne, tilbyder døgnophold til børn og unge. Andelen af afdelinger med ambulante- og dagtilbud er højere blandt afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse, hvor omkring en fjerdedel har ambulante- og dagtilbud.

Afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse er størst med 12 pladser til døgnophold i gennemsnit. På afdelingerne til de resterende målgruppekategorier er der 9-10 døgnopholdspladser i gennemsnit. Der er 97 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit på afdelinger til personer med et socialt problem, og 27 pladser til ambulante- og dagophold på afdelinger til personer med fysisk funktionsnedsættelse. Afdelingerne til de resterende målgrupper har 36-56 ambulante- og dagopholdspladser i gennemsnit, jf. tabel 10.

Tabel 10

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgn-tilbud og ambulante- samt dagtilbud, fordelt på de enkelte målgruppekategorier

Målgruppekategori	Afdelinger med døgn-tilbud	Afdelinger med ambulante- og dag-tilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Fysisk funktionsnedsættelse	83	26	12	27	109
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	383	45	10	46	425
Udviklingsforstyrrelse i alt	696	41	10	40	733
Psykiske vanskeligheder	685	21	9	56	700
Socialt problem	802	83	9	97	869
Øvrige målgrupper	225	25	10	36	248
I alt på børne- og ungeområdet	1.066	135	10	69	1.182

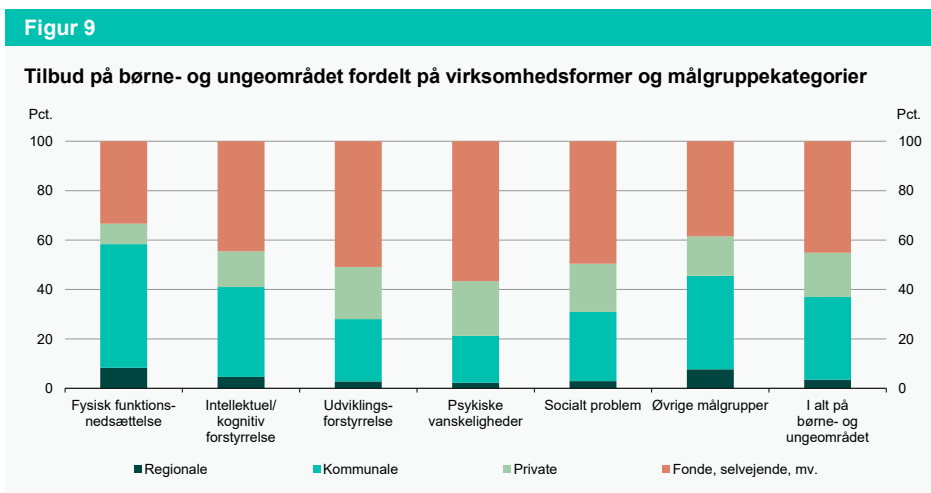
Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgn-tilbud og ambulante- samt dagtilbud pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen over afdelinger og pladser, fordelt på målgruppekategorier. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til voksne. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På børne- og ungeområdet er 45 pct. af tilbuddene fonde eller selvejende mv., en tredjedel er kommunale, cirka en femtedel er private og 3 pct. er regionale.

Tilbuddene til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder og sociale problemer er oftere fonde eller selvejende mv. og sjældnere kommunale. Således er minimum halvdelen fonde eller selvejende mv., og omkring en femtedel til en fjerdedel er kommunale.

Tilbuddene til personer med fysisk funktionsnedsættelse er oftere kommunale og sjældnere henholdsvis private og fonde eller selvejende mv. Halvdelen af tilbuddene til personer med fysisk funktionsnedsættelse er kommunale, en tredjedel er fonde eller selvejende mv. og 8 pct. er private, jf. figur 9.



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019 fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen over tilbud fordelt på virksomhedsformer og målgruppekategorier. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.1 Fysisk funktionsnedsættelse

Antal afdelinger og deres størrelse

Blandt afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse er der flest, der henvender sig til personer med henholdsvis kommunikationsnedsættelse og mobilitetsnedsættelse, idet 65 og 43 af afdelingerne er til de to målgrupper. Derudover er der 21 afdelinger til personer med hørenedsættelse og 29 afdelinger, som henvender sig til personer med henholdsvis synsnedsættelse og anden fysisk funktionsnedsættelse. Endeligt er der 5 og 10 afdelinger til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt døvblindhed.

Blandt de 109 afdelinger på børne- og ungeområdet til personer med fysisk funktionsnedsættelse, er det cirka en fjerdedel, der har ambulante- og dagtilbud og 76 pct. har døgntilbud. Det er nogenlunde samme billede der ses på afdelingerne til hver af de forskellige målgrupper med undtagelse af afdelingerne til erhvervet døvblindhed, hvor 1 ud af 5 har ambulante- og dagtilbud og 4 har døgntilbud.

Mens der i gennemsnit er 19 pladser til døgnophold på afdelinger til personer med anden fysisk funktionsnedsættelse, er antallet af pladser på afdelinger til de resterende målgrupper mellem 7 og 11 døgnopholdspladser i gennemsnit. Antallet af pladser til ambulante- og dagophold er højest på afdelinger til personer med hørenedsættelse, som har 35 pladser i gennemsnit, og lavest på afdelinger til personer med kommunikationsnedsættelse, som har 13 pladser i gennemsnit, jf. tabel 11.

Tabel 11

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på de enkelte målgrupper

	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
Målgruppe	----- Antal -----		----- Antal pladser -----		
Døvblindhed, erhvervet	4	1	7	19	5
Døvblindhed, medfødt	7	3	8	18	10
Hørenedsættelse	16	5	10	35	21
Kommunikationsnedsættelse	50	15	11	13	65
Mobilitetsnedsættelse	28	15	11	29	43
Synsnedsættelse	21	8	9	27	29
Anden fysisk funktionsnedsættelse	23	6	19	16	29
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	83	26	12	27	109

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til fysisk funktionsnedsættelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

Halvdelen af tilbuddene på børne- og ungeområdet til personer med fysisk funktionsnedsættelse er kommunalt ejede, en tredjedel er fondsejede eller selvejende mv., og 8 pct. er henholdsvis regionalt ejede og privatejede.

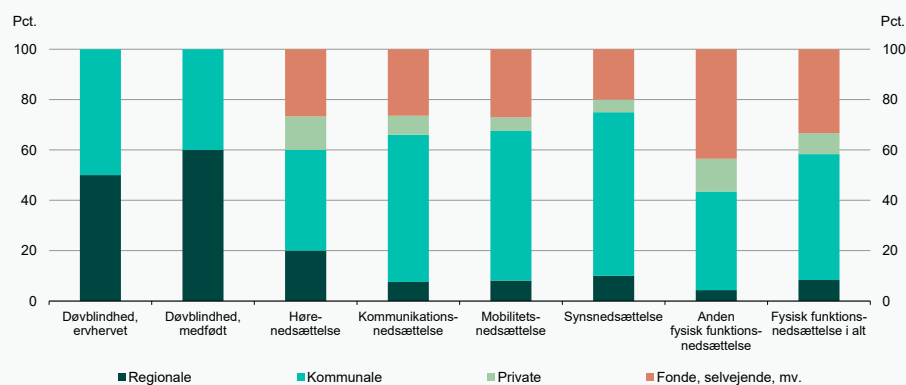
Blandt tilbuddene til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt døvblindhed er der ingen henholdsvis privatejede og fondsejede eller selvejende mv. Tilbuddene fordeles sig nogenlunde ligeligt mellem at være regionale og kommunale.

Tilbuddene til personer med henholdsvis kommunikationsnedsættelse, mobilitetsnedsættelse og synsnedsættelse er oftere kommunale, hvilket gælder halvdelen til to tredjedele af tilbuddene, mens omkring en femtedel til en fjerdedel er fonde eller selvejende mv. Blandt tilbuddene til personer med anden fysisk funktionsnedsættelse er fordelingen mellem kommunale tilbud og tilbud der er fonde eller selvejende mv. mere ligelig.

Tilbuddene til personer med hørenedsættelse er desuden oftere regionale, hvilket gælder en femtedel af tilbuddene, jf. figur 10.

Figur 10

Tilbud til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til fysisk funktionsnedsættelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.2 Intellectuel/kognitiv forstyrrelse

Antal afdelinger og deres størrelse

Over halvdelen af afdelingerne til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, nemlig 276, kan modtage personer med udviklingshæmning. Derudover findes der 52 og 99 afdelinger til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade, og 183 afdelinger til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse.

Med undtagelse af afdelingerne til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse, har omkring 15 pct. ambulante- og dagtilbud, og cirka 85 pct. har døgntilbud. Blandt afdelingerne til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse er det kun 7 pct., der har ambulante- og dagtilbud, og 95 pct. har døgntilbud.

Afdelingerne til de forskellige målgrupper i målgruppekategorien udviklingsforstyrrelse har 10-12 pladser til døgnophold i gennemsnit. Afdelingerne til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade har 12-15 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit, mens afdelingerne til personer med henholdsvis udviklingshæmning og anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse har 23-29 ambulante- og dagopholdspladser i gennemsnit, jf. tabel 12.

Tabel 12

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, fordelt på de enkelte målgrupper

	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
Målgruppe	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	
Hjerneskode, erhvervet	45	7	12	12	52
Hjerneskode, medfødt	84	15	11	15	99
Udviklingshæmning	243	35	11	29	276
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	173	12	10	23	183
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	383	45	10	46	425

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 8 afdelinger på børne- og ungeområdet er registreret til demens, men indgår ikke i opgørelsen, da målgruppen knytter sig til voksenområdet. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

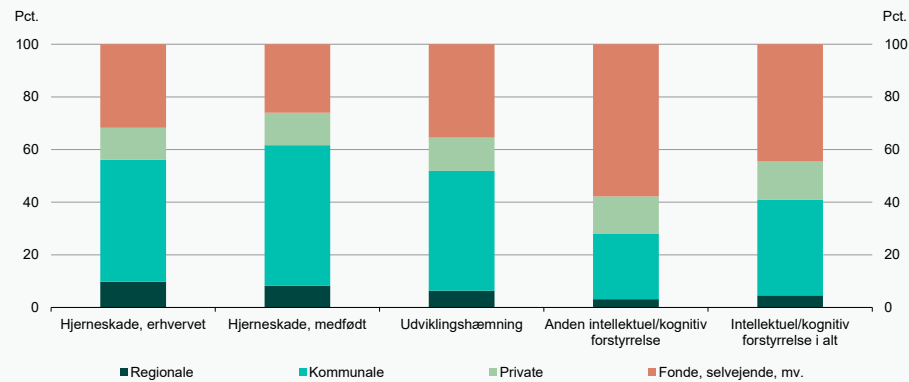
Virksomhedsformer

Det gælder generelt for tilbuddene til de forskellige målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse, at lige under 15 pct. er privatejede. Omkring halvdelen af tilbuddene til personer med henholdsvis erhvervet hjerneskode, medfødt hjerneskode og udviklingshæmning er kommunale. Derudover er omkring en tredjedel af tilbuddene til personer med henholdsvis erhvervet hjerneskode og udviklingshæmning fonde eller selvejende mv., mens det samme gør sig gældende for cirka en fjerdedel af tilbuddene til personer med medfødt hjerneskode.

Tilbuddene til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse er oftest fonde eller selvejende mv., hvilket gør sig gældende for 58 pct. af tilbuddene, mens en fjerdedel er kommunale, jf. figur 11.

Figur 11

Tilbud til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.3 Udviklingsforstyrrelse

Antal afdelinger og deres størrelse

Der er i alt 733 afdelinger på børne- og ungeområdet, som henvender sig til personer med udviklingsforstyrrelse, hvoraf 562 afdelinger kan modtage personer med opmærksomhedsforstyrrelse, og 431 afdelinger er registreret til personer med autisme. Derudover er der 56 og 60 afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog, og 109 afdelinger til personer med udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder. 121 afdelinger henvender sig til personer med anden udviklingsforstyrrelse.

Lige under en femtedel af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog har ambulante- og dagtilbud til børn og unge, og lige over 80 pct. har døgntilbud. Blandt afdelingerne til de resterende målgrupper har mindre end 10 pct. ambulante- og dagtilbud, og over 90 pct. har døgntilbud.

Afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse har 9-11 pladser til døgnophold i gennemsnit. Afdelingerne til personer med henholdsvis autismspektrum- og opmærksomhedsforstyrrelse har 43 og 59 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit, mens afdelingerne til de resterende fire målgrupper har 10-18 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit, jf. tabel 13.

Tabel 13

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til udviklingsforstyrrelse, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	-----
Autismespektrum	396	37	10	43	431
Opmærksomhedsforstyrrelse	544	20	9	59	562
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	46	10	11	16	56
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	108	1	10	10	109
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	50	10	10	16	60
Anden udviklingsforstyrrelse	116	5	11	18	121
Udviklingsforstyrrelse i alt	696	41	10	40	733

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til udviklingsforstyrrelse pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

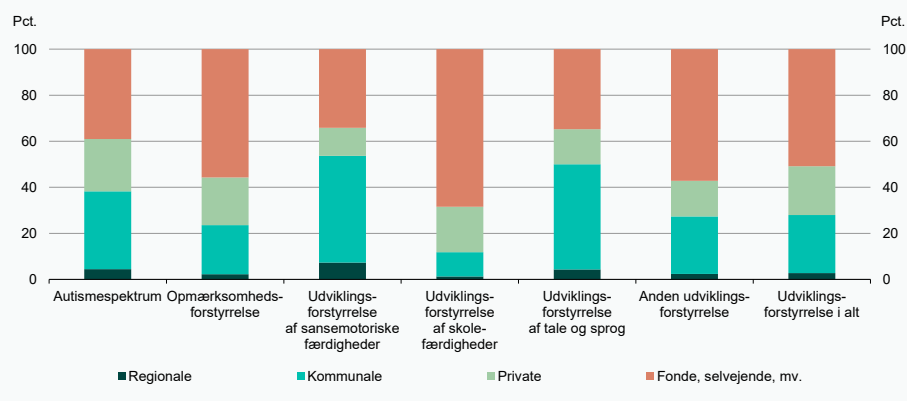
Halvdelen af tilbuddene på børne- og ungeområdet til personer med udviklingsforstyrrelse er fonde eller selvejende mv., en fjerdedel er kommunale, en femtedel er private og 3 pct. er regionale.

Blandt tilbuddene til personer med autisme og personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog er andelen af kommunale tilbud højere, og andelen af fondsejede eller selvejende tilbud lavere. Blandt disse tilbud er mellem cirka en tredjedel og halvdelen kommunale, og omkring en tredjedel er fonde eller selvejende mv.

Andelen af fondsejede eller selvejende tilbud er særligt høj blandt tilbuddene til personer med udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder, idet de udgør to tredjedele af tilbuddene, mens der kun er 11 pct., der er kommunale, jf. tabel 12.

Figur 12

Tilbud til udviklingsforstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til udviklingsforstyrrelse, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.4 Psykiske vanskeligheder

Antal afdelinger og deres størrelse

Blandt afdelingerne på børne- og ungeområdet til personer med psykiske vanskeligheder, er der flest til personer med tilknytningsforstyrrelse, som 530 afdelinger er registreret til. Derudover henvender 236-291 afdelinger sig til personer med henholdsvis angst, personlighedsforstyrrelse og anden psykisk vanskelighed. Omkring 150 afdelinger henvender sig til personer med henholdsvis stressbelastning og depression, mens 89 og 118 afdelinger henvender sig til personer med henholdsvis spiseforstyrrelse og forandret virkelighedsopfattelse.

Det er meget få afdelinger til personer med psykiske vanskeligheder, der har ambulante- og dagtilbud til børn og unge. Det gør sig kun gældende for 21 ud af 700 afdelinger, mens der er 685 afdelinger, der har døgntilbud. Det er nogenlunde samme fordeling af afdelinger med henholdsvis ambulante- og dagtilbud og døgntilbud, som findes blandt afdelingerne til hver af de forskellige målgrupper.

Afdelingerne har i gennemsnit 9-11 pladser til døgnophold. Flere af målgrupperne er på afdelinger med over 100 pladser til ambulante- og dagophold i gennemsnit, mens der på afdelingerne til personer med henholdsvis stressbelastning og tilknytningsforstyrrelse er 95 og 79 ambulante- og dagopholdspladser i gennemsnit. På den enkelte afdeling til personer med spiseforstyrrelse, der tilbyder ambulante- og dagophold er der ikke mere end 16 ambulante- og dagopholdspladser i gennemsnit, jf. tabel 14.

Tabel 14

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til psykiske vanskeligheder, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	
Angst	243	7	10	148	250
Depression	145	7	11	148	152
Forandret virkelighedsopfattelse	113	5	11	184	118
Personlighedsforstyrrelse	283	9	9	119	291
Spiseforstyrrelse	88	1	10	16	89
Stressbelastning	142	11	10	95	150
Tilknytningsforstyrrelse	519	14	9	79	530
Anden psykisk vanskelighed	230	7	11	138	236
Psykiske vanskeligheder i alt	685	21	9	56	700

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til psykiske vanskeligheder pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det høje antal ambulante- og dagtilbudspladser på afdelingerne skyldes, at 5 af afdelingerne blandt andet tilbyder ambulante stof- og alkoholmisbrugsbehandling til voksne. På de 5 afdelinger er der mellem 100 og 300 pladser, som er registreret til ambulante stof- og alkoholmisbrugsbehandling på voksenområdet.

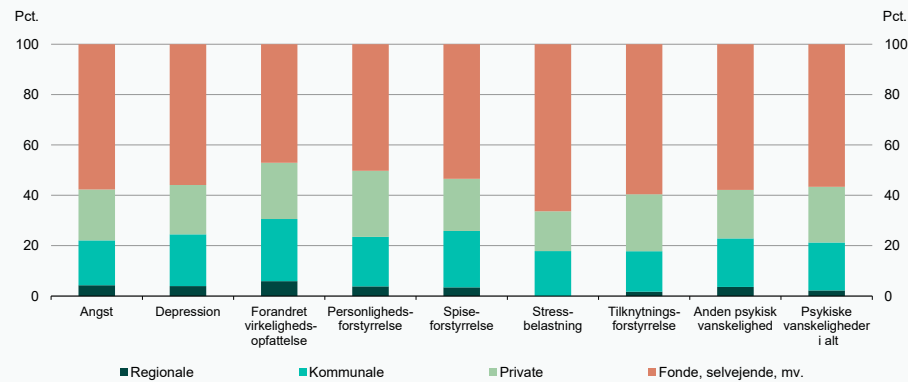
Virksomhedsformer

Omkring halvdelen til tredjedele af tilbuddene til de forskellige målgrupper er fonde eller er selvejende mv. og med undtagelse af tilbuddene til personer med stressbelastning er en femtedel til en fjerdedel privatejede. Der er 16 pct. af tilbuddene til personer med stressbelastning, som er private.

Derudover er mellem 16 og 25 pct. af tilbuddene til de forskellige målgrupper kommunalt ejet, og under 7 pct. er regionale, jf. figur 13.

Figur 13

Tilbud til psykiske vanskeligheder, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til psykiske vanskeligheder, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om data-behandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.5 Socialt problem

Antal afdelinger og deres størrelse

Målgruppekategorien socialt problem indeholder 15 forskellige målgrupper.

Der findes 869 afdelinger på børne- og ungeområdet til personer med sociale problemer. Omsorgssvigtede er den målgruppe, som flest af afdelingerne er registreret til, idet der er 658 afdelinger til målgruppen. Derudover findes der 228-276 afdelinger, der henvender sig til personer med henholdsvis indadreagerende, udadreagerende og selvskadende adfærd og personer med andet socialt problem. Der er mellem 61 og 77 afdelinger til personer, der henholdsvis har været udsat for voldeligt overgreb, har været udsat for andet overgreb, har seksuelt krænkende adfærd, har et alkoholmisbrug og har begået personfarlig kriminalitet. Der er mellem 104 og 145 afdelinger til personer, der har henholdsvis været udsat for seksuelt overgreb, har begået ikke-personfarlig kriminalitet og har et stofmisbrug. Hjemløshed og prostitution er der registreret henholdsvis 12 og 3 afdelinger til.

Mellem en tredjedel og to tredjedele af afdelingerne til personer med henholdsvis alkohol- og stofmisbrug tilbyder døgnophold til børn og unge, og henholdsvis 70 og 52 pct. tilbyder ambulante- og dagophold. Blandt afdelingerne til de resterende målgrupper har mindre end 5 pct. ambulante- og dagtilbud.

Der er i gennemsnit mellem 8 og 12 pladser til døgnophold på afdelingerne til de forskellige målgrupper i kategorien socialt problem. Der er i gennemsnit omkring 100 pladser

eller derover til ambulante- og dagtilbud på afdelinger til personer henholdsvis i hjemløshed og med stof- og alkoholmisbrug. 8 af målgrupperne er på afdelinger, der gennemsnitligt har mindre end 5 ambulante- og dagopholdspladser, jf. tabel 15.

Tabel 15

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til socialt problem, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	----- Antal pladser -----	
Alkoholmisbrug	29	53	10	132	76
Hjemløshed	11	2	12	99	12
Inddreagerende adfærd	258	1	9	24	259
Kriminalitet, ikke-personfarlig	134	5	8	1	134
Kriminalitet, personfarlig	77	1	9	4	77
Omsorgssvigt	655	12	9	3	658
Overgreb, andet	61	0	11	-	61
Seksuelt krænkende adfærd	63	0	10	-	63
Prostitution	3	0	9	-	3
Seksuelt overgreb	103	1	10	24	104
Selvskadende adfærd	228	3	10	1	228
Stofmisbrug	84	76	8	103	145
Udreagerende adfærd	275	4	9	19	276
Voldeligt overgreb	72	1	10	4	72
Andet socialt problem	236	9	9	48	239
Socialt problem i alt	802	83	9	97	869

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til socialt problem pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. Der er ikke afdelinger, der tilbyder ambulante- og/eller dagtilbud på børne- og ungeområdet og samtidig er registreret til målgrupperne andet overgreb, seksuelt krænkende adfærd og prostitution, hvorfor antallet af ambulante- og dagtilbudspadser i gennemsnit pr. afdeling ikke er opgjort for de tre målgrupper. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Virksomhedsformer

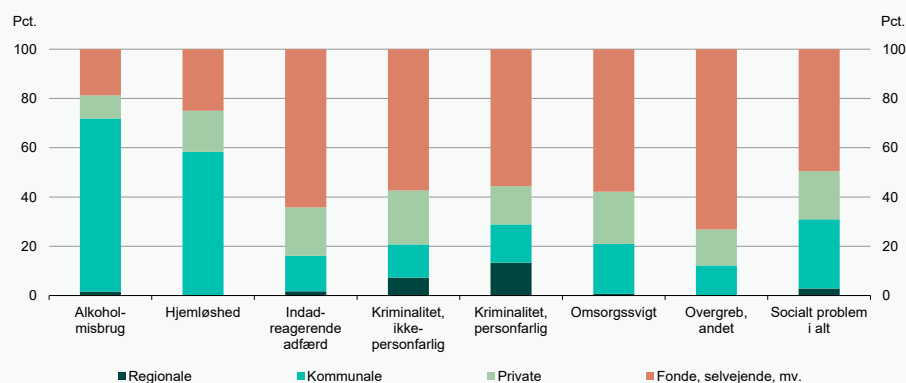
Tilbuddene, der henvender sig til personer henholdsvis i hjemløshed og med alkohol- og stofmisbrug, er de eneste i målgruppekategorien socialt problem, som oftest er kommunalt ejede, hvilket gør sig gældende for 58-70 pct. af tilbuddene.

Med enkelte undtagelser er mellem 50 og 75 pct. af tilbuddene til de resterende målgrupper fonde eller er selvejende mv., og omkring 10-20 pct. er kommunale. Blandt tilbud til personer med henholdsvis alkohol- og stofmisbrug, personer der har begået ikke-personfarlig kriminalitet, og personer der har været udsat for andet overgreb, er 9-16 pct. private, mens omkring en femtedel til en fjerdedel af tilbuddene til de resterende målgrupper er privatejede.

Der er 13 pct. af tilbuddene til personer, der har begået personfarlig kriminalitet, der er regionale, mens det blandt tilbuddene til mange af de resterende målgrupper er 5 pct. eller derunder, der er regionale, jf. figur 14 og figur 15.

Figur 14

Tilbud til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne alkoholmisbrug, hjemløshed, indadreagerende adfærd, ikke-personfarlig kriminalitet, personfarlig kriminalitet, omsorgssvigt og andet overgreb

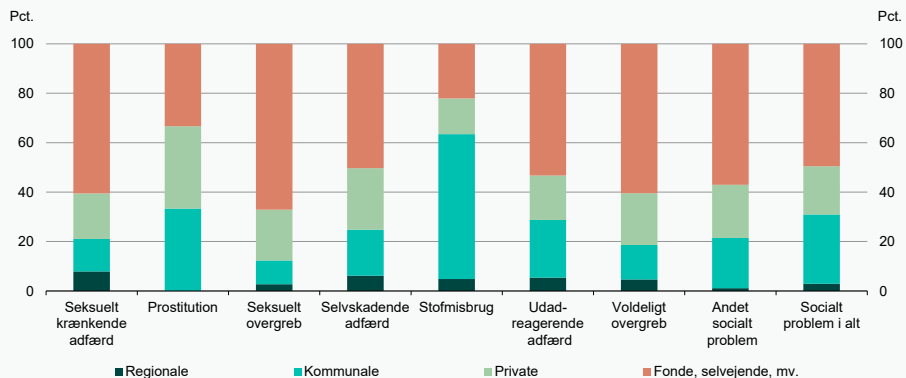


Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne alkoholmisbrug, hjemløshed, indadreagerende adfærd, ikke-personfarlig kriminalitet, personfarlig kriminalitet, omsorgssvigt og andet overgreb. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Figur 15

Tilbud til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne seksuelt krænkende adfærd, prostitution, seksuelt overgreb, selvskadende adfærd, stofmisbrug, udadreagerende adfærd, voldeligt overgreb og andet socialt problem



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til socialt problem, fordelt på virksomhedsformer og målgrupperne seksuelt krænkende adfærd, prostitution, seksuelt overgreb, selvskadende adfærd, stofmisbrug, udadreagerende adfærd, voldeligt overgreb og andet socialt problem. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.6 Øvrige målgrupper

Antal afdelinger og deres størrelse

På børne- og ungeområdet er der 31 afdelinger til personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse, 68 afdelinger til flygtninge, 86 afdelinger til personer med multipel funktionsnedsættelse og 101 afdelinger til personer, der er dømt til strafferetlig foranstaltning.

Der findes ikke afdelinger som kan modtage flygtninge og tilbyder ambulante- og dagophold til børn og unge. 5 ud af 101 afdelinger til personer, der er dømt til strafferetlig foranstaltning, tilbyder ambulante- og dagophold, mens 98 tilbyder døgnophold. Blandt afdelingerne til personer med henholdsvis multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse er det omkring en femtedel, der har ambulante- og dagtilbud og omkring 80 pct. har døgntilbud til børn og unge.

Der er færrest pladser til døgnophold på afdelinger til flygtninge, som i gennemsnit har 9 pladser, og flest på afdelinger til personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse, som i gennemsnit har 15 pladser til døgnophold. Der er 107 pladser til ambulante- og dagophold på afdelinger til personer dømt til strafferetlig foranstaltning, og blot 14-19 pladser på afdelinger til personer med henholdsvis sjældent forekommende og multipel funktionsnedsættelse, jf. tabel 17.

Tabel 16

Afdelinger og pladser pr. afdeling på afdelinger med hhv. døgntilbud og ambulante- samt dagtilbud, der er registreret til øvrige målgrupper, fordelt på de enkelte målgrupper

Målgruppe	Afdelinger med døgntilbud	Afdelinger med ambulante- og dagtilbud	Pladser til døgnophold pr. afdeling - gennemsnit	Pladser til ambulante- og dagophold pr. afdeling - gennemsnit	Afdelinger i alt
	----- Antal -----	----- Antal -----	----- Antal pladser -----	-----	
Dømt til strafferetslig foranstaltning	98	5	10	107	101
Flygtning	68	0	9	-	68
Multipel funktionsnedsættelse	67	19	12	19	86
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	25	6	15	14	31
Øvrige målgrupper i alt	225	25	10	36	248

Anm.: Antal afdelinger og pladser pr. afdeling i gennemsnit på afdelinger på børne- og ungeområdet med hhv. døgn-tilbud og ambulante- samt dagtilbud, som er registreret til øvrige målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på målgrupper. Der er ikke nogen afdelinger på børne- og ungeområdet, som er registreret til krigsveteraner, hvorfor målgruppen ikke indgår i tabellen. Der er ikke afdelinger, der er registreret som ambulante- og/eller dagtilbud på børne- og ungeområdet og samtidig er registreret til målgruppen flygtninge, hvorfor antallet af ambulante- og dagtilbudspladser i gennemsnit pr. afdeling ikke er opgjort for målgruppen. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er registreret til målgruppen, og som tilbyder henholdsvis døgnophold og ambulante- og dagophold til børn og unge. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det høje antal ambulante- og dagopholdspladser på afdelingerne til personer dømt til strafferetslig foranstaltning er drevet af, at tre af afdelingerne blandt andet tilbyder ambulant stof- og alkoholmisbrugsbehandling til voksne. På de tre afdelinger er der mellem 100 og 150 pladser, som er registreret til ambulant stof- og alkoholmisbrugsbehandling på voksenområdet.

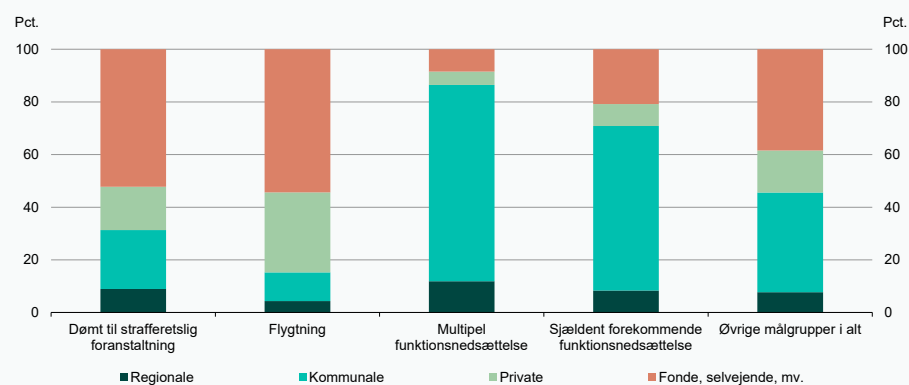
Virksomhedsformer

Størstedelen af tilbuddene til personer med henholdsvis sjældent forekommende og multipel funktionsnedsættelse er kommunale. 12 pct. af tilbuddene til personer med multipel funktionsnedsættelse er regionale, og kun 5 og 8 pct. er henholdsvis private og fonde eller selvejende mv. Blandt tilbud til personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse er en femtedel fondsejede eller selvejende og 8 pct. er henholdsvis regionale og private.

Blandt tilbuddene til flygtninge er 30 pct. private. Omkring halvdelen af tilbuddene til henholdsvis flygtninge og personer dømt til strafferetslig foranstaltning er fonde eller selvejende mv., jf. figur 16.

Figur 16

Tilbud til øvrige målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og målgrupper



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til øvrige målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og de enkelte målgrupper. 5 tilbud på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter samt bilag 2 for antal tilbud til de enkelte målgrupper.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4. Databehandling og opmærksomhedspunkter

I forbindelse med opgørelserne i analysen er der en række informationer vedrørende databehandling og generelle opmærksomhedspunkter, som man bør være opmærksom på, jf. boks 2.

Boks 2**Databehandling og opmærksomhedspunkter**Plejhjemsoversigten:

Der er foretaget en frasortering af afdelinger, der vurderes reelt at høre til Plejhjemsoversigten, og som derfor ikke bør ligge på Tilbudsportalen. Frasorteringen er relevant for tilbud, der er registreret som følgende tilbudstyper: botilbudslignede tilbud, ældreboligloven; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2. Antallet af afdelinger, der er registreret som disse tilbudstyper, kan derfor afvige fra de oplysninger, der findes på tilbudsportalen.dk.

Opgørelse af pladser

I opgørelsen af afdelingernes gennemsnitlige antal pladser til døgnophold medtages pladser til ambulante- og dagophold ikke. Ligeledes medtages pladser til døgnophold ikke i opgørelsen af antal pladser til ambulante- og dagophold. I beregningen af det gennemsnitlige antal pladser medtages alle pladser på en afdeling til fx døgnophold på tværs af voksen- samt børne- og ungeområdet, men kun på de afdelinger, der er registreret til døgnophold til voksne, hvis det er voksenområdet opgørelsen omhandler. Ligeledes er det på børne- og ungeområdet kun de afdelinger, der er registreret som anbringelsessteder, der indgår i beregningen af det gennemsnitlige antal døgnopholdspladser. Og tilsvarende i opgørelsen af ambulante- og dagopholdspladser.

Pladser til følgende tilbudstyper er medtaget i opgørelsen af antal pladser til døgnophold: længerevarende botilbud, § 108; sikret botilbud, § 108; botilbudslignende tilbud; midlertidigt botilbud, § 107; rehabiliterings-tilbud, § 107; døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107; døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL §141; forsorgshjem/herberg, § 110; kvindekrisecenter, § 109; åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b; socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Pladser til følgende tilbudstyper er medtaget i opgørelsen af antal pladser til ambulante- og dagophold: aktivitets- og samværstilbud, § 104; beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103; ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – voksne; ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a; dagbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101; ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141; dagbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL § 141; særlige dagtilbud, § 32; særlige klubtilbud, § 36; ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - børn og unge.

Usikkerhed forbundet med pladser til ambulante- og dagophold:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af pladser til ambulant- og dagbehandling af alkohol- og stofmisbrug, samt antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser med døgnophold. Det høje antal pladser til ambulant- og dagbehandling af alkohol- og stofmisbrug skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulant- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen. Antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104 skal ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis er der alle ugens dage.

Virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelselskab (-forening), andelselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

6. Bilag 1 – Voksenområdet

Tabel 17

Tilbud og afdelinger på voksenområdet til målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse, fordelt på målgrupper

	Tilbud	Afdelinger
Målgruppe	----- Antal -----	
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	341	637
Døvblindhed, erhvervet	14	29
Døvblindhed, medfødt	20	42
Hørenedsættelse	70	145
Kommunikationsnedsættelse	208	376
Mobilitetsnedsættelse	205	415
Synsnedsættelse	70	151
Anden fysisk funktionsnedsættelse	86	142
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	1.233	2.392
Demens	87	143
Hjerneskade, erhvervet	278	520
Hjerneskade, medfødt	271	522
Udviklingshæmning	998	1.942
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	253	435
Udviklingsforstyrrelse i alt	791	1.415
Autismespektrum	592	1.064
Opmærksomhedsforstyrrelse	396	690
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	79	139
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	100	167
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	125	230
Anden udviklingsforstyrrelse	183	321

Anm.: Tilbud og afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse fordelt på målgrupper. 22 tilbud og 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 18

Tilbud og afdelinger på voksenområdet til målgruppekategorierne psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper, fordelt på målgrupper

	Tilbud	Afdelinger
Målgruppe	----- Antal -----	
Psykiske vanskeligheder i alt	1.002	1.660
Angst	569	944
Depression	445	728
Forandret virkelighedsopfattelse	466	796
Personlighedsforstyrrelse	560	957
Spiseforstyrrelse	122	219
Stressbelastning	190	327
Tilknytningsforstyrrelse	368	600
Anden psykisk vanskelighed	513	872
Socialt problem i alt	913	1.618
Alkoholmisbrug	263	462
Hjemløshed	132	238
Indadreagerende adfærd	191	342
Kriminalitet, ikke-personfarlig	96	153
Kriminalitet, personfarlig	50	101
Omsorgssvigt	349	536
Overgreb, andet	71	141
Seksuelt krænkende adfærd	41	75
Prostitution	18	26
Seksuelt overgreb	102	136
Selvskadende adfærd	227	424
Stofmisbrug	264	475
Udadreagerende adfærd	237	459
Voldeligt overgreb	94	129
Andet socialt problem	240	384
Øvrige målgrupper i alt	315	634
Dømt til strafferetslig foranstaltning	131	298
Flygtning	35	78
Krigsveteran	13	44
Multipel funktionsnedsættelse	143	283
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	40	92

Anm.: Tilbud og afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til målgruppekategorierne psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper, fordelt på målgrupper. 22 tilbud og 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

7. Bilag 2 – Børne- og ungeområdet

Tabel 19

Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet til målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse, fordelt på målgrupper

Målgruppe	Tilbud	Afdelinger
	----- Antal -----	
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	84	109
Døvblindhed, erhvervet	2	5
Døvblindhed, medfødt	5	10
Hørenedsættelse	15	21
Kommunikationsnedsættelse	53	65
Mobilitetsnedsættelse	37	43
Synsnedsættelse	20	29
Anden fysisk funktionsnedsættelse	23	29
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	283	425
Demens	3	8
Hjerneskade, erhvervet	41	52
Hjerneskade, medfødt	73	99
Udviklingshæmning	189	276
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	128	183
Udviklingsforstyrrelse i alt	468	733
Autismespektrum	269	431
Opmærksomhedsforstyrrelse	352	562
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	41	56
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	76	109
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	46	60
Anden udviklingsforstyrrelse	84	121

Anm.: Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse fordelt på målgrupper. 5 tilbud og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 20

Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet til målgruppekategoriene psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper, fordelt på målgrupper

	Tilbud	Afdelinger
Målgruppe	----- Antal -----	
Psykiske vanskeligheder i alt	452	700
Angst	163	250
Depression	102	152
Forandret virkelighedsopfattelse	85	118
Personlighedsforstyrrelse	183	291
Spiseforstyrrelse	58	89
Stressbelastning	101	150
Tilknytningsforstyrrelse	349	530
Anden psykisk vanskelighed	166	236
Socialt problem i alt	553	869
Alkoholmisbrug	64	76
Hjemløshed	12	12
Indadreagerende adfærd	173	259
Kriminalitet, ikke-personfarlig	82	134
Kriminalitet, personfarlig	45	77
Omsorgssvigt	415	658
Overgreb, andet	41	61
Seksuelt krænkende adfærd	38	63
Prostitution	3	3
Seksuelt overgreb	73	104
Selvskadende adfærd	145	228
Stofmisbrug	104	145
Udadreagerende adfærd	167	276
Voldeligt overgreb	43	72
Andet socialt problem	177	239
Øvrige målgrupper i alt	169	248
Dømt til strafferetlig foranstaltning	67	101
Flygtning	46	68
Krigsveteran	0	0
Multipel funktionsnedsættelse	59	86
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	24	31

Anm.: Tilbud og afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til målgruppekategoriene psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper, fordelt på målgrupper. 5 tilbud og 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

**16.
Målgruppekombinationer på specialiserede sociale
tilbud**



Velfærdspolitisk Analyse

Målgruppekombinationer på specialiserede sociale tilbud

Tilbud på det specialiserede socialområde omfatter en meget bred vifte af støtteformer til en række meget forskellige grupper af borgere. Tilbuddene omfatter fx misbrugsbehandling, kvindekrisecentre, anbringelsessteder og bo- og dagtilbud til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer.

Formålet med denne analyse er at beskrive, hvordan målgruppesammensætningen ser ud på afdelingerne. Det belyses således, hvor mange forskellige målgrupper, afdelingerne henvender sig til, samt hvilke målgrupper afdelingerne typisk er registreret til samtidig. Analysen giver dermed et indblik i, hvor bredt afdelingerne på de sociale tilbud favner i forhold til de målgrupper, de kan modtage. Udgangspunktet for analysen er data fra Tilbudsportalen.

Tilbuddenes afdelinger kan være registreret til at levere indsatser til én eller flere af 46 forskellige målgrupper. På voksenområdet henvender to tredjedele af afdelingerne sig til 1-4 målgrupper, og på børne- og ungeområdet gør det samme sig gældende for halvdelen af afdelingerne. 9 og 14 pct. af afdelingerne på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet henvender sig til mere end 10 forskellige målgrupper.

På både voksen- samt børne- og ungeområdet henvender afdelingerne på kommunale tilbud sig oftere til få målgrupper, end afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis regionale, private og fonde eller selvejende mv. På voksenområdet er de private afdelinger oftere registreret til flere målgrupper, end afdelingerne med de resterende virksomhedsformer. En tredjedel af de private afdelinger på voksenområdet henvender sig til 8 eller flere målgrupper.

Målgrupperne kan inddeles i de seks målgruppekategorier: fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse, udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder, socialt problem og "øvrige målgrupper". Minimum 70 pct. af afdelingerne til hver af de forskellige målgruppekategorier, henvender sig også til personer i andre målgruppekategorier. Over halvdelen af afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder henvender sig også til personer med sociale problemer og omvendt. Blandt afdelinger til personer med fysisk funktionsnedsættelse henvender størstedelen sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. På afdelingerne til personer i de resterende målgruppekategorier varierer det mere, hvilke målgrupper der typisk findes på samme afdelinger, alt efter om der ses på voksenområdet eller børne- og ungeområdet.

Indhold:

1. Introduktion	3
2. Afdelinger på voksenområdet	5
2.1. Fysisk funktionsnedsættelse	8
2.2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse.....	9
2.3. Udviklingsforstyrrelse	10
2.4. Psykiske vanskeligheder	11
2.5. Socialt problem	13
2.6. Øvrige målgrupper.....	15
3. Afdelinger på børne- og ungeområdet	16
3.1. Fysisk funktionsnedsættelse	18
3.2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	19
3.3. Udviklingsforstyrrelse	20
3.4. Psykiske vanskeligheder	22
3.5. Socialt problem	23
3.6. Øvrige målgrupper	25
4. Databehandling og opmærksomhedspunkter	26

1. Introduktion til Tilbudsportalen

Der findes en række tilbud på det specialiserede socialområde, som henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. I Velfærdspolitisk Analyse ”Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud” belyses de forskellige tilbudstyper, og i Velfærdspolitisk Analyse ”Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde” ses der nærmere på, hvor i landet tilbuddene ligger. I Velfærdspolitisk Analyse ”Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse” belyses virksomhedsformer på tilbud til de forskellige målgrupper samt afdelingernes størrelse. I denne analyse er fokus på, hvor mange forskellige målgrupper sociale tilbuds afdelinger er registreret til at kunne modtage, samt hvilke kombinationer af målgrupper, afdelingerne henvender sig til.

Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt med finansloven for 2020.

Der tages udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen, og analysen indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, jf. boks 1. Plejefamilier og friplejeboliger¹ indgår dog ikke i analysen. I afsnit 4 gennemgås opmærksomhedspunkter ved databehandlingen.

Boks 1

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen samler og formidler oplysninger om tilbud til voksne med funktionsnedsættelse eller sociale problemer, tilbud til børn og unge, som er udsatte eller har en funktionsnedsættelse samt plejefamilier. Tilbudsportalen indeholder, jf. § 3 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen oplysninger om:

- Alle tilbud og plejefamilier omfattet af socialtilsynsloven.
- Tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104, som er omfattet af kommunalt eller regionalt tilsyn.
- Friplejeboliger, hvor hjælpen og støtten til borgerne i tilbuddet i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service/som ikke er registreret på plejehjemsoversigten.

Se notatet ”Om Tilbudsportalen” for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata.

Tilbuddenes lovmæssige grundlag findes primært i serviceloven. I denne analyse vil det lovmæssige grundlag for tilbudstyperne være angivet, som det står på tilbudsportalen.dk, i tabeller og figurer. I brødteksten vil tilbudstyperne blive benævnt uden angivelse af lovgrundlaget. Eksempelvis vil længerevarende botilbud referere til tilbud/afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108 i lov om social service, mens sikrede botilbud henviser til tilbud/afdelinger, der er godkendt som sikret botilbud, § 108 i lov om social service.

Tilbuddene kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Afdelingerne kan være registreret til én eller flere af 46 forskellige målgrupper. Målgrupperne

¹ Friplejeboliger er ikke underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. dec. 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

er inddelt i seks overordnede kategorier på Tilbudsportalen, som analysen tager udgangspunkt i. De seks kategorier er:

1. Fysisk funktionsnedsættelse
2. Intellektuel/kognitiv forstyrrelse
3. Udviklingsforstyrrelse
4. Psykiske vanskeligheder
5. Sociale problemer
6. Øvrige målgrupper²

De enkelte afdelinger registreres også som en eller flere forskellige tilbudstyper. Tilbudstypen er et udtryk for, hvilken lovhjemmel tilbuddet er oprettet og drives efter. Eksempelvis kan en afdeling være godkendt som længerevarende botilbud, § 108, og/eller midlertidigt botilbud, § 107.

Overordnet kan tilbuddene på Tilbudsportalen opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Der findes 2.158 tilbud og 3.982 afdelinger på voksenområdet, mens der er 747 tilbud og 1.182 afdelinger på børne- og ungeområdet, når der ses bort fra friplejeboliger og plejefamilier. 452 af tilbuddene og 543 af afdelingerne er registreret til både voksne, børn og unge.

I denne analyse ses der udelukkende på afdelingerne, hvor afdelingerne på voksenområdet behandles for sig og afdelingerne til børn og unge for sig. I de tilfælde hvor afdelingerne både er registreret til voksenområdet samt børne- og ungeområdet, vil de således indgå i opgørelserne på begge områder. På afdelinger, der tilbyder ophold til både voksne og børn og unge, kan der være målgrupper, der primært indeholder borgere i den ene af de to aldersgrupper. Men da målgrupperne ikke er tilknyttet en bestemt tilbudstype, vises alle målgrupperne på afdelingerne, selvom målgruppen primært er relevant for enten voksne eller børn og unge.

Ud over opdelingen mellem voksenområdet og børne- og ungeområdet, skelnes der ikke yderligere mellem hvilke tilbudstyper, afdelingerne er registreret som. Det vil sige, at der i opgørelserne eksempelvis ikke skelnes mellem, hvorvidt en afdeling, der er registreret til personer med angst, er et længerevarende botilbud, et midlertidigt botilbud eller et aktivitets- eller samværstilbud. På Tilbudsportalen.dk er det muligt at se en fuldstændig liste over de sociale tilbud for alle specifikke målgrupper og tilbudstyper.

I analysen indgår der opgørelser over antallet af målgrupper, afdelingerne er registreret til, og hvilke kombinationer af målgrupper afdelingerne henvender sig til. Det er i den forbindelse væsentligt at være opmærksom på, at afdelingerne kan tilbyde ydelser til alle de målgrupper, som de er registreret til. Man kan dog på den enkelte afdeling vælge kun at modtage borgere fra en mere snæver gruppe, end afdelingen er registreret til, og afdelingen kan fx vælge kun at modtage borgere, som har en kombination af udfordringer. Der kan således blandt afdelinger, som er registreret til flere målgrupper, være afdelinger, som er specialiseret i komplekse udfordringer.

² Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetslige foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

Eksempelvis er der en forholdsvis stor andel af afdelingerne til personer i målgruppekategorierne fysisk funktionsnedsættelse og udviklingsforstyrrelse, som også henvender sig til personer med udviklingshæmning. Dette kan muligvis skyldes, at det ikke er unormalt, at personer med fysisk funktionsnedsættelse samtidig har udviklingshæmning. Det er således muligt, at afdelinger, der er registreret til at kunne modtage begge målgrupper, netop henvender sig til personer med en kombination af de to problemstillinger. Når afdelinger henvender sig til personer i flere målgrupper og til målgrupper på tværs af målgruppekategorierne, kan det give det indtryk, at der bor borgere med vidt forskellige problemstillinger på afdelingen. Samtidig kan det det altså også være et udtryk for, at afdelingen netop kan håndtere borgere med flere samtidige og komplekse udfordringer.

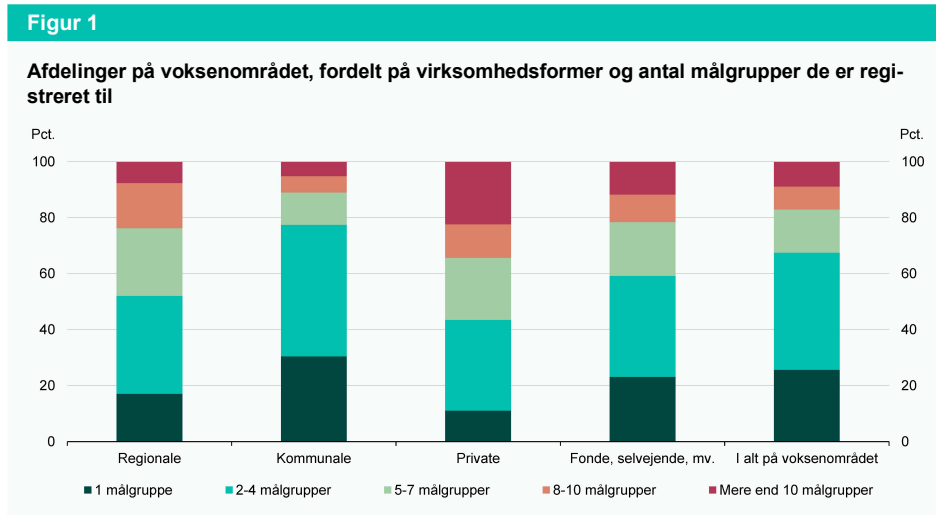
2. Afdelinger på voksenområdet

Afdelingerne kan være registreret til at kunne modtage én eller flere af 46 forskellige målgrupper. På voksenområdet er afdelingerne oftest samtidigt registreret til 1-4 målgrupper, hvilket er gældende for 68 pct. af afdelingerne. 9 pct. af afdelingerne er registreret til mere end 10 målgrupper.

På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet kan tilbuddene betegnes som enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i hhv. de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I denne analyse bruges begrebet private om de kommercielle private.

Afdelingerne på kommunalt ejede tilbud henvender sig oftere til få målgrupper, end afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis regionale, private og fonde eller selvejende mv. Omkring 75 pct. af de kommunale afdelinger henvender sig til 1-4 forskellige målgrupper. Blandt afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis regionale og fonde eller selvejende mv., er det mellem cirka halvdelen og to tredjedele af afdelingerne, der er registreret til 1-4 forskellige målgrupper.

Afdelingerne på de private tilbud henvender sig oftere til flere målgrupper, end afdelingerne med de resterende virksomhedsformer. Over en femtedel af de private afdelinger henvender sig til mere end 10 målgrupper, jf. figur 1.

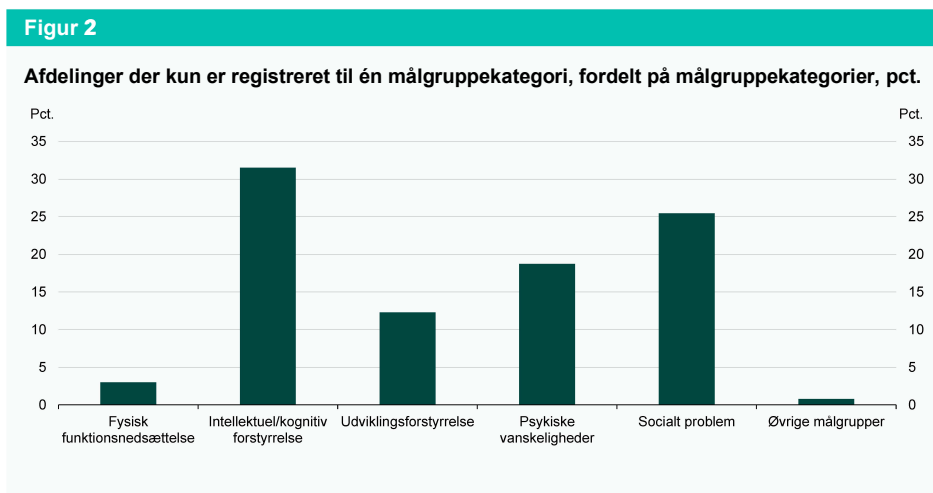


Anm.: Afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Afdelingerne kan både være registreret til forskellige målgrupper i samme målgruppekategori, og de kan være registreret til målgrupper på tværs af de forskellige målgruppekategorier.

Det er kun 5 pct. af afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse, som udelukkende henvender sig til målgrupper i den kategori, jf. figur 2. Der er således 95 pct. af afdelingerne inden for denne kategori, der henvender sig til personer i en eller flere af de resterende målgruppekategorier. Blandt afdelingerne til personer i "øvrige målgrupper" er det endnu færre, der udelukkende henvender sig til personer i den kategori.

Afdelingerne til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse er oftere registreret til målgrupper i samme kategori end afdelingerne til de resterende målgruppekategorier. Omkring en tredjedel af afdelingerne til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse modtager udelukkende målgrupper i den kategori. Endeligt er der en fjerdedel af afdelingerne til personer med et socialt problem, en femtedel af afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder og cirka 10 pct. af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse, som udelukkende henvender sig til personer i den respektive målgruppekategori.



Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, som kun er registreret til én målgruppekategori, fordelt på målgruppekategorier. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det er ikke alene relevant at se på antallet af målgrupper, de enkelte afdelinger henvender sig til, og hvor ofte der er tale om målgrupper inden for samme målgruppekategori. Det er også relevant at se nærmere på, hvilke andre målgruppekategorier afdelingerne henvender sig til.

Mindst en femtedel af afdelingerne til hver målgruppekategori er også registreret til at kunne modtage personer i hver af de resterende fem målgruppekategorier, jf. tabel 1. Dette er dog med undtagelse af fysisk funktionsnedsættelse, som det blot er 15 pct. af afdelingerne til personer med henholdsvis sociale problemer og psykiske vanskeligheder, der henvender sig til.

Størstedelen af afdelingerne, der henvender sig til personer med henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse, udviklingsforstyrrelse og "øvrige målgrupper", henvender sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Blandt afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse er det 93 pct. af afdelingerne, der også er registreret til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Derudover er over halvdelen af afdelingerne, som er registreret til personer med psykiske vanskeligheder, samtidigt registreret til personer med sociale problemer og omvendt. Blandt afdelingerne til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse er 40 pct. også registreret til personer med udviklingsforstyrrelse.

Tabel 1

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppekategori og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver af de andre målgruppekategorier

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppekategori	-----Pct.-----						
Fysisk funktionsnedsættelse	100	93	47	40	32	31	637
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	25	100	40	32	27	20	2.392
Udviklingsforstyrrelse	21	68	100	52	45	19	1.415
Psykiske vanskeligheder	15	46	45	100	58	20	1.660
Socialt problem	13	41	40	59	100	22	1.618
Øvrige målgrupper	31	75	42	51	56	100	634
Afdelinger i alt	16	60	36	42	41	16	3.982

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppekategori og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver af de andre målgruppekategorier. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I de følgende afsnit ses der nærmere på andelen af afdelingerne på voksenområdet til de enkelte målgrupper under hver målgruppekategori, der samtidigt henvender sig til hver af de resterende målgruppekategorier.

2.1 Fysisk funktionsnedsættelse

På voksenområdet er der 75 pct. af afdelingerne, der er registreret til at kunne modtage 2 eller flere forskellige målgrupper. Afdelingerne kan både henvende sig til forskellige målgrupper i samme målgruppekategori og til målgrupper på tværs af de forskellige målgruppekategorier.

Der er 70-97 pct. af afdelingerne til målgrupperne inden for fysisk funktionsnedsættelse, som også henvender sig til en anden målgruppe inden for samme kategori, jf. tabel 2. Over 90 pct. af afdelingerne til fysisk funktionsnedsættelse henvender sig også til en målgruppe inden for kognitiv/intellektuel forstyrrelse. Omkring halvdelen henvender sig også til personer med udviklingsforstyrrelse og 40 pct. til personer med psykiske vanskeligheder. Derudover henvender omkring en tredjedel sig til personer med henholdsvis sociale problemer og i "øvrige målgrupper". Dog er der 57-76 pct. af afdelingerne til personer med henholdsvis synsnedsættelse, erhvervet døvblindhed og medfødt døvblindhed, der henvender sig til "øvrige målgrupper".

Tabel 2

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien fysisk funktionsnedsættelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Døvblindhed, erhvervet	97	100	55	38	48	76	29
Døvblindhed, medfødt	83	90	55	31	40	71	42
Hørenedsættelse	91	95	63	41	39	41	145
Kommunikationsnedsættelse	81	98	56	37	33	37	376
Mobilitetsnedsættelse	75	98	41	39	30	31	415
Synsnedsættelse	76	91	59	33	32	57	151
Anden fysisk funktionsnedsættelse	70	92	49	56	47	45	142
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	100	93	47	40	32	31	637

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien fysisk funktionsnedsættelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Fysisk funktionsnedsættelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Hvis man kigger nærmere på hvilke målgrupper inden for målgruppekategorierne, afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse henvender sig til, fremgår det blandt andet, at det i kategorien "øvrige målgrupper" ofte er personer med henholdsvis multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse, afdelingerne er registreret til. I kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse er det særligt personer med udviklingshæmning og personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade, som afdelingerne til fysisk funktionsnedsættelse ofte også henvender sig til.

2.2 Intellektuel/kognitiv forstyrrelse

Inden for målgruppekategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse henvender mindst to tredjedele af afdelingerne sig også til andre målgrupper inden for samme kategori. Dette gælder dog ikke for afdelinger til personer med udviklingshæmning, hvor en tredjedel af afdelingerne henvender sig til andre målgrupper i samme kategori, jf. tabel 3.

Derudover henvender over halvdelen af afdelingerne til personer med demens sig også til personer med henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse og psykiske vanskeligheder, og omkring halvdelen af afdelingerne til personer med medfødt hjerneskade henvender sig også til personer med udviklingsforstyrrelse.

Tabel 3

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Demens	58	83	41	57	35	31	143
Hjerneskade, erhvervet	40	74	44	38	33	27	520
Hjerneskade, medfødt	41	93	55	38	33	28	522
Udviklingshæmning	25	34	40	27	23	19	1.942
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	29	65	65	59	57	27	435
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	25	100	40	32	27	20	2.392

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Intellektuel/kognitiv forstyrrelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Størstedelen af afdelingerne til personer med henholdsvis demens, erhvervet hjerneskade, medfødt hjerneskade og anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse henvender sig også til personer med udviklingshæmning. Derudover henvender over halvdelen af afdelingerne til erhvervet hjerneskade sig også til personer med medfødt hjerneskade og omvendt, og halvdelen af afdelingerne til demens modtager også personer med mobilitetsnedsættelse. Desuden henvender omkring en tredjedel til halvdelen af afdelingerne til hver af de fem målgrupper sig også til personer med autisme.

2.3 Udviklingsforstyrrelse

Mindst to tredjedele af afdelingerne til hver af de seks målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse henvender sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, og mindst halvdelen af afdelingerne henvender sig også til andre målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse, jf. tabel 4.

Derudover kan over halvdelen af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog også modtage personer med fysisk funktionsnedsættelse, mens det samme gør sig gældende for 19-30 pct. af afdelingerne til de resterende målgrupper. Omkring en tredjedel af afdelingerne til personer

med autisme er også registreret til personer med sociale problemer, mens det blandt afdelingerne til de resterende målgrupper er minimum halvdelen, der også henvender sig til borgere med et socialt problem.

Tabel 4

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien udviklingsforstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Autismespektrum	20	69	53	46	38	18	1.064
Opmærksomhedsforstyrrelse	19	68	77	69	64	24	690
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	63	90	95	52	50	42	139
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	29	81	95	69	72	23	167
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	58	97	95	49	50	29	230
Anden udviklingsforstyrrelse	30	79	87	55	53	23	321
Udviklingsforstyrrelse i alt	21	68	100	52	45	19	1.415

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien udviklingsforstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Udviklingsforstyrrelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

At afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse ofte samtidigt er registreret til målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse er særligt drevet af, at omkring halvdelen af afdelingerne henvender sig til personer med udviklingshæmning. De målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse, som afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog ofte også henvender sig til, er personer med henholdsvis kommunikationsnedsættelse, erhvervet hjerneskade og medfødt hjerneskade. Andre eksempler på målgrupper, som afdelingerne også er registreret til, er personer med henholdsvis angst, personlighedsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse og omsorgssvigt.

2.4 Psykiske vanskeligheder

Der er over 75 pct. af afdelingerne til hver af de enkelte målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder, som også henvender sig til en anden målgruppe i samme kategori. Når der ses på tværs af de forskellige målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder, henvender over halvdelen af afdelingerne sig også til personer med et socialt problem.

Blandt afdelingerne til personer med henholdsvis spiseforstyrrelse, stressbelastning og tilknytningsforstyrrelse, er det over 70 pct., der også henvender sig til personer med et socialt problem.

Derudover er der omkring 45 pct. af afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder, der henvender sig til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse og intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Endeligt er der 15 og 20 pct., der henvender sig til personer henholdsvis med fysisk funktionsnedsættelse og i ”øvrige målgrupper”, jf. tabel 5.

Tabel 5

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien psykiske vanskeligheder og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Angst	15	38	44	97	58	17	944
Depression	15	34	36	100	55	16	728
Forandret virkelighedsopfattelse	12	36	35	95	51	20	796
Personlighedsforstyrrelse	11	35	42	96	60	20	957
Spiseforstyrrelse	12	31	52	99	77	24	219
Stressbelastning	15	39	46	94	72	24	327
Tilknytningsforstyrrelse	13	44	61	88	78	23	600
Anden psykisk vanskelighed	15	47	41	76	57	24	872
Psykiske vanskeligheder i alt	15	46	45	100	58	20	1.660

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien psykiske vanskeligheder og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen ”Psykiske vanskeligheder” vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I kategorierne intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse er det typisk personer med henholdsvis udviklingshæmning, autisme og opmærksomhedsforstyrrelse, som afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder også henvender sig til. Der er desuden omkring to tredjedele af afdelingerne til personer med spiseforstyrrelse, som også modtager personer med selvskadende adfærd, og cirka halvdelen af afdelingerne til personer med tilknytningsforstyrrelse, modtager også personer, der har udfordringer som følge af omsorgssvigt.

2.5 Socialt problem

Målgruppekategorien socialt problem omfatter 15 forskellige målgrupper. Blandt andet indeholder den afdelinger til personer, der henholdsvis har et misbrug, har været udsat for overgreb, har begået kriminalitet eller har seksuelt krænkende adfærd.

Størstedelen af afdelingerne til målgrupperne i kategorien socialt problem henvender sig også til andre målgrupper i samme kategori, og med enkelte undtagelser er der mere end 70 pct. af afdelingerne til de forskellige målgrupper, som også henvender sig til personer med psykiske vanskeligheder. Derudover henvender over halvdelen af afdelingerne til personer, der har henholdsvis seksuelt krænkende adfærd, begået personfarlig kriminalitet, indadreagerende adfærd og udadreagerende adfærd, sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. På afdelingerne til 7 ud af de 15 målgrupper i kategorien socialt problem, er over halvdelen også registreret til at modtage personer med udviklingsforstyrrelse.

Afdelingerne henvender sig sjældnere også til personer med fysisk funktionsnedsættelse. På tværs af målgrupperne er der 13 pct. af afdelingerne til personer med sociale problemer, som også henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse. Blandt afdelingerne til personer med henholdsvis indadreagerende, udadreagerende og selvskadende adfærd henvender omkring en fjerdedel sig også til personer med fysisk funktionsnedsættelse, jf. tabel 6.

Tabel 6

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien socialt problem og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Alkoholmisbrug	8	22	16	56	84	21	462
Hjemløshed	7	11	7	50	74	18	238
Inddreagerende adfærd	25	57	69	84	87	30	342
Kriminalitet, ikke-personfarlig	11	46	61	84	97	46	153
Kriminalitet, personfarlig	7	75	46	72	90	69	101
Omsorgssvigt	13	50	65	84	76	24	536
Overgreb, andet	3	17	32	74	100	28	141
Seksuelt krænkende adfærd	19	64	73	88	99	55	75
Prostitution	8	12	19	81	100	31	26
Seksuelt overgreb	7	33	56	79	100	18	136
Selvskadende adfærd	22	48	64	88	88	38	424
Stofmisbrug	6	17	17	51	84	24	475
Udreagerende adfærd	21	69	59	70	78	48	459
Voldeligt overgreb	5	19	33	60	88	12	129
Andet socialt problem	9	34	45	77	90	27	384
Socialt problem i alt	13	41	40	59	100	22	1.618

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien socialt problem og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Socialt problem" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien socialt problem. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Blandt afdelingerne til de fleste målgrupper i kategorien socialt problem henvender størstedelen sig også til andre målgrupper i kategorien. Eksempelvis henvender over halvdelen af afdelingerne til personer, der har begået kriminalitet sig også til personer med udadreagerende adfærd, og afdelinger til personer med stofmisbrug henvender sig ofte også til personer med alkoholmisbrug og omvendt.

Ses der på tværs af de enkelte målgrupper i kategorien sociale problemer, er omkring en fjerdedel også registreret til personer med henholdsvis udviklingshæmning, autismespektrum- og opmærksomhedsforstyrrelse. Mellem en fjerdedel og en tredjedel af afdelingerne henvender sig desuden til hver af de enkelte målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder med undtagelse af målgrupperne spiseforstyrrelse og stressbelastning.

2.6 Øvrige målgrupper

Størstedelen af afdelingerne til henholdsvis personer der er dømt til strafferetlig foranstaltning, krigsveteraner og flygtninge er også registreret til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og sociale problemer, og under 10 pct. er også til personer med fysisk funktionsnedsættelse, jf. tabel 7. I målgruppekategorien psykiske vanskeligheder er det typisk henholdsvis personlighedsforstyrrelse, stressbelastning, tilknytningsforstyrrelse og anden psykisk vanskelighed, afdelingerne også er registreret til. I målgruppekategorien sociale problemer er det ofte personer med henholdsvis udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd og andet socialt problem, de tre målgrupper også henvender sig til.

Næsten alle afdelingerne til personer med henholdsvis multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse er også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, og over halvdelen henvender sig også til personer med fysisk funktionsnedsættelse, jf. tabel 7. I de to kategorier er det fx personer med henholdsvis udviklingshæmning, kommunikationsnedsættelse og mobilitetsnedsættelse, som afdelingerne typisk også er registreret til.

Tabel 7

Andel afdelinger på voksenområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien øvrige målgrupper og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Total, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Dømt til strafferetlig foranstaltning	9	60	35	72	86	19	298
Flygtning	4	23	38	94	95	51	78
Krigsveteran	9	14	14	95	93	77	44
Multipel funktionsnedsættelse	54	99	43	19	18	30	283
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	71	100	59	26	41	79	92
Øvrige målgrupper i alt	31	75	42	51	56	100	634

Anm.: Andel afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien øvrige målgrupper og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Øvrige målgrupper" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien øvrige målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3. Afdelinger på børne- og ungeområdet

Som det fremgår af indledningen, medtager analysen tilbud, som er omfattet af tilbudsportalen, dog undtaget bl.a. plejefamilier. På området for børn og unge vil det sige, at analysen især omfatter døgntilbud (opholdssteder, døgninstitutioner samt socialpædagogiske kost- og efterskoletilbud, jf. servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6, 7 og 8). Dertil kommer visse dag- og ambulante tilbud, jf. servicelovens § 32, 36 og 101. Øvrige tilbud mv. i form af forebyggende indsatser og foranstaltninger til børn og unge, jf. servicelovens § 11 og § 52, er ikke omfattet.

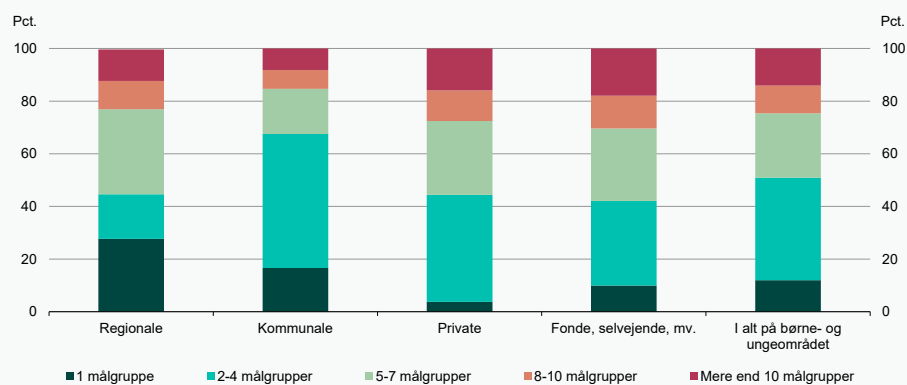
Omkring halvdelen af afdelingerne til børn og unge er registreret til 1-4 målgrupper. 14 pct. er registreret til mere end 10 målgrupper.

Afdelingerne på de kommunalt ejede tilbud henvender sig oftere til få målgrupper, end afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis regionale, private og fonde eller selvejende mv. Der er således to tredjedele af afdelingerne på de kommunale tilbud, der henvender sig til 1-4 forskellige målgrupper, og 15 pct. henvender sig til 8 målgrupper eller flere.

På afdelinger der er henholdsvis regionale, private og fondsejede eller selvejende mv., er omkring 45 pct. af afdelingerne registreret til at kunne modtage 1-4 målgrupper, og cirka en fjerdedel henvender sig til 8 eller flere målgrupper. De regionale afdelinger henvender sig dog oftere til blot en enkelt målgruppe, end de kommunale afdelinger gør. Mens 28 pct. af de regionale afdelinger henvender sig til 1 målgruppe, gør det samme sig gældende for 17 pct. af de kommunale afdelinger, jf. figur 3.

Figur 3

Afdelinger på børne- og ungeområdet, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til



Anm.: Afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

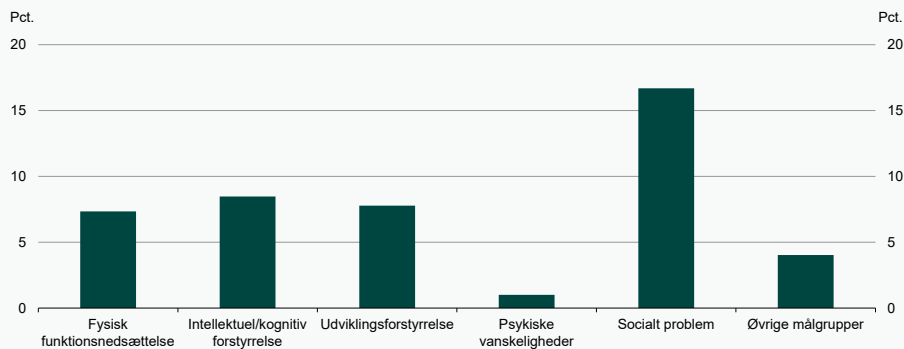
Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Afdelingerne kan både være registreret til forskellige målgrupper i samme målgruppekategori, og de kan være registreret til forskellige målgrupper på tværs af de forskellige målgruppekategorier.

Afdelingerne på børne- og ungeområdet henvender sig relativt ofte til mere end én målgruppekategori, jf. figur 4. Blandt afdelinger på børne- og ungeområdet, der henvender sig til personer med sociale problemer, er lige over 15 pct. udelukkende registreret til at modtage målgrupper i den kategori. Dermed henvender omkring 85 pct. af afdelingerne sig også til personer i andre målgruppekategorier. Blandt afdelingerne til personer henholdsvis med psykiske vanskeligheder og i ”øvrige målgrupper”, er det under 5 pct., der udelukkende henvender sig til den respektive målgruppekategori, mens det blandt afdelingerne til personer i de resterende målgruppekategorier, er omkring 8 pct., der udelukkende henvender sig til den respektive målgruppekategori.

Figur 4

Afdelinger der kun er registreret til én målgruppekategori, fordelt på målgruppekategorier, pct.



Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, som kun er registreret til én målgruppekategori, fordelt på målgruppekategorier. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På børne- og ungeområdet gælder det for afdelingerne til hver af de forskellige målgruppekategorier, at over halvdelen også henvender sig til personer med udviklingsforstyrrelse, jf. figur 8. Med undtagelse af afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse er størstedelen af afdelingerne til hver målgruppekategori desuden registreret til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og et socialt problem. 90 pct. af afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder henvender sig også til personer med et socialt problem. Blandt afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse henvender 76 pct. sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse.

Tabel 8

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppekategori og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver af de andre målgruppekategorier

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppekategori	-----Pct. -----						
Fysisk funktionsnedsættelse	100	76	71	37	32	50	109
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	20	100	76	54	56	32	425
Udviklingsforstyrrelse	11	44	100	71	72	20	733
Psykiske vanskeligheder	6	33	74	100	90	20	700
Socialt problem	4	27	60	73	100	19	869
Øvrige målgrupper	22	54	58	56	68	100	248
Afdelinger i alt	9	36	62	59	74	21	1.182

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppekategori og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver af de andre målgruppekategorier. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

3.1 Fysisk funktionsnedsættelse

Med undtagelse af afdelingerne til personer med anden fysisk funktionsnedsættelse, ses en tendens til, at afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse oftest også henvender sig til en anden målgruppe i samme kategori (60-100 pct.), til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse (71-100 pct.) og til "øvrige målgrupper" (57-100 pct.), jf. tabel 9. Omkring en tredjedel af afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse, henvender sig også til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Med undtagelse af afdelingerne til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt døvblindhed, kan over halvdelen af afdelingerne til hver målgruppe desuden modtage personer med udviklingsforstyrrelse.

Tabel 9

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien fysisk funktionsnedsættelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psyriske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal,
Målgruppe	----- Pct. -----						
Døvblindhed, erhvervet	100	100	20	0	0	100	5
Døvblindhed, medfødt	80	80	40	0	0	80	10
Hørenedsættelse	81	71	57	10	10	62	21
Kommunikationsnedsættelse	60	83	77	43	34	57	65
Mobilitetsnedsættelse	77	93	67	19	21	63	43
Synsnedsættelse	83	79	69	14	14	72	29
Anden fysisk funktionsnedsættelse	45	79	79	55	52	59	29
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	100	76	71	37	32	50	109

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien fysisk funktionsnedsættelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Fysisk funktionsnedsættelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I målgruppekategoriernes udviklingsforstyrrelse og intellektuel/kognitiv forstyrrelse er det typisk personer med autisme og udviklingshæmning, som afdelingerne, til personer med fysisk funktionsnedsættelse, også henvender sig til. Med enkelte undtagelser henvender over halvdelen af afdelingerne til de forskellige målgrupper i kategorien fysisk funktionsnedsættelse sig også til personer med multipel funktionsnedsættelse.

3.2 Intellektuel/kognitiv forstyrrelse

Der er kun 45 pct. af afdelingerne på børne- og ungeområdet til personer med udviklingshæmning, som også henvender sig til andre målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse, mens 75 pct. henvender sig til personer med udviklingsforstyrrelse, jf. tabel 10. Blandt afdelingerne til personer med henholdsvis erhvervet og medfødt hjerneskade er over 90 pct. også registreret til andre målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse, 85 pct. henvender sig også til personer med udviklingsforstyrrelse og 60 pct. er registreret til "øvrige målgrupper". 80-85 pct. af afdelingerne til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse henvender sig også til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder og sociale problemer.

Tabel 10

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal,
Målgruppe	----- Pct. -----						
Hjerneskade, erhvervet	37	94	85	38	50	60	52
Hjerneskade, medfødt	45	92	85	38	40	60	99
Udviklingshæmning	28	45	75	37	39	33	276
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	13	37	85	80	84	30	183
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	20	100	76	54	56	32	425

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Intellektuel/kognitiv forstyrrelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien intellektuel/kognitiv forstyrrelse. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

I kategorien udviklingsforstyrrelse er det typisk personer med henholdsvis autismespektrum- og opmærksomhedsforstyrrelse, som afdelingerne til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse også henvender sig til. Derudover henvender størstedelen af afdelingerne, som er registreret til personer med erhvervet hjerneskada, sig også til personer med henholdsvis medfødt hjerneskada og udviklingshæmning. Endeligt er omkring to tredjedele af afdelingerne til personer med anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse også registreret til tilknytningsforstyrrelse og omsorgssvigt, mens minimum en tredjedel også henvender sig til personer med henholdsvis udadreagerende og indadadreagerende adfærd.

3.3 Udviklingsforstyrrelse

Afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse henvender sig oftest også til andre målgrupper i samme målgruppekategori, jf. tabel 11. Når der ses samlet på afdelingerne, der henvender sig til personer med udviklingsforstyrrelse, henvender omkring 70 pct. af afdelingerne sig desuden til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og et socialt problem. Afdelingerne til personer med opmærksomhedsforstyrrelse henvender sig endda oftere til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og et socialt problem, end til andre målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse. Mens to tredjedele af

afdelingerne til personer med opmærksomhedsforstyrrelse henvender sig til andre målgrupper i samme kategori, henvender omkring 80 pct. sig til personer med henholdsvis psykiske vanskeligheder og et socialt problem.

Med undtagelse af afdelingerne til opmærksomhedsforstyrrelse er over halvdelen af afdelingerne til de forskellige målgrupper desuden registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Afdelingerne henvender sig sjældnere til personer henholdsvis med fysisk funktionsnedsættelse og i ”øvrige målgrupper”. Dog henvender cirka halvdelen af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af tale og sprog, sig også til personer henholdsvis med fysisk funktionsnedsættelse og i ”øvrige målgrupper”.

Tabel 11

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien udviklingsforstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Autismespektrum	16	55	73	60	58	22	431
Opmærksomhedsforstyrrelse	8	41	67	80	81	20	562
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	36	80	91	59	48	39	56
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	6	51	92	83	84	21	109
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	50	77	98	53	48	47	60
Anden udviklingsforstyrrelse	17	61	93	71	76	21	121
Udviklingsforstyrrelse i alt	11	44	100	71	72	20	733

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien udviklingsforstyrrelse og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Udviklingsforstyrrelse" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien udviklingsforstyrrelse. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Når en stor andel af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse også henvender sig til målgrupper i kategorierne psykiske vanskeligheder og sociale problemer, skyldes det bl.a., at over halvdelen henvender sig til personer med henholdsvis tilknytningsforstyrrelse og udfordringer som følge af omsorgssvigt. Eksempler på andre målgrupper, som afdelingerne også henvender sig til, er personer med henholdsvis angst og personlighedsforstyrrelse, samt personer med henholdsvis indadreagerende, udadreagerende og selvskadende adfærd. Desuden er cirka to tredjedele af afdelingerne til personer med udviklingsforstyrrelse af henholdsvis sansemotoriske færdigheder og tale og sprog, også registreret til udviklingshæmning.

3.4 Psykiske vanskeligheder

Afdelinger, som henvender sig til en målgruppe i kategorien psykiske vanskeligheder, henvender sig oftest også til andre målgrupper i samme målgruppekategori, og derudover til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse og sociale problemer, jf. tabel 12. Afdelinger til personer med tilknytningsforstyrrelse er endda oftere også registreret til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse og et socialt problem, end til andre målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder. Der er desuden en tredjedel af afdelingerne, der også henvender sig til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, en femtedel henvender sig også til personer i ”øvrige målgrupper”, og kun 6 pct. henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse.

Tabel 12

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien psykiske vanskeligheder og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal
Målgruppe	----- Pct. -----						
Angst	8	32	84	97	90	19	250
Depression	11	34	84	100	92	17	152
Forandret virkelighedsopfattelse	8	34	83	100	86	17	118
Personlighedsforstyrrelse	5	34	79	93	93	20	291
Spiseforstyrrelse	3	20	84	97	92	15	89
Stressbelastning	8	31	79	89	93	23	150
Tilknytningsforstyrrelse	5	33	80	61	92	17	530
Anden psykisk vanskelighed	8	42	71	80	89	26	236
Psykiske vanskeligheder i alt	6	33	74	100	90	20	700

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien psykiske vanskeligheder og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen ”Psykiske vanskeligheder” vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien psykiske vanskeligheder. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

De specifikke målgrupper i kategorierne udviklingsforstyrrelse og socialt problem, som afdelingerne til personer med psykiske vanskeligheder oftest også er registreret til, er opmærksomhedsforstyrrelse og udfordringer som følge af omsorgssvigt. Flere af målgrupperne er desuden på afdelinger, som ofte også er registreret til henholdsvis autisme, indadreagerende adfærd og selvskadende adfærd.

3.5 Socialt problem

Målgruppekategorien socialt problem omfatter 15 forskellige målgrupper, og er dermed en bred kategori. Således omfatter den både personer der fx har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, personer der har lidt omsorgssvigt samt personer med kriminel eller udadreagerende adfærd og/eller misbrug.

Afdelingerne til de forskellige målgrupper i kategorien socialt problem henvender sig næsten altid også til en anden målgruppe i samme kategori og med enkelte undtagelser oftest også til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse og psykiske vanskeligheder. Eksempelvis er der minimum 80 pct. af afdelingerne til personer, der har været udsat for seksuelt overgreb og personer med henholdsvis indadreagerende, seksuelt krænkende og selvskadende adfærd, der også henvender sig til personer med henholdsvis udviklingsforstyrrelse og psykiske vanskeligheder, jf. tabel 13.

Derudover er der, når der ses på tværs af målgrupperne, 27 pct. af afdelingerne, der er registreret til intellektuel/kognitiv forstyrrelse, 19 pct. er registreret til "øvrige målgrupper" og kun 4 pct. er til fysisk funktionsnedsættelse. Dog henvender over halvdelen af afdelingerne til personer, der henholdsvis har begået personfarlig kriminalitet og med seksuelt krænkende adfærd, sig også henvender sig til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Ligeledes er der 11-14 pct. af afdelingerne til personer, der henholdsvis har været udsat for seksuelt overgreb og med seksuelt krænkende adfærd, som også henvender sig til personer med fysisk funktionsnedsættelse.

Tabel 13

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien socialt problem og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal,
Målgruppe	----- Pct. -----						
Alkoholmisbrug	3	24	32	42	99	16	76
Hjemløshed	0	8	42	67	100	50	12
Indadreagerende adfærd	6	29	80	88	98	19	259
Kriminalitet, ikke-personfarlig	1	31	70	83	99	46	134
Kriminalitet, personfarlig	3	51	45	75	100	64	77
Omsorgssvigt	3	26	67	80	68	17	658
Overgreb, andet	2	23	75	90	100	15	61
Seksuelt krænkende adfærd	14	56	89	97	100	29	63
Prostitution	0	0	0	33	100	33	3
Seksuelt overgreb	11	36	81	96	100	21	104
Selvskadende adfærd	8	31	82	93	93	25	228
Stofmisbrug	0	19	32	46	86	23	145
Udadreagerende adfærd	5	39	73	78	92	33	276
Voldeligt overgreb	7	29	76	90	100	31	72
Andet socialt problem	5	27	63	77	95	22	239
Socialt problem i alt	4	27	60	73	100	19	869

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien socialt problem og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Socialt problem" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien socialt problem. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Det gør sig gældende for afdelingerne til alle målgrupperne i kategorien socialt problem, at langt størstedelen også henvender sig til andre målgrupper i samme kategori. Eksempelvis er afdelinger til personer henholdsvis med indadreagerende adfærd og som har været udsat for overgreb, ofte også registreret til personer, der henholdsvis har lidt omsorgssvigt og har selvskadende adfærd, og afdelinger til personer, der har begået kriminalitet, henvender sig ofte også til personer, der har udadreagerende adfærd.

Ses der på hvilke målgrupper i de resterende målgruppekategorier, afdelingerne til personer med et socialt problem ofte også henvender sig til, fremgår det, at omkring halvdelen af afdelingerne er registreret til målgrupperne opmærksomhedsforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. Desuden er der blandt afdelingerne, som er registreret til henholdsvis indadreagerende adfærd, selvskadende adfærd, seksuelt overgreb og andet overgreb omkring halvdelen til to tredjedele, der også modtager personer med henholdsvis angst og personlighedsforstyrrelse.

3.6 Øvrige målgrupper

Blandt afdelingerne til henholdsvis flygtninge og personer, der er dømt til strafferetlig foranstaltning henvender størstedelen sig også til personer med henholdsvis et socialt problem og psykiske vanskeligheder og omkring halvdelen henvender sig til personer med udviklingsforstyrrelse, jf. tabel 14. Afdelingerne er oftest også registreret til personer med tilknytningsforstyrrelse og med udfordringer som følge af omsorgssvigt. Derudover er over halvdelen af afdelingerne, som henvender sig til personer, der er dømt til strafferetlig foranstaltning, også registreret til henholdsvis opmærksomhedsforstyrrelse, ikke-personfarlig kriminalitet og udadreagerende adfærd.

Over 90 pct. af afdelingerne til personer med henholdsvis multipel og sjældent forekommende funktionsnedsættelse henvender sig også til personer med intellektuel/kognitiv forstyrrelse, mere end to tredjedele er også registreret til udviklingsforstyrrelse og over halvdelen henvender sig også til personer med fysisk funktionsnedsættelse, jf. tabel 14. Det er særligt personer med henholdsvis udviklingshæmning og autisme, afdelingerne også henvender sig til. Derudover henvender cirka halvdelen af afdelingerne til personer med multipel funktionsnedsættelse sig også til personer med medfødt hjerneskade.

Tabel 14

Andel afdelinger på børne- og ungeområdet, der er registreret til en målgruppe i kategorien øvrige målgrupper og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori

	Fysisk funktionsnedsættelse	Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse	Psykiske vanskeligheder	Socialt problem	Øvrige målgrupper	Afdelinger i alt, antal,
Målgruppe	----- Pct. -----						
Dømt til strafferetlig foranstaltning	2	40	53	75	100	13	101
Flygtning	4	19	50	79	87	19	68
Multipel funktionsnedsættelse	55	91	69	16	21	29	86
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	58	97	68	23	39	81	31
Øvrige målgrupper i alt	22	54	58	56	68	100	248

Anm.: Andel afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, der er registreret til en målgruppe i kategorien øvrige målgrupper og samtidig er registreret til en eller flere målgrupper i hver målgruppekategori. I kolonnen "Øvrige målgrupper" vises andelen af afdelinger, som er registreret til den enkelte målgruppe, og samtidig er registreret til en eller flere af de resterende målgrupper i kategorien øvrige målgrupper. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. Se i øvrigt boks 2 (sidst i analysen) om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

4. Databehandling og opmærksomhedspunkter

I forbindelse med opgørelserne i analysen er der en række informationer vedrørende databehandling og generelle opmærksomhedspunkter, som man bør være opmærksom på, jf. boks 2.

Boks 2

Databehandling og opmærksomhedspunkter

Plejhjemsoversigten:

Der er foretaget en frasortering af afdelinger, der vurderes reelt at høre til Plejhjemsoversigten, og som derfor ikke bør ligge på Tilbudsportalen. Frasorteringen er relevant for tilbud, der er registreret som følgende tilbudstyper: botilbudslignede tilbud, ældreboligloven; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2. Antallet af afdelinger, der er registreret som disse tilbudstyper, kan derfor afvige fra de oplysninger, der findes på tilbudsportalen.dk.

Virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

**17.
Notat om afdelinger på det specialiserede
socialområde, der henvender sig til mere end 10
målgrupper**

Bilag 31: Afdelinger på det specialiserede socialområde, der henvender sig til mere end 10 målgrupper

Social- og Indenrigsministeriet har i forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet en række analyser, som har til formål at belyse tilbudslandskabet. Analyserne er lavet på baggrund af data fra Tilbudsportalen og indeholder derfor kun de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen, med undtagelse af plejefamilier og friplejeboliger¹.

I analysen *Velfærdspolitisk Analyse – Målgruppekombinationer på specialiserede sociale tilbud* belyses det, hvor mange forskellige målgrupper sociale tilbudsafdelinger er registreret til at kunne modtage samt hvilke kombinationer af målgrupper afdelingerne henvender sig til.

Analysen viser blandt andet, at 9 pct. af afdelingerne på voksenområdet og 14 pct. af afdelingerne på børne- og ungeområdet er registreret til at kunne modtage mere end 10 forskellige målgrupper.

I dette notat belyses de afdelinger, der er registreret til at kunne modtage mere end 10 målgrupper på Tilbudsportalen. Det belyses, hvor mange og hvilke målgrupper afdelingerne er registreret til at kunne modtage, hvilke tilbudstyper afdelingerne er registreret som, hvor mange pladser der er på afdelingerne samt hvilke kombinationer af målgrupper, der findes på afdelingerne.

Om målgrupper på Tilbudsportalen

Tilbuddene kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Afdelingerne kan være registreret til én eller flere af de 46 forskellige målgrupper. Målgrupperne er inddelt i seks overordnede kategorier på Tilbudsportalen, som notatet tager udgangspunkt i. De seks kategorier er:

1. Fysisk funktionsnedsættelse
2. Intellectuel/kognitiv forstyrrelse
3. Udviklingsforstyrrelse
4. Psykiske vanskeligheder
5. Sociale problemer

¹ Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet, samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Plejefamilier og friplejeboliger indgår ikke i analyserne. Friplejeboliger indgår ikke, da de ikke er underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Der var pr. 31. dec. 2019 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

6. Øvrige målgrupper²

Det bemærkes, at afdelinger, der henvender sig til mange målgrupper, ikke nødvendigvis er mindre specialiserede, end afdelinger der henvender sig til færre målgrupper.

Afdelingerne kan tilbyde ydelser til alle de målgrupper, som de er registreret til. Man kan dog på den enkelte afdeling vælge kun at modtage borgere fra en mere snæver gruppe, end afdelingen er registreret til, og afdelingen kan fx vælge kun at modtage borgere, som har en kombination af udfordringer. Der kan således blandt afdelinger, som er registreret til flere målgrupper, være afdelinger, som netop er specialiserede i at modtage borgere med komplekse udfordringer, der går på tværs af målgruppekategorierne.

Eksempelvis er der en forholdsvis stor andel af afdelingerne til personer i målgruppe-kategorierne fysisk funktionsnedsættelse og udviklingsforstyrrelse, som også henvender sig til personer med udviklingshæmning. Dette kan muligvis skyldes, at en del personer med udviklingshæmning samtidig har en fysisk funktionsnedsættelse. Det er således muligt, at afdelinger, der er registreret til at kunne modtage begge målgrupper, netop henvender sig til personer med en kombination af de to problemstillinger.

Når afdelinger henvender sig til personer i flere målgrupper og til målgrupper på tværs af målgruppekategorierne, kan det således være udtryk for, at der bor borgere med vidt forskellige problemstillinger på afdelingen. Samtidig kan det dog også være et udtryk for, at afdelingen netop kan håndtere borgere med flere samtidige og komplekse udfordringer.

Antal målgrupper afdelingerne henvender sig til

Overordnet set er der på voksenområdet 349 afdelinger, svarende til 9 pct. af afdelingerne, som er registreret til at kunne modtage mere end 10 forskellige målgrupper, jf. figur 1. Afdelingerne fordeler sig på 167 tilbud. På børne- og ungeområdet er der 165 afdelinger, svarende til 14 pct. af afdelingerne, som henvender sig til over 10 målgrupper, jf. figur 2. De 165 afdelinger fordeler sig på 100 tilbud.

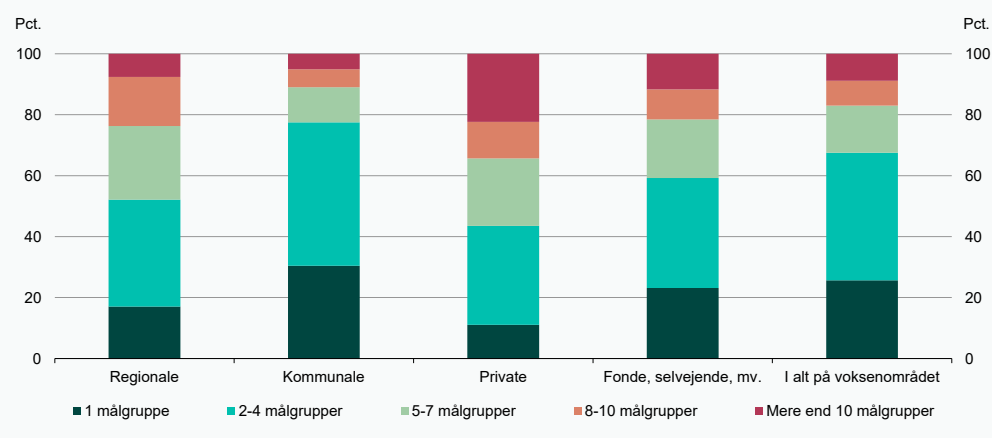
På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet kan tilbuddene betegnes som enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i hhv. de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I notatet bruges begrebet ”private” om de kommercielle private.

Afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis private og fonde, selvejende mv., henvender sig oftere til over 10 målgrupper, end afdelingerne på tilbud, der er henholdsvis regionale og kommunale. På voksenområdet er 22 pct. af afdelingerne på privatejede tilbud og 12 pct. af afdelingerne på fondsejede eller selvejende tilbud registreret til mere end 10 målgrupper, jf. figur 1. På børne- og ungeområdet er 16-18 pct. af afdelingerne på tilbud, der er hhv. private og fonde eller selvejende mv. registreret til over 10 målgrupper, jf. figur 2.

² Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetslige foranstaltning, flygtninge, krigsveteraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktionsnedsættelse.

Figur 1

Afdelinger på voksenområdet, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til

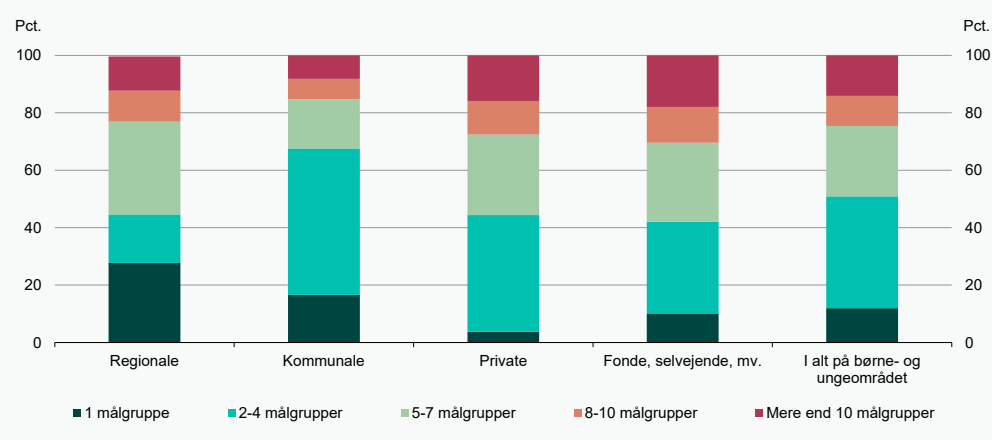


Anm.: Afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Figur 2

Afdelinger på børne- og ungeområdet, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til



Anm.: Afdelinger på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til. 11 afdelinger på børne- og ungeområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Blandt de 349 afdelinger på voksenområdet, som er registreret til at kunne modtage mere end 10 målgrupper, henvender 235 sig til 11-15 målgrupper, 76 henvender sig til 16-20 målgrupper, og 38 henvender sig til mere end 20 målgrupper, jf. tabel 1.

Tabel 1

Afdelinger på voksenområdet, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til, antal

	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Afdelinger i alt
Antal målgrupper	----- Antal -----				
11-15 målgrupper	6	76	82	71	235
16-20 målgrupper	6	26	8	36	76
Mere end 20 målgrupper	4	12	5	17	38
Afdelinger i alt	16	114	95	124	349

Anm.: Afdelinger på voksenområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer antal målgrupper de er registreret til. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen. På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

På børne- og ungeområdet henvender 117 af de 165 afdelinger, der er registreret til at kunne modtage mere end 10 målgrupper, sig til 11-15 målgrupper, 41 henvender sig til 16-20 målgrupper, og 7 henvender sig til mere end 20 målgrupper, jf. tabel 2.

Tabel 2

Afdelinger på børne- og ungeområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til, antal

	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	Afdelinger i alt
Antal målgrupper	----- Antal -----				
11-15 målgrupper	1	26	30	60	117
16-20 målgrupper	5	4	3	29	41
Mere end 20 målgrupper	2	1	1	3	7
Afdelinger i alt	8	31	34	92	165

Anm.: Afdelinger på børne- og ungeområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på virksomhedsformer og antal målgrupper de er registreret til. På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tilbudstyper afdelingerne er registreret som

På tværs af voksen- og børne- og ungeområdet er der 423 afdelinger, som henvender sig til mere end 10 målgrupper.

189 af afdelingerne er godkendt som midlertidigt botilbud, og omkring 70-80 afdelinger er godkendt som hhv. længerevarende botilbud, aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud. Der er ikke nogen af afdelingerne, der er godkendt som sikret botilbud eller kvindekrisecenter.

På børne- og ungeområdet er det primært socialpædagogisk opholdssted, afdelingerne er godkendt som, hvilket gælder 122 af afdelingerne, jf. tabel 3.

Tabel 3

Afdelinger der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper fordelt på tilbudstyper

Tilbudstype	Antal afdelinger
Voksenområdet	
Længerevarende botilbud, § 108	75
Sikret botilbud, § 108	0
Botilbudslignende tilbud*	35
Midlertidigt botilbud (inkl. rehabiliteringstilbud), § 107	189
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	70
Beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103	81
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	10
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	1
Ambulant- og dagbehandlingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	9
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	1
Forsorgshjem/herberg, § 110	4
Kvindikrisecenter, § 109	0
Børne- og ungeområdet	
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	30
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	122
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	2
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	1
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	1
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	2
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	0
Særlige dagtilbud, § 32	4
Særlige klubtilbud, § 36	0
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	6
I alt	423

Note: *) Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Anm.: Afdelinger der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Afdelingerne kan være registreret som flere tilbudstyper, hvorfor tabellen ikke summerer til 423.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Pladser på afdelingerne

Blandt afdelingerne, som henvender sig til mere end 10 målgrupper, er der i alt 4.272 pladser til ambulante- og dagophold. Kun 76 af disse er til ambulante- og dagtilbud til børn og unge, mens de resterende 4.196 er til ambulante- og dagtilbud til voksne.

3.088 ud af de 4.272 pladser til ambulante- og dagtilbud er på afdelinger, der er registreret til 11-15 målgrupper, jf. tabel 4.

Tabel 4

Pladser til ambulante- og dagophold på afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på antal målgrupper og om pladserne er registreret til hhv. voksne og børn og unge

Antal målgrupper	Pladser til voksne	Pladser til børn og unge	Pladser i alt	Afdelinger i alt
11-15 målgrupper	3.012	76	3.088	80
16-20 målgrupper	509	0	509	33
Mere end 20 målgrupper	675	0	675	30
I alt	4.196	76	4.272	143

Anm.: Pladser til ambulante- og dagophold på afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på antal målgrupper og om pladserne er registreret til hhv. voksne og børn og unge. Pladser til voksne indebærer pladser, som er registreret til følgende tilbudstyper: aktivitets- og samværstilbud, § 104; beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103; ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – voksne; ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a; dagbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101; ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141; dagbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL § 141. Pladser til børn og unge indebærer pladser, som er registreret til følgende tilbudstyper: særlige dagtilbud, § 32; særlige klubtilbud, § 36; ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - børn og unge.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Der er i alt 2.938 pladser til døgnophold på afdelingerne, der henvender sig til mere end 10 målgrupper. 1.063 af pladserne er godkendt til døgnophold til børn og unge, og 1.875 af pladserne er godkendt til døgnophold til voksne.

1.967 af pladserne til døgnophold er på afdelinger, der er registreret til 11-15 målgrupper, jf. tabel 5.

Tabel 5

Pladser til døgnophold på afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på antal målgrupper og om pladserne er registreret til hhv. voksne og børn og unge

Antal målgrupper	Pladser til voksne	Pladser til børn og unge	Pladser i alt	Afdelinger i alt
11-15 målgrupper	1.245	722	1.967	220
16-20 målgrupper	458	327	785	65
Mere end 20 målgrupper	172	14	186	15
I alt	1.875	1.063	2.938	300

Anm.: Pladser til døgnophold på afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på antal målgrupper og om pladserne er registreret til hhv. voksne og børn og unge. Pladser til voksne indebærer pladser, som er registreret til følgende tilbudstyper: længerevarende botilbud, § 108; sikret botilbud, § 108; botilbudslignende tilbud; midlertidigt botilbud, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107; døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107; døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL §141; forsorgshjem/herberg, § 110; kvindekrisecenter, § 109. Pladser til børn og unge indebærer pladser, som er registreret til følgende tilbudstyper: åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b; socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Målgrupper afdelingerne er registreret til at kunne modtage

Blandt afdelingerne, der henvender sig til mere end 10 målgrupper, er der både på voksenområdet og børne- og ungeområdet flest, som henvender sig til personer med hhv. psykiske vanskeligheder og et socialt problem.

Blandt de 349 afdelinger på voksenområdet, der henvender sig til mere end 10 målgrupper, er der 313 og 314, som henvender sig til personer med hhv. et socialt problem og psykiske vanskeligheder. Blandt de 165 afdelinger på børne- og ungeområdet, der henvender sig til mere end 10 målgrupper, er der omkring 155 afdelinger, som henvender sig til personer med henholdsvis et socialt problem og psykiske vanskeligheder, jf. tabel 6 og tabel 7.

Tabel 6

Afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, fordelt på målgrupper i målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse, antal

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	----- Antal afdelinger -----	
Døvblindhed, erhvervet	13	1
Døvblindhed, medfødt	13	1
Hørenedsættelse	66	5
Kommunikationsnedsættelse	104	22
Mobilitetsnedsættelse	92	12
Synsnedsættelse	61	7
Anden fysisk funktionsnedsættelse	59	10
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	128	27
Demens	31	8
Hjerneskade, erhvervet	137	19
Hjerneskade, medfødt	140	25
Udviklingshæmning	151	45
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	127	55
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	229	85
Autismespektrum	181	90
Opmærksomhedsforstyrrelse	221	148
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	81	17
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	78	43
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	105	27
Anden udviklingsforstyrrelse	131	54
Udviklingsforstyrrelse i alt	266	157
Afdelinger i alt	349	165

Anm.: Afdelinger der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på de enkelte målgrupper i målgruppekategoriene fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/kognitiv forstyrrelse og udviklingsforstyrrelse. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Tabel 7

Afdelinger, der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, fordelt på målgrupper i målgruppekategoriene psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper, antal

Målgruppe	Voksenområdet	Børne- og ungeområdet
	----- Antal afdelinger -----	
Angst	244	122
Depression	202	99
Forandret virkelighedsopfattelse	186	58
Personlighedsforstyrrelse	251	127
Spiseforstyrrelse	105	52
Stressbelastning	151	76
Tilknytningsforstyrrelse	223	136
Anden psykisk vanskelighed	226	102
Psykiske vanskeligheder i alt	314	159
Alkoholmisbrug	112	23
Hjemløshed	43	6
Indadreagerende adfærd	171	115
Kriminalitet, ikke-personfarlig	77	60
Kriminalitet, personfarlig	26	22
Omsorgssvigt	188	137
Overgreb, andet	84	44
Seksuelt krænkende adfærd	39	45
Prostitution	11	1
Seksuelt overgreb	81	73
Selvskadende adfærd	222	119
Stofmisbrug	110	36
Udadreagerende adfærd	171	91
Voldeligt overgreb	54	43
Andet socialt problem	140	75
Socialt problem i alt	313	156
Dømt til strafferetlig foranstaltning	108	28
Flygtning	50	21
Krigsveteran	38	0
Multipel funktionsnedsættelse	51	11
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	46	9
Øvrige målgrupper i alt	185	56
Afdelinger i alt	349	165

Anm.: Afdelinger der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på de enkelte målgrupper i målgruppekategoriene psykiske vanskeligheder, socialt problem og øvrige målgrupper. 43 afdelinger på voksenområdet har ikke registreret målgruppe på Tilbudsportalen, og indgår derfor ikke opgørelsen.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

Målgruppekombinationer på afdelingerne

Afdelingerne på voksenområdet henvender sig oftest til målgrupper på tværs af 3-5 målgruppekategorier. Der er ikke nogen af afdelingerne, hvor alle de målgrupper, de er registreret til at kunne modtage, hører under samme overordnede målgruppekategori.

Afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse henvender sig lidt oftere til personer på tværs af alle 6 målgruppekategorier (27 pct.), end afdelingerne til hver af de resterende målgruppekategorier (11-19 pct.), jf. tabel 8.

Tabel 8

Afdelinger på voksenområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på målgruppekategorier og antal målgruppekategorier, de henvender sig til, pct.

	1 kategori	2 kategorier	3 kategorier	4 kategorier	5 kategorier	6 kategorier	Total, pct.	Total, antal
Målgruppekategori	----- Pct. -----							
Fysisk funktionsnedsættelse	0	0	3	24	45	27	100	128
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	0	0	7	34	43	15	100	229
Udviklingsforstyrrelse	0	0	17	35	35	13	100	266
Psykiske vanskeligheder	0	5	30	27	27	11	100	314
Socialt problem	0	5	29	25	30	11	100	313
Øvrig målgruppe	0	0	25	19	37	19	100	185
Afdelinger i alt	0	5	28	29	28	10	100	349

Anm.: Afdelinger på voksenområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier og antal målgruppekategorier, de henvender sig til, pct.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

41 pct. af afdelingerne på børne- og ungeområdet henvender sig til målgrupper på tværs af 4 målgruppekategorier.

Afdelingerne til personer med fysisk funktionsnedsættelse henvender sig oftere til personer på tværs af alle 6 målgruppekategorier (26 pct.) end afdelingerne til hver af de resterende målgruppekategorier (4-13 pct.), jf. tabel 10.

Tabel 9

Afdelinger på børne- og ungeområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper, fordelt på målgruppekategorier og antal målgruppekategorier, de henvender sig til, pct.

	1 kategori	2 kategorier	3 kategorier	4 kategorier	5 kategorier	6 kategorier	Total, pct.	Total, antal
Målgruppekategori	----- Pct. -----							
Fysisk funktionsnedsættelse	0	0	4	33	37	26	100	27
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse	0	0	5	53	34	8	100	85
Udviklingsforstyrrelse	0	0	32	43	20	4	100	157
Psykiske vanskeligheder	0	4	33	40	19	4	100	159
Socialt problem	0	4	31	42	19	4	100	156
Øvrig målgruppe	0	0	4	38	46	13	100	56
Afdelinger i alt	0	4	32	41	19	4	100	165

Anm.: Afdelinger på børne- og ungeområdet der er registreret til at kunne modtage over 10 målgrupper pr. 31. december 2019, fordelt på målgruppekategorier og antal målgruppekategorier, de henvender sig til, pct.

Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger.

**18.
Udviklingen i botilbud og
botilbudslignende tilbud**

Kort fortalt

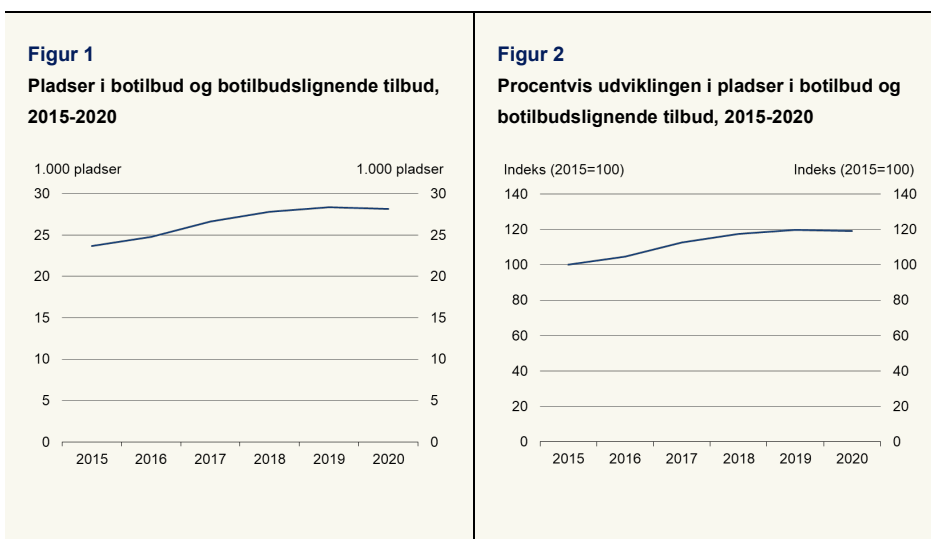
25-06-2021

Udviklingen i botilbud og botilbudslignende tilbud

Der har i perioden 2015-2020 været en stigning i antallet af pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud. Stigningen har primært været drevet af en stigning i antallet af pladser i botilbudslignende tilbud.

Analysen belyser udviklingen i antallet af pladser på botilbud efter servicelovens §§ 107, 108 samt botilbudslignende tilbud¹ i perioden 2015-2020. Der ses på den samlede udvikling i antallet af pladser samt på en opdeling efter tilbudstype og virksomhedsform. Analysen er baseret på data fra Tilbudsportalen.

Antallet af pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud er steget i perioden 2015-2020. Fra ca. 23.700 pladser i 2015 til ca. 28.200 pladser i 2020, svarende til en stigning på knap 20 pct., jf. figur 1 og 2.

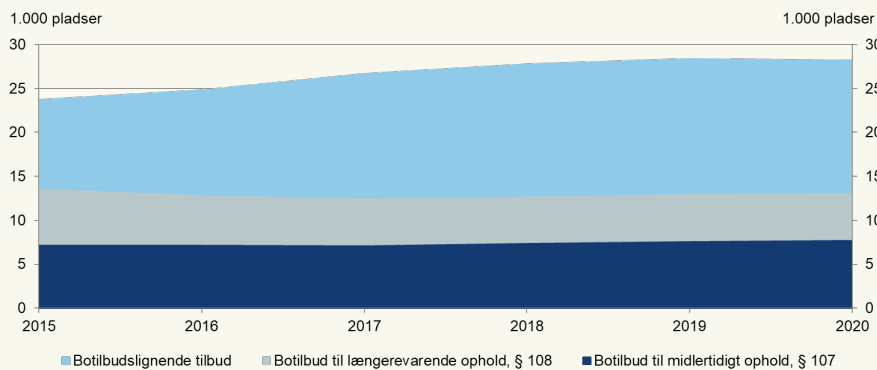


Anm.: Pladser godkendt til botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), længerevarende ophold (§ 108), eller botilbudslignende tilbud pr. 31. december i året. De bagvedliggende tal fremgår af bilag 1. Se i øvrigt boks 1. Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Som det fremgår, har stigningen i antallet af pladser været størst i starten af perioden, og den er i 2020 ophørt og afløst af et lille fald.

Stigningen i antallet af pladser i perioden 2015-2020 dækker især over en stigning i antallet af pladser i botilbudslignende tilbud, jf. figur 3.

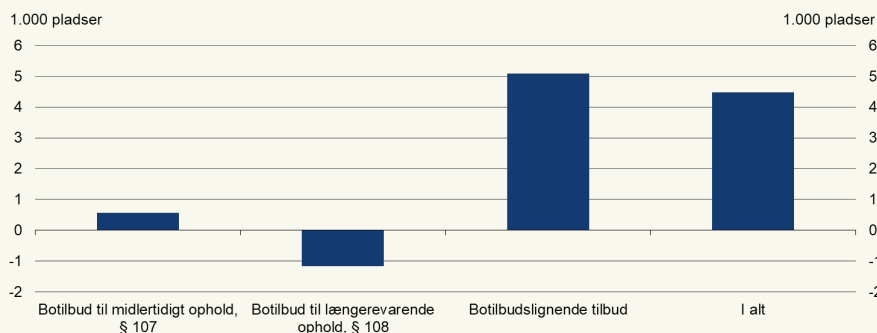
¹ Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

**Figur 3****Pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud, 2015-2020, efter tilbudstype**

Anm.: Pladser godkendt som botilbud eller botilbudslignende tilbud pr. 31. december i året. De bagvedliggende tal fremgår af bilag 1. Se i øvrigt boks 1 for nærmere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Antallet af pladser i botilbudslignende tilbud er over perioden 2015-2020 steget med ca. 5.000 pladser. Samtidig har der været en stigning på ca. 600 pladser godkendt som botilbud til midlertidigt ophold (§ 107). Mens antallet af pladser i botilbud til længerevarende ophold (§ 108) er faldet med ca. 1.200. Samlet set har der været et stigning på i alt ca. 4.500 pladser i perioden 2015-2020, jf. figur 4.

Figur 4**Udviklingen i antal pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud, 2015-2020, efter tilbudstype**

Anm.: Pladser godkendt som botilbud eller botilbudslignende tilbud pr. 31. december i året. De bagvedliggende tal fremgår af bilag 1. Se i øvrigt boks 1 for nærmere om datagrundlaget.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Den forholdsvis store stigning i antallet af pladser i botilbudslignende tilbud skal tages med det forbehold, at det ikke kan udelukkes, at en del af stigningen skyldes forbedret datakvalitet.

Ved oprettelsen af Socialtilsynet i 2014 havde de fem socialtilsyn to år til at re-godkende alle botilbud og botilbudslignende tilbud. Pr. 31. december 2015 og fremefter bør alle botilbud og botilbudslignende tilbud derfor være korrekt registreret på Tilbudsportalen, men det er stadig muligt, at der er tilbud, der har været fejlregistreret, som først er blevet registret korrekt efter den 31. december 2015. Det er også muligt, at der har været botilbudslignende tilbud, som ikke har været opmærksomme på, at de skulle registreres på Tilbudsportalen og først er blevet registret efter 31. december 2015, selvom de har eksisteret i længere tid.

Se boks 1 for yderligere om datagrundlag.

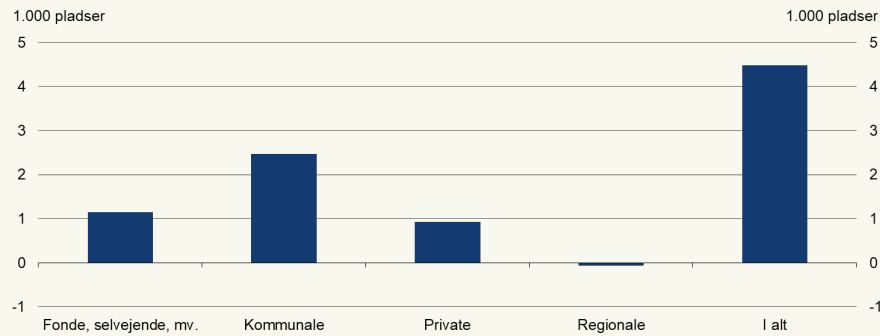


Når der ses på de forskellige virksomhedsformer, har der både for kommunale tilbud, tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., og private tilbud været en stigning i antallet af pladser godkendt til botilbud eller botilbudslignende tilbud i perioden 2015-2020.

Blandt de kommunale tilbud er antallet af pladser steget med ca. 2.500. For de tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv. har der været en stigning på ca. 1.100 pladser, og for de private en stigning ca. 900 pladser. Blandt de regionale tilbud har der været et fald på ca. 60 pladser i perioden 2015-2020, jf. figur 5.

Figur 5

Udviklingen i antal pladser i botilbud eller botilbudslignende tilbud efter virksomhedsform, 2015-2020



Anm.: Pladser godkendt til botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), længerevarende ophold (§ 108), eller botilbudslignende tilbud pr. 31. december i året. De bagvedliggende tal fremgår af bilag 1. Se i øvrigt boks 1.
Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.



Boks 1

Datagrundlag

Afgrænsning

Antallet af pladser i botilbud eller botilbudslignende tilbud i perioden 2015-2020 er afgrænset til pladser, der på Tilbudsportalen var godkendt som en af følgende tilbudstyper: Midlertidige botilbud, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107; længerevarende botilbud, § 108; sikret botilbud, § 108; botilbud målrettet unge mellem 18 og 35 år, §108a, jf. §108, samt botilbudslignende tilbud.

Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Pladser på tilbud, der vurderes at høre til plejehjemsoversigten og ikke bør ligge på Tilbudsportalen, er frasorteret. Der kan være pladser, der er godkendt til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal.

Udviklingen over tid

Der er lanceret en ny Tilbudportal den 11. juni 2019. Der er udfordringer med datakvaliteten for visse tilbud i den tidligere Tilbudportal, bl.a. i forhold til at reelt ophørte tilbud fortsat fremgik som aktive på Tilbudsportalen. Derfor er antal pladser i perioden 2015-2018 ikke fuldt sammenligneligt med antal pladser i 2019 og fremefter. Datakvaliteten forbedres løbende, og ændringer over tid er ikke nødvendigvis et udtryk for ændringer i det samlede antal pladser, men kan også skyldes forbedret datakvalitet.

Virksomhedsform

Virksomhedsform er i den nye Tilbudportal bestemt på baggrund af CVR-registeret. I den gamle Tilbudportal angav socialtilsynet, hvilken virksomhedsform tilbuddet havde. Det betyder, at der er et databrud i forhold til virksomhedsform fra 2018 til 2019. I opgørelserne for 2019 og fremefter er kategoriseringen af virksomhedsformer som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, Enkeltmandsvirksomhed, Personligt ejet mindre virksomhed, Selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende, mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende Fond, Fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.



Bilag 1

Tabel 1

Pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tilbudstype	----- Antal -----					
Botilbud til midlertidigt ophold, SEL § 107 (inkl. rehabiliteringstilbud)	7.250	7.244	7.228	7.457	7.723	7.821
Botilbud til længerevarende ophold, SEL § 108 (inkl. sikret botilbud og § 108a)	6.448	5.647	5.326	5.301	5.342	5.279
Botilbudslignende tilbud	9.986	11.904	14.087	15.018	15.318	15.061
I alt	23.684	24.795	26.641	27.776	28.383	28.161

Anm.: Pladser godkendt til tilbudstypen pr. 31. december i året. Se i øvrigt boks 1.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Tabel 2

Pladser i botilbud eller botilbudslignende tilbud efter virksomhedsform, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Virksomhedsform	----- Antal -----					
Fonde, selvejende, mv.	4.264	4.476	4.781	5.128	5.459	5.406
Kommunale	16.349	17.218	18.460	19.040	19.093	18.820
Private	1.114	1.267	1.476	1.673	1.937	2.040
Regionale	1.957	1.834	1.924	1.924	1.894	1.895
Uoplyste	0	0	0	11	0	0
I alt	23.684	24.795	26.641	27.776	28.383	28.161

Anm.: Pladser godkendt til botilbud til midlertidigt ophold (§ 107), længerevarende ophold (§ 108), eller botilbudslignende tilbud pr. 31. december i året. Se i øvrigt boks 1.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

19.
Notat om analyser af tilbuds billedet tilbage i tid

Dato
25-08-2020

Evaluering af det specialiserede socialområde – analyser af tilbuds billedet tilbage i tid

Baggrunden for regeringens beslutning om at igangsætte en evaluering af det specialiserede socialområde er bl.a., at bruger- og interesseorganisationer har udtrykt bekymring for, at der er sket en afspecialisering af socialområdet siden kommunalreformen i 2007, herunder at vigtig viden er gået tabt, og at højt specialiserede tilbud er forsvundet.

I dette notat opridses de datamæssige muligheder for at belyse udviklingen i de sociale tilbud siden kommunalreformen, samt hvordan Social- og Indenrigsministeriet fremover vil arbejde med opfølgning på udviklingen i de sociale tilbud.

For en oversigt over de enkelte analyser, der gennemføres, henvises til *Projektbeskrivelse for spor 1 i evalueringen af det specialiserede socialområde: Afdækning af det specialiserede socialområde*.

Tilgængeligt datagrundlag

Det specialiserede socialområde er kendetegnet ved at være komplekst både ift. borgernes behov og tilbudslandskabet. For at kunne foretage analyser af udvikling over tid er det nødvendigt med sammenlignelige strukturerede data på tværs af de år, som man ønsker at se udviklingen for. Socialområdet har desværre historisk været kendetegnet ved et relativt dårligt datagrundlag sammenlignet med andre velfærdsområder. Det er der de senere år gjort en massiv indsats for at rette op på, og på baggrund af den indsats er det nu muligt at sige langt mere om målgrupperne og tilbudslandskabet end tidligere. Konkret vil analyserne i spor 1 af evalueringen baseres på data om målgruppen fra en række registre på socialområdet fra Danmarks Statistik og data om tilbud fra Tilbudsportalen. Datakilderne er beskrevet nærmere sidst i notatet. Ved at kombinere data fra disse to datakilder med data fra en række andre statistikker er det muligt at beskrive både målgrupperne og tilbuddene på socialområdet i dag særdeles grundigt. Eksempelvis kan der nu for første gang laves en national kortlægning af alle typer tilbud, deres størrelse, målgrupper, geografiske fordeling og medarbejdernes uddannelsesniveau.

Sammenligninger af tilbud tilbage i tid

Hvis man skal gennemføre analyser af, om der er sket en afspecialisering af tilbuddene på socialområdet siden kommunalreformen, forudsætter det sammenlignelige oplysninger i bredden og i dybden fra 2007 og frem.

I forhold til bredden kan tilbud på socialområdet være offentlige (kommunale, regionale, statslige) eller private (kommercielle eller ikke-kommercielle). For at give et retvisende billede af udviklingen på området er det nødvendigt med sammenlignelige oplysninger om alle tilbud uanset ejerform, således at det fx kan undersøges, om et nedlagt tidligere regionalt tilbud er erstattet af et tilsvarende kommunalt eller privat tilbud.

I dybden er der behov for sammenlignelige oplysninger om specialiseringsniveau eller indikatorer herpå for tidligere og nuværende tilbud, da indsatsen og specialiseringsniveauet kan ændre sig inden for rammerne af det samme tilbud.

I forhold til oplysninger i bredden findes der ikke dækkende oplysninger om tilbuds-billedet før 2015, og i forhold til oplysninger i dybden vil der først med gennemførelsen af spor 2 i evalueringen udvikles en indikator for specialisering. Således er det ikke muligt i dag at fastslå, hvilken kvalitet eventuelt lukkede tilbud har haft, samt hvorvidt tilbuddene er erstattet af andre tilbud.

Hertil kommer, at der ikke eksisterer et samlet billede af udviklingen i målgruppernes størrelse og behov, og der er dermed heller ikke et overblik over udviklingen i behovet for specifikke tilbud til specifikke målgrupper.

Samlet set er konklusionen, at der ikke findes et tilgængeligt datamateriale til at gennemføre tilstrækkeligt dækkende analyser af en eventuel afspecialisering på socialområdet siden kommunalreformen.

Analyser af udviklingen fremover

Formålet med evalueringen er, at mennesker i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap får den hjælp, de har behov for. Evalueringen vil derfor i spor 1 tage udgangspunkt i de nuværende strukturer og indsatser, så fokus bliver på de helt aktuelle udfordringer, der er på området. Med de senere års forbedringer af datagrundlaget bliver det muligt fremadrettet at følge udviklingen på området på de parametre, vi måler på i dag. De analyser, som gennemføres i spor 1 kan således udgøre en baseline, som der løbende vil kunne følges op på. Der udover vil spor 2 bidrage med et nyt datagrundlag for analyser og løbende monitorering af specialiseringsniveauet i tilbuddene efterfølgende.

Beskrivelse af eksisterende datagrundlag

Tilbud

Tilbud på socialområdet opgøres via data fra Tilbudsportalen. Tilbudsportalen er en digital platform, hvorpå oplysninger om plejefamilier og sociale tilbud til mennesker med funktionsnedsættelse eller sociale problemer indsamles og udstilles. Af boks 1.1 ses, hvilke tilbudstyper der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder bl.a. oplysninger om målgruppe, ejerforhold, indsatstype, pladser, metoder, normering mv. for de omfattede tilbud.

Boks 1

Tilbudstyper på Tilbudsportalen opdelt på tilsynsførende myndighed**Socialtilsynet er tilsynsførende myndighed for:**

- Almene, forstærkede og specialiserede plejefamilier, SEL § 66, stk. 1, nr. 1-3
- Opholdssteder, SEL § 66, stk. 1, nr. 6
- Døgninstitutioner, SEL § 66, stk. 1, nr. 7
- Efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, hvis der er mere end otte pladser til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3 nr. 7
- Stofmisbrugsbehandling, SEL §§ 101 og 101a
- Midlertidige botilbud til voksne, SEL § 107
- Længerevarende botilbud til voksne og unge voksne, SEL §§ 108 og 108a
- Kvindekrisecentre, SEL § 109
- Herberg og forsorgshjem, SEL § 110
- Tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov social service, som er omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn
- Alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141
- Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, SEL §§ 103 og 104, hvis disse tilbud hører under et botilbud
- Særlige dagtilbud og klubtilbud, SEL §§ 32 og 36, hvis disse tilbud hører under et opholdssted eller en døgninstitution

Kommuner og regioner er tilsynsførende myndighed for:

- Særlige dagtilbud, SEL § 32
- Særlige klubtilbud, SEL § 36
- Beskyttet beskæftigelse, SEL § 103
- Aktivitets- og samværstilbud, SEL § 104
- Fripoleboliger, FPL § 1

Tilbudsportalen blev etableret i 2007. Der har dog siden etableringen været udfordringer med datakvaliteten. Med indførelsen af Socialtilsynet i 2014 blev datakvaliteten for tilbud under socialtilsynet væsentlig forbedret. Socialtilsynet havde to år til at gennemføre tilsyn med de omfattede tilbud, og data er således fra ultimo 2015 af en kvalitet, så det kan danne grundlag for analyser af området. Det skyldes, at tilbuddene og socialtilsynet samlet har ansvaret for oplysningerne på Tilbudsportalen. Tilbuddet har ansvaret for, at de oplysninger, der indberettes til portalen, er korrekte og opdaterede, mens socialtilsynet har ansvar for at påse, at indberettede og opdaterede oplysninger om det enkelte tilbud er korrekte, jf. vejledning om socialtilsyn.

Målgruppen

Målgruppen analyseres ud fra modtagere af sociale indsatser på socialområdet og er baseret på følgende registre:

- Statistikken for udsatte voksne og voksne med handicap (KSI)
- Stofmisbrugsdatabasen (VBGS)
- Kvindekrisecenterstatistikken
- Bofomsstatistikken
- Anbringelsesstatistikken
- Statistik over forebyggende foranstaltninger

Statistikken for udsatte voksne og voksne med handicap

Statistikken for udsatte voksne og voksne med handicap vedrører ydelser givet efter servicelovens §§ 85, 95, 96, 97, 98, 102, 103, 104, 107, 108. Statistikken er baseret på indberetninger fra kommunerne til Danmarks Statistik, som validerer data og sender opgørelser pba. data til godkendelse i kommunerne. Statistikken dækker perioden fra 4. kvartal af 2013 til 3. kvartal af 2019. Ved seneste udgivelse af statistikken (september 2019) havde 57 kommuner godkendt deres data for alle ydelser for hele perioden

tilbage til 2013. Data fra den første del af perioden vurderes at være omfattet af usikkerhed. Det skal også bemærkes, at der er konstateret usikkerheder i data i forbindelse med kommunernes implementering af nye indberetningskrav, og at Danmarks Statistik forventes at offentliggøre et revideret datagrundlag ultimo 2020. Det kan oplyses, at primo 2016 var der kun 12 kommuner, der indberettede data til statistikken.

Stofmisbrugsdatabasen (SMDB)

Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) er baseret på løbende indberetninger fra kommuner og stofmisbrugsbehandlingssteder på individniveau om personer i stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 og/eller sundhedslovens § 142. Data fra SMDB er tilgængelig fra 2015, men data fra 2015 har ikke gennemgået samme detaljerede kvalitetskontrol som i de efterfølgende år. Derfor anbefaler Danmarks Statistik, at fortolkningen af data mellem 2015 og senere år foretages med varsomhed.

Kvindekrisecenterstatistikken

Kvindekrisecenterstatistikken er en totaltælling, som dækker alle påbegyndte ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens § 109 i 2017 og fremefter. Statistikken indeholder derfor også oplysninger om opholdene på kvindekrisecentre for kvinder med anonymt ophold, jf. servicelovens § 109, stk. 2.

Boformsstatistikken

Social- og Indenrigsministeriets boformsstatistik er en individbaseret totaltælling, som dækker alle ophold på forsorgshjem og herberger efter servicelovens § 110. Data om antal personer med ophold på forsorgshjem og herberger er tilgængeligt fra 1999.

Forebyggelses- og anbringelsesstatistikkerne

Forebyggelses- og anbringelsesstatistikkerne omfatter alle personer i 0-22-årsalderen, der modtager en social foranstaltning inden for rammerne af servicelovens § 11 samt kapitel 11 og 12. Data fra anbringelsesstatistikken i sin nuværende form er sammenlignelig fra 2011 og frem, og for forebyggelsesstatistikken er statistikken i sin nuværende form sammenlignelig fra 2007 og frem, dog er familierettede forebyggende foranstaltninger sammenlignelige fra 2014 og frem.

20.
Kvalitetsvurderinger af sociale tilbud

2021

Velfærdspolitisk Analyse



Kvalitetsvurderinger af sociale tilbud

Socialtilsynets kvalitetsvurderinger tegner et billede af en generelt høj kvalitet på de sociale tilbud. Både blandt tilbud på voksenområdet og blandt tilbud på børne- og ungeområdet ligger den såkaldte temascore i gennemsnit på 4 eller derover for hvert af de syv temaer, der indgår i kvalitetsmodellen.

Temascorerne er beregnet som en gennemsnitlig score af en række kvalitetsindikatorer under hvert tema. Indikatorerne bliver scoret på en skala fra 1 til 5, hvor en score på 4 og derover betyder, at tilbuddet i høj eller meget høj grad opfylder kvalitetsindikatoren. En score på 3 angiver, at tilbuddet i middel grad opfylder kvalitetsindikatoren, mens en score på 2 og derunder betyder, at tilbuddet i lav eller meget lav grad opfylder kvalitetsindikatoren.

Langt størstedelen af tilbuddene har en temascore på 3 eller derover. På tværs af de syv temaer i kvalitetsmodellen har mellem 92 og 99 pct. af tilbuddene på voksenområdet en temascore på 3 eller derover. Blandt tilbud på børne- og ungeområdet gælder det mellem 96 og 99 pct. af tilbuddene. For alle eller næsten alle af de syv temaer i kvalitetsmodellen har mere end halvdelen af tilbuddene på både børne- og ungeområdet og voksenområdet en temascore på mellem 4,5 og 5.

Tilbuddene kan i forhold til ejerforhold eller virksomhedsform overordnet opdeles i regionale, kommunale eller private tilbud, hvor de private kan opdeles i henholdsvis kommercielle private og ikke-kommercielle private tilbud som for eksempel fonde, selvejende mv. Grupperes tilbuddene efter virksomhedsform, ses der små forskelle i de gennemsnitlige temascorer. Inddeles tilbuddene i stedet efter hvilke tilbudstyper, de er godkendt som, er der nogen forskel i kvalitetsvurderingerne, men forskellene er generelt ikke store.

De generelt høje temascorer for tilbud på både børne- og ungeområdet og voksenområdet og på tværs kvalitetstemaer, virksomhedsformer og tilbudstyper skal blandt andet ses i lyset af, at socialtilsynet løbende er i dialog med tilbuddene om at få rettet op på dårlig kvalitet og forbedre kvaliteten. Derudover kan socialtilsynet også udstede påbud og iværksætte skærpet tilsyn, hvis der er tilbud, der har for dårlig kvalitet.

Socialtilsynets kvalitetsvurderinger kan ikke indfange den fulde kompleksitet af kvalitetsspørgsmålet, men temascorerne kan anvendes til at give et indblik i tilbuddenes generelle kvalitet og forskelle mellem forskellige tilbud.

Kvalitetsmodel for socialtilsynet

For at sikre, at sociale tilbud har den fornødne generelle kvalitet, skal socialtilsynet godkende og føre driftsorienteret tilsyn med de sociale tilbud, som er omfattet af lov om socialtilsyn § 4.

Ved godkendelsen af og tilsynet med de sociale tilbud vurderer socialtilsynet tilbuddenes generelle kvalitet inden for otte temaer. Socialtilsynet anvender for hvert af temaerne, bortset fra temaet *økonomi* (tema 7), en kvalitetsmodel, hvor der under hvert tema er en række kriterier og indikatorer. Ved det driftsorienterede tilsyn giver socialtilsynet en skriftlig bedømmelse af hver indikator, og i forlængelse heraf gives der for hver indikator en score på en skala fra 1 til 5. En score på 1 angiver, at indikatoren i meget lav grad er opfyldt, mens en score på 5 angiver, at indikatoren i meget høj grad er opfyldt. Ud fra indikatorscorene beregnes en gennemsnitlig score, en såkaldt temascor, for hvert af de syv temaer, der indgår i kvalitetsmodellen, jf. boks 1.

Vurderingen af, om et tilbud har den fornødne kvalitet, sker ud fra en samlet faglig vurdering under hensyn til tilbuddets karakter og målgruppe. Tilbuddenes temascorer afspejler alene de forhold, som indikatorerne omhandler, og scorerne alene er ikke altid direkte udtryk for god eller dårlig kvalitet. For eksempel kan et tilbud, der har mange ældre borgere i pensionsalderen, få en lav score i forhold til, om borgerne er i beskæftigelse. Socialtilsynet kan dog, trods den lave score, godt vurdere, at kvaliteten af tilbuddets indsats er god, hvis det kan begrundes ud fra andre relevante forhold.

Samtidig er spørgsmålet om kvalitet komplekst, og kvalitet er noget, der kan have mange dimensioner. Borgeroplevet kvalitet er en væsentlig faktor, når det gælder kvaliteten af sociale tilbud. Men selvom der indgår indikatorer i kvalitetsmodellen, som blandt andet omhandler borgernes sundhed og trivsel, kan kvalitetsmodellen ikke og har ikke til formål at indfange den fulde kompleksitet i forhold til den borgeroplevede kvalitet. Ikke desto mindre kan temascorerne anvendes til at give et indblik i tilbuddenes generelle kvalitet og forskelle mellem forskellige tilbud.

I denne analyse ses der nærmere på temascoren for hvert af de syv temaer (tema 1-6 og 8) i kvalitetsmodellen for socialtilsynet for at få et indblik i kvaliteten på de sociale tilbud. Analysens resultater kan ikke stå alene og bør ses i sammenhæng med resultater fra andre undersøgelser, der belyser forskellige aspekter af kvalitetsspørgsmålet. Det kan eksempelvis være resultater fra trivselsundersøgelserne blandt anbragte børn og unge¹, brugertilfredshedsundersøgelse blandt borgere, som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, på botilbud eller botilbudslignende tilbud², og analyser om uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder³.

¹ Rambøll (2018), "Anbragte børn og unges trivsel 2018".

² VIVE (2021), "Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde".

³ Social- og Ældreministeriet (2021), "Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder".

Tilbuddene under socialtilsynet kan overordnet opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Første del af analyse ser på tilbud på voksenområdet, som omfatter botilbud til midlertidigt og længerevarende ophold, botilbudslignende tilbud⁴, kvindekri-secentre, forsorghjem og herberger samt misbrugsbehandlingstilbud. Analysens anden del ser på tilbud på børne- og ungeområdet, som omfatter anbringelsessteder og tilbud til ambul- lant behandling af stofmisbrug. Se boks 2 på s. 13-14 for en oversigt over tilbudstyper, som indgår i analysen samt databehandling og opmærksomhedspunkter.

Boks 1

Kvalitetsmodel for socialtilsynet

I forbindelse med socialtilsynets godkendelse af og driftsorienterede tilsyn med sociale tilbud omfattet af lov om socialtilsyn § 4, stk. 1, nr. 2-4, skal socialtilsynet vurdere, om tilbuddet har den fornødne generelle kvali- tet og opfylder betingelserne for godkendelse, jf. lov om socialtilsyn, §§ 5 og 7, stk. 1. Socialtilsynet skal an- vende kvalitetsmodellen til at vurdere tilbuddets kvalitet, jf. lov om socialtilsyn § 6, stk. 2 og bekendtgørelse af socialtilsyn § 14.

Kvalitetsmodellen er en generisk ramme, som skal strukturere og systematisere socialtilsynets samlede ge- nerelle kvalitetsvurdering af de tilbud, som er omfattet af lov om socialtilsyn. Socialtilsynet benytter kvalitets- modellen som et arbejdsredskab i den faglige vurdering af kvaliteten og i dialogen med tilbuddet om at fast- holde og udvikle kvaliteten fremadrettet.

Lov om socialtilsyn § 6, stk. 2, fastlægger otte temaer, som tilbuddenes kvalitet skal vurderes ud fra:

- 1) Uddannelse og beskæftigelse
- 2) Selvstændighed og relationer
- 3) Målgrupper, metoder og resultater
- 4) Sundhed og trivsel
- 5) Organisation og ledelse
- 6) Kompetencer
- 7) Økonomi
- 8) Fysiske rammer

Temaet økonomi (nr. 7) vurderes særskilt og er ikke indeholdt i kvalitetsmodellen.

Kvalitetsmodellen omfatter en række kvalitetskriterier og -indikatorer inden for temaerne 1-6 og 8. Da der imidlertid kan være stor forskel på de enkelte tilbudstyper, gælder enkelte indikatorer alene specifikke typer af tilbud. Ved det driftsorienterede tilsyn med sociale tilbud bedømmes indikatorerne efter følgende skala: I meget høj grad opfyldt (5), i høj grad opfyldt (4), i middel grad opfyldt (3), i lav grad opfyldt (2), i meget lav grad opfyldt (1), jf. bilag 1 i bekendtgørelse om socialtilsyn.

⁴ Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn.

Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social ser- vice, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Boks 1 (fortsat)

Kvalitetsmodel for socialtilsynet

På baggrund af scorerne på indikatorniveau beregnes scoren på kriterieniveau som et samlet gennemsnit af indikatorerne under hvert kriterie. Scoren for hvert af de syv temaer, de såkaldte temascorer, beregnes derefter som et gennemsnit af scorerne for kriterierne under hvert tema. Temascoren er dermed et vægtet gennemsnit af indikatorscorerne under temaet.

Kriterierne og indikatorerne under hvert tema angiver forhold, som socialtilsynet skal vurdere kvaliteten i tilbudet ud fra. Socialtilsynet kan derudover inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen, som vurderes at være relevante for kvaliteten inden for det enkelte tema. Disse andre forhold er ikke afspejlet i scorerne, men indgår i socialtilsynets skriftlige vurdering af tilbuddets kvalitet inden for hvert tema.

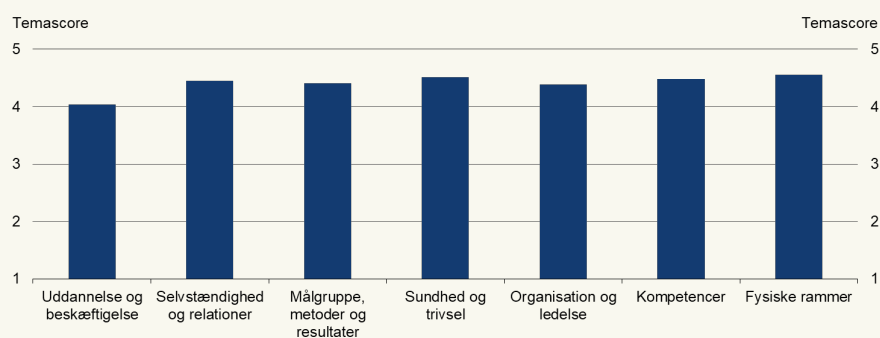
Temascorerne afspejler således således alene de forhold, som indikatorerne omhandler, og scorerne alene er ikke altid direkte udtryk for god eller dårlig kvalitet. For eksempel kan et tilbud, der har mange ældre borgere i pensionsalderen, få en lav score i forhold til, om borgerne er i beskæftigelse (indikator 1.b). Socialtilsynet kan dog, trods den lave score, godt vurdere, at kvaliteten af tilbuddets indsats er god, hvis der er andre relevante forhold, der kan begrunde dette.

Kvalitetsvurderinger af tilbud på voksenområdet

Socialtilsynets kvalitetsvurderinger tegner et billede af en generelt høj kvalitet på de sociale tilbud på voksenområdet. Det gælder både samlet set og for de enkelte temaer i kvalitetsmodellen. Temascorerne ligger i gennemsnit mellem 4,0 og 4,6 for hvert af de syv temaer i kvalitetsmodellen, jf. figur 1.

Figur 1

Gennemsnitlige temascore for tilbud på voksenområdet, efter tema



Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascoring for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

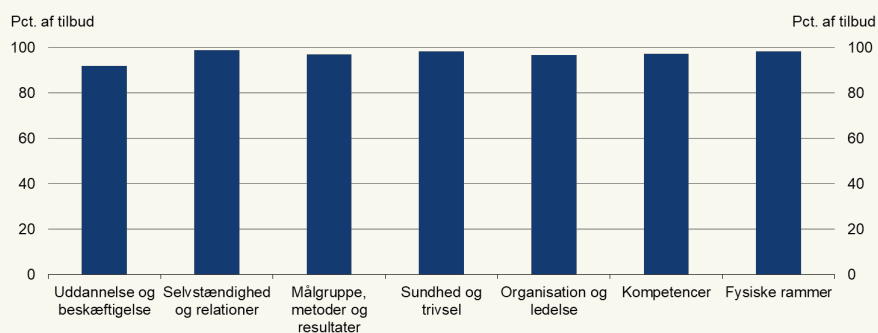
Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Temascoren er lavest på temaet *uddannelse og beskæftigelse*, hvor tilbuddene i gennemsnit har en temascoring på 4,0. Temaet omfatter vurderinger af, hvorvidt tilbuddet støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til skolegang, uddannelse og beskæftigelse. Temascoringen er højest på temaet *fysiske rammer*, som omfatter en vurdering af, om tilbuddets fysiske rammer understøtter borgernes udvikling og trivsel. Her ligger den gennemsnitlige temascoring på 4,6.

Der er nogle indikatorer under de enkelte temaer, som ikke gælder for alle typer af tilbud. Der er derfor forskelle i, hvilke indikatorer der indgår i beregningen af et tilbuds temascoring. Eksempelvis er der en indikator under temaet *selvstændighed og relationer*, som omhandler kontakt til og samvær med borgerens familie og netværk i dagligdagen. Indikatoren gælder ikke for ambulante alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud, og for disse tilbud indgår indikatoren derfor ikke i beregningen af temascoring for temaet *selvstændighed og relationer*.

Det generelle niveau for socialtilsynets kvalitetsvurderinger kan også illustreres ved at se på andelen af tilbud med en temascoring på 3 eller derover. En temascoring på 3 angiver, at tilbuddet gennemsnitligt set opfylder kvalitetsindikatorerne under temaet i middel grad. Da temascoringen er et gennemsnit af en række indikatorscoringer, kan en temascoring på 3 både afspejle, at tilbuddet generelt scorer 3 på alle indikatorer under temaet, eller at tilbuddet på nogle indikatorer scorer højt, mens de på andre indikatorer scorer lavt. En temascoring på 3 er således ikke ensbetydende med, at kvaliteten på tilbuddet er høj, eller at der ikke er forhold, som kan forbedres.

På voksenområdet har langt størstedelen af tilbuddene en temascoring på 3 eller derover. På tværs af de syv temaer har mellem 92 og 99 pct. af tilbuddene en temascoring på 3 eller derover. For temaet *selvstændighed og relationer*, som omfatter vurderinger af, hvorvidt tilbuddet styrker borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og opnå selvstændighed, har 99 pct. af tilbuddene en temascoring på 3 eller derover, jf. figur 2.

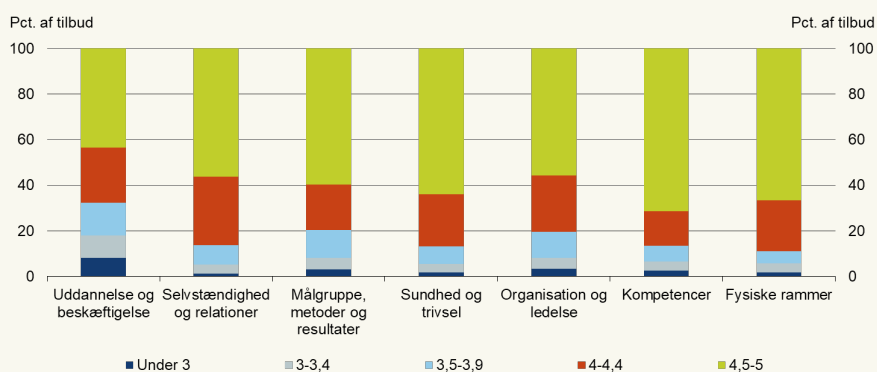
Figur 2**Andel tilbud på voksenområdet med en temascoring på 3 eller derover**

Anm.: Figuren viser andelen af tilbud på voksenområdet, der har en temascoring på 3 eller derover for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Når de fleste tilbud har en temascoring på 3 eller derover, skal det blandt andet ses i lyset af, at socialtilsynet løbende er i dialog med tilbuddene om at få rettet op på dårlig kvalitet og forbedre kvaliteten. Derudover kan socialtilsynet også udstede påbud og iværksætte skærpet tilsyn, hvis der er tilbud, der har for dårlig kvalitet.

Når der ses nærmere på fordelingen af temascoringer blandt tilbuddene, fremgår det, at mange af tilbuddene har en temascoring på 4,5 eller derover. For temaet *uddannelse og beskæftigelse* har 43 pct. af tilbuddene en temascoring mellem 4,5 og 5. For de øvrige temaer gælder det mellem 56 og 72 pct. af tilbuddene, jf. figur 3.

Figur 3**Fordeling af tilbud på voksenområdet efter temascor**

Anm.: Figuren viser fordelingen af tilbud på voksenområdet efter temascor for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Kvalitetsvurderinger på voksenområdet efter virksomhedsform

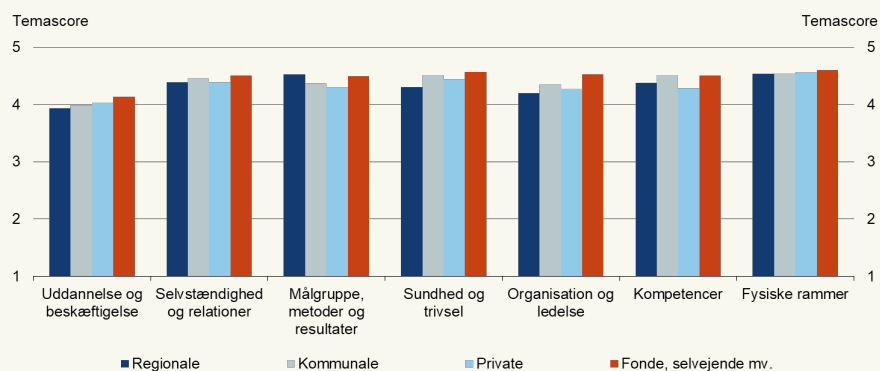
På Tilbudsportalen er tilbuddenes virksomhedsform (ejerforhold) angivet. Her kan tilbuddene overordnet inddeles i følgende virksomhedsformer:

- Regionale
- Kommunale
- Private
- Fonde, selvejende m.v.⁵

De private tilbud kan opdeles i henholdsvis de kommercielle private som ApS, A/S m.v. og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I denne analyse bruges begrebet private om de kommercielle private tilbud.

Inddeles tilbuddene efter virksomhedsform, ses det, at der er små forskelle i temascoren for tilbud med forskellige virksomhedsformer. De største forskelle mellem virksomhedsformerne ses for temaerne *sundhed og trivsel* samt *organisation og ledelse*. Her er den gennemsnitlige temascor højest for tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., med en gennemsnitlig temascor på henholdsvis 4,6 og 4,5 på de to temaer, mens temascoren er lavest for de regionale tilbud, der i gennemsnit har en temascor på henholdsvis 4,3 og 4,2 på de to temaer, jf. figur 4.

⁵ Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Figur 4**Gennemsnitlig temascoring for tilbud på voksenområdet, efter tema og virksomhedsform**

Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascoring for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Temaet *sundhed og trivsel* omfatter vurderinger af, om tilbuddet understøtter borgerens selv- og medbestemmelse, fysiske og mentale sundhed og trivsel, samt om tilbuddet forebygger magtanvendelser, vold og overgreb. Temaet *organisation og ledelse* omfatter vurderinger af, om tilbuddet har en kompetent ledelse, og om tilbuddets daglige drift varetages kompetent.

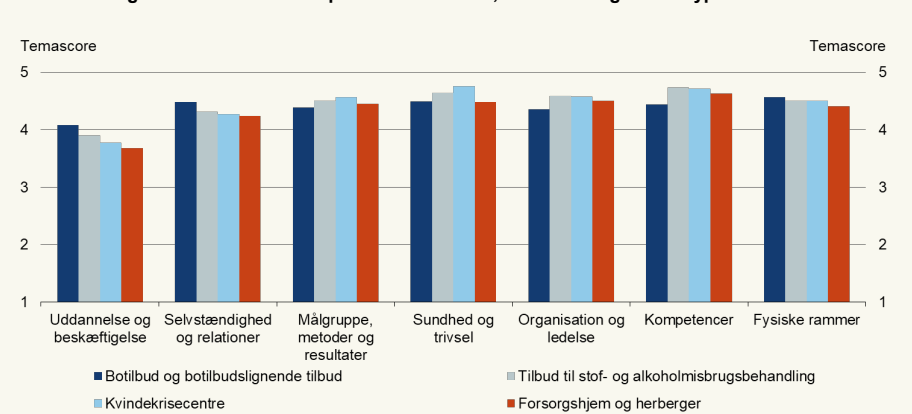
Kvalitetsvurderinger på voksenområdet efter type af tilbud

På voksenområdet findes der en række forskellige typer af tilbud, som overordnet kan inddeles i følgende kategorier:

- Botilbud og botilbudslignende tilbud
- Tilbud til behandling af stof- og alkoholmisbrug
- Kvindekrisecentre
- Forsorgshjem og herberger

Se boks 2 for yderligere om, hvad der er omfattet af kategorierne.

Når tilbuddene inddeles efter tilbudstype, er der nogen variation i temascoringerne. De største forskelle ses for temaet *uddannelse og beskæftigelse*, hvor tilbud, der er godkendt som botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 eller som botilbudslignende tilbud, i gennemsnit har den højeste temascoring, mens tilbud godkendt som forsorgshjem og herberger efter servicelovens § 110 har den laveste temascoring for dette tema, jf. figur 5.

Figur 5**Gennemsnitlig temascoring for tilbud på voksenområdet, efter tema og tilbudstype**

Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascoring for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Hvor den gennemsnitlige temascoring for temaet *uddannelse og beskæftigelse* er 4,1 for botilbud og botilbudslignende tilbud, er den gennemsnitlige temascoring 3,7 for forsorgshjem og herberger. Der er dog ikke en systematisk tendens til, at tilbud godkendt som botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 eller som botilbudslignende tilbud ligger højest på alle temaer. Eksempelvis ligger botilbud og botilbudslignende tilbud lidt lavere på temaet *kompetencer* end de øvrige tilbudstyper i opgørelsen, og forskellene er generelt små.

Af bilag 2 ses den gennemsnitlige temascoring ved en mere detaljeret inddeling af tilbudstyper.

Tilbuddene kan være godkendt til flere tilbudstyper. Eksempelvis kan tilbud, der er godkendt som botilbud også være godkendt som anbringelsessteder. Socialtilsynet foretager en samlet vurdering af tilbuddet, og temascoringen er derfor baseret på en vurdering af tilbuddet som helhed på tværs af de tilbudstyper, tilbuddet er godkendt til.

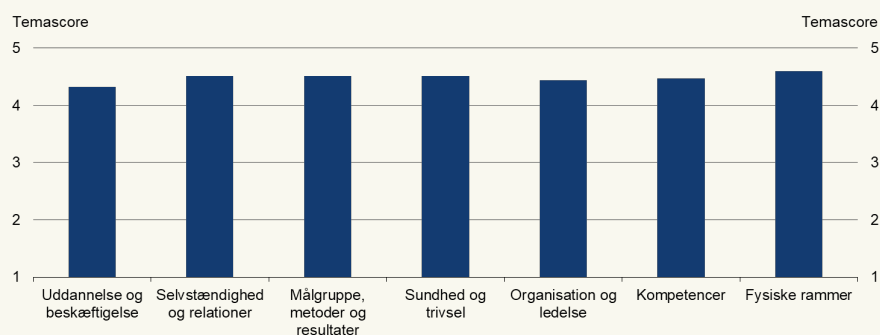
Derudover er kvalitetsmodellen generisk, og indikatorerne kommer ikke nødvendigvis omkring alle forhold, der har betydning for kvaliteten, i de mange forskellige tilbud, som socialtilsynet fører tilsyn med. Derfor kan socialtilsynet inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen. Disse forhold er ikke afspejlet i scorene.

Kvalitetsvurderinger af tilbud på børne- og ungeområdet

Blandt tilbud på børne- og ungeområdet tegner socialtilsynets kvalitetsvurderinger ligeledes et billede af en generelt høj kvalitet på tilbuddene. Den gennemsnitlige temascore ligger mellem 4,3 og 4,6 på tværs af de syv temaer i kvalitetsmodellen. Temascoren er højst for temaet *fysiske rammer*, hvor den gennemsnitlige temascore er 4,6, og lavest for temaet *uddannelse og beskæftigelse* med et gennemsnit på 4,3, jf. figur 6.

Figur 6

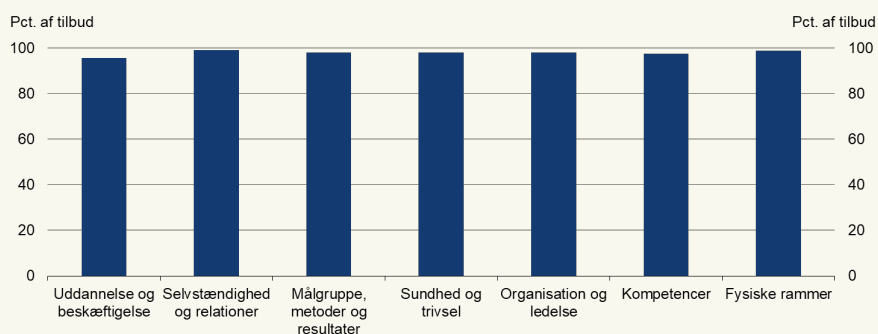
Gennemsnitlig temascore for tilbud på børne- og ungeområdet, efter tema



Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascore for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Langt de fleste tilbud på børne- og ungeområdet har en temascore på 3 eller derover. For hvert tema har mellem 96 og 99 pct. af tilbuddene en temascore på 3 eller derover, jf. figur 7.

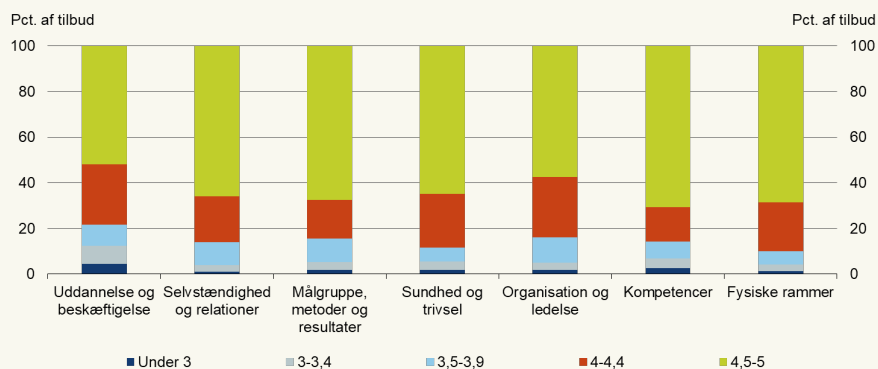
Figur 7**Andel tilbud på børne- og ungeområdet med en temascoring på 3 eller derover**

Anm.: Figuren viser andelen af tilbud på børne- og ungeområdet, der har en temascoring på 3 eller derover for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Som tidligere nævnt er nogle tilbudstyper undtaget enkelte indikatorer. Eksempelvis skal tilbud, der udelukkende er godkendt som socialpædagogiske kost- eller efterskoletilbud efter servicelovens § 66, stk. 1. nr. 8, ikke vurderes på indikatorerne under temaet *organisation og ledelse*, og de indgår derfor ikke i beregningen af temascoringen for dette tema.

Når der ses på en mere detaljeret fordeling af tilbuddenes temascoringer, fremgår det, at over halvdelen af tilbuddene har temascoringer mellem 4,5 og 5. For alle temaer er det således mellem 52 og 71 pct. af tilbuddene, der har en temascoring mellem 4,5 og 5, jf. figur 8.

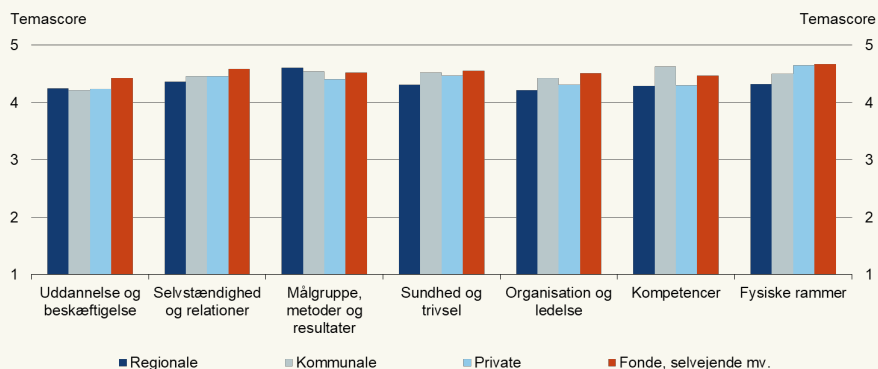
Figur 8**Fordeling af tilbud på børne- og ungeområdet efter temascor**

Anm.: Figuren viser fordelingen af tilbud på børne- og ungeområdet efter temascor for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Kvalitetsvurderinger på børne- og ungeområdet efter virksomhedsform

Der er nogen variation i den gennemsnitlige temascor, når tilbuddene på børne- og ungeområdet grupperes efter virksomhedsform. Som på voksenområdet er forskellene ikke markante. De største forskelle ses for temaet *fysiske rammer*, hvor tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., har den højeste gennemsnitlige temascor på 4,7, og de regionale tilbud har den laveste gennemsnitlige temascor på 4,3, jf. figur 9.

Figur 9**Gennemsnitlig temascor for tilbud på børne- og ungeområdet, efter tema og virksomhedsform**

Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascor for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Kvalitetsvurderinger på børne- og ungeområdet efter type af tilbud

På børne- og ungeområdet kan tilbuddene overordnet inddeles i følgende kategorier:

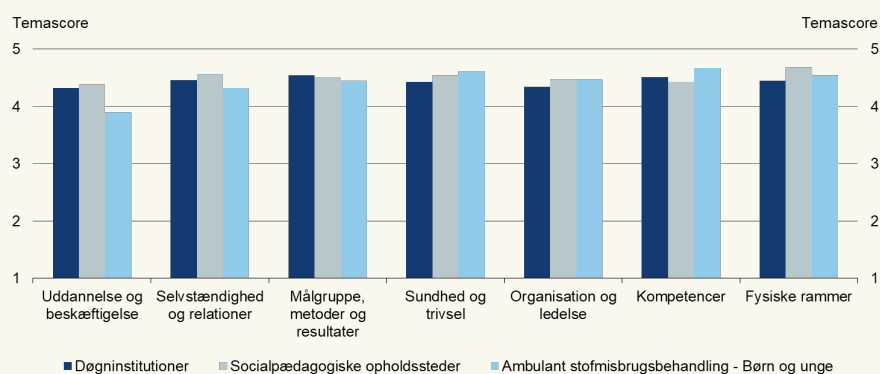
- Døgninstitutioner
- Socialpædagogiske opholdssteder
- Ambulant behandling af stofmisbrug

Se boks 2 for yderligere om, hvad der er omfattet af kategorierne.

Der er nogen variation i den gennemsnitlige temascore mellem de tre typer af tilbud, men ingen af de tre typer scorer systematisk højere eller lavere på alle temaerne. Eksempelvis har socialpædagogiske opholdssteder i gennemsnit den højeste scorer for temaset *selvstændighed og relationer*, døgninstitutionerne har i gennemsnit den højeste temascore for temaset *målgrupper, metoder og resultater*, mens tilbud til ambulant stofmisbrugsbehandling i gennemsnit har den højeste temascore for temaset *sundhed og trivsel*, jf. figur 10.

Figur 10

Gennemsnitlig temascore for tilbud på børne- og ungeområdet, efter tema og tilbudstype



Anm.: Figuren viser den gennemsnitlige temascore for de syv temaer i kvalitetsmodellen. Se boks 1 om kvalitetsmodellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Tilbuddene kan være godkendt til flere forskellige tilbudstyper, og flere af børne- og ungetilbuddene er samtidig godkendt som tilbudstyper på voksenområdet. Socialtilsynet laver en samlet vurdering af tilbuddet, og temascoren er derfor baseret på en vurdering af tilbuddet som helhed på tværs af de tilbudstyper, tilbuddet er godkendt til.

Boks 2

Datagrundlag og opmærksomhedspunkter

Data fra kvalitetsmodellen

Temascorerne er beregnet på baggrund af dataudtræk fra de fem socialtilsyn, som indeholder gennemsnitlig scorer på kriterieniveau (kriteriescorer) for tilbud under hvert socialtilsyn. Tilbuddenes kriteriescorer er koblet med data fra Tilbudsportalen og omfatter tilbud, der pr. 31. marts 2021 var godkendt som en eller flere tilbudstyper, der er omfattet af lov om socialtilsyn, § 4, stk. 1, nr. 2-4.

Temascoren for hvert tema er beregnet som gennemsnittet af kriteriescorerne under temaet. Tilbud, hvor et eller flere af kriterierne er uoplyst eller lig 0, er frasorteret. Der er dog følgende undtagelser:

- 1) Indikatorerne under kriterie 6 gælder ikke for tilbud, der er godkendt som forsorgshjem/herberg, § 110, kvindekrisecenter, § 109, ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 (inkl. § 101a), ambulans alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141, eller socialpædagogiske kost- eller efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8, og som ikke er godkendt som øvrige tilbudstyper, jf. bekendtgørelse om socialtilsyn, bilag 1. Disse tilbud er derfor ikke frasorteret, hvis kriterie 6 er uoplyst eller lig 0. Når kriterie 6 er uoplyst eller lig 0 for disse tilbud, er temascoren for temaet *Sundhed og Trivsel* beregnet som gennemsnittet af kriterie 4, 5 og 7.
- 2) Indikatorerne under kriterierne 8 og 9 gælder ikke for tilbud, der udelukkende er godkendt som socialpædagogiske kost- eller efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8, jf. bekendtgørelse om socialtilsyn, bilag 1. Disse tilbud er derfor ikke frasorteret, hvis kriterie 8 og 9 er uoplyst eller lig 0, og de indgår ikke i opgørelser for temaet *Organisation og ledelse*.

Ud over ovennævnte frasortering af tilbud på baggrund af manglende oplysninger om kriteriescorer, indgår tilbud ikke, hvis de endnu ikke har haft det første driftsorienterede tilsyn på opgørelses tidspunktet. I alt er der 64 tilbud, der pr. 31. marts var godkendt som tilbudstyper under socialtilsynet, som ikke indgår i analysen. Blandt tilbud på voksenområdet indgår 1.680 ud af 1.736 tilbud (ca. 97 pct.). På børne- og ungeområdet indgår 675 ud af 689 tilbud (ca. 98 pct.), jf. bilag 1.

Oplysningerne om kriteriescorer er trukket fra tilsynenes fagsystem. Fagsystemet har en dynamisk kvalitetsmodel, hvor tilsynenes kvalitetsvurderinger løbende bliver overskrevet. Data skelner derfor ikke mellem endelige scorer og scorer i proces. Data er et her-og-nu-billede, hvilket betyder, at data vedrører både gennemførte og igangværende tilsyn. Scorene opdateres mindst en gang årligt ved det driftsorienterede tilsyn.

Kriteriescorerne er trukket ultimo marts for alle fem socialtilsyn (Socialtilsyn Nord: 25. marts 2021, Socialtilsyn Øst: 26. marts 2021, Socialtilsyn Syd: 31. marts 2021, Socialtilsyn Midt: 31. marts 2021, Socialtilsyn Hovedstaden: 31. marts 2021).

Seks tilbud indgår i data fra to tilsyn. For disse tilbud er der taget udgangspunkt i kriteriescoren fra det tilsyn, som tilbuddet ifølge Tilbudsportalen var registreret under pr. 31. marts 2021.

Opmærksomhedspunkter

Temascorerne afspejler alene de forhold, som indikatorerne omhandler, og scorerne alene er ikke altid direkte udtryk for god eller dårlig kvalitet. For eksempel kan et tilbud, der har mange ældre borgere i pensjonsalderen, få en lav score i forhold til, om borgerne er i beskæftigelse (indikator 1.b). Socialtilsynet kan dog, trods den lave score, godt vurdere, at kvaliteten af tilbuddets indsats er god, hvis der er andre relevante forhold, der kan begrunde dette.

Boks 2 (fortsat)

Kvalitetsmodellen er generisk og indikatorerne alene belyser ikke nødvendigvis alle forhold ved kvaliteten i de mange forskellige tilbud, som socialtilsynet fører tilsyn med. Derfor kan socialtilsynet inddrage andre forhold i kvalitetsvurderingen. Disse forhold er ikke afspejlet i scorene.

Tilbuddene kan være godkendt til flere tilbudstyper. Socialtilsynet laver en samlet vurdering af tilbuddet, og temascoren er derfor baseret på en vurdering af tilbuddet som helhed på tværs af de tilbudstyper, tilbuddet er godkendt til.

Tilbudstyper på voksenområdet

Botilbud og botilbudslignende tilbud omfatter botilbud til længerevarende ophold, § 108; sikret botilbud, § 108; Botilbud målrettet unge mellem 18 og 35 år, §108a, jf. §108; botilbud til midlertidigt ophold, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107 og botilbudslignende tilbud. Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3.

Tilbud til behandling stof- og alkoholmisbrug omfatter ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 – Voksne; ambulans anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a; dagbehandlingstilbud – stofmisbrug, § 101; døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107; ambulans alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141; dagbehandlingstilbud – Alkoholmisbrug, SUL § 141 og døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL §141.

Kvindekrisecentre omfatter kvindekrisecentre, § 109.

Forsorgshjem og herberger omfatter forsorgshjem og herberger, § 110.

Tilbudstyper på børne- og ungeområdet

Døgninstitutioner omfatter åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b

Socialpædagogiske opholdssteder omfatter socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8 og skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Ambulans stofmisbrugsbehandling – børn og unge omfatter ambulans stofmisbrugsbehandling, § 101 – Børn og unge.

Virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Bilag 1 - Analysepopulationen

Tabel 1

Antal tilbud, som er omfattet af lov om socialtilsyn og dermed er underlagt socialtilsynet og tilbud heraf, der indgår i analysen, efter tilbudstype

Tilbudstype	Antal tilbud underlagt socialtilsynet i alt	Antal tilbud, der indgår i analysen	Andel tilbud, der indgår i analysen
Botilbud til midlertidigt ophold, § 107	906	876	96,7
Botilbud til længerevarende ophold, § 108	421	406	96,4
Botilbudslignende tilbud	656	637	97,1
Tilbud til behandling af stofmisbrug, § 101	121	120	99,2
Tilbud til behandling af alkoholmisbrug, SUL § 141	103	101	98,1
Kvindekrisecentre, § 109	66	59	89,4
Forsorgshjem/herberger, § 110	104	101	97,1
Tilbud til voksne i alt	1.736	1.680	96,8
Døgninstitutioner, § 66, stk. 1, nr. 7	201	198	98,51
Socialpædagogiske opholdssteder, § 66, stk. 1, nr. 6 og 8	432	422	97,69
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	68	65	95,6
Tilbud til børn og unge i alt	689	675	98,0

Anm.: Tabellen viser antallet af tilbud, der er godkendt som tilbudstyper, der er underlagt socialtilsynet pr. 31. marts 2021, og hvor mange af disse, der indgår i analysen. Se i øvrigt boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

Bilag 2 – Gennemsnitlig temascore efter tilbudstype

Tabel 2

Gennemsnitlig temascore, efter tema og tilbudstype

	Uddan- nelse og beskæf- tigelse	Selvstæn- dighed og relationer	Målgruppe, metoder og resultater	Sund- hed og trivsel	Organi- sation og ledelse	Kompe- tencer	Fysiske rammer
Voksenområdet							
Botilbud til midlerti- digt ophold, § 107	4,1	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,6
Botilbud til længere- varende ophold, § 108	3,9	4,4	4,4	4,4	4,3	4,4	4,4
Botilbudlignende til- bud	4,0	4,5	4,3	4,5	4,3	4,5	4,6
Tilbud til behandling af stofmisbrug, § 101	3,9	4,3	4,5	4,6	4,6	4,7	4,5
Tilbud til behandling af alkoholmisbrug, SUL § 141	3,9	4,3	4,5	4,7	4,6	4,8	4,5
Kvindekrisecentre, § 109	3,8	4,3	4,6	4,8	4,6	4,7	4,5
Forsorgshjem/her- berger, § 110	3,7	4,2	4,5	4,5	4,5	4,6	4,4
Børne- og ungeom- rådet							
Døgninstitutioner, § 66, stk. 1, nr. 7	4,3	4,5	4,5	4,4	4,3	4,5	4,4
Socialpædagogiske opholdssteder, § 66, stk. 1, nr. 6 og 8	4,4	4,6	4,5	4,5	4,5	4,4	4,7
Ambulant stofmis- brugsbehandling - Børn og unge, § 101	3,9	4,3	4,4	4,6	4,5	4,7	4,5

Anm.: Tabellen viser den gennemsnitlige temascore for tilbud efter tilbudstype. Se i øvrigt boks 1 om kvalitetsmo-
dellen og boks 2 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen og kvalitetsmodellen for socialtilsyn.

**21.
Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre
kommuner**



Social- og
Ældreministeriet

729

2021

Velfærdspolitisk Analyse



Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Formålet med denne analyse er at belyse tendenser i kommunernes brug af botilbud uden for kommunegrænsen. Analysen er en opfølgning på Velfærdspolitisk Analyse "Kommunernes brug af botilbud i andre kommuner" fra september 2020.

Analysen er baseret på data fra Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt med 16 kommuner om at koble oplysninger om sociale indsatser med oplysninger om udgifter til indsatsen på individniveau. De 16 kommuner er spredt ud over landet, men omfatter ikke de største kommuner. Da analysen er baseret på 16 kommuner, er den ikke nødvendigvis repræsentativ for landet som helhed.

Analysens hovedkonklusioner er:

- *Blandt de 16 kommuner i analysen er det samlet 46 pct. af borgerne i botilbud, der er bosat uden for betalingskommunen 1. januar 2019. De 54 pct., der er bosat i kommunen, kan både have ophold på kommunens egne tilbud eller et privat eller regionalt tilbud, der ligger i kommunen.*
- *Andelen bosat uden for kommunen er højest for borgere med ophold i længerevarende botilbud (§ 108) og midlertidige botilbud (§ 107), hvor hhv. 68 pct. og 61 pct. er bosat uden for betalingskommunen. For borgere i botilbudslignende tilbud er det 32 pct., der er bosat uden for betalingskommunen. Dette mønster er det samme som i den tidligere analyse baseret på registerdata fra 57 kommuner.*
- *I analysen opgøres de individuelle enhedsudgifter, der udtrykker hvad indsatsen koster for en person med ophold på botilbuddet i et år. For alle tre typer af botilbud er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift størst for borgere bosat uden for betalingskommunen.*
- *Forskellen mellem udgifter til borgere hhv. i og uden for kommunen er mindst for de længerevarende botilbud og størst for de botilbudslignende tilbud. For de botilbudslignende tilbud er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift 810.000 kr. pr. år for borgere bosat uden for kommunen og 520.000 kr. pr. år for borgere bosat i kommunen.*
- *Der er en tendens til, at borgere i botilbudslignende tilbud primært har ophold på kommunens egne tilbud (64 pct. af borgerne) eller sekundært en anden kommunes tilbud (27 pct.).*
- *Blandt de midlertidige botilbud er der en overvægt af borgere med ophold på private tilbud (57 pct.) og en relativt set mindre brug af egne tilbud (25 pct.). De resterende borgere med midlertidige ophold bor enten på et midlertidigt botilbud drevet af en anden kommune (9 pct.) eller på et regionalt tilbud (10 pct.).*

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

- *For de længerevarende botilbud er der en mere ligelig brug af hhv. egne, andre kommunale, regionale og private tilbud. For de længerevarende botilbud har 22 pct. ophold på kommunens eget tilbud, 31 pct. på en anden kommunes tilbud, 20 pct. på et privat tilbud og 26 pct. på et regionalt tilbud.*
- *Samlet set har ca. 85 pct. af borgerne på botilbud bosat uden for kommunen én eller flere af de udvalgte diagnoser, der indgår i analysen. Det tilsvarende tal for borgere med bopæl i kommunen er 80 pct. Diagnoserne omfatter bl.a. ADHD, autisme, udviklingshæmning, erhvervet hjerneskade og udvalgte psykiatriske diagnoser.*
- *Der er en betydelig forskel i den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift mellem personer bosat i kommunen og uden for kommunen inden for den samme diagnosegruppe. Den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er størst for personer bosat uden for kommunegrænsen for samtlige diagnosegrupper i analysen. Eksempelvis er udgiften 1.030.000 kr. pr. år for borgere med ADHD bosat uden for kommunen, mens den er 650.000 kr. pr. år for borgere med ADHD bosat i kommunen.*
- *Der er en sammenhæng mellem den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift og antallet af diagnosegrupper. Jo flere diagnosegrupper borgeren optræder i, jo højere er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift til botilbuddet. Dette ser man både blandt borgere bosat uden for og i kommunen. Resultaterne indikerer, at der er en sammenhæng mellem kompleksiteten af borgernes problematikker, og hvor udgiftstung indsatsen til borgeren er.*
- *Forskellene i de individuelle enhedsudgifter mellem borgerne bosat i og uden for kommunen er i forlængelse heraf formentligt bl.a. et udtryk for, at borgerne bosat uden for kommunen gennemsnitligt set har et større eller mere kompliceret støttebehov, der gør det nødvendigt at modtage et mere udgiftstungt tilbud, der ikke nødvendigvis er beliggende i kommunen selv. Det er i denne analyse ikke muligt at opgøre disse målgruppeforskelle fuldt ud, da de vedrører forhold, der ikke findes dækkende data om, herunder forhold vedrørende borgerens funktionsevne, behov for støtte og pleje, døgn dækning mv.*

Indledning

I denne analyse undersøges kommunernes brug af botilbud i andre kommuner. Formålet er at kortlægge tendenser i, hvilke borgere der modtager et botilbud hhv. i og uden for kommunegrænsen.

Analysen er en opfølgning på Velfærdspolitisk Analyse nr. 26 "Kommunernes brug af botilbud i andre kommuner" (september 2020). I den tidligere analyse blev omfanget af kommunernes brug af botilbud i andre kommuner undersøgt på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Denne analyse ser nærmere på, hvad der karakteriserer borgere i botilbud hhv. i og uden for kommunen. Begge analyser indgår som en del af Evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt på Finansloven for 2020.

Analysen er baseret på unikke data fra Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt med 16 kommuner om at koble oplysninger om sociale indsatser med oplysninger om udgifter til indsatsen på individniveau. I projektet har man koblet data om borgernes sociale indsats med oplysninger om bl.a. kommunens udgifter til opholdet og botilbuddets virksomhedsform. Oplysningerne er indhentet på individniveau fra kommunerne.

På baggrund af disse data er det muligt at belyse en række forhold ang. kommunernes brug af botilbud. Der vil i analysen særligt være fokus på at undersøge den udgiftsmæssige tyngde og variationer i, hvilke borgere der modtager forskellige typer af botilbud i og uden for kommunen.

Botilbud omfatter i analysen midlertidige og længerevarende ophold efter servicelovens §§ 107-108 samt socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Boks 1 uddyber Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt med de 16 kommuner.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Boks 1

Social- og Ældreministeriets samarbejde med kommuner om kobling af udgifts- og aktivitetsdata

Mange kommuner efterspørger bedre styringsmuligheder på det specialiserede voksenområde. Grundlaget for bedre styring er systematisk viden om målgrupper, indsatser, omkostninger og resultater. I dag er det imidlertid alene aktivitetsdata om sociale indsatser, som kommunerne indberetter på individniveau til Danmarks Statistik, mens udgiftstal indberettes til Danmarks Statistik på kommuneniveau i regi af de kommunale regnskaber.

Social- og Ældreministeriet har derfor igangsat et projekt, der har til formål at styrke de statslige og kommunale analyse- og styringsmuligheder ved at tilvejebringe et datagrundlag om sammenlignelige enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde i udvalgte kommuner på baggrund af individbaseret data om aktiviteter og udgifter.

I alt 16 kommuner deltager i projektet i 2019: Ballerup, Brønderslev, Favrskov, Fredensborg, Hjørring, Holstebro, Horsens, Høje-Taastrup, Helsingør, Randers, Ringkøbing-Skjern, Rudersdal, Skanderborg, Slagelse, Vesthimmerlands og Vordingborg kommuner.

Projektet indebærer, at de deltagende kommuner indberetter individhenførbare udgiftsoplysninger. Ud over udgiftsoplysninger indhentes der oplysninger om bl.a. virksomhedsformen (driftsherforhold) for botilbudet. Kommunerne har indberettet oplysninger for de borgere som kommunen er betalingskommune for. Projektet omfatter en række forskellige indsatser. I denne analyse er fokus på midlertidige og længerevarende botilbud efter §§ 107-108 i serviceloven og socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Borgerne er i projektet opgjort af betalingskommunen, altså den kommune der afholder udgifterne for borgernes ophold.

Det skal understreges, at analysen er baseret på oplysninger fra 16 kommuner og dermed ikke nødvendigvis repræsentativ for landet som helhed. Datagrundlaget og forbehold ved analysens metode er uddybet i boks 2.

Boks 2**Metode og datagrundlag for analysen, herunder forbehold**

I analysen er det lagt til grund, at hvis borgerens bopælskommune 1. januar 2019 er forskellig fra betalingskommunen, så har borgeren ophold i et botilbud uden for betalingskommunen. Opgørelsen laves for borgere, der har ophold i botilbud 1. januar 2019, således at der er overensstemmelse mellem tidspunktet for opgørelse af bopælskommunen og betalingskommunen.

Betalingskommunen er opgjort på baggrund af kommunernes indberetninger i projektet, idet kommunerne har indberettet oplysninger om de borgere, hvor de er betalingskommune. Bopælskommunen er baseret på kommunen fra folkeregisteradressen opgjort 1. januar 2019 fra Danmarks Statistiks befolkningsregister. Manglende eller fejlbehæftet registrering af flytning el. lign. i folkeregistret vil give anledning til usikkerhed i opgørelsen. Hvis borgeren under ophold på botilbud i en anden kommune beholder folkeregisteradresse i sin hjemkommune, vil det ikke kunne opgøres, at borgeren har ophold i botilbud i en anden kommune.

Da analysen er baseret på oplysninger fra 16 kommuner er resultaterne ikke nødvendigvis repræsentative for landet som helhed. Da der generelt er meget store kommunale variationer i kommunernes brug af tilbud i andre kommuner giver den ikke-komplette kommunedækning anledning til usikkerhed. Eksempelvis vil billedet formentligt ændre sig, hvis Københavns Kommune indgik.

I analysen er der afgrænset til modtagere af de tre typer af botilbud pr. 1. januar 2019. Herudover er der afgrænset til personer på 18 år og derover, der er i Danmarks Statistiks befolkningsregister 1. januar 2019. Enkelte personer er i data registreret med flere typer af botilbud eller flere typer af virksomhedsformer pr. 1. januar 2019. For disse personer beholdes registreringen med den største varighed i 2019 og dernæst det ophold, med den største udgift, hvis længden er den samme. Endeligt er der enkelte borgere, der er registreret som modtagere af kommunens eget tilbud med bopæl i en anden kommune eller som modtagere af en anden kommunes tilbud med bopæl inden for kommunen. Disse personer er udeladt af analysen bl.a. af diskretionshensyn, da der er tale om små grupper. Det samlede antal unikke personer i analysen er 4.107 personer.

Der kan ikke sættes lighedstegn mellem, at borgeren har adresse i betalingskommunen, og at borgeren har ophold i et botilbud som betalingskommunen selv er driftsherre for. Det skyldes hovedsageligt, at borgeren eksempelvis kan have ophold på et privat eller regionalt tilbud, der ligger inden for kommunens geografiske område. Se også afsnittet nedenfor om botilbuddenes virksomhedsformer.

Brug af botilbud uden for kommunen

Blandt de 16 kommuner i analysen er det samlet 46 pct. af borgerne i botilbud, der er bosat uden for betalingskommunen 1. januar 2019.

Andelen bosat uden for kommunen er højest for borgere med ophold i længerevarende botilbud og midlertidige botilbud, hvor hhv. 68 pct. og 61 pct. er bosat uden for betalingskommunen. For borgere i botilbudslignende tilbud er det 32 pct., der er bosat uden for betalingskommunen, jf. tabel 1.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Resultaterne på baggrund af de 16 kommuner stemmer i store træk godt overens med de tilsvarende resultater, der kan opgøres på baggrund af Danmarks Statistiks register Handicap og udsatte (voksne), hvor der indgår 57 kommuner. Niveaue for brugen af botilbud uden for kommunen er lidt højere blandt de 16 kommuner. Mens det samlet set er 46 pct. af borgerne i de 16 kommuner, der har ophold uden for kommunen, er det 39 pct. blandt de 57 kommuner i Danmarks Statistiks registerdata. I begge opgørelser ses den samme tendens til, at andelen bosat uden for handlekommunen er højst for de længerevarende og midlertidige botilbud efter serviceloven og lavest for borgere, der modtager botilbudslignende tilbud, jf. tabel 1.

Tabel 1

Borgere med ophold i botilbud i alt og med bopæl uden for kommunen, 1. januar 2019

		Midlertidige ophold	Længereva- rende ophold	Botilbudslig- nende tilbud	Botilbud i alt
		----- Antal personer -----			
16 kommuner i analysen	Personer i botilbud	1.069	705	2.333	4.107
	- Heraf bosat uden for kommunen	648	480	756	1.884
		----- Pct. -----			
	Andel bosat uden for kommunen	61	68	32	46
		----- Pct. -----			
Danmarks Sta- tistik data (57 kommuner)	Andel bosat uden for kommunen (2018)	53	58	25	39

Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 og 2 for datakilde og opgørelsesmetode. Opgørelsen for Danmarks Statistiks data (57 kommuner) er baseret på Velfærdspolitisk Analyse nr. 26 "Kommunernes brug af botilbud i andre kommuner" (september 2020). Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn), fx botilbud efter ABL § 105/115. Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Forskellene kan skyldes kommunale variationer i den forstand, at de 16 kommuner i projektet kan have et lidt anderledes tilbudslandskab inden for kommunegrænserne end de 57 kommuner i Danmarks Statistiks registerdata. Herudover kan det have betydning, at data i projektet er opgjort af betalingskommunen pr. 1 januar 2019, mens det i registerdata er opgjort af handlekommunen 1. januar 2018.

Individuelle enhedsudgifter

Der er i analysen opgjort individuelle enhedsudgifter for borgerne på botilbud. Den individuelle enhedsudgift er et beregnet udtryk for, hvor meget indsatsen til borgeren ville koste, hvis

borgeren modtog botilbuddet hele året. Boks 3 uddyber opgørelsen af de individuelle enhedsudgifter.

Boks 3

Opgørelse af individuelle enhedsudgifter og forbehold

En individuel enhedsudgift er et udtryk for, hvad botilbuddet til den enkelte borger ville koste, hvis opholdet varer et år. Den individuelle enhedsudgift er beregnet som årsudgiften for kommunen divideret med andelen af året som indsatsen er aktiv for den enkelte person. Hvis opholdet varer hele året er enhedsudgiften den samme som kommunens årsudgift.

De individuelle enhedsudgifter skal tages med visse forbehold, da der er tale om en beregnet størrelse. Eksempelvis kan den beregnede individuelle enhedsudgift blive meget høj, hvis kommunen giver borgeren en dyr, men kortvarig indsats. Hertil kommer, at kommunesammenligninger skal foretages med varsomhed, da der kan være registreringsmæssige forskelle mellem kommunerne. Eksempelvis kan der være forskelle mellem kommunerne i opgørelsen af borgerens egenbetaling for ophold i botilbud efter serviceloven.

Den gennemsnitlige egenbetaling for borgerne er i projektet i størrelsesorden omkring 30-50.000 kr. pr. år på tværs af kommunerne for borgerne med ophold i midlertidige og længerevarende botilbud. Oplysningerne om egenbetaling er dog ikke fuldstændige, og der er i nogle tilfælde usikkerhed om egenbetalingen er fratrukket kommunens udgift. For botilbudslignende tilbud opgøres ikke en tilsvarende egenbetaling, da borgeren ikke er omfattet af reglerne om egenbetaling for ophold i botilbud efter serviceloven. For borgere med ophold i botilbudslignende tilbud vil borgeren typisk betale en månedlig husleje.

Grundlaget for opgørelsen af de individuelle enhedsudgifter er for alle typer af botilbud i analysen kommunens samlede udgifter, hvor der ikke fratrukket den egenbetaling som kommunen måtte opkræve hos borgeren, da egenbetalingen ikke for nuværende kan opgøres fuldstændigt på individniveau.

Resultaterne skal tages med forbehold for, at udgifterne til de botilbudslignende tilbud og botilbuddene efter serviceloven ikke er fuldt sammenlignelige på grund af forskellene i rammerne for hhv. egenbetaling og betaling af husleje. Forskellen består i, at udgifterne er eksklusiv borgerens udgift til husleje for de botilbudslignende tilbud, men inklusiv borgerens evt. egenbetaling for botilbuddene efter serviceloven. Et groft skøn er, at kommunernes udgifter til midlertidige og længerevarende botilbud efter serviceloven i gennemsnit er i størrelsesorden 30-50.000 kr. lavere end de individuelle enhedsudgifter udgifter opgjort i analysen, hvis man trækker egenbetalingen fra. Dette er dog en gennemsnitsbetragtning, der ikke nødvendigvis dækker alle de analyserede kombinationer i analysen.

Da de botilbudslignende tilbud i højere grad er kommunale og ligger i kommunen, har disse forskelle også betydning for de øvrige sammenligninger i analysen, herunder sammenligningen af borgerne bosat hhv. i og uden for kommunen. Når den gennemsnitlige individuelle udgift for borgerne bosat uden for kommunen typisk er højere, kan dele af denne forskel skyldes, at der relativt set er flere borgere med ophold i botilbud efter serviceloven uden for kommunen end blandt borgerne bosat i kommunen.

Det skal endeligt bemærkes, at der kan være usikkerheder forbundet med kommunernes registrering af udgifter. Eventuelle forskelle i kommunernes registreringspraksis vil give anledning til usikkerheder i opgørelsen af de individuelle enhedsudgifter på tværs af kommuner, botilbudstyper og virksomhedsformer. Eksempelvis vil det give anledning til usikkerhed, hvis dele af en bestemt type udgift ikke er medtaget for nogle virksomhedsformer, mens de indgår for andre. Det har dog været ambitionen i projektet at indsamle og op-

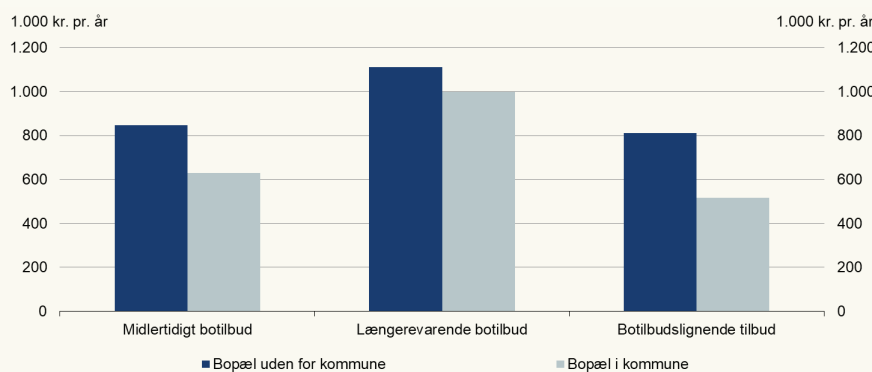
Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

gøre sammenlignelige udgiftsdata for kommunerne. De deltagende kommuner har således tilstræbt at opgøre alle udgifter ensartet med henblik på kommunale sammenligninger på tværs af ydelser og virksomhedsformer. Det er eksempelvis eksplicit nævnt i indberetningskravene i projektet, at udgifter til overhead skal inkluderes. Det ligger dog uden for projektets og denne analyses formål at foretage en egentlig afdækning af, hvorvidt dette er tilfældet i praksis.

For alle tre typer af botilbud i analysen er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift størst for borgere bosat uden for betalingskommunen. Forskellen mellem borgere hhv. i og uden for kommunen er mindst for de længerevarende botilbud og størst for de botilbudslignende tilbud. Den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift for borgere med ophold i længerevarende botilbud er omkring 1.110.000 kr. pr. år for borgere bosat uden for kommunen og 1.000.000 kr. for borgere bosat i kommunen. For botilbudslignende tilbud er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift 810.000 kr. pr. år for borgere bosat uden for kommunen og 520.000 kr. pr. år for borgere bosat i kommunen, jf. figur 1.

Figur 1

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter type af botilbud, 1. januar 2019



Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Man ser samme tendens, hvis man i stedet for den gennemsnitlige udgift ser på medianudgiften. Medianudgiften er den "midterste" udgift blandt de 16 kommuner. For alle tre typer af botilbud er medianudgiften højere for personer bosat uden for kommunen. Forskellen i medianudgift er størst for de botilbudslignende tilbud. Medianudgiften for botilbudslignende tilbud er 740.000 kr. pr. år for borgere bosat uden for kommunen, mens den er 440.000 kr. pr. år for borgere bosat i kommunen, jf. tabel 2.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 2**Median og spredning for individuelle enhedsudgifter for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter type af botilbud, 1. januar 2019**

	Midlertidigt botilbud		Længerevarende botilbud		Botilbudslignende tilbud	
	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- 1.000 kr. pr. år -----					
25 pct. kvartil	560	400	760	650	510	260
Median	710	630	940	820	740	440
75 pct. kvartil	950	760	1.220	1.030	980	670
	----- Antal personer -----					
Antal personer	648	421	480	225	756	1.577

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

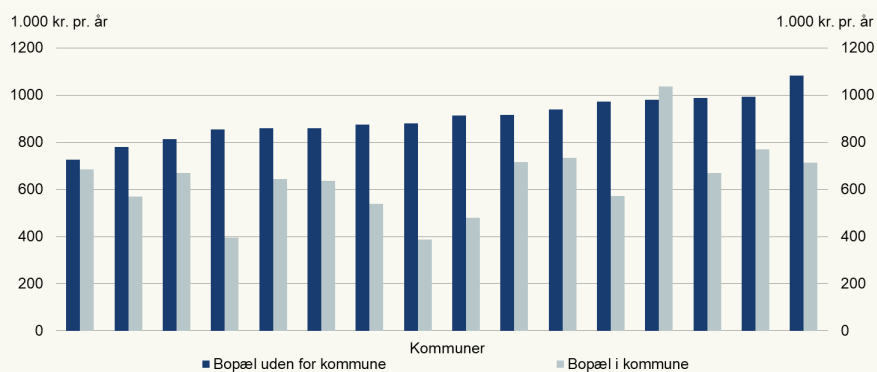
Der er forskel i den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift mellem borgerne bosat i og uden for handlekommunen i 15 ud af de 16 kommuner, der deltager i projektet. I den ene kommune, hvor den gennemsnitlige udgift er lidt højere for borgerne bosat i kommunen er antallet af borgere i kommunen lavt.

I de resterende 15 kommuner er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift størst for borgere bosat uden for kommunen, når man ser på tværs af de tre typer af botilbud, jf. figur 2.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Figur 2

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for botilbud samlet for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter kommune, 1. januar 2019



Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Forskellene i de individuelle enhedsudgifter mellem borgerne bosat i og uden for kommunen er formentlig et udtryk for, at borgerne bosat uden for kommunen gennemsnitligt set har et større eller mere kompliceret støttebehov, der gør det nødvendigt at modtage et mere udgiftstungt tilbud, der ikke nødvendigvis er beliggende i kommunen selv.

Det er ikke muligt at opgøre disse målgruppeforskelle fuldt ud, da det vedrører forhold, der ikke findes dækkende data om, herunder forhold vedrørende borgerens funktionsevne, behov for støtte og pleje, døgndækning mv.

Herudover er der store kommunale forskelle i tilgængeligheden af botilbud i kommunerne i forlængelse af, at det kan være meget varierende, hvor mange botilbud, der ligger inden for kommunens geografiske område. Der kan være eksempelvis historiske og andre årsager til, at nogle kommuner har flere botilbudspladser beliggende inden for kommunegrænsen, eksempelvis tidligere amtslige tilbud. Se også Velfærdspolitisk Analyse nr. 26 "Kommunernes brug af botilbud i andre kommuner" (september 2020), hvor sammenhængen mellem udbudet af botilbudspladser inden for kommunegrænsen og kommunernes brug af botilbud i og uden for kommunen er undersøgt.

I den resterende del af analysen undersøges borgernes alder, diagnoseprofil og botilbuddets virksomhedsform og hvordan dette hænger sammen med udgifterne til opholdet og kommunernes brug af botilbud uden for kommunen

Virksomhedsform for botilbuddet

I dette afsnit inddrages oplysninger om botilbuddets virksomhedsform. Der skelnes mellem fire typer af virksomhedsformer for botilbuddet:

- Egen leverandør (betalingskommunens eget tilbud)
- Anden kommunal leverandør
- Regional leverandør
- Privat leverandør

Der er en tendens til, at borgere, der modtager botilbudslignende tilbud primært har ophold på kommunens egne tilbud (64 pct. af borgerne) eller sekundært en anden kommunes tilbud (27 pct.), jf. figur 8 nedenfor. De botilbudslignende tilbud er således i høj grad kommunale tilbud og hovedparten af borgerne har ophold på kommunens egne tilbud. Disse resultater stemmer overens med, at andelen med bopæl uden for kommunen er lavest for de botilbudslignende tilbud, jf. tabel 1 ovenfor.

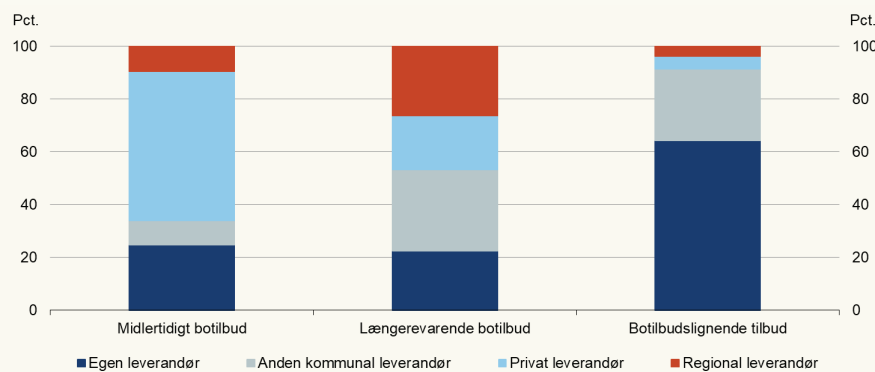
Blandt de midlertidige botilbud er der en overvægt af borgere med ophold på private tilbud (57 pct.) og en relativt set mindre brug af egne tilbud (25 pct.). De resterende borgere med midlertidige ophold bor enten på et midlertidigt botilbud drevet af en anden kommune (9 pct.) eller på et regionalt midlertidigt botilbud (10 pct.).

For de længerevarende botilbud er der en mere ligelig brug af hhv. egne, andre kommunale, regionale og private tilbud. For de længerevarende botilbud har 22 pct. ophold på kommunens eget tilbud, 31 pct. på en anden kommunes tilbud, 20 pct. på et privat tilbud og 26 pct. på et regionalt tilbud. Det er også blandt de længerevarende botilbud, at brugen af de regionale tilbud relativ set er størst, jf. figur 3.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Figur 3

Borgere på botilbud efter type af botilbud og virksomhedsform, 1. januar 2019



Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Disse mønstre i hvordan borgerne i de 16 kommuner fordeler sig efter virksomhedsformer stemmer overordnet set godt overens med fordelingen af tilbudspladser på landsplan, selvom der dog også er forskelle. Se boks 4 for yderligere.

Boks 4**Virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud på landsplan**

Social- og Ældreministeriet har i Velfærdspolitisk Analyse nr. 24 "Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud" (september 2020) kortlagt virksomhedsformerne for sociale tilbud.

Sammenligningen mellem denne analyse og fordelingen af tilbud på landsplan skal tages med forbehold. For det første er analysen her baseret på data fra 16 kommuner. For det andet handler analysen her om fordelingen af borgere og ikke fordelingen af tilbud og pladser. En sammenligning med antal pladser på landsplan kan dog give en indikation på, hvorvidt det overordnede billede er genkendeligt.

På landsplan er 89 pct. af alle pladser på botilbudslignende tilbud kommunale, mens det her drejer sig om, at 91 pct. af borgerne på botilbudslignende tilbud enten har ophold på kommunens egne eller en anden kommunes tilbud. Det tyder på et ensartet mønster.

For de midlertidige botilbud er 59 pct. af pladserne på landsplan enten private herunder fonde, selvejende mv. og 35 pct. er kommunale. De tilsvarende tal for, hvordan borgerne fordeler sig i analysen er hhv. 57 pct. og 25 pct.

For de længerevarende botilbud er der enkelte forskelle mellem fordelingen af pladser på landsplan og borgerne i de 16 kommuner. Blandt de længerevarende botilbud på landsplan er 51 pct. af pladserne kommunale, 29 pct. private eller fonde, selvejende mv. og 20 pct. regionale. Baseret på data om borgernes ophold på botilbud fra de 16 kommuner er de tilsvarende tal hhv. 53 pct. med et kommunalt tilbud, 20 pct. med et privat tilbud og 26 pct. med et regionalt tilbud.

Forskellene kan ses i lyset af, at der kan være en række historiske og andre årsager til, at nogle kommuner eksempelvis har flere private eller regionale tilbud beliggende enten i kommunen eller i en nabokommune, hvilket kan give kommunale variationer.

De gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter varierer på en række sammensatte måder med henholdsvis tilbuddets virksomhedsform, og hvorvidt der er tale om en borger bosat i eller uden for kommunen afhængigt af hvilken type botilbud, der er tale om.

I nogle kombinationer af virksomhedsform og bopæl er der få borgere og resultaterne skal derfor tolkes med varsomhed. Der optræder pr. definition ingen borgere i kombinationen kommunen som leverandør og bopæl uden for kommunen og heller ingen borgere med anden kommunal leverandør med bopæl i kommunen, jf. også boks 2.

For de midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 er der en tendens til, at den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er lavest for borgere, der modtager kommunens egne tilbud. Den individuelle enhedsudgift er i gennemsnit højest for borgere, der modtager regionale midlertidige tilbud beliggende uden for kommunegrænsen. Blandt den store gruppe af borgere, der modtager private midlertidige tilbud ser man også, at den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er højest for borgere bosat uden for kommunegrænsen, jf. tabel 3 nedenfor.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 3

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere på midlertidige botilbud (§ 107) efter virksomhedsform og bopæl, 1. januar 2019

	Gennemsnitlig individuel enhedsudgift		Antal personer	
	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- 1.000 kr. pr. år -----		----- Personer -----	
Egen leverandør	-	600	-	265
Anden kommunal leverandør	840	-	97	-
Privat leverandør	790	650	463	141
Regional leverandør	1.150	900	88	15

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr. Der optræder pr. definition ingen borgere med egen leverandør og bopæl uden for kommunen og heller ingen borgere med anden kommunal leverandør med bopæl i kommunen, jf. boks 2.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Mønstrene for længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 er anderledes. For de længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 er der ikke nogen tendens til, at borgerne på kommunens egne tilbud har den laveste gennemsnitlige individuelle enhedsudgift. Den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift for borgerne på kommunens egne tilbud er stort set den samme som for borgere på andre kommuners tilbud.

Som for de midlertidige tilbud ser man, at den højeste gennemsnitlige individuelle enhedsudgift findes blandt borgere, der modtager regionale længerevarende botilbud og som er bosat uden for kommunegrænsen, jf. tabel 4 nedenfor.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 4**Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere på længerevarende botilbud (§ 108) efter virksomhedsform og bopæl, 1. januar 2019**

	Gennemsnitlig individuel enhedsudgift		Antal personer	
	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- 1.000 kr. pr. år -----		----- Personer -----	
Egen leverandør	-	1.020	-	158
Anden kommunal leverandør	1.030	-	217	-
Privat leverandør	990	890	100	44
Regional leverandør	1.300	1.100	163	23

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr. Der optræder pr. definition ingen borgere med egen leverandør og bopæl uden for kommunen og heller ingen borgere med anden kommunal leverandør med bopæl i kommunen, jf. boks 2.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Resultaterne i tabel 4 ser lidt anderledes ud, hvis man i stedet for gennemsnit ser på medianen. Eksempelvis er median af de individuelle enhedsudgifter for borgere på længerevarende botilbud bosat i kommunen i 780.000 kr., hvilket er lavere end medianudgiften for de andre kombinationer af virksomhedsform og bopæl for borgere på længerevarende botilbud.

De botilbudslignende tilbud er hovedsageligt enten kommunens egne tilbud eller andre kommuners tilbud. For borgerne på kommunens egne botilbudslignende tilbud er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift 520.000 kr. pr. år for borgerne bosat i kommunen. Gennemsnittet for borgere bosat uden for kommunen på andre kommuners botilbudslignende tilbud er 800.000 kr. pr. år, jf. tabel 5.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 5

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere på botilbudslignende botilbud efter virksomhedsform og bopæl, 1. januar 2019

	Gennemsnitlig individuel enhedsudgift		Antal personer	
	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- 1.000 kr. pr. år -----		----- Personer -----	
Egen leverandør	-	520	-	1.501
Anden kommunal leverandør	800	-	630	-
Privat leverandør	680	320	58	53
Regional leverandør	1.020	850	68	23

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Botilbudslignede tilbud omfatter socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr. Der optræder pr. definition ingen borgere med egen leverandør og bopæl uden for kommunen og heller ingen borgere med anden kommunal leverandør med bopæl i kommunen, jf. boks 2.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Alder, botilbud og individuelle enhedsudgifter

Borgerne med ophold i midlertidige botilbud er væsentligt yngre end borgerne med ophold i længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud. Aldersprofilen for borgerne på længerevarende botilbud og botilbudslignede tilbud ligner i høj grad hinanden. Disse mønstre ser man både for borgerne bosat i og uden for kommunen.

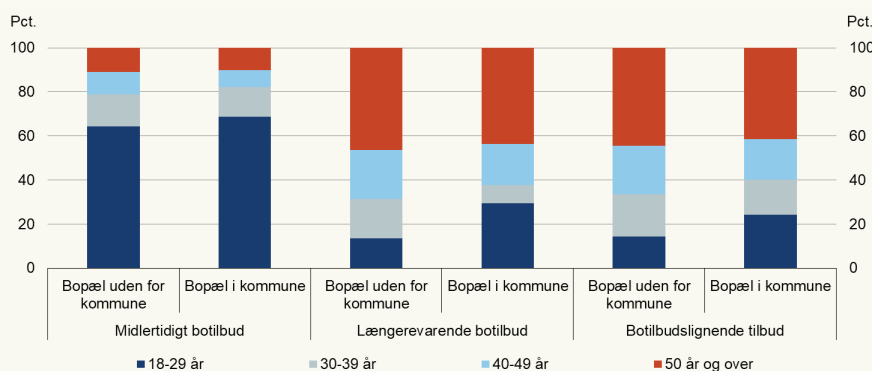
For borgere med ophold på midlertidige botilbud med ophold hhv. uden for og i kommunen er 64 pct. og 69 pct. 18-29 år. De tilsvarende tal for borgerne i længerevarende botilbud er hhv. 14 pct. og 29 pct. For borgerne på botilbudslignende tilbud er tallene hhv. 14 pct. og 24 pct., jf. figur 4.

Omvendt er der flere i de lidt ældre aldersgrupper blandt borgerne på længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud end blandt beboerne på midlertidige botilbud. Disse aldersforskelle mellem botilbudstyperne skal bl.a. ses i lyset af, at de midlertidige botilbud kan bruges til at støtte, rehabiliter og vurdere støttebehovene hos yngre voksne. Hvis borgeren har et varigt behov for et botilbud, kan borgeren visiteres til et længerevarende botilbud enten efter servicelovens § 108 eller et botilbudslignende tilbud efter fx almenboligloven. Her kan borgeren have et ophold i en betydeligt længere årrække.

For alle tre typer af botilbud, er der generelt kun få forskelle i aldersfordelingen mellem borgerne bosat i og uden for handlekommunen. Der er dog en tendens til, at andelen af 18-29-

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

årige er størst blandt dem, der er bosat inden for kommunen. Eksempelvis er 24 pct. af borgerne på botilbudslignende tilbud bosat i kommunen 18-29 årige, mens det gælder 14 pct. for borgerne bosat uden for handlekommunen.

Figur 4**Alder for borgere på botilbud bosat i og uden for betalingskommune, 1. januar 2019**

Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

For alle kombinationer af botilbudstype og aldersgrupper i analysen er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift højere for borgerne bosat uden for kommunen. Eksempelvis er den individuelle enhedsudgift for 18-29-årige modtagere af midlertidige botilbud 850.000 kr. pr. år for borgerne bosat uden for kommunen og 630.000 kr. pr. år for borgerne bosat i kommunen, jf. tabel. 6.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 6

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter type af botilbud og alder, 1. januar 2019

		Gennemsnitlig individuel enhedsudgift		Antal personer	
		Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
		----- 1.000 kr. pr. år -----		----- Personer -----	
Midlertidigt botilbud	18-29 år	850	630	416	289
	30-39 år	830	620	95	57
	40-49 år	990	680	66	32
	50 år og over	710	600	71	43
Længerevarende botilbud	18-29 år	1.600	1.310	65	66
	30-39 år	1.150	820	86	19
	40-49 år	1.090	950	106	42
	50 år og over	960	840	223	98
Botilbudslignende tilbud	18-29 år	990	570	108	381
	30-39 år	850	480	146	251
	40-49 år	790	490	165	290
	50 år og over	740	510	337	655

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

For de længerevarende botilbud og de botilbudslignende tilbud er der en tendens til, at den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er højest for de yngste borgere bosat uden for kommunen, jf. tabel 6 ovenfor. Man skal dog tolke resultaterne i den enkelte kombination af botilbudstype og aldersgruppe med varsomhed, da antallet af personer i nogle grupper er lavt.

Diagnoser og individuelle enhedsudgifter

I dette afsnit inddrages udvalgte diagnoser fra borgernes kontakt med sygehuse for at beskrive borgerne på botilbud.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er en entydig kobling mellem en diagnose og borgerens konkrete funktionsnedsættelse. At borgeren på et tidspunkt har fået stillet en diagnose, kan ikke kobles direkte til, at borgeren har en funktionsnedsættelse, der betyder, at

det er nødvendigt for vedkommende at modtage hjælp og støtte. Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsevne, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose i sig selv.

Opgørelserne i analysen er baseret på diagnoser fra hospitaler. Der indgår ikke kontakter til og behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæge, samt brug af lægemidler i opgørelsen over diagnoser. Derfor kan forekomsten af nogle af diagnoserne være undervurderet. På trods af disse forbehold kan diagnoserne dog give et indblik i nogle af de forskelle, der er blandt voksne med ophold på botilbud.

I boks 5 fremgår de udvalgte diagnoser, der indgår i analysen samt hvordan de er opgjort.

Boks 5

Diagnoser i analysen

Diagnoser der kan være forbundet med et handicap omfatter i analysen:

- ADHD
- Autismespektrum
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Epilepsi
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning (mental retardering)

Listen er ikke udtømmende for funktionsnedsættelser generelt, idet der findes mange andre diagnoser, der kan være forbundet med en funktionsnedsættelse. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2018.

Diagnoser der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv.
- Skizofreni mv.
- Depression og angst mv.
- Personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser mv.

Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri over perioden 2014-2018.

I analysen benyttes samme inddeling af psykiatriske diagnoser, som blev anvendt i forbindelse med afrapporteringen fra styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). De benyttede psykiatriske diagnosegrupper følger strukturen i den internationale klassifikation af sygdomme (ICD-10). De benyttede navnene er udelukkende eksempler på diagnoser, der indgår. Eksempelvis indeholder diagnosegruppen "spiseforstyrrelser mv." også "ikke-organiske søvnforstyrrelser". Fortolkningen af resultaterne skal tages med disse forbehold. Se Socialpolitisk Redegørelse 2020 for dokumentation af diagnosekoderne. I analysen er en række af diagnosegrupperne ovenfor slået sammen af hensyn til et opnå et tilstrækkeligt robust datagrundlag.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

I det nedenstående gives først en beskrivelse af borgerne separat efter hver type af botilbud. Dernæst ses der på forskelle mellem borgerne bosat i og uden for kommunen på tværs af de tre typer af botilbud.

I størrelsesordenen 79-86 pct. af borgerne på botilbud har én eller flere af de udvalgte diagnoser, der indgår i analysen. Det gælder for alle tre typer af botilbud. Der er imidlertid en række forskelle i diagnoseprofilen mellem borgere på midlertidige botilbud på den ene side og borgere på længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud på den anden side.

Andelen med en diagnose for ADHD, autismespektrum, psykiske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv., depression og angst mv. samt personligheds- og spiseforstyrrelser mv. er højere blandt borgerne på midlertidige botilbud end blandt borgerne på længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud.

Omvendt er andelen med en diagnose for cerebral parese, udviklingshæmning (inkl. Downs syndrom), epilepsi og erhvervet hjerneskade højere blandt borgere med ophold i længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud. Disse forskelle kan blandt andet ses i lyset af, at eksempelvis cerebral parese, Downs syndrom og udviklingshæmning er varige lidelser.

Forskellene mellem botilbudstyperne er dog ikke entydige. Eksempelvis er andelen med skizofreni stort set den samme på midlertidige og længerevarende botilbud og væsentligt højere end blandt borgerne på de botilbudslignende tilbud. Og der er også en betydelig andel (28 pct.) af borgerne på midlertidige botilbud, der har udviklingshæmning selvom andelen er lavere end for de to andre typer af botilbud, jf. tabel 7.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 7**Diagnosegrupper blandt borgere på botilbud efter type af botilbud, 1. januar 2019**

	Midlertidigt botilbud	Længerevarende botilbud	Botilbudslignende tilbud
	-----Pct.-----		
ADHD	23	7	5
Autismespektrum	28	15	13
Cerebral parese	4	9	10
Udviklingshæmning (inkl. Downs syndrom)	28	51	45
Epilepsi	12	25	27
Erhvervet hjerneskade	8	12	12
Psykiske lidelse pga. alkohol eller stoffer mv.	17	11	5
Skizofreni mv.	28	26	15
Depression og angst mv.	30	9	10
Personligheds- og spiseforstyrrelser mv.	14	3	2
I alt med diagnose	86	86	79
Antal personer	1.069	705	2.333

Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Den samme borger kan være registreret med flere diagnoser og summen af andelen i rækkerne kan derfor være større end andelen i alt med diagnose.

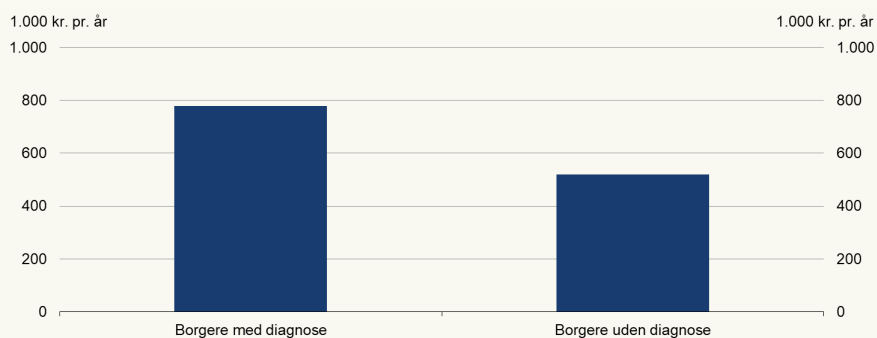
Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Den individuelle enhedsudgift er større for personer, der har én eller flere af de udvalgte diagnoser, der indgår i analysen. Den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift for gruppen med diagnose er 780.00 kr. pr. år, mens den er 520.000 kr. pr. år for gruppen uden en af de udvalgte diagnoser, jf. figur 5.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Figur 5

Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere på botilbud efter diagnose, 1. januar 2019

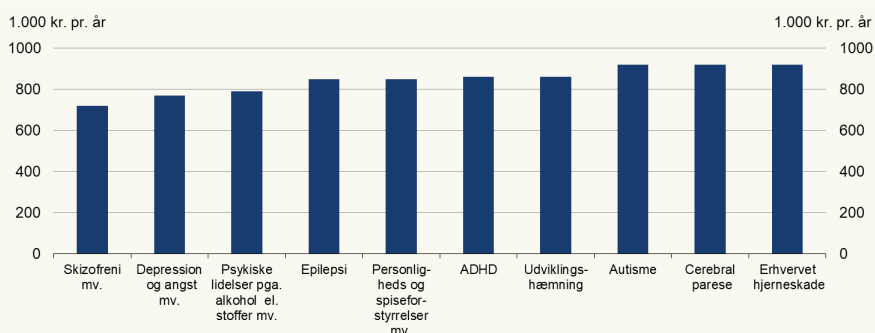


Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.
Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Der er forskelle i den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift mellem diagnosegrupperne. Der er en tendens til, at den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er størst for personer med diagnoser for erhvervet hjerneskade, cerebral parese og autisme, hvor den gennemsnitlige enhedsudgift er omkring 920.000 kr. Den individuelle enhedsudgift er lavest for personer med skizofreni og depression og angst mv., hvor den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er hhv. 720.000 og 770.000 kr. pr. år, jf. figur 6.

Da analysen er baseret på data fra 16 kommuner er det vanskeligt at opdele efter forskellige kombinationer af diagnoser samtidigt, da datagrundlaget er begrænset. Den samme person vil indgå i forskellige diagnosegrupper i analysen, hvis personen har flere af diagnoserne.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Figur 6**Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere på botilbud efter diagnose, 1. januar 2019**

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Se boks 4 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

I næste afsnit ses på diagnosefordelingen opdelt efter om borgerne har bopæl i eller uden for betalingskommunen.

Diagnoser, udgifter og botilbud

Der er mindre forskelle i diagnosefordelingen blandt borgere bosat hhv. i og uden for betalingskommunen. Samlet set er det ca. 85 pct. af borgerne på botilbud bosat uden for kommunen, der har én eller flere af de udvalgte diagnoser i analysen. Det tilsvarende tal for borgere med bopæl i kommunen er 80 pct.

Blandt borgerne bosat uden for kommunen er andelen med bl.a. ADHD, autisme og udviklingshæmning lidt større end blandt borgerne bosat i kommunen. Eksempelvis er andelen med autisme 20 pct. blandt borgerne bosat uden for kommunen, mens den er 15 pct. blandt borgerne bosat i kommune, jf. tabel 5 nedenfor.

For ingen af diagnosegrupperne er det dog således, at diagnosegruppen udelukkende forekommer blandt borgerne bosat hhv. uden for eller i kommunen. Der er ikke indikationer på, at brugen af botilbud hhv. i og uden for kommunegrænsen følger bestemte diagnosegrupper. Snarere ser fordelingen af diagnoser ud til at være nogenlunde ens, på trods af enkelte forskelle, jf. tabel 5.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 8
Diagnosegrupper blandt borgere på botilbud efter bopæl, 1. januar 2019

	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- Pct. -----	
ADHD	12	8
Autismespektrum	20	15
Cerebral parese	9	8
Udviklingshæmning	45	38
Epilepsi	24	22
Erhvervet hjerneskade	12	10
Psykiske lidelse pga. alkohol eller stoffer mv.	11	8
Skizofreni mv.	21	19
Depression og angst mv.	16	15
Personligheds- og spiseforstyr- relser mv.	7	4
I alt med diagnose	85	80
Alle	100	100
Antal personer	1.884	2.223

Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Den samme borger kan være registreret med flere diagnoser og summen af andelen i rækkerne kan derfor være større end andelen i alt med diagnose.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

Der er en betydelig forskel i den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift mellem personer bosat i kommunen og personer bosat uden for kommunen inden for den samme diagnosegruppe.

Den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift er størst for personer bosat uden for kommunegrænsen for samtlige diagnosegrupper i analysen. Eksempelvis er den 1.030.000 kr. pr. år for borgere med ADHD bosat uden for kommunen, mens den er 650.000 kr. pr. år for borgere med ADHD bosat i kommunen. For personer med skizofreni mv. er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift 910.000 kr. pr. år for borgere bosat uden for kommunen, mens den er 540.000 kr. for borgerne bosat i kommunen med samme diagnosegruppe, jf. tabel 9.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Tabel 9**Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter diagnosegruppe, 1. januar 2019**

	Gennemsnitlig individuel enhedsudgift		Antal personer	
	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune	Bopæl uden for kommune	Bopæl i kommune
	----- 1.000 kr. pr. år -----		----- Personer -----	
ADHD	1.030	650	226	188
Autismespektrum	1.060	750	385	336
Cerebral parese	990	850	173	181
Udviklingshæmning	1.020	700	855	846
Epilepsi	960	750	446	482
Erhvervet hjerneskade	1.090	750	222	227
Psykelige lidelse pga. alkohol eller stoffer mv.	990	530	215	170
Skizofreni mv.	910	540	401	427
Depression og angst mv.	960	590	293	325
Personligheds- og spiseforstyrrelser mv.	1.030	600	131	94

Anm.: Årets priser (2019). 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Botilbud omfatter midlertidigt ophold efter servicelovens § 107, længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Der er afrundet til nærmeste hele 10.000 kr.

Kilde: Social- og Ældreministeriets koblingsprojekt, Danmarks Statistiks registerdata og egne beregninger.

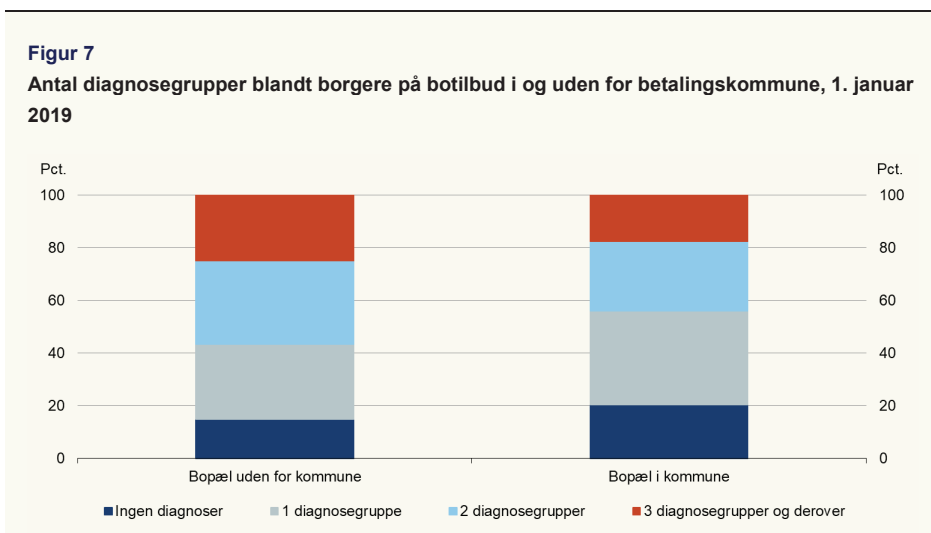
Resultaterne tyder på, at der inden for de enkelte diagnosegrupper er en stor heterogenitet. Dette ligger i forlængelse af, at to personer med den samme diagnose kan have behov for vidt forskellige indsatser, da borgernes funktionsevne og situation kan være påvirket i et meget varierende omfang.

Det kan ikke udelukkes, at borgerne på botilbud med bopæl uden for kommunen har flere diagnoser eller bestemte kombinationer af diagnoser, der kan være med til at forklare forskellene i de individuelle enhedsudgifter mellem borgerne bosat uden for og i kommunen.

Der er i analysen forsøgt en grovkornet tilnærmelse af dette spørgsmål ved at se på, hvor mange diagnosegrupper borgerne optræder i. Det skal understreges, at en sådan opgørelse skal tages med væsentlige forbehold og at den vil være meget følsom over for, hvordan diagnosegrupperne er kategoriseret og optalt. I opgørelsen nedenfor tages der udgangspunkt i inddelingen af diagnosegrupper vist i bl.a. tabel 9 ovenfor. Det er optalt, hvor mange af disse grupper, borgeren optræder i.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Der er en tendens til, at borgerne bosat uden for kommunen optræder i lidt flere diagnosegrupper end borgerne bosat i kommunen. Tendensen er dog ikke meget markant, jf. figur 7.



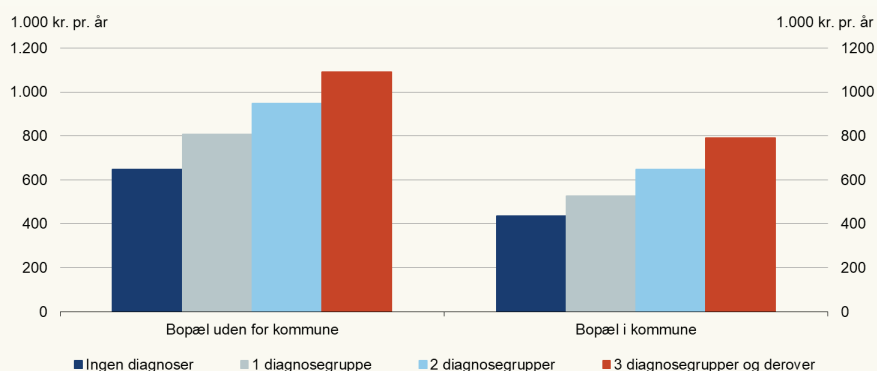
Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Opgørelsen af antal diagnosegrupper skal tages med væsentlige forbehold. Botilbud omfatter midlertidigt ophold efter servicelovens § 107, længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er en sammenhæng mellem den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift og antallet af diagnosegrupper. Jo flere diagnosegrupper borgeren optræder i, jo højere er den gennemsnitlige individuelle enhedsudgift til botilbuddet. Dette ser man både blandt borgere bosat uden for og i kommunen, jf. figur 8.

Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner

Figur 8
Gennemsnitlige individuelle enhedsudgifter for borgere bosat i og uden for betalingskommune efter antal diagnosegrupper, 1. januar 2019



Anm.: 18 år og derover i befolkningen 1. januar 2019. Baseret på indberetninger fra 16 kommuner til et Social- og Ældreministeriets samarbejdsprojekt om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Se boks 1 - 3 for yderligere om data og opgørelsesmetode. Se boks 5 for opgørelsen af diagnosegrupper og forbehold. Opgørelsen af antal diagnosegrupper skal tages med væsentlige forbehold. Botilbud omfatter midlertidigt ophold efter servicelovens § 107, længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne indikerer, at der formentligt er en sammenhæng mellem kompleksiteten af borgernes problematikker og hvor udgiftstung indsatsen til borgeren er.

22.
Brug af botilbud i andre kommuner



Velfærdspolitisk Analyse

Brug af botilbud i andre kommuner

Formålet med denne analyse er at belyse, i hvilket omfang kommunerne benytter botilbud efter lov om social service uden for kommunegrænsen.

Det skønnes, at der pr. 1. januar 2018 var 24.000 beboere i botilbud på landsplan. Ud af denne gruppe var der 9.500 beboere, hvor borgerens bopælskommune ikke var den samme som borgerens handlekommune, dvs. den kommune, som har pligt til at yde hjælp til borgeren efter lov om social service. Det svarer til, at 39 pct. af beboerne i botilbud bor i en anden kommune end handlekommunen.

Der er store forskelle mellem kommunerne. I nogle kommuner er det omkring 90 pct. af beboerne i botilbud, der har adresse uden for handlekommunen. I andre kommuner er det omkring 20 pct., der bor uden for handlekommunen.

Der er en vis sammenhæng mellem antallet af botilbud, der ligger i handle-kommunen og andelen, der bor uden for handlekommunen. I de kommuner, hvor der ligger relativt få botilbud, er andelen, der har ophold i botilbud uden for kommunen, høj. Og omvendt er der en tendens til, at andelen, der bor uden for handlekommunen er lavere, jo flere botilbud, der ligger i handlekommunen.

Kommunerne benytter botilbudspladser i mange forskellige kommuner, når de benytter botilbud uden for kommunen. I gennemsnit er kommunens borgere i botilbud bosat i 25 forskellige kommuner ud over handlekommunen selv. De fleste kommuner benytter botilbud i omkring 15-35 andre kommuner.

De fleste borgere, der bor uden for handlekommunen har ophold i et botilbud i samme landsdel, som handlekommunen ligger i. Samlet set har omkring 62 pct. af borgerne, der er bosat uden for handlekommunen, ophold i et botilbud i samme landsdel som handlekommunen.

Betragter man Danmark i to dele bestående af landsdelene øst og vest for Storebælt, så har over 90 pct. af borgerne, der bor uden for handlekommunen, ophold i et botilbud, i samme øst-vest del af Danmark. Dette gælder både for handlekommunerne beliggende i Øst- og Vestdanmark.

Indledning

I denne analyse undersøges det, hvor mange borgere, der bor i botilbud uden for handlekommunen i 2018. Formålet er at kortlægge, i hvilket omfang kommunerne (handlekommunen) benytter botilbud på det specialiserede voksenområde uden for kommunegrænsen.

Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt på Finansloven for 2020.

Fokus i analysen er på beboere i botilbud, da det kun er for sådanne tilbud, at man kan forvente, at borgeren har skiftet bopælsadresse til en evt. ny kommune. Botilbud omfatter midlertidige og længerevarende ophold (bevilget efter lov om social service §§ 107-108) samt socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud.

Borgeren kan i princippet også modtage et dagtilbud efter lov om social service uden for handlekommunen, fx beskyttet beskæftigelse i en nabokommune. Men hvis borgeren stadig bor og har bopælsadresse i handlekommunen, kan omfanget af dette ikke opgøres, da spørgsmålet om hvorvidt borgeren har ophold i et botilbud uden for handlekommunen opgøres ved at sammenholde handlekommunen med borgerens bopælsadresse. Datagrundlaget og forbehold ved analysens metode er uddybet i boks 1.

Boks 1**Metode og datagrundlag for analysen, herunder forbehold**

Opgørelserne er baseret på indberetninger fra 57 kommuner til Danmarks Statistiks register for Handicap og udsatte (voksne). De 57 kommuner omfatter både mindre og større kommuner fordelt over hele landet. København indgår dog ikke. Det seneste år i statistikken er 2018.

I analysen er det lagt til grund, at hvis borgerens bopælskommune 1. januar 2018 er forskellig fra handlekommunen, så har borgeren ophold i et botilbud uden for handlekommunen. Opgørelsen laves for borgere, der har ophold i botilbud 1. januar 2018, således at der er overensstemmelse mellem tidspunktet for opgørelse af bopælskommunen og handlekommunen, der har visiteret indsatsen.

Ved handlekommune forstås i denne analyse den kommune, som har pligt til yde hjælp efter lov om social service. Handlekommunen er som hovedregel den kommune, hvor en borger bor eller sædvanligvis opholder sig. Udgangspunktet for ydelser efter lov om social service er, at opholdskommunen har pligt til at yde hjælp – dvs. at opholdskommunen er handlekommune.

Handlekommunen kan imidlertid vælge at købe et ophold i et botilbud i en anden kommune til en borger, hvorved opholdskommunen og handlekommunen kan blive forskellig. Men den oprindelige opholdskommune for borgeren vil fortsat være handlekommune.

Handlekommunen er opgjort på baggrund af kommunernes indberetninger til Danmarks Statistiks register for Handicap og udsatte, idet det er handlekommunen, der indberetter data om brug af sociale ydelser. Bopælskommunen er baseret på kommunekoden fra folkeregisteradressen opgjort 1. januar 2018 fra Danmarks Statistiks befolkningsregister. Manglende eller fejlbehæftet registrering af flytning el. lign. i folkeregistret vil derfor give anledning til usikkerhed i opgørelsen. Hvis borgeren under ophold på botilbud i en anden kommune beholder folkeregisteradresse i sin hjemkommune, vil det ikke kunne opgøres, at borgeren har ophold i botilbud i en anden kommune.

Antal personer er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal, og er blandt andet derfor behæftet med usikkerhed. Da der generelt er meget store kommunale variationer i kommunernes brug af tilbud i andre kommuner giver den ikke komplette kommunedækning anledning til usikkerhed. Eksempelvis vil billedet formentligt ændre sig lidt, hvis Københavns Kommune indgik, da der dels er tale om en stor kommune, dels om en kommune, der formentligt har et andet tilbuds billede inden for kommunegrænsen end landets øvrige kommuner.

Det skal bemærkes, at der er konstateret usikkerheder om datakvaliteten i registeret for Handicap og udsatte (voksne) i nogle kommuner. Danmarks Statistik arbejder på en revision af statistikken for at forbedre datagrundlaget. Næste offentliggørelse fra Danmarks Statistik forventes ultimo 2020. Usikkerheden vurderes særligt at vedrøre udviklingen over tid og dermed ikke opgørelsen af handlekommunen 1. januar 2018.

Der kan ikke sættes lighedstegn mellem, at borgeren har adresse i handlekommunen, og at borgeren har ophold i et botilbud som handlekommunen selv er driftsherre for. Det skyldes hovedsageligt, at borgeren eksempelvis kan have ophold på et privat, regionalt eller selvejende tilbud, der ligger inden for handlekommunens geografiske område. Endeligt kan nogle kommune drive egne tilbud beliggende geografisk i en anden kommune. Det vil sige, at borgeren kan have ophold på handlekommunens eget tilbud med adresse uden for handlekommunen.

Borgere på botilbud i og uden for kommunegrænsen

Opgjort pr. 1. januar 2018 var der 24.000 beboere i botilbud på landsplan. Ud af denne gruppe var der 9.500 beboere (39 pct.), hvor borgerens handlekommune ikke er den samme som borgerens bopælskommune.

Andelen er størst for borgere med ophold i længerevarende botilbud, hvor 58 pct. har bopælsadresse uden for handlekommunen. For borgere med ophold i midlertidige botilbud er det 53 pct., mens det for socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud er 25 pct., der har adresse uden for handlekommunen, jf. tabel 1.

Tabel 1

Borgere med ophold i botilbud i alt og hvor handle- og bopælskommune er forskellig, 1. januar 2018

	Borgere med midlertidige ophold	Borgere med længerevarende ophold	Borgere med ophold i botilbudslignende tilbud	Borgere med ophold i botilbud i alt
	-----Antal personer -----			
1. januar 2018	6.400	4.700	13.000	24.000
- heraf med adresse uden for handlekommune	3.400	2.800	3.300	9.500
	-----Pct.-----			
Andel med adresse uden for handlekommune	53	58	25	39

Anm.: 18 år og derover i befolkningen ultimo 2018. Antal personer 1. januar omfatter unikke borgere med ophold i botilbud denne dato, der også er i befolkningen primo 2018. I opgørelsen af antal personer, hvor handle- og bopælskommune er forskellig, kan den samme borger indgå i flere handlekommuner og dermed tælle flere gange. Baseret på indberetninger fra 57 kommuner, der har godkendt alle ydelser i perioden 2015-2018 til registret De Kommunale Serviceindikatorer. Antal personer er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal og er bl.a. derfor behæftet med usikkerhed. Der er afrundet til nærmeste 100. Midlertidigt ophold omfatter servicelovens § 107. Længerevarende tilbud omfatter servicelovens § 108. Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud omfatter støtte efter servicelovens § 85 i botilbudslignende tilbud (omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn), fx botilbud efter ABL § 105/115. Den samme person kan være registreret med flere indsatser i året. Antal borgere med ophold i botilbud kan blive revideret i forbindelse med Danmarks Statistiks næste offentliggørelse af registret, der forventes ultimo 2020.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelserne i resten af analysen ser på botilbud samlet set, idet antallet af borgere bliver begrænset, hvis der deles op på de tre typer af botilbud for hver handlekommune. Nogle af de kommunale forskelle kan dermed skyldes forskelle i kommunernes brug af hhv. tilbud efter serviceloven og botilbudslignende tilbud. Det er ikke muligt at tage højde for disse forhold i analysen.

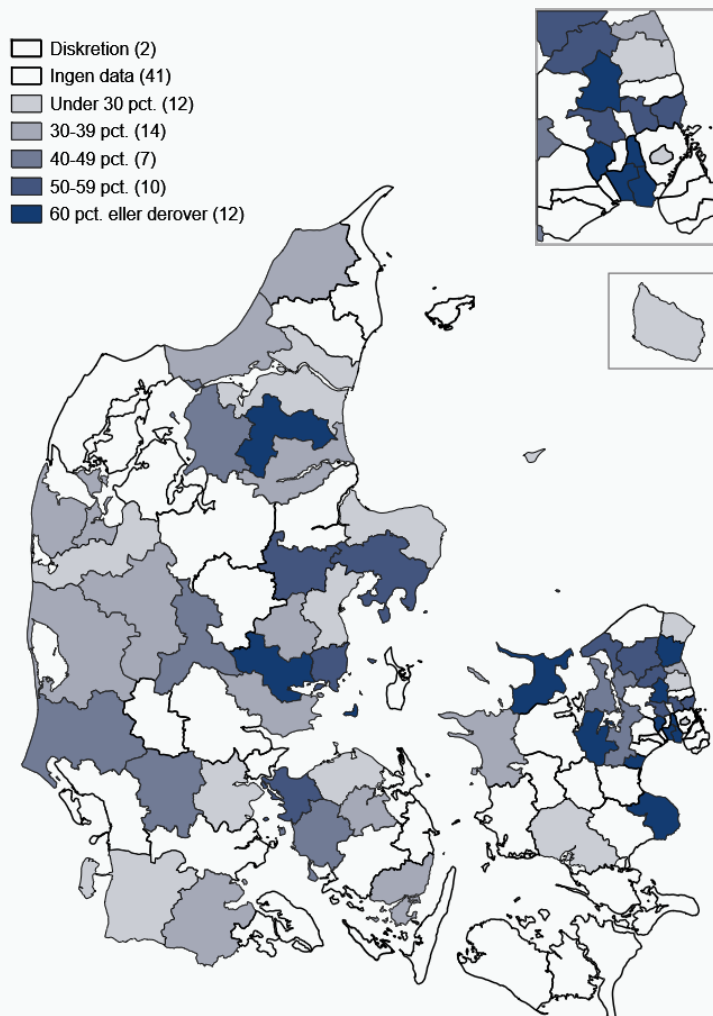
Store kommunale forskelle

Der er betragtelige forskelle mellem kommunerne i andelen af borgere, der har ophold i botilbud uden for handlekommunen, jf. figur 1. I nogle kommuner er det omkring 90 pct., der har adresse uden for handlekommunen. I andre kommuner er det omkring 20 pct., der bor uden for handlekommunen

Opgørelsen er baseret på indberetninger fra 57 kommuner, jf. boks 1. Det er dermed ikke muligt at få et fuldstændigt indtryk af det geografiske billede i forhold til, hvorvidt kommuner i nogle dele af landet afskiller sig fra andre dele af landet i brugen af botilbud uden for kommunen, men umiddelbart er der store kommunale forskelle i det meste af landet. Der kan dog ses en tendens til at andelen med ophold i botilbud uden for handlekommunen er lavere i Vest- og Nordjylland end i hovedstadsområdet.

Figur 1

Andel borgere med ophold i botilbud, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018



Anm.: Se anm. til tabel 1. Antal borgere med ophold i botilbud er opgjort 1. januar 2018. Botilbud omfatter midlertidige botilbud, længerevarende botilbud og socialpædagogisk støtte på botilbudslignende tilbud i alt. Baseret på 55 kommuner. To kommuner er diskretioneret.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata..

Udbuddet af botilbud inden for kommunen

Ved at sammenholde registerdata fra Danmarks Statistik om borgerne med ophold i botilbud med data fra Tilbudsportalen om beliggenheden af botilbud, kan man vurdere sammenhængen mellem tilgængeligheden af botilbud i kommunen og andelen af borgere, der benytter botilbud i og uden for handlekommunen. Data fra Tilbudsportalen omfatter botilbud til midlertidige døgnophold til voksne, botilbud til længerevarende døgnophold til voksne og botilbudslignende tilbud til voksne, der er godkendt af socialtilsynene.

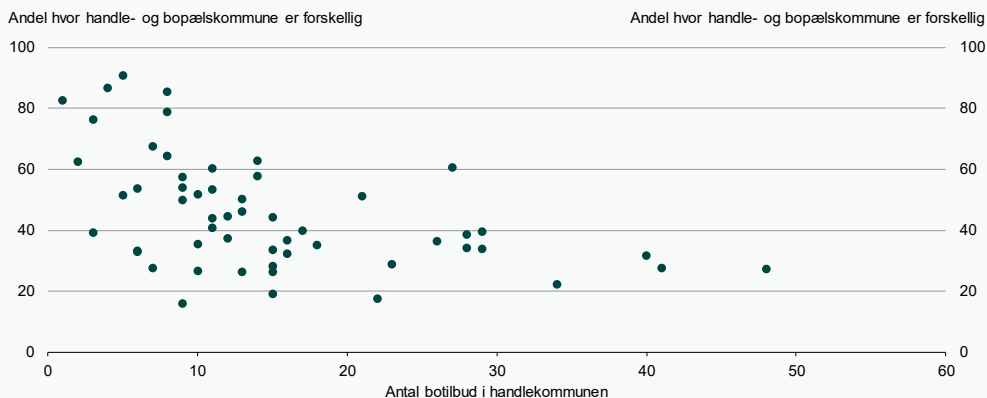
Antallet af botilbud beliggende i de enkelte kommuner er meget varierende. I kommunen med færrest antal botilbud ligger der ét botilbud. I kommunen med flest botilbud ligger der 48 botilbud inden for kommunegrænsen.

Der er en vis sammenhæng mellem antallet af botilbud, der ligger i handlekommunen og andelen, der bor uden for handlekommunen, jf. figur 2 I de kommuner, hvor der ligger relativt få botilbud, er andelen, der bor på botilbud uden for kommunen, høj. Der er tilsvarende en tendens til, at andelen, der bor uden for handlekommunen er lavere, jo flere botilbud, der ligger i handlekommunen.

Sammenhængen "flader" dog lidt ud for kommuner, hvor antallet af botilbud er omkring 20 botilbud eller højere.

Figur 2

Sammenhæng mellem antal botilbud i kommunen og andel borgere med ophold i botilbud, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018



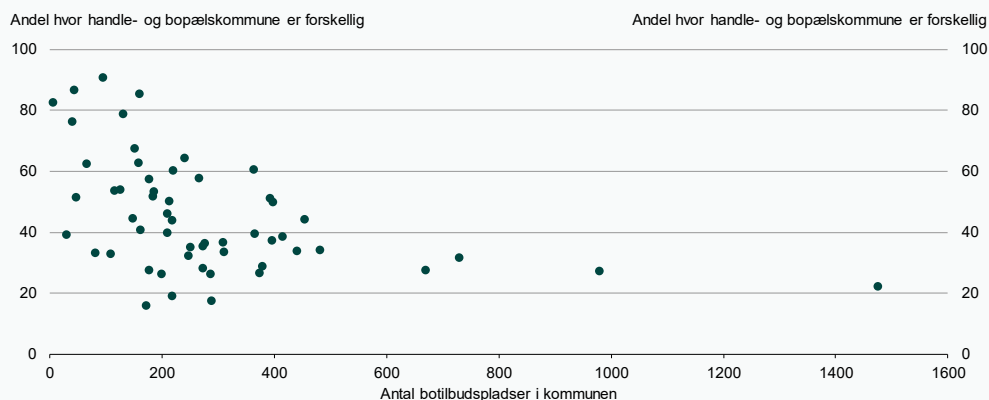
Anm.: Se anm. til tabel 1. Korrelationen er $-0,49$ ($p < 0,001$). Antal borgere med ophold i botilbud er opgjort 1. januar 2018. Antal botilbud i kommunen (x-aksen) er baseret på data fra Tilbudsportalen pr. 31. december 2019 og er opgjort som antallet af tilbud. Hvis botilbuddets adresse er ændret, eller tilbuddet er nedlagt eller nyopført i perioden fra 1. januar 2018 til ultimo 2019, hvor status fra Tilbudsportalen er opgjort, kan det føre til usikkerhed i opgørelsen. Botilbuddene fra Tilbudsportalen omfatter følgende tilbudstyper: Botilbud til længerevarende ophold § 108; Botilbud til midlertidigt ophold, § 107; Rehabiliteringstilbud, § 107; Sikret botilbud, § 108; Lejebolig, Lejeloven; Almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; Botilbudslignende tilbud, Lov om lette kollektivboliger; Botilbudslignende tilbud, Boligbyggeriloven; Botilbudslignede tilbud, Ældreboligloven; Almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; Almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; Bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3. Botilbudslignende tilbud, der vurderes at skulle henføres til plejehjemsoversigten (ældreområdet) indgår ikke.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Tilbudsportalen.

Ovenstående figur 2 vises på x-aksen antallet af botilbud i kommunen, mens der på y-aksen vises andelen af borgere med ophold i botilbud, der bor uden for kommunen. Hver prik er en kommune.

Sammenhængen viser sig også, hvis man i stedet for antal botilbud ser på antallet af pladser på botilbud i kommunen. Der er en tydelig tendens til, at de kommuner, der har et stort antal botilbudspladser i kommunen har en lavere andel borgere, der bor uden for handlekommunen, jf. figur 3.

Figur 3

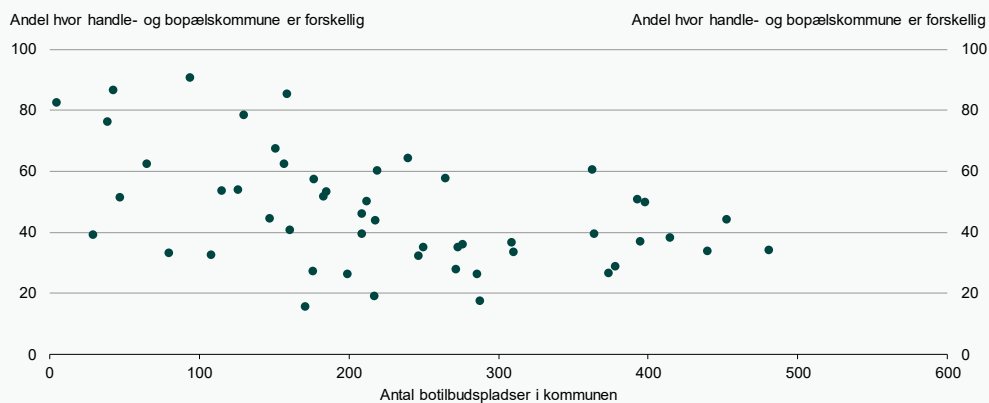
Sammenhæng mellem antal pladser på botilbud i kommunen og andel borgere med ophold i botilbud, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018

Anm.: Se anm. til tabel 1 og figur 2. Korrelationen er $-0,45$ ($p < 0,001$). Antal pladser opgjort på baggrund af Tilbudsportalen. Samme fysiske plads kan være godkendt til mere end én tilbudstype. Summeringen af antallet af pladser på tværs af tilbudstyper godkendt til botilbud vil derfor være et overkantsskøn.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Man ser også her en tendens til, at sammenhængen ”flader ud” for de kommuner, der har et stort antal pladser.

Kommunerne med flest antal pladser er hhv. Aarhus, Aalborg, Odense og Næstved. Hvis man ser bort fra disse fire kommuner er der stadig en sammenhæng mellem antallet af pladser til botilbud i kommunen og andelen, der bor uden for handlekommunen. Men man ser også mere tydeligt, at sammenhængen ikke er fuldstændig, og at andelen, der bor uden for handlekommunen afhænger af andre forhold end antallet af botilbudspladser, jf. figur 4.

Figur 4

Sammenhæng mellem antal pladser på botilbud i kommunen og andel borgere med ophold i botilbud, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018

Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2 og 3. Korrelationen er -0,46 ($p < 0,001$). Opgjort ekskl. Aarhus, Aalborg, Odense og Næsted.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

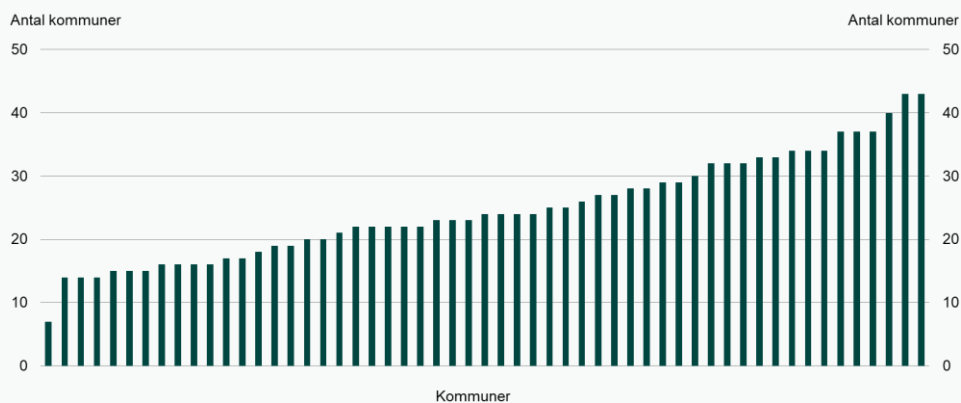
De ovenstående sammenhænge skal også ses i lyset af, at kommunernes indbyggertal er meget forskellige, og at store kommuner typisk vil have et større antal botilbudspladser inden for kommunegrænsen end mindre kommuner. Indbyggertallet er dog langt fra den eneste forklaring på tilgængeligheden af botilbudspladser beliggende i kommunen. Der kan også være eksempelvis historiske og andre årsager til, at nogle kommuner har flere botilbudspladser beliggende inden for kommunegrænsen, eksempelvis tidligere amtslige tilbud.

Brug af botilbud i andre kommuner

Kommunerne benytter botilbudspladser i et relativt stort antal kommuner, for de borgere, der bor uden for handlekommunen. I gennemsnit er kommunens borgere på botilbud bosat i 25 forskellige kommuner ud over handlekommunen selv. De fleste kommuner benytter botilbud i omkring 15-35 andre kommuner, jf. figur 5.

Figur 5

Antal kommuner som borgere på botilbud uden for handlekommunen er bosat i, 2018



Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De fleste borgere, der bor uden for handlekommunen har ophold i et botilbud i samme landsdel som handlekommunen ligger i, men der er forskelle mellem landsdelene. Opgørelsen af landsdele er baseret på Danmarks Statistiks inddeling i landsdelene Byen København, Københavns omegn, Nordsjælland, Bornholm, Østsjælland, Vest- og Sydsjælland, Fyn, Sydjylland, Østjylland, Vestjylland, Nordjylland. Samlet set har omkring 62 pct. af borgerne, der er bosat uden for handlekommunen, ophold i et botilbud i samme landsdel som handlekommunen ligger i.

Der er en tendens til, at handlekommuner i de fleste af landsdelene i Jylland, Fyn samt Vest- og Sydsjælland i højere grad benytter botilbudspladser i samme landsdel for borgerne med ophold i botilbud uden for handlekommunen. For Nordjylland er det 81 pct. af borgerne bosat uden for handlekommunen, der bor i Nordjylland. Det tilsvarende tal er 25 pct. for kommunerne i landsdel Østsjælland, 42 pct. for Københavns omegn og 52 pct. for Nordsjælland, jf. tabel 3.

Tabel 3

Borgere med ophold i botilbud bosat uden for handlekommunen efter om borgeren er bosat i samme landsdel som handlekommunen, 2018

Handlekommunens beliggenhed	Bosat i samme landsdel som handlekommunen (pct.)	Antal personer (ikke opregnet)
Københavns omegn	42	821
Nordsjælland	52	711
Bornholm	0	29
Østsjælland	25	236
Vest- og Sydsjælland	78	397
Fyn	76	567
Sydjylland	70	368
Østjylland	62	880
Vestjylland	67	540
Nordjylland	81	700
I alt	62	5.249

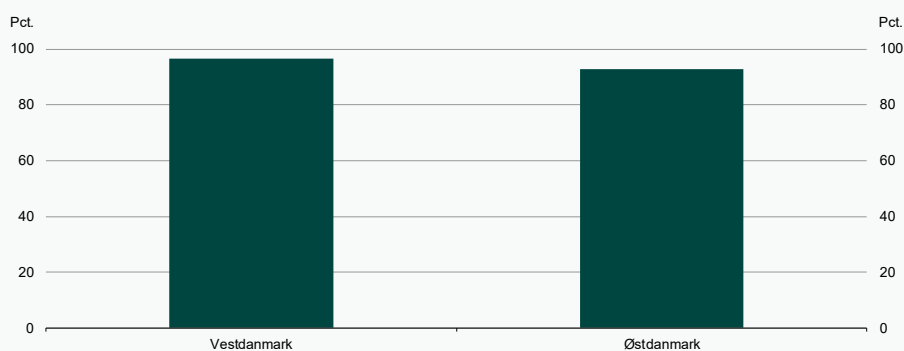
Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2. Landsdelen Byen København er diskretioneret. Denne landsdel består af Frederiksberg, idet København ikke indgår i datagrundlaget. Det skal bemærkes, at kommunedækningen i landsdelene ikke er fuldstændig, da der kun indgår data for 57 kommuner. Se også boks 1. Antal personer er ikke opregnet og omfatter dermed antal personer i de kommuner i landsdelen, der indgår i datagrundlaget.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Betrager man Danmark i to dele bestående af landsdelene øst og vest for Storebælt, så har over 90 pct. af borgerne, der bor uden for handlekommunen, ophold i et botilbud, i samme øst-vest del af Danmark. Dette gælder for handlekommunerne beliggende i både Øst- og Vestdanmark, jf. figur 6.

Figur 6

Borgere med ophold i botilbud bosat uden for handlekommunen efter om borgeren er bosat i samme øst-vest del af Danmark som handlekommunen, 2018



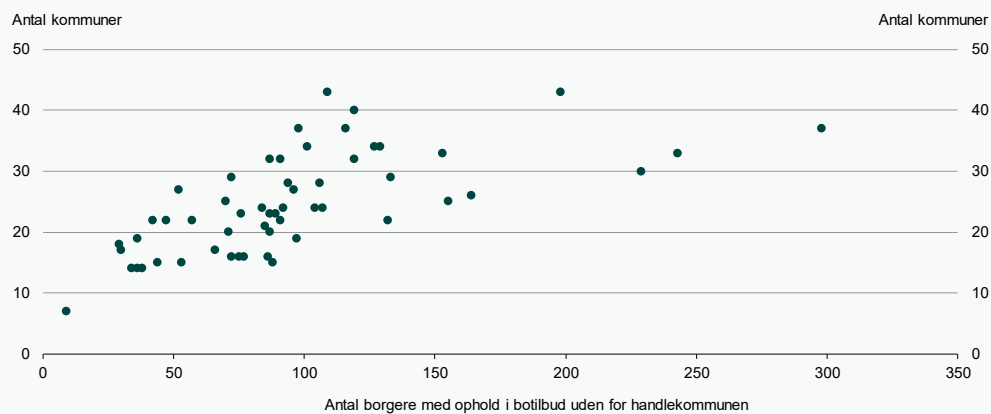
Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2. Østdanmark omfatter landsdelene Københavns omegn, Nordsjælland, Bornholm, Østsjælland og Vest- og Sydsjælland. Vestdanmark omfatter landsdelene Fyn, Syddjylland, Østjylland, Vestjylland og Nordjylland. Landsdelen Byen København er diskretioneret. Denne landsdel består af Frederiksberg, idet København ikke indgår i datagrundlaget. Det skal bemærkes, at kommunedækningen i landsdelene ikke er fuldstændig, da der kun indgår data for 57 kommuner. Se også boks 1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er sammenhæng mellem antallet af borgere med ophold i botilbud uden for handlekommunen og antallet af kommuner som handlekommunen benytter botilbudspladser i. Jo flere borgere, der bor uden for handlekommunen, jo flere kommuner benytter handlekommunen botilbudspladser i. Det er formentligt et udtryk for, at jo flere borgere, der har behov for botilbud uden for handlekommunen, jo større er bredden i målgruppen og dermed også bredden i de pladser, kommunen har behov for, jf. figur 7.

Figur 7

Sammenhæng mellem antal borgere i botilbud uden for handlekommunen og antallet af kommuner borgerne er bosat i, 2018



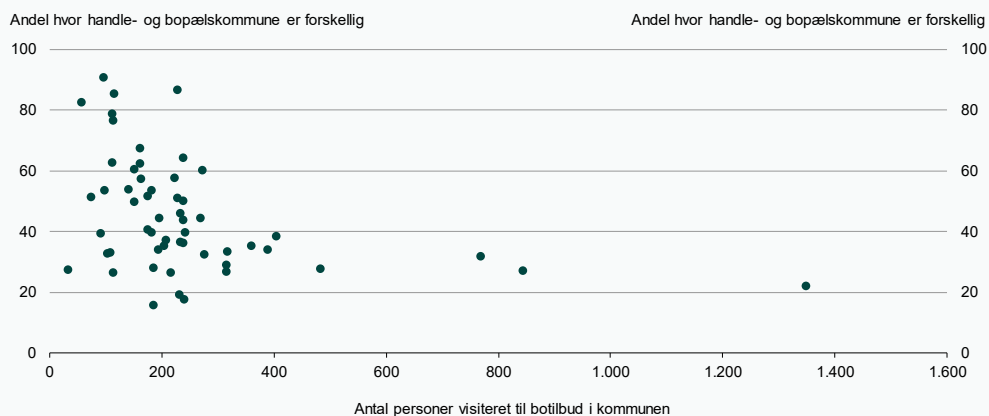
Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2. Korrelationen er 0,65 ($p < 0,001$).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er også en vis sammenhæng mellem, hvor mange borgere kommunen samlet set har visiteret til botilbud og andelen, der har ophold i botilbuddet i en anden kommune, jf. figur 8. Jo færre borgere, kommunen i alt har visiteret til botilbud, jo højere andel har ophold uden for kommunen. Omvendt er det sådan, at i de kommuner, hvor fx mange hundrede borgere i alt er visiteret til et botilbud, er andelen, der har ophold i en anden kommune, væsentligt lavere.

Der er imidlertid også stor variation mellem kommunerne, og sammenhængen er langt fra entydig. Eksempelvis har gruppen af kommuner, der har omkring 100-200 borgere på botilbud en meget varierende andel, der bor uden for handlekommunen.

Figur 8

Sammenhæng mellem antal personer visiteret til botilbud i kommunen og andel, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018

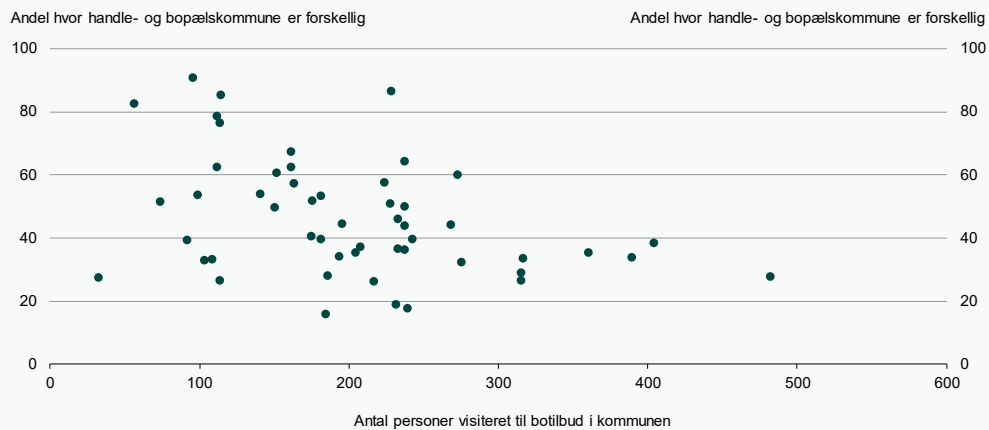
Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2. Korrelationen er $-0,38$ ($p=0,004$).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De tre kommuner med et antal personer visiteret til botilbud, der tydeligt er større end de resterende kommuner er hhv. Aarhus, Aalborg og Odense (Næstved er ikke en del heraf, da kommunen her mere ligner de resterende kommuner). Ekskluderes disse tre kommuner er der stadig en sammenhæng mellem, hvor mange borgere kommunen har visiteret til botilbud og andelen, der har ophold i botilbuddet i en anden kommune. Samtidigt er det også tydeligt, at der er en stor variation blandt kommunerne, jf. figur 9.

Store kommunale forskelle

Figur 9

Sammenhæng mellem antal personer visiteret til botilbud i kommunen og andel, hvor handle- og bopælskommunen er forskellig, 2018

Anm.: Se anm til tabel 1 og figur 2. Korrelationen er -0,39 (p=0,004). Ekskl. Aarhus, Aalborg og Odense.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De store forskelle mellem kommuner med det samme antal personer visiteret til botilbud skal bl.a. ses i lyset af forskellene i udbuddet af botilbudspladser inden for kommunegrænsen, jf. figur 2-4 ovenfor.

I regi af evalueringen af det specialiserede socialområde vil Social- og Indenrigsministeriet arbejde videre med analysen af kommunernes brug af botilbud i andre kommuner.

**23.
Kommunernes valg af opholdssteder og
døgninstitutioner – eksempler på praksis og
overvejelser**

April 2021

ANKESTYRELSEN

Telefon: 33 41 12 00 mandag til fredag klokken 9-15

Postadresse: Ankestyrelsen, 7998 statsservice

Mailadresse: ast@ast.dk

Hjemmeside: www.ast.dk

ISBN nr.: 978-87-7811-395-5

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1	SAMMENFATNING	5
	Undersøgelsens formål	5
	Hovedresultater	7
	Læsevejledning	11
KAPITEL 2	KOMMUNERNES BRUG AF OPHOLDSSTEDER OG DØGNINSTITUTIONER	12
	Baggrundsviden om opholdssteder og døgninstitutioner	13
	Kommunerne skelner ikke mellem opholdssteder og døgninstitutioner	15
	Gruppen af anbragte børn og unge har ændret sig	16
KAPITEL 3	UDREDNING OG AFGØRELSE OM ANBRINGELSE	21
	Den første opmærksomhed	22
	Faglig udredning	26
	Afgørelse om anbringelse eller ændring af anbringelsessted	30
KAPITEL 4	OVERVEJELSER I FORBINDELSE MED ÆNDRING AF ANBRINGELSESSTED	34
	Der skal meget til før kommunerne ændrer anbringelsessted	34
	Årsager til ændring af anbringelsessted	35
KAPITEL 5	VALG AF KONKRET ANBRINGELSESSTED	41
	Afgørelse om konkret anbringelsessted	42
	Arbejdsgange ved valg af konkret opholdssted eller døgninstitution	44
	Dialog mellem kommune og anbringelsessted	48
	Inddragelse af familien	50
KAPITEL 6	HENSYN VED VALG AF ANBRINGELSESSTED	52
	Hensyn til anbringelsesstedets placering i forhold til barnets nærmiljø	53
	Hensyn til forhold på anbringelsesstedet	55

Hensyn til barnets og forældrenes ønsker	61
Vægtning af hensyn	63
KAPITEL 7 UDFORDRINGER MED AT FINDE DET RETTE ANBRINGELSESSTED	66
Vanskeligt at finde anbringelsessteder, der matcher alle barnets behov	66
Typer af anbringelsessteder med pladsmangel	67
Mangel på bestemte typer af tilbud	72
BILAG 1 METODE	74
Analytisk sagsgennemgang	75
Gruppeinterview	77
BILAG 2 VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN	80

KAPITEL 1

Sammenfatning

Social- og Ældreministeriet har bedt Ankestyrelsen om at gennemføre en undersøgelse af kommunernes praksis og overvejelser ved valg af anbringelsessted til børn og unge, der anbringes på opholdssteder og døgninstitutioner efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6 og 7¹.



DØGNINSTITUTION²

- En døgninstitution er et **kommunalt oprettet og drevet** anbringelsessted.

OPHOLDSSTED³

- Et opholdssted er et **privat oprettet og drevet** anbringelsessted.

EN AF TRE DEL-UNDERSØGELSER

Undersøgelsen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde, som er aftalt i 'Aftale om Finansloven for 2020'. Undersøgelsen er en af tre delundersøgelser om kommunernes praksis og overvejelser ved visitation til og valg af tilbud på det specialiserede socialområde.

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Undersøgelsens formål er at belyse kommunernes praksis, overvejelser og konkrete hensyn, når de anbringer et barn eller ung på et opholdssted eller en døgninstitution. Undersøgelsen handler både om kommunernes praksis ved førstegangs-anbringelser, og ved ændring af barnet eller den unges anbringelsessted. Rapporten beskriver udelukkende eksempler på de interviewede kommuners valg af opholdssted eller døgninstitution. Rapporten indeholder ikke en juridisk vurdering af kommunernes praksis, og har altså ikke fokus på, om kommunernes praksis er lovmedholdelig eller ej.

¹ Undersøgelsen dækker kun valg af opholdssteder og åbne døgninstitutioner. Det vil sige, at de delvis lukkede døgninstitutioner og delvis lukkede afdelinger på døgninstitutioner samt sikrede og særligt sikrede afdelinger på døgninstitutionerne ikke er genstand for denne undersøgelse.

² Kilde: Socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/born/anbringelse/om-anbringelse/anbringelsesformer/dogninstitution>

³ Kilde: Socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/born/anbringelse/om-anbringelse/anbringelsesformer/socialpaedagogiske-opholdssteder>

ARBEJDS- SPØRGSMÅL

Det overordnede formål bliver belyst ud fra følgende tre arbejdsspørgsmål:

1. Hvordan er kommunernes arbejdsgange ved valg af et opholdssted eller en døgninstitution?
2. Hvilke overvejelser og hensyn tager kommunerne i forbindelse med valg af et opholdssted eller en døgninstitution, og hvordan vægtes disse hensyn?
3. Hvordan kan et sagsforløb eksempelvis se ud, når kommunen vælger henholdsvis et opholdssted eller en døgninstitution, og er der noget der karakteriserer sager, hvor kommunen anbringer barnet eller den unge på et opholdssted eller en døgninstitution?

METODE OG DATAGRUNDLAG

Undersøgelsen er baseret på en kvalitativ sagsgennemgang og interview med sagsbehandlere i seks udvalgte kommuner. Undersøgelsen kan ikke betragtes som et repræsentativt billede af kommunernes praksis, men giver derimod eksempler på praksis i de udvalgte kommuner.

Sagsgennemgang

Vi har gennemgået i alt 18 sager fra seks kommuner. Sagerne omhandler unge i alderen 12 til 17 år. I ni af sagerne er barnet eller den unge anbragt på et opholdssted, og i de resterende ni sager er barnet eller den unge anbragt på en døgninstitution.

På baggrund af sagsgennemgangen har vi udarbejdet fire sagsforløb, der præsenteres forskellige steder i rapporten. Vi har konstrueret sagsforløbene med udgangspunkt i en analyse af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne. Sagsforløbene er fiktive, men baseret på hændelser og identificerede karakteristika i de gennemgåede sager.

Derudover præsenterer vi løbende i rapporten mønstre og viden fra sagsgennemgangen, der supplerer interviewkommunernes beskrivelser af praksis. Denne viden fremgår også samlet i bilag 2.

Interview

Vi har gennemført gruppeinterview i de samme seks kommuner, som vi har indhentet sager fra. Deltagerne i interviewene er sagsbehandlere og anbringelseskonsulenter. Interviewene belyser blandt andet kommunernes

ANBRINGESES- KONSULENT

En anbringelseskonsulent står for at finde frem til det konkrete anbringelsessted, og foretager matchet mellem barn og anbringelsessted.

Nogle kommuner er organiseret, så de har en anbringelseskonsulent, mens det i andre kommuner er en sagsbehandler, der foretager dette match.



overvejelser i forbindelse med valg af konkret anbringelsessted, samt hvordan ønsker og hensyn vægtes i forhold til hinanden.

I alle kommuner har vi gennemgået to af de konstruerede sagsforløb med interviewpersonerne. Dels for at kvalitetssikre sagsforløbene, og dels som afsæt for at drøfte kommunens praksis.

Undersøgelsens metode og datagrundlag står uddybet i bilag 1.

HOVEDRESULTATER

Helt overordnet viser undersøgelsen, at de seks kommuner ikke skelner mellem de to anbringelsestyper; opholdssteder og døgninstitutioner. Kommunerne oplever, at de børn og unge, der bliver anbragt på opholdssteder og døgninstitutioner i dag, har meget komplekse problemstillinger. Når kommunerne vælger et konkret anbringelsessted, lægger de derfor primært vægt på stedets kompetencer og målgruppe. Ifølge de deltagende kommuner adskiller de to anbringelsesformer sig ikke fra hinanden på disse parametre.

Det fremgår derudover af undersøgelsen, at processen med at finde frem til et konkret tilbud er vanskelig og ressourcekrævende for kommunerne. At vælge det rette tilbud kræver indgående indsigt i det konkrete tilbud og gruppen af børn og unge, der er anbragt på stedet.

Derudover oplever kommunerne, at der ikke altid er ledige pladser på de relevante tilbud, og det kan være en udfordring at finde et tilbud, der har ekspertise i flere af barnets udfordringer. Derfor må sagsbehandlerne foretage en skarp prioritering af, hvilke af barnets eller den unges støttebehov, det er væsentligst, at opholdsstedet eller døgninstitutionen arbejder med først.

I det følgende præsenterer vi udvalgte resultater fra undersøgelsen.

Sagsgennemgangen viser eksempler på mangelfuld udredning af barnet forud for en anbringelse

I alle interviewkommuner beskriver sagsbehandlerne vigtigheden af, at barnet eller den unge er tilstrækkelig udredt, for at sikre, at barnet eller den unge bliver anbragt et sted, der kan varetage dets behov. I sagsgennemgangen er der dog eksem-



pler på, at barnet eller den unge bliver anbragt, uden der er lavet en børnefaglig undersøgelse eller en opdatering af en børnefaglig undersøgelse og udarbejdet en handleplan. Det er et krav efter servicelovens § 50 og § 140 for alle anbringelser, der ikke er akutte.

Brug af midlertidige anbringelsessteder for at afklare barnets behov yderligere

Nogle af de deltagende kommuner beskriver, at de ved førstegangsanbringelse ikke altid har tilstrækkelig indsigt i barnets eller den unges behov og kompetencer til at kunne vælge det rette anbringelsessted med det samme. Derfor anbringer de først barnet eller den unge midlertidigt på en institution. Det gør de for at få større indsigt i barnets eller den unges behov, for herefter at kunne foretage et bedre match mellem barnet eller den unge og det konkrete tilbud. Andre kommuner beskriver, at de bestræber sig på at undgå denne praksis, for at mindske muligheden for at barnet eller den unge oplever ændring af anbringelsessted.



Kommunerne vil gerne undgå ændring af anbringelsessted – men det sker, når barnet er i mistrivsel

Kommunerne beskriver, at de forsøger at sikre kontinuitet i anbringelsen og undgå ændring af anbringelsessted, da de som udgangspunkt ikke vurderer, at det er godt for barnet eller den unge. De oplever dog, at det i nogle tilfælde er nødvendigt at ændre anbringelsessted, som eksempelvis når der er tale om mistrivsel.

I sagsgennemgangen er der eksempler på sager, hvor barnet eller den unge oplever flere ændringer af anbringelsessted. Der er eksempler på, at barnet eller den unge anbringes på op til fire forskellige anbringelsessteder i en periode på to år. Der er både eksempler på, at ændring af anbringelsessted sker fra en plejefamilie til et opholdssted eller døgninstitution, og fra ét opholdssted eller døgninstitution til en anden.

I interviewene fortæller kommunerne, at ændring af anbringelsessted fra plejefamilie til enten et opholdssted eller en døgninstitution typisk sker, når barnet kommer i teenagealderen. Her ændrer den unges behov sig, og den unge bliver mere krævende, end plejefamilien kan magte.

Ændring af anbringelsessted fra ét opholdssted eller en døgninstitution til et andet sker, ifølge interviewkommunerne, når den unge er i mistrivsel. Det kommer typisk til udtryk ved udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd, fravær fra skole og rømninger fra anbringelsesstedet.



TILBUDSPORTALEN

Tilbudsportalen er en online portal, der indeholder information om alle godkendte sociale tilbud og plejefamilier.

Erfaring fra tidligere anbringelser spiller en afgørende rolle i valg af konkret anbringelsessted

Når sagsbehandlere og anbringelseskonsulenter skal finde frem til et konkret tilbud, trækker de i høj grad på erfaringer og viden om tilbud fra tidligere anbringelser. De tilbud, som de eller kollegaer allerede har kendskab til, prioriterer de før andre. Herved er der en tilbøjelighed til, at kommunerne bruger de samme opholdssteder og døgninstitutioner. I ingen af de gennemgåede sager fremgår det, hvordan kommunerne finder frem til det konkrete anbringelsessted, som de vælger. Det er altså arbejdsgange, som vi ikke kan se dokumenteret i sagerne.

Tilbudsportalen anvendes til at finde konkrete tilbud, men den kan ikke stå alene

Flere kommuner fortæller, at de bruger Tilbudsportalen til at finde frem til relevante tilbud. Tilbudsportalen giver dem et overblik over, hvilke relevante tilbud der er, men kommunerne vurderer ikke, at den viden Tilbudsportalen indeholder er tilstrækkelig. Tilbudsportalen indeholder eksempelvis ikke viden om de børn og unge, der allerede er anbragt på stedet. Sammensætningen af børn og unge har stor indvirkning på den enkeltes trivsel. Det er derfor afgørende at kende til gruppen af børn og unge på det pågældende sted, for at foretage et godt match. Derfor finder kommunerne det nødvendigt at indgå i dialog med de forskellige anbringelsessteder, for at afdække, om de kan varetage barnets eller den unges støttebehov.

Inddragelse består i at sætte den unge og forældre ind i, hvad der ligger til grund for valg af konkret anbringelsessted

Interviewkommunerne fortæller, at både forældre samt barnet eller den unge bliver inddraget i valget af det konkrete anbringelsessted. Det sker dog typisk først, når kommunen har fundet frem til et eller flere konkrete tilbud. En anbringelseskonsulent fortæller følgende:

“Vi kan præsentere stedet, når vi har udpeget det. Hvis vi havde A, B og C, og det er lige godt, har vi jo ikke noget problem med at sige, at det må du gerne selv vælge. Det ville da være dejligt, hvis vi kunne det.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Fordi der sjældent er flere tilbud, der kan varetage barnets eller den unges behov, og som har pladser, er det sjældent muligt at give både forældre og barnet eller den unge et reelt valg. Inddragelsen består dermed i at sætte familien ind i, hvad der ligger til grund for det valg, som kommunen har foretaget.



Ikke muligt at finde anbringelsessted, der matcher alle barnets behov

Kommunerne oplever generelt, at de børn og unge, der bliver anbragt på opholdssteder og døgninstitutioner, har mange komplekse problemstillinger. Det er, ifølge de deltagende kommuner, ikke altid muligt at finde tilbud, der matcher alle barnets eller den unges behov. Derfor må kommunerne foretage en faglig vurdering af, hvilket støttebehov der skal vægtes tungest i den konkrete sag. En sagsbehandler fortæller:

”Hvis man på Tilbudsportalen klikker af i overgreb, diagnoser og misbrug, så er der ingen tilbud. Så er du nødt til at sortere noget fra”. (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Ifølge de deltagende kommuner varierer det fra barn til barn, hvilke behov og andre hensyn, der vægtes tungest.

Hensyn til anbringelsesstedets placering i forhold til barnets eller den unges nærmiljø vægtes tungt i mange sager

Et hensyn, som kommunerne beskriver som afgørende i mange sager, er hensynet til stedets placering i forhold til barnets eller den unges nærmiljø. Kommunerne tager hensyn til, om barnet eller den unge har godt af at være anbragt tæt på eller langt fra nærmiljøet, afhængigt af om der er elementer af barnets eller den unges tilværelse, som man vil forsøge at bibeholde eller skærme dem fra. I denne sammenhæng beskriver flere kommuner, at det ikke altid er muligt at finde relevante tilbud i nærmiljøet. Det kan eksempelvis betyde, at et barn eller ung, der trives i skolen, bliver nødt til at skifte skole, da anbringelsesstedet er placeret langt væk.



Pladsmangel på tilbud er en markant udfordring

Interviewkommunerne oplever, at der er pladsmangel på bestemte typer af anbringelsessteder. Det er eksempelvis anbringelsessteder med intern skole, og anbringelsessteder, der yder misbrugsbehandling, samt sikrede og delvist sikrede institutioner. Desuden er der pladsmangel på anbringelsessteder, der kan håndtere bestemte adfærdsmæssige problematikker. Eksempelvis seksualiseret adfærd, selvskadende adfærd og udadreagerende adfærd. I én kommune fortæller en anbringelseskonsulent, at hun har haft svært ved at finde plads på et tilbud, der kan håndtere udadreagerende adfærd. Hun fortæller, at hun har været i dialog med 21 forskellige steder, førend hun fandt et sted, der havde plads.

Pladsmangel på bestemte typer af anbringelsessteder udfordrer matchningsprocessen. Det betyder, at kommunerne i nogle tilfælde må gå på kompromis med deres faglige vurdering, og vælge et sted, der ikke nødvendigvis er det mest hensigtsmæssige.

HVAD ER ET SAFEHOUSE?

Safehouse er et sikret og specialiseret opholdssted til unge og voksne over 16 år, der er på flugt fra æresrelaterede konflikter. Adressen på et Safehouse er ukendt, for at skabe sikkerhed for de personer, der opholder sig der.



Interviewkommunerne oplever derudover, at der mangler konkrete anbringelsessteder, som behandler børn og unge med spiseforstyrrelser under 14 år, og såkaldte 'safehouses' til børn og unge under 16 år.

LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er struktureret kronologisk ud fra den unges sagsforløb: Fra kommunens første opmærksomhed på mistriksel, over udredning og afgørelse om anbringelse eller ændring af anbringelsessted, og til valget af et konkret opholdssted eller døgninstitution.

Arbejdsspørgsmål et om kommunernes arbejdsgange ved valg af opholdssted eller døgninstitution, og arbejdsspørgsmål tre om viden fra sagsgennemgangen, bliver besvaret løbende gennem rapporten. Arbejdsspørgsmål to, der belyser hvilke overvejelser og hensyn kommunerne tager i forbindelse med valg af konkret anbringelsessted, er besvaret i kapitel fem og seks.

I kapitlerne præsenterer vi fire konstruerede sagsforløb, som er udarbejdet på baggrund af sagsgennemgangen. Sagsforløbene indgår som eksempler på kommunernes forskellige arbejdsgange, når de skal vælge et opholdssted eller en døgninstitution til et barn eller en ung. De illustrerer desuden, hvor forskelligt sager om anbringelse på opholdssted og døgninstitution kan forløbe. Sagsforløbene indgår i rapporten i deres helhed første gang, de anvendes. Derefter referer vi løbende til sagsforløbene, når de eksemplificerer en pointe i et andet kapitel.

KAPITEL 2

Kommunernes brug af opholdssteder og døgninstitutioner



Indledningsvist præsenterer vi kort baggrundsviden om, hvor stor en andel af alle anbragte børn og unge, der er anbragt på opholdssteder og døgninstitutioner, og om forskellen på de to former for anbringelsessteder.

Derudover præsenterer vi i kapitlet to overordnede pointer om de interviewede kommuners brug af opholdssteder og døgninstitutioner:

- At de interviewede kommuner ikke skelner imellem opholdssteder og døgninstitutioner.
- At de interviewede kommuner oplever, at de børn og unge, der bliver anbragt på opholdssteder og døgninstitutioner i dag, generelt har meget komplekse udfordringer.

HOVEDPUNKTER

- Opholdssteder og døgninstitutioner er, efter plejefamilier, de mest anvendte anbringelsesformer i Danmark.
 - Forskellen på et opholdssted og en døgninstitution er primært, at opholdssteder er privat drevet, og døgninstitutioner er kommunalt drevet.
 - De interviewede kommuner skelner ikke mellem opholdssteder og døgninstitutioner. Når de skal vælge et anbringelsessted, lægger de primært vægt på anbringelsesstedets målgruppe og medarbejdernes kompetencer, og her oplever kommunerne ikke, at de to former adskiller sig.
 - Kommunerne oplever, at de børn og unge, de anbringer på opholdssteder og døgninstitutioner i dag, har mere komplekse udfordringer sammenlignet med tidligere. Det kan, ifølge kommunerne, hænge sammen med, at de i højere grad end tidligere først forsøger at afhjælpe barnets eller den unges udfordringer med forebyggende foranstaltninger. Kommunerne lægger vægt på, at det stiller store krav til opholdssteder og døgninstitutioner – såvel som til deres eget arbejde med at finde det rigtige anbringelsessted til et barn eller en ung.
-

BAGGRUNDSVIDEN OM OPHOLDSSTEDER OG DØGNINSTITUTIONER

Dette afsnit viser overordnet, at opholdssteder og døgninstitutioner – efter plejefamilier – er de mest anvendte anbringelsesformer. De to former adskiller sig fra hinanden ved, at opholdssteder er privat drevet, mens døgninstitutioner er kommunalt drevet.

CA. 1 PROCENT ER ANBRAGT

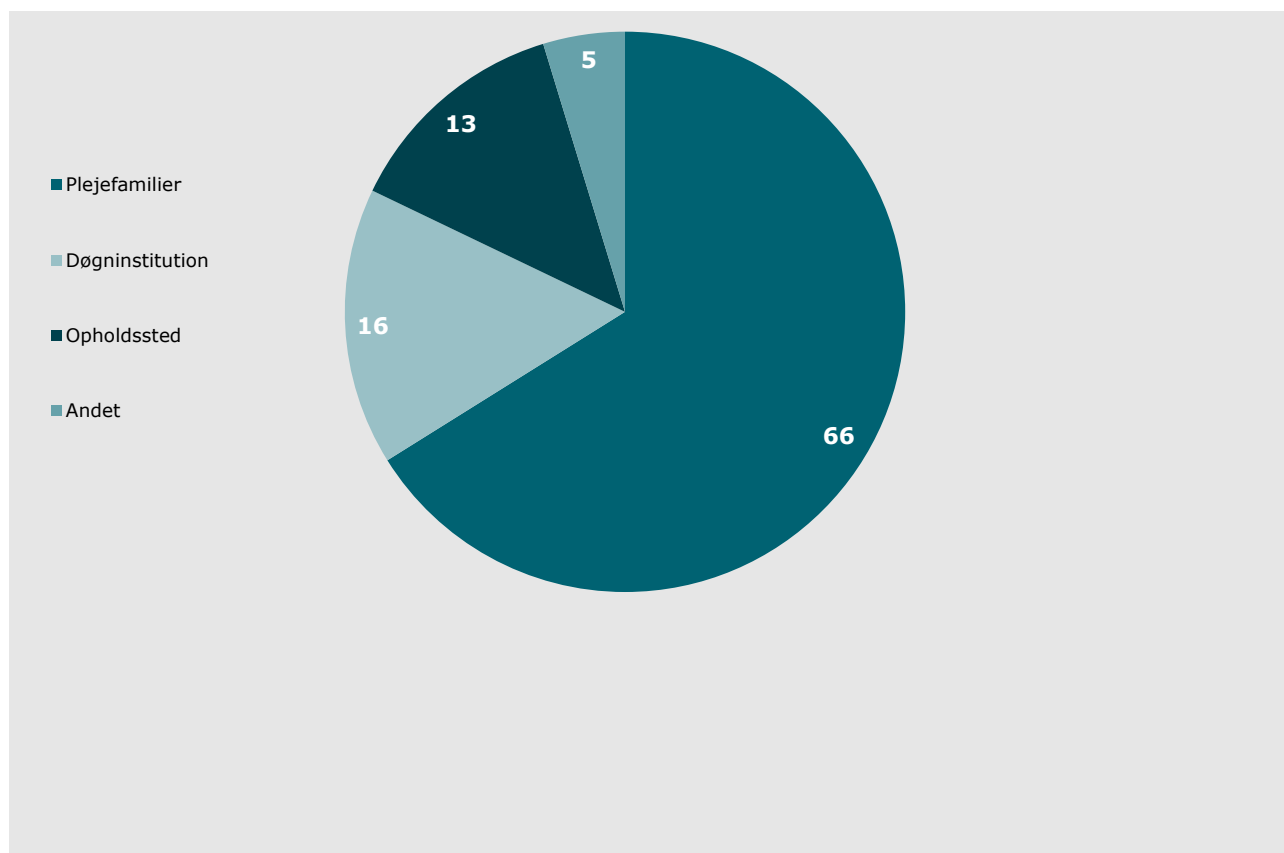
Andel anbragte på opholdssteder og døgninstitutioner

I Danmark var der per 31. december 2019 i alt 1.157.236 børn og unge i Danmark i alderen 0 til 17 år. Ud af dem var i alt 11.405 børn og unge anbragt uden for hjemmet. Det svarer til cirka én procent af alle børn og unge i Danmark⁴.

Når et barn eller en ung bliver anbragt uden for hjemmet, er der forskellige anbringelsesmuligheder. Størstedelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, er anbragt i en plejefamilie. I 2019 var 66 procent af alle anbragte i en plejefamilie. 16 procent af anbragte børn og unge var anbragt på en døgninstitution, og 13 procent var anbragt på et opholdssted. Dermed er opholdssteder og døgninstitutioner, ud over plejefamilier, de mest anvendte anbringelsesformer, se figur 2.1.

⁴ Kilde: Danmarks Statistik

FIGUR 2.1 ANDEL ANBRAGTE BØRN OG UNGE I ALDEREN 0-17 ÅR FOREDELT PÅ ANBRINGELSESTYPER I 2019



Forskellen på opholdssteder og døgninstitutioner

Denne undersøgelse handler om kommunernes praksis ved anbringelse på opholdssteder og døgninstitutioner. De to anbringelsesformer adskiller sig primært fra hinanden ved, at døgninstitutioner er kommunalt drevet, mens opholdssteder er privat drevet.



DØGNINSTITUTION⁵

- En døgninstitution er et **kommunalt oprettet og drevet** anbringelsessted.

OPHOLDSSTED⁶

- Et opholdssted er et **privat oprettet og drevet** anbringelsessted.

⁵ Kilde: Socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/born/anbringelse/om-anbringelse/anbringelsesformer/dogninstitution>

⁶ Kilde: Socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/born/anbringelse/om-anbringelse/anbringelsesformer/socialpaedagogiske-opholdssteder>

Per 31. december 2019 var der i alt 1.826 børn og unge anbragt på døgninstitutioner, mens 1.501 børn og unge var anbragt på opholdssteder⁷. Der var dermed lidt flere børn og unge, som var anbragt på en døgninstitution.

KOMMUNERNE SKELNER IKKE MELLEM OPHOLDSSTEDER OG DØGNINSTITUTIONER

Formålet med denne undersøgelse er blandt andet at give indblik i, hvornår og hvorfor kommunerne vælger henholdsvis et opholdssted og en døgninstitution. De fleste interviewkommuner beskriver, at de ikke skelner mellem de to anbringelsesformer.

I en kommune oplever sagsbehandlerne dog, at der tidligere var forskel på opholdssteder og døgninstitutioner. Sagsbehandlerne fortæller, at døgninstitutioner var egnet til mere behandlingskrævende børn og unge, mens opholdssteder varetog en socialpædagogisk opgave. De oplever dog, at forskellen mellem de to typer af anbringelsessteder er blevet mere sløret:

”Det er fladet mere ud. Døgninstitutioner var førhen mere behandlingsmæssige steder, hvor børnene var behandlingskrævende, og opholdsstederne var mere socialpædagogisk støtte. Så det er som om, at det er fladet lidt ud. Tilbuddene ligner hinanden.” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Flere kommuner understreger i interviewene, at de ikke skelner mellem opholdssteder døgninstitutioner, når de skal finde et relevant tilbud:

”Jeg kigger ikke efter, om det er godkendt efter det ene eller det andet. Det er for det meste, når jeg skal ind og oprette det i vores sagsstyringssystem, når man skal vælge, om det er det ene eller det andet. Der er først tit derefter, at jeg bliver opmærksom på, om det er en døgninstitution eller et opholdssted.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

”Jeg har svært ved at skelne”

”Jeg har svært ved at skelne, fordi jeg tænker ikke over det i min hverdag. Jeg vil få svært ved at skulle sidde og ’highlighte’ dem, fordi jeg lægger ikke mærke til det i min hverdag.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

⁷ Kilde: Danmarks Statistik

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Det fremgår af sags gennemgangen, at kommunerne forveksler opholdssteder og døgninstitutioner.

De interviewede kommuner fremhæver, at de primært lægger vægt på at matche efter stedets kompetencer og målgruppe, og at de ikke oplever, at de to anbringelsesformer overordnet adskiller sig fra hinanden på disse parametre.

Det fremgår også af de sager, vi har gennemgået, at kommunerne forveksler opholdssteder og døgninstitutioner. I flere sager skriver sagsbehandleren den ene anbringelsestype, men der er tale om den anden - døgninstitutioner bliver omtalt som opholdssteder og omvendt.

GRUPPEN AF ANBRAGTE BØRN OG UNGE HAR ÆNDRET SIG

Alle de seks kommuner, der indgår i undersøgelsen, oplever, at de børn og unge, de anbringer uden for hjemmet i dag, er mere belastede og har mere komplekse problemstillinger end tidligere. Det skyldes, ifølge kommunerne, blandt andet, at de først overvejer en anbringelse, når de har forsøgt at imødekomme barnets eller den unges behov gennem forebyggende indsatser. Det gør kommunernes opgave med at finde det rette anbringelsessted mere vanskelig, og stiller store krav til opholdssteder og døgninstitutioner.

Anbragte børn og unge er mere belastede i dag end tidligere

To kommuner beskriver i interviewene, at de oplever, at anbragte børn og unge i dag er meget belastede og har komplekse problemstillinger, når de bliver anbragt. De to kommuner fremhæver, at dette er noget, der har ændret sig med tiden:

"De bliver mere og mere krævende, vi ser i hvert fald, at de er mere tunge, dem vi får nu". (Anbringelseskonsulent, Thisted Kommune)

At gruppen af anbragte børn og unge har komplekse problemstillinger og ofte er i massiv mistrivsel, stiller ifølge interviewkommunerne meget høje krav til døgninstitutionerne og opholdsstederne:

"Det stiller meget store krav til det pædagogiske arbejde. Det stiller store krav til personalet. De skal være bedre uddannede til at tage de her meget komplekse unge mennesker. Og de skal være gjort af noget godt. Og så skal de have gode arbejdsvilkår". (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Kommunerne fremhæver, at det samtidig har gjort deres opgave med at finde et sted, som matcher barnet eller den unges behov, mere vanskelig.

Børn og unge er længere i det forebyggende regi i dag end tidligere

En af årsagerne til, at anbragte børn og unge i dag har meget komplekse udfordringer, kan være, at kommunerne først overvejer en anbringelse, når det er udelukket, at barnets eller den unges behov kan imødekommes med forebyggende foranstaltninger. Flere af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, beskriver, at de altid forsøger at sætte ind med forebyggende foranstaltninger, inden de anbringer et barn eller en ung uden for hjemmet:

“Vi prøver at støtte op så meget som muligt, for at undgå en anbringelse”. (Sagsbehandler, Thisted kommune)

Sagsbehandlere fra en kommune beskriver i den forbindelse, at de i dag går længere for at forebygge en anbringelse, end de gjorde tidligere. De har oplevet, at det nogle gange kan gøre det vanskeligere at hjælpe barnet eller den unge på rette kurs, end hvis de havde anbragt barnet eller den unge tidligere. En sagsbehandler fortæller:

“Problematikken er rigtig, rigtig svær. Vores ledelse går meget ind for det forebyggende, og for at prøve at gøre så meget som muligt inden [en anbringelse uden for hjemmet]. Efter nogle år, hvor det så ender i en anbringelse alligevel, så er det måske en meget sværere anbringelse, end hvis man havde gjort det fra starten”. (Sagsbehandler, Thisted Kommune)

I de sager, vi har gennemgået, er der eksempler på, at kommunen sætter ind med forebyggende foranstaltninger i en længere årrække, før de overvejer en anbringelse.

Det konstruerede sagsforløb om Rasmus, der præsenteres herunder, er et eksempel på, hvordan kommunen arbejder forebyggende i en årrække, før de vælger at anbringe. Rasmus bliver 14 år, før kommunen træffer afgørelse om, at han skal anbringes uden for hjemmet. Først kommer Rasmus på efterskole, da han har behov for at komme væk hjemmefra. Dette er ikke en tilstrækkelig støtte, og derfor bliver Rasmus som 14-årig anbragt på en døgninstitution.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I sagsgennemgangen er der eksempler på, at kommunen sætter ind med forebyggende foranstaltninger i en længere årrække, før de overvejer en anbringelse.

Sagsforløb om Rasmus



RASMUS: FØRSTEGANGSANBRINGELSE PÅ EN DØGNINSTITUTION

Rasmus er 14 år gammel, da han bliver anbragt på en døgninstitution. Kommunen er forud for Rasmus' anbringelse i dialog med flere mulige anbringelsessteder. Ét sted vurderer, at deres rammer ikke er egnede for Rasmus, og kommunen finder derefter et andet sted, der i højere grad matcher Rasmus' støttebehov.



Forhistorie

Kommunen har haft kendskab til Rasmus, siden han var helt lille. Allerede under morens graviditet modtog kommunen en underretning fra morens psykolog, der var bekymret for det kommende barn. Moren havde selv haft en vanskelig barndom og udviste tegn på PTSD. Efter en drøftelse med forældrene valgte kommunen ikke at gøre yderligere i den forbindelse.

Da Rasmus er 10 måneder, går forældrene fra hinanden, og moren får fuld forældremyndighed over Rasmus. Da Rasmus er 3 år gammel, udarbejder kommunen en børnefaglig undersøgelse grundet bekymringer for Rasmus' trivsel i børnehaven. Af den børnefaglige undersøgelse fremgår det, at Rasmus mangler struktur og basal omsorg i hjemmet. På baggrund af den børnefaglige undersøgelse iværksætter kommunen praktisk pædagogisk støtte i hjemmet.

Da Rasmus er 10 år, får han konstateret autisme. Han har en udadreagerende adfærd og begynder at optrappe konflikter i skolen. I løbet af de næste år af Rasmus' liv udviser han yderligere tegn på mistrivsel. Han begynder at stikke af hjemmefra og udebliver fra skole. Det leder til, at han kommer på en efterskole, da han er 14 år gammel.



Grundlaget for at kommunen vælger at anbringe

Et par måneder efter at Rasmus er kommet på efterskole, modtager kommunen en underretning fra efterskolen. Efterskolen oplyser, at Rasmus er blevet bortvist, da han har været voldelig over for en anden elev. Derudover fremgår det af underretningen, at Rasmus har haft flere episoder med uhensigtsmæssig adfærd på efterskolen. Rasmus flytter midlertidigt ind hos sin farmor og farfar, men kommunen vurderer, at netværket ikke kan løfte opgaven og sikre Rasmus' udvikling.

Forud for at Rasmus bliver anbragt på døgninstitutionen, opdaterer kommunen ikke den børnefaglige undersøgelse. Det fremgår ikke af sagen, om kommunen laver en handlingsplan forud for afgørelsen. Det vides derfor ikke, hvilke forhold og støttebehov der ligger til grund for, at kommunen beslutter, at Rasmus skal anbringes på døgninstitutionen.



Afgørelse om anbringelse

To måneder efter at Rasmus er blevet bortvist fra efterskolen, bliver sagen drøftet på et teammøde i kommunen. På mødet træffer kommunen afgørelse om, at Rasmus skal anbringes uden for hjemmet. Derudover træffer kommunen afgørelse om at opdatere den børnefaglige undersøgelse. Opdateringen er dog først færdig efter, at Rasmus er flyttet ind på døgninstitutionen.



Afgørelse om anbringelsessted

I forbindelse med at kommunen træffer afgørelse om at anbringe Rasmus, vurderer de, at kommunens egne døgninstitutioner ikke er egnede på grund af ungegruppen, der er anbragt der. Kommunen beslutter, at de vil undersøge mulighederne for, at Rasmus kan blive anbragt på en specialkostskole eller en specialefterskole uden for kommunen.

Kommunens anbringelseskonsulent videresender oplysninger om Rasmus til en mulig kostskole. På baggrund af

informationer om Rasmus og hans støttebehov, vurderer kostskolen, at stedet ikke er egnet. Det fremgår, at Rasmus har behov for mere faste rammer, mere struktur og mere omfattende støtte, end kostskolen kan tilbyde.

Kort tid efter holder kommunen endnu et møde, hvor de drøfter mulige anbringelsessteder til Rasmus. Anbringelseskonsulenten foreslår en konkret døgninstitution, der er målrettet børn og unge med autisme og har fokus på at skabe klare rammer og struktur.

Tre måneder efter afgørelsen om anbringelse uden for hjemmet og dermed fem måneder efter, at Rasmus er blevet bortvist fra efterskolen, holder sagsbehandleren et opstartsmøde på institutionen med pædagogerne. Her bliver det besluttet, at Rasmus skal anbringes på stedet, og han flytter ind få dage efter. Det fremgår, at institutionen bliver valgt, fordi den kan hjælpe med at rammesætte og strukturere Rasmus' hverdag og forstå hans autisme. Dog beskrives placeringen af stedet som en udfordrende faktor, da det ligger tæt på Rasmus' mor, som har haft en negativ indvirkning på hans liv.

Det konstruerede sagsforløb om Rasmus er blandt andet et eksempel på, at kommunen forsøger med forebyggende foranstaltninger i en årrække, før de vælger at anbringe ham uden for hjemmet.

KAPITEL 3

Udredning og afgørelse om anbringelse



Før kommunen kan anbringe et barn eller en ung på et opholdssted eller en døgninstitution, skal de lave en faglig udredning af barnets eller den unges situation og behov. Det samme gælder, hvis kommunen vil ændre barnets anbringelsessted.

I dette kapitel beskriver vi, hvordan kommunerne typisk får kendskab til, at et barn eller ung har behov for støtte, eller til at barnets eller den unges anbringelsessted skal ændres. Derudover beskriver vi i kapitlet, hvilken udredning kommunerne foretager forud for både anbringelse og ændring af anbringelsessted, og hvem der træffer afgørelse.

HOVEDPUNKTER

- Ved en førstegangsanbringelse får kommunerne typisk kendskab til mistrivsel gennem underretninger fra fagpersoner. Derudover efterspørger forældrene selv hjælp i forhold til at varetage barnets eller den unges tarv.
 - Ved ændring af anbringelsessted bliver kommunen oftest opmærksom på mistrivsel gennem dialog med anbringelsesstedet, men også gennem underretninger fra fagpersoner.
 - Kommunerne fortæller i interviewene, at de har arbejdsgrupper, der understøtter lovgivningens krav om at udarbejde en børnefaglig undersøgelse og en handleplan, inden kommunen træffer afgørelse om anbringelse og konkret anbringelsessted. Trods dette er der eksempler på sager i sagsgennemgangen, hvor der mangler en opdatering af en børnefaglig undersøgelse og en handleplan.
 - I fire af de fem kommuner træffes afgørelsen om anbringelse eller ændring af anbringelsessted af en myndighedsleder eller et tværfagligt visitationsudvalg. I den sidste kommune træffer sagsbehandleren afgørelsen efter drøftelse med et tværfagligt visitationsudvalg.
 - De børn og unge, der har de største støttebehov, bliver bragt på et opholdssted eller en døgninstitution frem for i en plejefamilie.
-

- Når der er truffet afgørelse om at anbringe et barn eller en ung, fortæller flere af interviewkommunerne, at de ofte først anbringer midlertidigt på en af kommunens egne institutioner. Det giver dem mulighed for at vurdere barnets eller den unges behov yderligere og dermed bedre mulighed for at finde det rette anbringelsessted. Andre kommuner gør ikke dette, fordi de tilstræber så få skift for barnet eller den unge som muligt.

DEN FØRSTE OPMÆRKSOMHED

Dette afsnit viser, at kommunerne forud for en førstegangsanbringelse oftest får kendskab til, at et barn eller en ung ikke trives, gennem underretninger fra fagpersoner. Flere kommuner oplever desuden, at forældrene selv kontakter kommunen, og rækker ud efter hjælp i forhold til deres barn. Når der er tale om børn og unge, der allerede er anbragt uden for hjemmet, bliver kommunerne typisk bekendt med, at barnet eller den unge ikke trives, gennem dialog med anbringelsesstedet.

Førstegangsanbringelse: Kendskab til mistrivsel gennem underretninger fra fagpersoner eller fra forældrene

Flere af de interviewede kommuner beskriver, at første gang de bliver opmærksomme på, at et barn eller ung ikke trives, typisk er gennem en underretning fra en fagperson. Det kan eksempelvis være en læge, sundhedsplejerske, politi, psykologer, pædagog og lærer. To kommuner beskriver, at de typisk modtager de første underretninger fra skolen. I de sager vi har gennemgået, er der eksempler på, at underretninger fra skolen handler om skolefravær, udadreagerende adfærd, konflikter med elever og lærere samt selvskade.

I sagsgennemgangen er der også eksempler på, at kommunen bliver opmærksom på, at barnet eller den unges ikke trives gennem dialog med både barnet eller den unge selv og forældrene. To kommuner fortæller, at de oplever at blive kontaktet af forældre, som selv ytrer ønske om, at deres barn bliver anbragt:

”Når vi anbringer første gang, så er det oftest forældrene, som ønsker, at barnet bliver anbragt. Hvor de tager kontakt til os.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

”Det er jo også tit, hvor forældrene ikke magter at have det her barn hjemme mere, altså hvor kommunen bare ikke skal ind, og så bliver børnene større, og så tænker de; ’Nu

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANG

I flere sager bliver kommunen opmærksom på, at barnet ikke trives, gennem underretninger fra fagpersoner.

vil vi gerne have kommunen ind over, for nu magter vi det heller ikke selv.” (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANG

Ved ændring af anbringelse bliver kommunen opmærksom på, at barnet ikke trives gennem dialog med anbringelsesstedet, forældrene til barnet/den unge eller gennem barnet/den unge selv.

Ændring af anbringelsessted: Kendskab til mistrivsel gennem dialog med det tidligere anbringelsessted

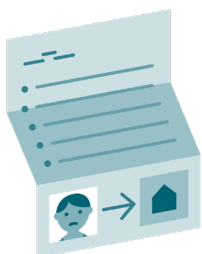
Tre kommuner beskriver, at de, med de børn og unge der allerede er anbragt, primært bliver opmærksomme på mistrivsel gennem dialog med anbringelsesstedet. Det er typisk selvskadende adfærd, rømninger, kriminalitet og udeblivelse fra skolen, som indikerer, at barnet eller den unge ikke er i trivsel.

”Det er deres adfærd. De begynder måske at stikke af fra deres sted, eller modsætte sig samarbejdet, og vil ikke overholde regler og rammer på opholdsstedet. Så det er i deres adfærd. Og så bliver vi kontaktet af opholdsstedet.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

I flere kommuner beskriver de, at de får information om barnet eller den unge fra forskellige steder. Men at det i sidste ende primært er det tidligere anbringelsessted, sagsbehandleren får informationen fra:

”Det er en løbende dialog af meddelelser fra opholdsstedet om, at nu er de rømmet, eller politiet har ringet og sagt ’Nu har vi anholdt vedkommende og kørt tilbage’. Eller forældrene siger, ’han skulle komme hjem på weekend, og han er her ikke. Nu er han ude og ryge hash, og nu skylder han 30.000 til andre’. Det er en masse steder, vi får informationer fra, men primært opholdsstedet, fordi de skal jo informere rådgiver, hver gang der sker noget.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Sagsforløb om Jamal



Sagsgennemgangen viser også, at det er meget forskelligt fra sag til sag, hvordan kommunerne bliver opmærksom på, at barnet eller den unge mistrives.

Det nedenstående konstruerede sagsforløb om Jamal er et eksempel på, at kommunen får information både fra politiet og anbringelsesstedet om mistrivsel, og at det fører til en ændring af anbringelsessted.

JAMAL: ÆNDRING AF ANBRINGELSESTED TIL OPHOLDSSTED EFTER FIRE FORSKELLIGE ANBRINGELSER PÅ TO ÅR

Jamal er 16 år, da han bliver anbragt på et opholdssted. Jamal har inden da været anbragt på fire forskellige opholdssteder og døgninstitutioner over en periode på to år. Kommunen har forud for Jamals anbringelse været i kontakt med den tidligere institution og Jamal, som ønsker at bo i egen lejlighed. Mod Jamals ønske anbringer kommunen ham på et opholdssted, da sagsbehandleren vurderer, at han har behov for massiv støtte.



Forhistorie

Jamal har ikke set sin far, siden han var 3 år gammel, og Jamals mor har den fulde forældremyndighed. Moren har en depression og har svært ved at sætte grænser for Jamal. Det har ført til, at Jamal har brug for hjælp til at genopbygge en struktur i sin hverdag. Da Jamal er 7 år, bliver han psykiatrisk udredt. Han diagnosticeres med generel udviklingsforstyrrelse. Som 14-årig bliver Jamal anbragt første gang på et opholdssted, da hans mor ikke kan tage vare på ham.



Grundlaget for at kommunen vælger at ændre anbringelsessted

Jamal stikker flere gange af, og han er ofte væk i længere perioder. Da Jamal er 15 år overfalder han, og flere andre unge, en jævnaldrende. Jamal meldes til politiet. Kommunen bliver opmærksom på, at institutionen ikke er det rette match for Jamal. Kommunen er i kontakt med både døgninstitutionen og politiet om Jamals situation.

Efter politianmeldelsen taler sagsbehandleren med Jamal, som giver udtryk for, at han ikke ønsker at være på institutionen, da han ikke trives med de andre unge. Jamal ønsker i stedet sin egen lejlighed, hvor han ikke vil blive forstyrret af andre børn og unge.



Afgørelse om ændring af anbringelse

En måned efter politianmeldelsen af Jamal drøfter sagsbehandleren sagen med sin teamleder. De træffer afgørelse om at ændre anbringelsessted. I indstillingen til ændring af anbringelsessted vurderer kommunen, at Jamal har behov for et sted, der kan rumme hans psykiske udfordringer samt hans udadreagerende adfærd. Kommunen vurderer, at Jamal har behov for en høj grad af støtte og struktur, og at han derfor ikke kan bo i egen lejlighed.

Der er ikke foretaget en opdateret børnefaglig undersøgelse forud for Jamals femte anbringelse. Den sidste børnefaglige undersøgelse, der fremgår af sagen, er udarbejdet forud for Jamals første anbringelse på et opholdssted, da han er 14 år gammel. Kommunen udarbejder heller ikke en handleplan i forbindelse med, at Jamal flytter til et nyt opholdssted.



Afgørelse om anbringelsessted

To uger efter at kommunen har truffet afgørelse om ændring af anbringelsessted, får sagsbehandleren et brev fra Jamal, som føler sig svigtet af kommunen, fordi sagsbehandleren ikke har taget højde for hans ønsker. Jamal skriver videre, at han håber, at de vil lytte til ham og imødekomme hans ønske om at bo for sig selv, da han allerede har være anbragt på mange institutioner. Det fremgår ikke af sagen, om eller hvordan sagsbehandleren forholder sig til brevet.

En måned efter at afgørelsen er truffet, har sagsbehandleren fundet et nyt opholdssted til Jamal. Opholdsstedet ligger uden for handlekommunen. Sagsbehandleren beskriver i sagen, at det konkrete opholdssted er valgt, da det kan bakke op om Jamal og hans behov for massiv socialpædagogisk støtte. I sagsakterne fremgår der ikke meget kommunikation mellem kommunen og opholdsstedet. Jamal flytter til det nye opholdssted tre måneder efter politianmeldelsen. Kort inden flytningen bliver sagsbehandleren kontaktet af en medarbejder fra Jamals nuværende døgninstitution, der fortæller, at Jamal ikke vil profitere af

at blive anbragt på endnu en døgninstitution/opholdssted. Medarbejderen mener, at Jamal bør anbringes i egen lejlighed med en støttekontaktperson. Medarbejderen understreger, at Jamals stemme bør veje tungt grundet hans alder. Derudover foreslår medarbejderen et konkret sted, hvor Jamal kan få egen lejlighed med støttekontaktperson. Det fremgår ikke af sagen, om sagsbehandleren tager stilling til denne henvendelse.

Sagsbehandleren fortæller Jamal om flytningen samme dag, som han skal flytte. Jamal bliver vred og ked af det over beslutningen, men hjælper selv med at pakke sit værelse ned og flytte sine ting.

Udover at det konstruerede forløb er et eksempel på, hvordan kommunen bliver opmærksom på mistriksel hos et barn, der er anbragt, er det også fremtrædende i forløbet, hvilke hensyn kommunen vægter i forhold til valg af anbringelsessted. I kapitel seks beskriver vi nærmere, hvilke hensyn kommunerne tager ved valget af anbringelsessted, og hvordan forskellige hensyn – herunder hensynet til barnet eller den unges egne ønsker – vægtes.

FAGLIG UDREDNING

Forud for, at kommunen anbringer et barn eller en ung uden for hjemmet, skal kommunen lave en børnefaglig undersøgelse. Derudover skal kommunen udarbejde en handleplan. Handleplanen skal med udgangspunkt i den børnefaglige undersøgelse angive formålet med anbringelsen.

Afsnittet viser overordnet, at kommunerne har arbejdsgange, der understøtter, at der er udarbejdet en børnefaglig undersøgelse eller en opdatering af en tidligere udarbejdet børnefaglig undersøgelse samt en handleplan, inden de anbringer et barn eller en ung uden for hjemmet. Vi kan dog se af sagsgangen, at det ikke er altid, at den børnefaglige undersøgelse er opdateret, og at der ligger en handleplan.

§

BØRNEFAGLIG UNDERSØGELSE, SERVICELOVENS § 50⁸

Ifølge servicelovens § 50 skal kommunen udarbejde en børnefaglig undersøgelse af et barns eller en ungs forhold, hvis det vurderes, at barnet eller den unge har et særligt behov for støtte.

En børnefaglig undersøgelse skal omfatte en helhedsbetragtning af barnets eller den unges:

- Udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold

Undersøgelsen skal med en begrundet stillingtagen vurdere, om der er grundlag for at iværksætte hjælp til barnet og familien, og hvis det er tilfældet, hvilke foranstaltninger der bedst kan bidrage til at afhjælpe barnets vanskeligheder og behov.

Inden der træffes afgørelse om valg af anbringelsessted, er det centralt, at barnets eller den unges forhold er grundigt undersøgt, jf. servicelovens § 50, og at målene med anbringelsen er klart beskrevet i handleplanen. Dette giver kommunen et godt udgangspunkt for at identificere egnede anbringelsessteder.

§

HANDLEPLAN, SERVICELOVENS § 140⁹

Ifølge servicelovens § 140 skal kommunen udfærdige en handleplan, når der ydes hjælp eller støtte efter servicelovens regler om særlig støtte til børn eller unge.

En handleplan er et vigtigt koordineringsredskab, der skal tydeliggøre indsatsen i en børnesag.

⁸ Kilde: Ankestyrelsens hjemmeside <https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/sager-om-born-og-unge/undersogelser/undersogelse-af-om-et-barn-eller-ung-traenger-til-saerlig-stotte-bornefaglig-undersogelse>

⁹ Kilde: Ankestyrelsens hjemmeside <https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/sager-om-born-og-unge/sagsbehandling/der-skal-udformes-handleplaner-for-at-tydeliggøre-indsatsen-i-en-bornesag>

Handleplanen skal sikre en tilstrækkelig systematik i en børnesag, sikre en god opfølgning på effekten af indsatsen, give familien et overblik over sagens forløb, og give mulighed for en konstruktiv overlevering af sagen ved et eventuelt sagsbehandlerskift i kommunen.

Handleplanen skal indeholde en beskrivelse af:

- formålet med indsatsen
- hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet
- konkrete mål i forhold til barnets eller den unges trivsel og udvikling
- konkrete mål for overgangen til voksenlivet for unge, der er fyldt 16 år
- indsatsens forventede varighed
- hvilke former for støtte der skal iværksættes over for familien i forbindelse med anbringelse af et barn eller en ung, og i tiden efter barnets eller den unges hjemgivelse

Handleplanen skal tage udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse af barnets eller den unges forhold.

Kommunens afgørelse om valg af anbringelsessted skal træffes i overensstemmelse med handleplanen, hvilket vil sige, at anbringelsesstedet skal være med til at opfylde de mål for barnet eller den unge, der fremgår af handleplanen.

Faste arbejdsgange – men eksempler på mangler i de gennemgåede sager

Kommunerne, der indgår i undersøgelsen, beskriver, at de har arbejdsgange, der skal sikre, at der er udarbejdet en børnefaglig undersøgelse eller en opdatering af en tidligere udarbejdet børnefaglig undersøgelse samt en handleplan, inden de anbringer et barn eller en ung uden for hjemmet. Der kan eksempelvis være et internt krav om, at der foreligger en børnefaglig undersøgelse, inden der træffes afgørelse om anbringelsesgrundlag, og fra anbringelsessteder er der krav om at modtage en handleplan. Derfor er det elementer, som altid, ifølge sagsbehandlerne, bliver udarbejdet i anbringelsessager, der ikke er akutte.

Interviewkommunerne fremhæver også, at en god udredning er vigtig. Eksempelvis beskriver en sagsbehandler, at det kan have fatale konsekvenser og lede til sammenbrud i anbringelsen, hvis der ikke er foretaget en tilstrækkelig udredning af barnet forud for en anbringelse:

”Når det er en førstegangsanbringelse, og det er et barn, der er gået under radaren, så risikerer vi nogle gange, at anbringe på nogle papirer, som ikke er helt opdateret, eller at vi ikke kender barnet eller den unge godt nok, og hvor der så sker sammenbrud. Og så er det først efter sammenbruddet, at man for alvor bliver opmærksom på, hvor store problematikker er.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Flere kommuner fremhæver en grundig udredning som særligt afgørende ved en førstegangsanbringelse, da kendskab til barnet eller den unge her er mangelfuldt:

”Reelt set, så ved vi ikke, hvad behovet er.”

”I nye anbringelser der ved vi ikke, hvad vi har med at gøre. Vi ved det ud fra forældrene og indsatser, men reelt set så ved vi ikke, hvad behovet er. Og det er der noget i at få afklaret, netop for at undgå sammenbrud i anbringelser”. (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Interviewene vidner om, at kommunerne også er bevidste om vigtigheden af, at den børnefaglig undersøgelse belyser aktuelle forhold:

”Den skal i hvert fald være aktuel på en eller anden måde, det er jo det, der er hele humlen i det; At beskrive situationen, som den er, ellers er det helt ‘far out’”. (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Handleplanen bliver også af sagsbehandlere i en kommune beskrevet som et afgørende redskab, når sagsbehandleren skal finde frem til et relevant anbringelsessted:

”Handleplanen er jo altafgørende som arbejdsredskab. Når man har lavet den her tragtning, og alle de her ting; ‘Hvad er det, han har behov for?’ Så skal det selvfølgelig spejle sig igennem handleplanen, at de skal støtte op omkring det og det og det. Hvis nu han eksempelvis ikke kommer i skole, så skal man støtte op omkring, at få en struktur omkring det. Og alle de ting han nu har behov, skal fremgå af den her handleplan. Så de konkret ved, og vi sikrer os, at der arbejdes med de ting, som vi er kommet frem til, der mangler.” (Familieplejekonsulent, Thisted Kommune)

Af sagsgennemgangen fremgår det dog, at der i flere sager mangler både opdateringer af tidligere børnefaglige undersøgelser og handleplaner. I flere sager er den børnefaglige undersøgelse flere år gammel. I de konstruerede [sagsforløb om Rasmus](#) i kapitel to og [Jamal](#) i dette kapitel, er der hverken en opdateret børnefaglig undersøgelse eller en handleplan.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANG

I flere sager er der ikke udarbejdet en børnefaglig undersøgelse/opdatering af tidligere børnefaglig undersøgelse eller handleplan.

Det gør sig gældende for både anbringelser på opholdssteder og døgninstitutioner.

Eksempler på, at kommunerne ikke har udarbejdet opdateringer af børnefaglige undersøgelser og handleplaner ses også i andre undersøgelser, som Ankestyrelsen har gennemført - eksempelvis 'Børnesagsbarometret'¹⁰. Det er dermed ikke kun gældende for de kommuner, der indgår i denne undersøgelse.

AFGØRELSE OM ANBRINGELSE ELLER ÆNDRING AF ANBRINGELSESTED



Hvis sagsbehandleren på baggrund af den børnefaglige undersøgelse vurderer, at barnet eller den unge skal anbringes uden for hjemmet, eller at anbringelsesstedet skal ændres, skal der træffes en afgørelse om dette. Interviewene vidner om, at sagsbehandlerne ikke har bemyndigelse til selv at træffe afgørelse om anbringelse uden for hjemmet. Det bliver derimod besluttet af et visitationsudvalg eller af en leder.

Afgørelse om anbringelse kan både blive truffet med og uden barnets eller den unges og forældrenes samtykke. Hvis der ikke er samtykke til anbringelsen eller ændring af anbringelsessted skal børn og unge-udvalget træffe afgørelse, og ikke visitationsudvalget.

Desuden viser afsnittet, at det ofte er børn og unge med komplekse udfordringer, der anbringes på et opholdssted eller en døgninstitution frem for anbringelse i plejefamilie. Afsnittet viser også, at nogle kommuner benytter midlertidige anbringelser for at afdække barnet eller den unges behov yderligere.

Boksen nedenfor beskriver afgørelse om anbringelse med og uden samtykke samt ændring af anbringelsessted.



Anbringelse med og uden samtykke

Det fremgår af serviceloven § 52. stk. 3, nr. 7, at barnet eller den unge kan anbringes uden for hjemmet *med* samtykke. Det kan eksempelvis være på opholdssteder eller i døgninstitutioner, jf. § 66.¹¹

Det fremgår af serviceloven § 58, at børn og unge-udvalget *uden* samtykke fra forældremyndighedens indehaver og den unge, der er fyldt 15 år, kan beslutte at anbringe barnet eller den unge uden for hjemmet. Det kan de,

¹⁰ Kilde: Ankestyrelsen, 2020 "Børnesagsbarometret 2020".

¹¹ Kilde: Vejledning til Serviceloven 9142 pkt. 254 af 26. februar 2019.

hvis der er en åbenbar risiko for, at barnets eller den unges sundhed eller udvikling lider alvorlig skade. Det kan eksempelvis være på grund af utilstrækkelig omsorg for eller behandling af barnet eller den unge eller misbrugsproblemer, kriminell adfærd eller andre svære sociale vanskeligheder hos barnet, den unge eller forældrene.¹²

Ændring af anbringelsessted

Hvis formålet med anbringelsen ikke kan opnås på barnets eller den unges nuværende anbringelsessted, kan kommunen eller børn og unge-udvalget træffe afgørelse om ændret anbringelsessted, jf. servicelovens § 69.

Der er nogle krav, hvis kommunen vil ændre barnets eller den unges anbringelsessted. Blandt andet skal barnet eller den unges holdning til ændring af anbringelsessted afdækkes, der skal foreligge en beskrivelse af et nyt anbringelsessteds forventede egnethed til at imødekomme barnets eller den unges behov for støtte og for nære og stabile voksenrelationer, samt en udtalelse fra det tidligere anbringelsessted.¹³

TVÆRFAGLIGT VISITATIONS- UDVALG

Afgørelsen træffes i de fleste kommuner ikke af sagsbehandleren

I de fleste af interviewkommunerne er det et tværfagligt visitationsudvalg eller en myndighedsleder, der træffer afgørelse om anbringelse uden for hjemmet eller ændring af anbringelsessted, hvis barnet eller den unge og forældrene har givet samtykke til anbringelsen. Afgørelsen træffes på baggrund af en indstilling fra sagsbehandleren med en beskrivelse af sagen.

I de kommuner, der anvender et tværfagligt visitationsudvalg, består udvalget oftest af både repræsentanter fra myndighederne og ledere fra kommunens døgninstitutioner.

I én kommune bliver anbringelsesgrundlaget drøftet med et tværfagligt visitationsudvalg, men sagsbehandleren træffer selv afgørelsen.

Det er typisk børn og unge med komplekse udfordringer, der kommer på et opholdssted eller en døgninstitution

Når kommunen træffer afgørelse om anbringelse uden for hjemmet, skal de overveje, om barnet eller den unge skal

¹² Kilde: Vejledning til serviceloven nr. 9142 pkt. 292-298 af 26. februar 2019.

¹³ Kilde: Vejledning til serviceloven nr. 9142 pkt. 461-463 af 26. februar 2019.

være i en plejefamilie, på et opholdssted eller på en døgninstitution.

I flere kommuner fortæller sagsbehandlere, at når de vurderer, at et barn eller en ung skal på et opholdssted eller en døgninstitution frem for i en plejefamilie, skyldes det ofte, at barnet eller den unge har komplekse udfordringer og er behandlingskrævende. Kommunerne oplever, at det er mere typisk blandt de ældre børn:

”Så det er jo nogen, der er oppe i en alder, og har en vis problematik og et vist støttebehov.”

”Typisk er det de lidt ældre, der kommer på opholdssteder og institutioner. Så det er jo nogen, der er oppe i en alder, og har en vis problematik og et vist støttebehov. Det er når børnene bliver mere behandlingskrævende, kan man sige.”
(Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Sagsbehandlerne beskriver, at de overvejer plejefamilie først, men at de unges udfordringer kan gøre, at de vurderer, at en plejefamilie ikke kan varetage opgaven:

”Vi prøver som udgangspunkt at tænke, om vi kan matche denne her unge i en plejefamilie, men ofte har de nogle udfordringer, der er så store, at de heller ikke selv har lyst til at være i plejefamilie.” (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

Der er i sagsgennemgangen eksempler på, at kommunen har vurderet, at barnet eller den unge skal i en plejefamilie, men da de ikke kan finde en egnet plejefamilie, kommer den barnet eller unge på et opholdssted eller døgninstitution. Mangel på plejefamilier kan derfor også være årsagen til, at barnet eller den unge kommer på et opholdssted eller en døgninstitution.

DATA FRA DANMARKS STATISTIK

Alle seks kommuner beskriver, at det ofte er de ældre børn, der bliver anbragt på et opholdssted eller en døgninstitution. Der er dog også unge i alderen 12-17 år, der kommer i plejefamilie. Det understøttes af data fra Danmarks Statistik i nedenstående boks:

IVÆRKSATTE ANBRINGELSER AF BØRN OG UNGE I ALDEREN 12-17 ÅR I 2019¹⁴

- I 2019 blev 872 unge anbragt på et opholdssted eller en døgninstitution.
 - I 2019 blev 302 unge anbragt i en plejefamilie.
-

Som beskrevet i kapitel to skelner interviewkommunerne ikke imellem opholdssteder og døgninstitutioner – men imellem steder med forskellige kompetencer og målgrupper.

Flere kommuner anbringer først på et midlertidigt anbringelsessted for at afklare barnets eller den unges støttebehov yderligere

Sagsbehandlere i tre kommuner fortæller, at når et barn eller en ung skal anbringes uden for hjemmet første gang, anbringer de ofte først på en af kommunens egne institutioner som en midlertidig løsning. Det giver dem mulighed for at få endnu bedre kendskab til barnets eller den unges behov, og dermed finde et mere permanent anbringelsessted, der matcher barnets eller den unges behov.

I en kommune har de eksempelvis en fast praksis, hvor de gør brug af en observationsperiode på tre måneder på deres egen institution:

“Nu har vi selv en institution, hvor man laver en observationsperiode på tre måneder for at finde ud af, hvad der er det rette til vedkommende.” (Sagsbehandler, Thisted Kommune)

Andre kommuner fortæller, at de ikke på den måde anbringer midlertidigt, fordi de tilstræber så få skift som muligt.

¹⁴ Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks statistik.

KAPITEL 4

Overvejelser i forbindelse med ændring af anbringelsessted



Dette kapitel belyser kommunernes overvejelser i forhold til ændring af anbringelsessted, og deres oplevelse af de primære årsager til ændringerne.

HOVEDPUNKTER

- Der skal meget til før, at sagsbehandlerne ændrer barnets eller den unges anbringelsessted. Sagsbehandlerne vil gerne undgå mange skift, og sikre kontinuitet og stabile relationer i anbringelsen.
- Når der sker en ændring af anbringelsessted fra plejefamilie til opholdssted eller døgninstitution, er det ofte fordi, barnet eller den unge kommer i teenagealderen, og plejefamilien ikke længere kan varetage den unges behov.
- Når der sker en ændring af anbringelsessted fra ét opholdssted eller døgninstitution til et andet, er det ofte fordi, barnet eller den unge mistrives på anbringelsesstedet.

DER SKAL MEGET TIL FØR KOMMUNERNE ÆNDRER ANBRINGELSESSTED

Flere sagsbehandlere giver i interviewene udtryk for, at der skal meget til, før de ændrer anbringelsesstedet for barnet eller den unge. De beskriver, at det er en vigtig opgave at sikre kontinuitet og stabile relationer i anbringelsen:

”Jeg synes, at vores største opgave i forhold til vores anbragte børn er, at give dem så få skift som muligt, og så langvarige og stabile relationer som muligt. Det er det vi ved, der faktisk flytter noget.” (Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

Selvom sagsbehandlere i alle kommuner beskriver, at de gerne vil sikre kontinuitet i anbringelsen, er der også en erkendelse af, at det kan være svært og til tider nødvendigt med skift:

KONTINUITET I ANBRINGELSEN

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANG

I de fleste sager i sagsgennemgangen er der et eller flere ændring af anbringelsessted.

“Der er de processer, der hedder, om barnet er havnet det rigtige sted. Der er rigtige mange faktorer, der skal gå op i en højere enhed. Det er sjældent, det lykkes første gang.”
(Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

I sagsgennemgangen er der i de fleste sager også sket en eller flere ændringer af barnets eller den unges anbringelsessted.

ÅRSAGER TIL ÆNDRING AF ANBRINGELSESTED

Interviewkommunerne fortæller, at når det bliver nødvendigt at ændre anbringelsessted, kan der være flere årsager. Når det er en ændring fra en plejefamilie til et opholdssted eller døgninstitution, kan det være fordi, plejefamilien ikke længere kan varetage barnets eller den unges støttebehov. Når det er fra ét opholdssted eller døgninstitution til en anden, er det ofte fordi barnet eller den unge er mistrovis på anbringelsesstedet. Derudover kan det handle om, at barnet eller den unge får en diagnose, som det aktuelle anbringelsessted ikke er godkendt til at arbejde med, og kommunen derfor må ændre anbringelsesstedet.

Når plejefamilien ikke længere kan varetage barnets støttebehov

Alle seks interviewkommuner fortæller, at det kan være en udfordring for mange plejefamilier, når anbragte børn og unge kommer i teenagealderen. I takt med at børn og unge bliver mere selvstændige og udvikler sig, kan deres udfordringer også vokse sig større. Det kan resultere i, at barnets eller den unges adfærd bliver svær at håndtere for plejefamilien, hvilket kan føre til ændring af anbringelsessted:

“Vi oplever også, at der er nogle børn, der bliver for voldsomme i plejefamilien. Jeg har for eksempel en nu, der er begyndt at smadre sit værelse. Han er de der 12 år, og han har været i plejefamilien de sidste 8 år, og de havde jo regnet med, at de skulle blive ved med at have ham, indtil han blev voksen eller blev 18 år, og måske endda lidt længere. Men der er begyndt at komme noget vrede og udadreagerende adfærd, og de tør simpelthen ikke at have ham længere. De er bange for, at det ender ud i en eller anden kæmpe konflikt, og at deres relation vil blive ødelagt.”
(Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Når plejefamilien ikke længere kan varetage barnets eller den unges behov, handler det også om plejefamiliernes kompetencer, som kommunen blandt andet forsøger at understøtte gennem råd og vejledning. En sagsbehandler fra en kommune peger på, at råd og vejledning til plejefamilien ikke altid er nok:

UDFORDRENDE NÅR DE UNGE KOMMER I PUBERTETEN

“Vi oplever også, at der er nogle børn, der bliver for voldsomme i plejefamilien.”

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Der er i sagerne flere eksempler på, at den unge er skiftet fra en plejefamilie til et opholdssted eller døgninstitution.

”De har supervision, men det er ikke altid, at supervision er nok. Det er nogle komplekse problemstillinger, de her børn har, og det får de, når de når teenagealderen, og dermed udvikler deres identitet. Der er noget i det, når de kommer til den alder. Jeg ser også tydeligt, at der er et mønster i forhold til alder.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Kommunen kan altså vælge at ændre anbringelsesstedet, hvis de eller plejefamilien selv vurderer, at plejefamilien ikke kan varetage barnets eller den unges behov længere:

”Jeg har nogle, hvor man kan sige, ja de har været i plejefamilie måske en årrække og så på et tidspunkt så bliver sagen så tung og barnet får nogle andre behov, som vi ikke vurderer kan dækkes i plejefamilien længere, så kommer de på et opholdssted.” (Sagsbehandler, Thisted Kommune)

Sagsforløb om Kamilla



I gennemgangen af de 18 sager er der flere eksempler på, at barnet eller den unge er skiftet fra en plejefamilie til et opholdssted eller døgninstitution. Det konstruerede sagsforløb om Kamilla nedenfor er også et eksempel på, at kommunen træffer afgørelse om at ændre anbringelsesstedet fra en plejefamilie til et opholdssted. I sagsforløbet giver den midlertidige plejefamilie udtryk for, at de ikke kan imødekomme Kamillas behov.

KAMILLA: ÆNDRING AF ANBRINGELSESSTED FRA PLEJEFAMILIE TIL OPHOLDSSTED

Kamilla er 16 år, da hun bliver anbragt på et opholdssted. Kamilla har før anbringelsen på opholdsstedet boet hos en plejefamilie, siden hun var helt lille. Kommunen beslutter, at Kamilla skal flytte, da hun ikke trives hos plejefamilien. Der er kun ét sted, som matcher Kamillas behov ifølge kommunen, og forældrene samtykker til dette.



Forhistorie

Kamillas mor lider af depression, og Kamillas far har PTSD. Forældrene har ikke været i stand til at varetage hverken Kamillas eller hendes storesøsters tarv, og begge piger har derfor været anbragt i samme plejefamilie, siden de var små. Forældrenes manglende samarbejde har betydet, at Kamilla er præget af svigt fra forældrene og lider af en

belastningsreaktion. Kamilla er præget af selvmordstanker og selvskade.



Grundlaget for at kommunen vælger at ændre anbringelsessted

Da Kamilla er 15 år gammel, bliver kommunen, gennem en underretning fra politiet, opmærksom på, at Kamilla har været udsat for psykisk vold i plejefamilien. Kort tid efter underretter skolen kommunen om, at Kamilla er begyndt at skære i sig selv, og at hun flere gange har givet udtryk for selvmordstanker.

På baggrund af underretningerne taler kommunen med Kamilla, der giver udtryk for, at hun ikke har lyst til at blive boende hos plejefamilien. Kommunen fjerner herefter både Kamilla og storesøsteren fra plejefamilien. De to søstre skilles ad. Storesøsteren kommer hjem til de biologiske forældre, mens Kamilla bliver anbragt midlertidigt i en anden plejefamilie. Den nye plejefamilie vurderer imidlertid, at de ikke kan imødekomme Kamillas behov og peger på, at Kamilla har brug for mere specialiseret støtte.



Afgørelse om ændring af anbringelse

Da kommunen gennem både skolen og Kamilla selv bliver gjort opmærksom på, at hun mistrives, mens hun bor hos sin plejefamilie, beslutter sagsbehandleren, at den børnefaglige undersøgelse skal opdateres. Kommunen udarbejder også en handleplan. Af handleplanen fremgår det, at Kamilla har behov for behandlingsmæssig støtte, og at der derudover bør være fokus på at skabe sikkerhed og stabilitet i hendes hverdag.

Den børnefaglige undersøgelse er færdig to måneder efter, at den bliver sat i gang, og dermed inden Kamilla anbringes på opholdsstedet. Undersøgelsen konkluderer, at Kamilla fortsat har behov for at være anbragt uden for hjemmet. Forældrene og Kamilla partshøres om undersøgelsen, og de samtykker til flytningen. Kommunen vurderer, at Kamilla har brug for særligt specialiserede professionelle voksne omkring sig, og at det ikke kan opnås i rammen af

en plejefamilie. Kommunen beslutter, at Kamilla fortsat skal være anbragt uden for hjemmet med samtykke.



Afgørelse om anbringelsessted

Efter afgørelsen undersøger sagsbehandleren mulige anbringelsessteder og foreslår et konkret opholdssted en måned efter, at den børnefaglige undersøgelse er færdig. Forældrene har ikke kommentarer eller bemærkninger til stedet.

Sagsbehandleren inddrager Kamilla efter, at der er valgt et konkret opholdssted. Sagsbehandleren fortæller, at hun har fundet et nyt sted til Kamilla. Kamilla giver udtryk for, at hun er glad for beslutningen, fordi stedet ligger fysisk tæt på hendes biologiske forældre. Det fremgår ikke af sagsakterne, hvorfor netop dette anbringelsessted er valgt, eller om der har været andre steder i spil.

Sagsbehandleren har forud for flytningen sendt den opdaterede børnefaglige undersøgelse til opholdsstedet, og Kamilla har sammen med sine midlertidige plejeforældre været på besøg. En uge efter dette besøg flytter Kamilla ind på opholdsstedet. De biologiske forældre ser først stedet efter, at Kamilla er flyttet ind.

Når der i det konstruerede forløb om Kamillas bliver truffet afgørelse om ændring af anbringelsessted fra plejefamilie til opholdssted, bliver det begrundet med, at Kamilla har behov for mere specialiseret støtte, end plejefamilien kan give.

Når barnet eller den unge mistrives på et opholdssted eller en døgninstitution

Der er ifølge interviewkommunerne flere årsager til, at anbringelsen på et opholdssted eller en døgninstitution kan bryde sammen. Som tidligere beskrevet i kapitel tre kan det handle om, at barnet eller den unge er i alvorlig mistrivsel, der kommer til udtryk gennem deres adfærd. Blandt andet ved, at den unge rømmer fra anbringelsesstedet eller har en udadreagerende adfærd. Det kan gøre arbejdet med barnet eller den unge svært på opholdsstedet eller døgninstitutionen, og det kan gøre, at anbringelsesstedet må sige, at de ikke kan rumme barnet eller den unge. Det kan også skyldes, at anbringelsesstedet og kommunen har lært barnets eller den unges

SAGSFORLØB OM JAMAL

udfordringer og støttebehov bedre at kende i løbet af anbringelsen og derfor vurderer, at et andet sted matcher barnets eller den unges støttebehov bedre.

[Sagsforløbet om Jamal](#), der blev præsenteret i kapitel tre, er også et eksempel på flere ændringer af anbringelsessteder på grund af alvorlig mistrivsel og udadreagerende adfærd. En sagsbehandler giver her sit bud på, hvad der kan forklare de mange skift i sagsforløbet om Jamal:

”Der er nogle ting, som vanskeliggør og også forklarer mange af skiftene. Hvis vi ikke kan skærme og nedregulere den ‘arousal’ de unge har i kraft af det miljø og de vanskeligheder, de har, så er det ligesom at spille matador og rykke tilbage til start. De slider også opholdsstederne op. På opholdsstederne er de i en periode, og så kaster de håndklædet i ringen og siger: ”Vi kan ikke rumme det, fordi de bringer misbrug med ind, de bringer vold med ind, de bringer uro med ind i forhold til de andre.” (Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

NY DIAGNOSE KAN VÆRE ÅRSAG TIL ÆNDRING

Udfordringer knyttet til anbringelsesstedets godkendelse af målgrupper

En anden årsag til ændring af anbringelsessted kan, ifølge interviewkommunerne, være, at barnet eller den unge får en diagnose efter, at de er flyttet ind på anbringelsesstedet. Det kan resultere i, at sagsbehandleren er nødt til at ændre anbringelsessted, hvis anbringelsesstedet ikke er godkendt af Socialtilsynet til at have børn og unge med den konkrete diagnose.

To kommuner beskriver, at de har oplevet, at en diagnose har medført, at de har været nødsaget til at ændre anbringelsesstedet for barnet eller den unge. I en kommune beskriver en sagsbehandler, at de kan være nødsaget til at ændre anbringelsessted, hvis der kommer nye problematikker til:

”Det er jo ikke alle institutioner, der er godkendt til eksempelvis autisme, og det er heller ikke alle institutioner, der er godkendt til lav kognitiv profil. Lige såvel som det heller ikke er alle institutioner, der er godkendt til misbrug. Så vi er jo underlagt tilsynet, og hvad den enkelte institution er godkendt til, så vi kan godt risikere at være nødsaget til at flytte en ung, fordi der kommer nye problematikker til.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Sagsbehandlere fra flere kommuner oplever, at Socialtilsynet har en rigid målgruppeinddeling, der kan have konsekvenser for barnet eller den unge. En sagsbehandler ser hellere, at det er funktionsniveau frem for diagnose, der er afgørende for, om barnet eller den unge kan være på anbringelsesstedet:

"Det er jo et ungt menneskes liv, som vi rykker ud af en ramme, bare fordi der kommer en ekstra overskrift på."

"Det er jo et ungt menneskes liv, som vi rykker ud af en ramme, bare fordi der kommer en ekstra overskrift på. Det er jo ikke overskriften, der definerer barnet. Det er jo ikke sådan, at det hænger sammen." (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Begge kommuner beskriver, at det kan handle om børn og unge, der først bliver diagnosticeret i en sen alder, eksempelvis med autisme. En sagsbehandler fortæller:

"Vi har en stigning i gruppen, der er sendiagnosticeret. Børn og unge som blandt andet kommer ud med autisme profiler, og det er både piger og drenge, pigerne kommer lidt senere til udtryk." (Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

KAPITEL 5



Valg af konkret anbringelsessted

Når der er truffet afgørelse om anbringelse uden for hjemmet eller om at ændre anbringelsesstedet og vurderet, at barnet eller den unge skal anbringes på et opholdssted eller en døgninstitution, skal kommunen vælge et konkret anbringelsessted.

I dette kapitel beskriver vi, hvem i kommunerne der træffer afgørelse om konkret anbringelsessted. Efterfølgende belyser kapitlet de arbejdsgange og overvejelser, der går forud for valg af konkret anbringelsessted, herunder:

- Hvordan sagsbehandler/anbringelseskonsulent finder frem til relevante opholdssteder og døgninstitutioner.
- Dialogen mellem kommunen og anbringelsessteder forud for valg af et konkret sted.
- Hvordan og hvornår forældre og den unge inddrages i forhold valg af et konkret sted.

HOVEDPUNKTER

- Det er forskelligt på tværs af kommunerne, hvem der har bemyndigelse til at træffe afgørelse om valg af anbringelsessted. Det kan være sagsbehandleren selv, ledelsen eller et visitationsudvalg.
 - Når kommunerne skal udvælge et opholdssted eller en døgninstitution til barnet eller den unge, anvender flere kommuner anbringelseskonsulenter, der matcher barnet eller den unge og anbringelsesstedet. De kommuner, der ikke har en anbringelseskonsulent efterspørger et sted, hvor al viden om anbringelsesstederne er samlet.
 - Tilbudsportalen giver overblik over anbringelsessteder, men den kan ikke stå alene. For de fleste af de interviewede sagsbehandlere spiller egne og kollegaers erfaringer en afgørende rolle i valg af anbringelsessted.
 - Tidligere erfaringer med anbringelsessteder spiller en afgørende rolle i valg af tilbud. Kommunerne er tilbøjelige til at vælge anbringelsessteder, hvor de har gode erfaringer fra tidligere anbringelser, og fravælge anbringelsessteder, som de ikke har gode erfaringer med.
-

-
- Kommunerne fortæller, at de altid er i dialog med et eller flere anbringelsessteder forud for valget af konkret sted. Det er forskelligt, om de besøger stederne. Det afhænger af, om de tidligere har anvendt anbringelsesstedet. Desuden foretrækker flere kommuner anbringelsessteder, der grundigt undersøger og forholder sig kritisk til, om de kan varetage barnets eller den unges behov.
 - Forældrene og barnet eller den unge inddrages ofte først, når sagsbehandleren eller anbringelseskonsulenten har fundet et eller flere konkrete anbringelsessteder. Det skyldes, at de skal være helt sikre på, at stedet kan varetage barnets eller den unges behov. Dog er det sjældent, at forældrene og barnet eller den unge kan få et reelt valg, da det som regel er svært at finde flere egnede tilbud. Inddragelsen består dermed i at sætte forældrene og barnet eller den unge ind i, hvad der ligger til grund for det valg, som kommunen har foretaget.
-

AFGØRELSE OM KONKRET ANBRINGELSESSTED

Når der er truffet afgørelse om anbringelse eller ændring af anbringelsessted, skal kommunen vælge et konkret anbringelsessted til barnet eller den unge. Nedenstående boks viser lovgrundlaget for afgørelse om valg af konkret anbringelsessted.



AFGØRELSE OM VALG AF KONKRET ANBRINGELSESTED

Ifølge servicelovens § 68 b, skal kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om valg af konkret anbringelsessted i overensstemmelse med handleplanen, jf. § 140, eller forbedringsforløbet, jf. §§ 13 og 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet. Samtidig med valg af anbringelsessted skal der tages stilling til barnets eller den unges skolegang.¹⁵

Hvis der er samtykke fra forældremyndighedsindehaver og den unge – hvis den unge er over 12 år, kan kommunen også træffe afgørelse om ændring af anbringelsessted efter servicelovens § 69. Hvis indehaveren af forældremyndigheden eller den unge over 12 år ikke vil give samtykke, skal kommunen lave en indstilling til børn og unge-udvalget. I servicelovens § 69, stk. 4, findes en række krav til indstillingen.¹⁶

Når der er truffet afgørelse om ændring af anbringelsessted, skal kommunen derefter træffe afgørelse om valg af konkret anbringelsessted jf. servicelovens § 68 b.

Det er forskelligt, på tværs af kommunerne, hvem der træffer afgørelse om valg af anbringelsessted

De fleste kommuner beskriver, at den sagsbehandler, der er tilknyttet sagen, peger på et eller flere konkrete opholdssteder eller døgninstitutioner. Herefter er det ledelsen, som vælger det konkrete sted. I flere kommuner er det sagsbehandlerens nærmeste leder, der træffer afgørelsen, mens det i andre kommuner besluttet på et møde, hvor der er flere ledere ind over.

En enkelt kommune beskriver, at sagsbehandleren selv træffer afgørelse om konkret anbringelsessted bortset fra, når der er tale om tilbud, som er markant dyrere end normalvis. I det tilfælde skal det op på ledelsesniveau. Det er sagsbehandleren, der vurderer, hvornår det er en beslutning, de ikke selv kan træffe. Sagsbehandlerne i denne kommune fortæller, at det giver dem de bedste forudsætninger for at foretage en vurdering af, hvilke tilbud der bedst kan varetage barnets eller den unges behov.

¹⁵ Kilde: Vejledning til serviceloven nr. 9142 af 26. februar 2019 om valg af anbringelsessted 68 b, er pkt. 444- 449.

¹⁶ Kilde: Vejledning til serviceloven nr. 9142 af 26. februar 2019 om ændring efter § 69 er i pkt. 461-463.

ARBEJDSGANGE VED VALG AF KONKRET OPHOLDSSTED ELLER DØGNINSTITUTION

Når kommunen er nået frem til, at et barn eller en ung skal anbringes på et opholdssted eller en døgninstitution, skal de finde et konkret tilbud, der matcher barnet eller den unges støttebehov. På tværs af kommunerne beskrives dette som en ressourcekrævende proces. I nogle kommuner er der en anbringelseskonsulent, der står for at udpege relevante tilbud. De fleste kommuner, både med og uden anbringelseskonsulenter, bruger Tilbudsportalen til at finde frem til relevante tilbud. Derudover trækker de i høj grad på både egne og kollegaers erfaringer, og anvender ofte de tilbud, som de har kendskab til fra tidligere anbringelser.

Det fremgår ikke i nogle af sagerne fra sagsgennemgangen, hvordan der er fundet frem til det konkrete anbringelsessted. Det er arbejds gange, som ikke er dokumenteret i sagerne.

Anbringelseskonsulenter kvalificerer matchet mellem tilbud og barnet eller den unge

Tre af interviewkommunerne har en anbringelseskonsulent, der foretager matchet mellem barnet eller den unge, og opholdsstedet eller døgninstitutionen. Når der er truffet afgørelse om anbringelse uden for hjemmet, bliver relevante akter om barnet eller den unge videregivet til en af kommunens anbringelseskonsulenter, som står for at udvælge et konkret sted.

De kommuner, der ikke har en anbringelseskonsulent, efterspørger, at der er viden om anbringelsesstederne samlet ét sted. For dem er det en meget stor og tidskrævende opgave at afdække, hvilke tilbud, der er relevante i forhold til barnets eller den unges problematik:

”Det ville give super fin mening, hvis man havde en ansat, der rent faktisk gik ud og lavede noget research, i stedet for at det bliver akut, og at vi bare trækker det første og det bedste ned. Så kunne vi i stedet have et bedre kendskab til, hvad der er derude. Så var der en, der vidste, hvad der kunne være relevant i forhold til den unges problematik.”
(Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Arbejdet med at finde det rette anbringelsessted til barnet eller den unge kræver indgående indsigt i, hvilke tilbud der eksisterer i forhold til barnets eller den unges problematik. Derudover kræver det viden om, hvilke opgaver stederne kan løfte, og hvilke andre børn og unge, der er på anbringelsesstedet. Denne viden er vanskelig for sagsbehandlerne at få og opretholde. De kommuner, der har en anbringelseskonsulent, be-

RESSOURCE- KRÆVENDE AT FINDE RELEVANTE TILBUD

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANG

Det fremgår ikke i nogen af sagerne, hvordan der er fundet frem til det konkrete anbringelsessted. Det er arbejds gange, som ikke er dokumenteret i sagerne.

skriver, at det netop er med til at sikre, at aktuel viden om tilbuddene bliver anvendt i selve matchningen, da denne viden er samlet hos færre personer.

Tilbudsportalen giver overblik over anbringelsessteder, men kan ikke stå alene

Alle interviewkommuner undtagen én bruger Tilbudsportalen som et redskab til at få et overblik over, hvilke tilbud der kan varetage barnets eller den unges behov:

”Så går vi ind på Tilbudsportalen, og laver de der markeringer med flueben, i forhold til hvad det er for nogle problematikker det her barn eller ung har, og så kommer der nogle bud ud på nogle institutioner, som kunne være aktuelle for os. Så vi bruger rigtig meget Tilbudsportalen som vores værktøj, og så kigger vi jo konkret på de her forskellige tilbud, der kommer frem”. (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

Som det fremgår, tager sagsbehandlerne udgangspunkt i barnets eller den unges behov, når de på Tilbudsportalen finder frem til, hvilke tilbud, der kan komme i betragtning. Den kommune, der ikke anvender Tilbudsportalen, har anbringelseskonsulenter, der har udarbejdet deres eget overblik over, hvilke opholdssteder og døgninstitutioner, der er, og de anvender.

Der er forskellige holdninger til, om Tilbudsportalen er et godt redskab. Flere sagsbehandlere beskriver, at der langt fra er tilstrækkelig viden om tilbuddene, mens andre beskriver, at det giver et godt overblik:

”Tilbudsportalen givet et fint overblik”

”Tilbudsportalen giver et fint overblik. Den er meget overordnet, men så skal man selv ud og researche videre. Men jeg får et bredt billede af, hvad stedet arbejder med og deres målgruppe. Den fungerer fint til det overordnede”. (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Blandt kommunerne er der dog enighed om, at Tilbudsportalen ikke kan stå alene. Tilbudsportalen kan give en indikation af, om stedet kan varetage barnets eller den unges behov, men det kræver yderligere afdækning at afklare, om det er et godt match. Tilbudsportalen indeholder eksempelvis ikke viden om den aktuelle gruppe af børn og unge på stedet og deres udfordringer:

“Vi er jo lidt på herrens mark nogle gange. Man kan gå ind på Tilbudsportalen, og man kan gå ind på en landsorganisation for opholdssteder, og der kan man læse om formalia og målgruppe, men man aner jo ikke, hvordan sammensætningen er på lige det givne tidspunkt. Og man aner ikke, om de har nogle problemer, som gør, at de måske ikke har overskud til at have det her barn.” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Det kræver derfor dialog mellem det konkrete sted og kommunen at vurdere, om opholdsstedet eller døgninstitutionen kan varetage barnets eller den unges behov.

Tidligere erfaringer med konkrete tilbud spiller en afgørende rolle i valg af anbringelsessted

Ud over at bruge Tilbudsportalen til at finde frem til relevante tilbud, gør sagsbehandlerne i høj grad brug af både egne og kollegaers erfaringer fra tidligere anbringelser. Disse erfaringer og mund-til-mund fortællinger spiller en afgørende rolle, når der bliver valgt konkret anbringelsessted – både i de kommuner, hvor der er anbringelseskonsulenter, og hvor der ikke er.

Flere kommuner beskriver, at det kan være svært at afgøre, om et tilbud kan leve op til det, de skriver på Tilbudsportalen. Ved at tage udgangspunkt i tidligere erfaringer har sagsbehandleren eller anbringelseskonsulenten et mere fyldestgørende indblik i, hvilke opgaver det konkrete tilbud kan varetage:

“Det er bedre at høre de andres erfaringer. Mere konkret, hvad der fungerer på stedet, i stedet for at skulle sidde og læse. Jeg synes også mange gange, at stederne kan skrive alt muligt, og når det så kommer til stykket, er det ikke helt det, de lever op til. Så er det rart, at man kender nogen, der har erfaring med at have et barn anbragt, og som kan sige, at de er dygtige, frem for at læse at stedet er godt. Så ved du det ikke rigtig.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

TILBUD KOMMUNEN HAR ERFARING MED BLIVER I HØJERE GRAD VALGT

De samme kommuner fortæller, at de er mere tilbøjelige til at vælge tilbud, som de allerede har erfaring med, end tilbud, som de endnu ikke har haft et barn eller ung anbragt på. Derudover har kommunerne gennem egne og kollegaers erfaringer et kendskab til forskellige steder, som er afgørende for et godt match – men som kræver tid og ressourcer at opbygge, og som de ikke kan læse sig til:

“Det er jo det der non-specifikke, man ikke kan skrive i en bog, det er det, der bliver så vigtigt i matchningen af det enkelte barn”

“Men den viden, vi først og fremmest har, er den aktive viden, vi har fra vores institutioner rundt omkring i landet, fordi vi har været i dialog med dem i så mange år. Så vi har en viden om, dels hvad det er for en særlig kultur, der hersker på den enkelte institution, fordi det er jo det der nonspecifikke, man ikke kan skrive i en bog, det er det, der bliver så vigtigt i matchningen af det enkelte barn. Der er sådan en *fingerspitzgefühl*, og den har man jo i kraft af, at man er kommet nogle steder gennem mange år, og har en dialog med ledelsen.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus kommune)

Udfordringer forbundet med at vælge tilbud, kommunen har erfaring med

To kommuner problematiserer denne praksis, hvor valg af anbringelsessted i høj grad er baseret på egne eller kollegaers tidligere erfaringer. De fremhæver for det første, at der er mulighed for, at der er relevante opholdssteder og døgninstitutioner, som ikke kommer i spil, fordi kommunen ikke tidligere har brugt de steder. For det andet understreger de, at det kræver, at kommunen har mange medarbejdere med flere års erfaring og kendskab til både opholdssteder og døgninstitutioner, hvis denne viden skal være aktuel:

“Der kan være mange steder, man ikke har fået øjnene op for”

“Problemet er, at det er ‘mund-til-mund’. Og det er bare ikke godt nok, hvis du spørger mig. Det betyder nemlig, at man trækker på de steder, man allerede har kendskab til. Men det gør samtidig, at der kan være rigtig mange steder, man ikke har fået øjnene op for.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Steder, hvor kommunen tidligere har haft dårlige erfaringer, bruges som udgangspunkt ikke. Herved er der potentielt tilbud, der ville være et godt match, som ikke kommer i betragtning. Det kan være, at stedet har ændret sig, eller at de dårlige erfaringer med ét barn eller ung ikke betyder, at det ville være et dårligt match til et andet barn eller ung. En sagsbehandler udtrykker, at hun gør meget ud af, ikke at lade sig påvirke af andre medarbejders erfaringer, netop af denne årsag:

“Da jeg startede i ungegruppen, så var der meget snak om, at så duede det ene sted ikke, og så duede det andet sted ikke. Og det vil jeg helst ikke være farvet af. For jeg tænker, at alle kan noget. Det handler bare om det rigtige match. Og det bliver en meget generel snak ud fra en konkret erfaring. Og en dårlig erfaring behøver ikke at betyde, at stedet ikke er godt. At det ikke fungerede kan skyldes, at det var et dårligt match.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

DIALOG MELLEM KOMMUNE OG ANBRINGELSESSTED

I dette afsnit beskriver vi, hvordan dialogen med anbringelsesstederne foregår, og hvad den bidrager med i forhold til valg af konkret sted. Overordnet viser afsnittet, at kommunerne altid er i dialog med anbringelsesstederne forud for valg af konkret tilbud. En kommune beskriver, at denne dialog er ressource- og tidskrævende. Desuden beskriver flere kommuner, at de foretrækker anbringelsessteder, der aktivt og kritisk tager stilling til, om de kan varetage barnets eller den unges behov.

Altid dialog med et eller flere steder forud for valg af konkret anbringelsessted

Alle kommuner, der indgår i undersøgelsen, fortæller, at de altid er i dialog med opholdssteder og døgninstitutioner, inden de træffer afgørelse om valg af konkret sted. I flere sager fremgår det, at der er dialog mellem sagsbehandler og opholdssted eller døgninstitution, inden det konkrete sted vælges. Der er også sager, hvor det ikke fremgår, at der har været dialog forud for valget.

Hvordan dialogen foregår afhænger i høj grad af, om det er et tilbud, som de har kendskab til eller ej. I en kommune fortæller sagsbehandlerne, at hvis det er et tilbud, som de har samarbejdet med tidligere, foregår dialogen ikke ved fysisk møde. Det gør det til gengæld altid, hvis det er et tilbud, som de ikke forvejen har kendskab til.

I flere kommuner beskriver de, hvordan det fysiske møde er afgørende for vurderingen af, om stedet kan varetage opgaven. Ud over at foretage en faglig vurdering af, om stedet kan løfte opgaven, afhænger valget også af den fornemmelse sagsbehandleren får af stedet ved at være der fysisk:

”Jeg kan først vurdere det, når jeg er der. Over telefon er det en salgstale, hvor de kan det hele. Når jeg kommer ud, får jeg snakket med dem, og ser de mennesker der arbejder der og vurderer, om det er et sted, som jeg selv ville have lyst til at være, hvis jeg var i den situation. Og så kan man nemmere indgå i en mere udfordrende dialog. Mens man bliver vist rundt, bliver der sagt meget, hvor man kan spørge mere udfordrende ind.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Kommunerne foretrækker anbringelsessteder, der grundigt undersøger, om de kan varetage barnets eller den unges behov

To kommuner beskriver, at de anser anbringelsessteder, der ikke blot siger ja til alle typer af opgaver og målgrupper som

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANG

I flere sager fremgår det, at der er dialog mellem sagsbehandler og døgninstitution eller opholdssted, inden det konkrete sted vælges. Der er også sager, hvor det ikke fremgår, at der har været dialog forud for valget.

mere attraktive. En sagsbehandler i en kommune beskriver, at de synes, at det er vigtigt, at anbringelsesstedet også har en intern visitation, hvor de vurderer, om de kan varetage barnets eller den unges behov:

”Et godt sted ville ikke bare tage hvem som helst ind. Et godt sted ville sige, hvis det var uden for deres boldgade.”

”Så skal de [anbringelsesstederne] også lave deres egen visitation i forhold til, om de kan rumme den unge. Et godt sted ville ikke bare tage hvem som helst ind. Et godt sted ville sige, hvis det var uden for deres boldgade. Hvis vi har haft en dialog med et sted, der har sagt nej før, får man også noget respekt på en måde.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Det handler i høj grad om, at anbringelsesstederne er klare omkring, hvad deres kompetencer er, og hvilke børn og unge de kan gøre en forskel for. I denne forbindelse handler det ikke blot om, at anbringelsesstedet matcher på Tilbudsportalen, eller om, at kollegaer har gode erfaringer med stedet. Kommunerne sætter pris på, at anbringelsesstedet gerne vil indgå i en dialog og stiller kritiske spørgsmål til opgaven. En kommune beskriver, at anbringelsesstedet kan opleves som utroværdigt, hvis de ikke konkret tager stilling til, om de kan hjælpe barnet eller den unge, og blot siger ja til alle opgaver:

”En ting er, at vi kan læse et barn eller en ung ind i en institution, men det er også vigtigt, at de selv kan. Så hvis de er for sultne, så bliver det også lidt utroværdigt på en måde.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

To kommuner beskriver også, at det for dem er fast praksis, at få anbringelsesstederne til at forholde sig skriftligt til, hvordan de vil gå til den konkrete opgave. Det er en måde at sikre, at stedet har sat sig ordentligt ind i, hvad de siger ja til, og derudover at sikre, at de har en forståelse for barnets eller den unges behov.

SAGSFORLØB OM RASMUS

[Sagsforløbet om Rasmus](#), der blev præsenteret i kapitel to, er et eksempel på, at anbringelsesstedet forholder sig skriftligt til, om de kan varetage Rasmus' behov. I sagsforløbet sender en anbringelseskonsulent oplysninger om Rasmus til en mulig kostskole. På baggrund af informationer om Rasmus og hans støttebehov, vurderer kostskolen, at stedet ikke er egnet. Det fremgår, at Rasmus har behov for fastere rammer, mere struktur og mere omfattende støtte, end kostskolen kan tilbyde. I dette eksempel er det relevant, at anbringelseskonsulenten sender oplysningerne til kostskolen, da kostskolen derved vurderer, at de ikke kan varetage Rasmus behov.

Dialogen er ressourcekrævende

TIDSKRÆVENDE AT AFDÆKKE TILBUD

I én kommune understreger sagsbehandlerne, at dialogen med anbringelsesstederne og den grundige afdækning er en meget tidskrævende proces. Sagsbehandlerne beskriver, at der ofte er andre arbejdsopgaver, som er akutte, og derfor bliver prioriteret over arbejdet med at afdække relevante anbringelsessteder. Det betyder, at de ikke altid har tid til at indgå i omfattende dialog med anbringelsesstedet:

"Man kan bare ikke se menneskene gennem Tilbudsportalen. Man kan ikke se, hvad det er for noget. Man skal stadig bruge tid på at ringe, og komme ud og besøge dem og møde dem og snakke med dem. Det er virkelig tidskrævende, synes jeg, når man skal gøre det rigtigt og ordenligt. Og det har vi bare ikke timer i døgnet til mange gange, desværre. Fordi så er der en eller anden, der har slået sin datter, og så er der noget andet, der vælter." (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

"Der er ingen tvivl om, at vi ikke har ret meget tid. Så den der opgave med at gå ud og kigge på anbringelsessted, er ikke noget, der er beskrevet som en arbejdsopgave, og det er faktisk en stor arbejdsopgave! Det er ligesom om, at det gør man bare med venstre hånd." (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

INDDRAGELSE AF FAMILIEN

Interviewkommunerne fortæller, at både forældre og barnet eller den unge bliver inddraget i valget af det konkrete anbringelsessted. Det afhænger af den konkrete sag, hvordan og hvornår familien bliver inddraget. Det sker dog typisk først, når kommunen har fundet frem til et eller flere konkrete steder.

Familien inddrages i valget af konkret sted, når stedet er fundet

Det er forskelligt hvordan interviewkommunerne inddrager forældre og barnet eller den unge. På tværs af kommunerne gælder det dog, at de ofte først inddrager familien, når de har udvalgt et eller flere konkrete steder. En sagsbehandler fortæller, at det blandt andet handler om, at kommunen skal have noget konkret at fortælle forældrene og barnet eller den unge om stedet:

"Vi er ude og sondere terrænet, inden forældrene bliver inddraget, fordi vi også er usikre. For at vi kan være så konkrete som muligt, når vi skal snakke med forældrene, så er vi også nødt til at være ordentligt klædt på og sige: "Det er de og de muligheder, vi ser." Det ville være helt uanstændigt at sige: "Dit barn skal flyttes et sted hen, men vi ved

FAMILIEN INDDRAGES NÅR STEDET ER VALGT

ikke, hvor det er, eller hvorfor det sted." Vi skal kunne fortælle dem om stedet." (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Der er ofte kun én valgmulighed

Flere kommuner vil inddrage både barnet eller den unge og forældre i forhold til at udvælge det konkrete sted. Det kræver dog, at der er flere steder, som de vurderer, kan klare opgaven, og sådan er virkeligheden ikke:

"Vi kan præsentere stedet, når vi har udpeget det. Hvis vi havde A, B og C, og det er lige godt, har vi jo ikke noget problem med at sige, at det må du gerne selv vælge. Det ville da være dejligt, hvis vi kunne det." (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

"Men tit er der jo ikke plads, så tit har vi ét tilbud"

"I den ideelle verden, så havde man tre forskellige tilbud til den unge, der alle tre kunne løfte den problemstilling, den unge sad med. Men tit er der jo ikke plads, så tit har vi ét tilbud. Det er også vigtigt at sige fra start: "Det er det her, vi har fundet og valgt til dig, fordi der ikke er frit valg på alle hylder, fordi der er pres på området." (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Fordi der sjældent er flere tilbud, der kan varetage barnets eller den unges behov, og som har pladser, er det sjældent muligt at give både forældre og barnet eller den unge et reelt valg. Inddragelsen består dermed i at sætte familien ind i, hvad der ligger til grund for det valg, som kommunen har foretaget.

Forældre og den unge er med ude og besøge stedet

På tværs af kommunerne fremgår det også, at de som regel har familien med ude og besøge stedet, inden anbringelsen eller ændring af anbringelsessted iværksættes.

I nogle kommuner beskriver de, at de prioriterer at have barnet eller den unge med ude og besøge stedet, mens andre kommuner beskriver, at forældre og børn som regel bliver inviteret med ud sammen.

KAPITEL 6

Hensyn ved valg af anbringelsessted



Dette kapitel handler om de overvejelser og hensyn, kommunerne tager, når de vælger et konkret opholdssted eller en døgninstitution. Kapitlet handler om hensynet til:

- Anbringelsesstedets placering i forhold til barnets eller den unges skole og nærmiljø.
- Forhold på selve anbringelsesstedet, og hvad anbringelsesstedet kan tilbyde.
- Forældres og barnet eller den unges ønsker.

Kapitlet belyser også, hvordan sagsbehandlerne vægter disse hensyn, når det ikke er muligt at imødekomme dem alle. Kun i få sager i sagsgennemgangen fremgår det, hvilke hensyn der ligger til grund for valg af konkret anbringelsessted. Det fremgår ikke i langt de fleste af sagerne. Derfor er dette kapitel hovedsagligt baseret på interview med de seks kommuner.

HOVEDPUNKTER

- Ved valg af anbringelsessted, bliver der taget hensyn til anbringelsesstedets fysiske placering. Hvis barnet eller den unge har nogle gode relationer, der støtter op om og har en positiv indvirkning, eller barnet eller den unge trives i skolen, forsøger sagsbehandleren at finde et opholdssted eller døgninstitution, der er placeret tæt på. Omvendt kan der aktivt tages hensyn til at finde et anbringelsessted, der er langt væk fra barnets eller den unges tidligere nærmiljø, hvis det modsatte gør sig gældende.
 - Et andet hensyn, som kommunerne tager højde for - og som de skal tage højde for - er stedets målgruppebeskrivelse. Anbringelsesstedet skal kunne varetage barnets eller den unges behov.
 - Gruppen af børn og unge, der er anbragt på stedet, er afgørende for, om der er tale om et godt match. Derfor er gruppen af børn og unge på stedet også noget, som sagsbehandlerne undersøger, og tager hensyn til.
 - Anbringelsesstedets syn på og tilgang til forældresamarbejde er afgørende, da dette samarbejde kan være udslagsgivende for barnets eller den unges anbringelse.
-

Stedets tilgang til forældresamarbejde bliver italesat som et element, der også bliver taget hensyn til.

- Sagsbehandlerne tager hensyn til forældrenes ønske til konkret anbringelsessted, så længe det er i overensstemmelse med sagsbehandlerens faglige vurdering. Derudover er der også tilfælde, hvor forældrene i høj grad tager højde for egne behov i stedet for barnets eller den unges, og i de tilfælde, kan forældrenes behov ikke imødekommes, da det er barnets bedste, der er i fokus.
- Barnets eller den unges ønsker til konkret anbringelsessted vejer derimod meget tungt, da barnets eller den unges holdning til selve anbringelsen kan være afgørende for udfaldet af anbringelsen.
- Hvilke hensyn der vægter tungest varierer fra barn til barn. Det er derfor afgørende, at sagsbehandleren forholder sig til det fra sag til sag. Det er dog altafgørende, at sagsbehandleren vurderer, at stedet har kompetencer til at varetage barnets eller den unges støttebehov, og det er det hensyn, der altid tages udgangspunkt i, og som vejer tungest.

HENSYN TIL ANBRINGELSESSTEDETS PLACERING I FORHOLD TIL BARNETS NÆRMILJØ

Et hensyn som interviewkommunerne fortæller, at de tager højde for, når de vælger konkret anbringelsessted, er stedets placering. Her overvejer de, om anbringelsesstedet skal ligge i barnets eller den unges nærmiljø, eller om de derimod skal anbringe barnet eller den unge væk fra nærmiljøet. Når et barn eller ung bliver anbragt i nærmiljøet skyldes det gode relationer eller trivsel i skolen, som kommunerne forsøger at bibeholde trods en anbringelse eller ændring af anbringelse.

Det er vigtigt at undgå skoleskift i forbindelse med anbringelse, hvis barnet eller den unge trives i skolen

Særligt barnets eller den unges skolegang bliver af interviewkommunerne beskrevet som afgørende at bibeholde, hvis barnet eller den unge trives. En sagsbehandler beskriver, hvordan hensynet til at finde et opholdssted tæt på nuværende skole, har vægget højt i en konkret sag:

”Nu har jeg også lige en, hvor jeg vægtede det højt, at han skulle blive i sit skoletilbud i den specialklasse, hvor han fungerer godt. Derfor har jeg også fundet et opholdssted, som er i nærheden, altså som er i en radius af 15 km væk derfra. Så har jeg fundet et opholdssted, som passer lige ind i de behov, han har. Hvis jeg nu havde fundet et andet, og det lå i Skagen, så ville jeg selvfølgelig vælge det her, fordi den skoledel er rigtig vigtig. Han skal helst ikke have skift i både sit opholdssted og sit skoletilbud samtidig. Så han skal gerne gøre det færdigt i skolen, som fungerer godt.” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

En sagsbehandler fra en anden kommune beskriver også, at det kan være vigtigt at tage hensyn til, at barnet eller den unge kan fortsætte på samme skole. Dog fremhæver sagsbehandleren, at det omvendt i nogle tilfælde kan være til gavn for barnet eller den unge, at komme væk fra skolen, og starte på en frisk et nyt sted.

Det er ikke altid muligt at undgå skoleskift

Tre kommuner beskriver, at det kan være svært at finde relevante anbringelsessteder tæt på, og at de derfor ikke altid har mulighed for at tage hensyn til, at barnet eller den unge skal fortsætte på samme skole. De oplever, at de ofte anbringer barnet eller den unge langt væk fra kommunen, og en konsekvens af det er blandt andet, at barnet eller den unge skal skifte skole:

”Det er svært det her med, at vi burde tage hensyn til ikke at skifte skole. Men det kræver, at der er nogle [anbringelsessteder] i området, og det er der ikke.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

”Vi har ikke nogle institutioner tæt på, heller ikke opholdssteder. Jeg synes det er umuligt.”

”Med institutioner og opholdssteder, der gør vi det sjældent, fordi det simpelthen ikke kan lade sig gøre. Vi har ikke nogle institutioner tæt på, heller ikke opholdssteder. Jeg synes det er umuligt.” (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

Det er altså ikke altid muligt at tage hensyn til at fastholde barnet eller den unge i samme skole – fordi der ikke altid er relevante anbringelsessteder i nærområdet.

Positive relationer i nærmiljøet taler for anbringelse tæt på kommunen

Flere kommuner beskriver, at det er vigtigt at bibeholde relationer og netværk, der har en positiv indflydelse på barnet eller den unges liv. Derfor er det også en overvejelse, som sagsbehandlerne gør sig, når de skal finde et opholdssted eller døgninstitution til barnet eller den unge:

”Familie, netværk og venskab betyder også noget”

”Så er det også det, at man har venner og sociale relationer, familie og netværk, som kan bruges. Det skal vi jo ikke afskære dem fra, hvis det er noget, der fungerer der. Så familie, netværk og venskab betyder også noget.” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Overvejelserne om at bibeholde de relationer, der har en positiv indflydelse på barnet eller den unges liv, kan være afgørende for, at kommunerne vælger et opholdssted eller en døgninstitution i kommunen eller tæt på kommunen:

”Det er jo nærhedsprincippet, tænker jeg. At vi har et Aarhus-barn, som forhåbentlig, hvis det kan lade sig gøre, har bedst af at blive tæt på dets omgivelser. Vi kan bevare et skoletilbud og en relation til søskende og til familie.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

KAN VÆRE HENSIGTSMÆSSIGT AT FLYTTE BARNET

Det kan være nødvendigt at flytte barnet eller den unge væk fra netværk og nærmiljøet

Flere kommuner fortæller, at det også kan være hensigtsmæssigt aktivt at flytte barnet eller den unge væk fra nærmiljøet eller relationer, der har negativ indflydelse på barnet eller den unges liv. En sagsbehandler fra en kommune giver her konkrete eksempler på problemstillinger, hvor de vil anbringe væk fra nærmiljøet:

”Det kunne være sådan noget, hvis det var æresrelateret, eller kriminalitet, hvor de skal væk fra den omgangskreds de er i. Så tænker man geografisk, at det handler om at komme længere væk, så de ikke bare kan tage bussen derhen, hvor de gerne vil være, eller at familien ikke lige pludselig finder ud af, hvor den unge er.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

HENSYN TIL FORHOLD PÅ ANBRINGELSESSTEDET

Forhold på anbringelsesstedet er også noget, som kommunerne tager hensyn til, når de vælger et konkret anbringelsessted. Det handler blandt andet om stedets målgruppebeskrivelse, gruppen af børn og unge på stedet og stedets syn på og tilgang til forældresamarbejde.

Anbringelsesstedets målgruppebeskrivelse har betydning

Alle kommuner fortæller, at det har afgørende betydning for valg af anbringelsessted, at stedet har kompetence til at arbejde med barnets eller den unges udfordringer og/eller konkrete diagnose. Derfor har anbringelsesstedets målgruppebeskrivelse betydning for valg af anbringelsessted. Arbejdet med

de konkrete udfordringer og diagnoser forudsætter, at anbringelsesstedet af Socialtilsynet er godkendt til at arbejde med den konkrete målgruppe. En sagsbehandler fortæller:

”Det handler jo selvfølgelig mest om, om de har en godkendelse til det, som vi tænker, opgaven går ud på.” (Familieplejekonsulent, Thisted Kommune)

En sagsbehandler i en anden kommune fortæller også, hvor stor betydning barnets eller den unges udfordringer og/eller konkrete diagnose har for deres valg af anbringelsessted:

”Det er jo ikke ligegyldigt. Hvis det eksempelvis er en autist, så skal vi jo have fundet nogle, der kan noget med det. Hvis det nu er ADHD eller borderline, så skal vi jo have matchet på den måde. Så det er super vigtigt.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Anbringelsesstedets beskrivelse af, hvilke kompetencer de har, og hvilke målgrupper de arbejder med, er altså afgørende, når sagsbehandlerne skal vælge et anbringelsessted.

Nogle diagnoser kræver specialiserede tilbud

Der er blandt kommunerne forskellige holdninger til, hvor specialiseret anbringelsesstedet skal være for at varetage børn og unge med diagnoser. En sagsbehandler i en kommune beskriver, at der er nogle udfordringer, som det i en eller anden grad forventes, at de fleste anbringelsessteder skal kunne arbejde med:

”Langt de fleste børn står der jo ADHD eller ADD ved. Og det tænker jeg, at de fleste institutioner og opholdssteder skal de nærmest kunne i dag, i forhold til at arbejde med den her målgruppe.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Sagsbehandlere fra en anden kommune beskriver videre, at der kan være forskellige grader af en diagnose i forhold til, hvor indgribende den er i barnet eller den unges liv. Derfor er det forskelligt fra barn til barn, hvor specialiseret anbringelsesstedet skal være, og man kan ikke blot tage udgangspunkt i diagnosen.

En sagsbehandler beskriver, at de udfordringer anbragte børn og unge har i dag ofte kræver, at anbringelsesstedet er specialiseret:

”Det er meget specialisering. Vores opgaver kalder oftest på noget specifikt. Det kan være afrusning, en funktionsnedsættelse, eller er det autismetilbud, en mental retardering? Der er så mange forskellige elementer i de her børn og unges profiler, som vi selvfølgelig altid matcher og afsøger

FORSKELLIGE HOLDNINGER TIL SPECIALISERING

”Vores opgaver kalder oftest på noget specifikt.”

**DEN UNGES
UDFORDRINGER
ER AFGØRENDE
FOR VALG AF
ANBRINGELSE-
STED**

ud fra. Så derfor sætter det helt automatisk også nogle krav til vore samarbejdspartnere.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Sagsbehandleren fortæller, at barnets eller den unges udfordringer og eventuelle diagnoser samt anbringelsesstedets specialisering har stor betydning, når de skal matche et barn eller ung til et anbringelsessted.

Den øvrige børn- og ungegruppe på anbringelsesstedet

Når sagsbehandlerne skal finde et opholdssted eller en døgninstitution til et barn eller ung, tager de ofte hensyn til den børnegruppe, der er på stedet. Det gør de af hensyn til, at det barn eller den unge, de skal anbringe, har andre børn eller unge at spejle sig i. Sagsbehandlere fra flere af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, fortæller:

”Det kan også være en hjælp at vide, at man ikke er den eneste. Og have nogle at spejle sig i.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

”Jeg tænker meget på, hvordan den der gruppe af børn, der ellers er, som man skal spejle sig i.” (Sagsbehandler, Heddensted Kommune)

Samtidig fortæller sagsbehandlerne også, at det er vigtigt, at børnene og de unge ikke er for ens. Det kan handle om, at de sammen kan forstærke en uhensigtsmæssig adfærd, hvis deres udfordringer er for ens:

”Jeg synes, at det er en udfordring, at man samler for mange med de samme udfordringer og problematikker det samme sted.”

”Jeg synes, at det er en udfordring, at man samler for mange med de samme udfordringer og problematikker det samme sted. Det er også en udfordring, for så kan de gå og forstærke hinanden. Det kræver så meget pædagogisk støtte og indsats.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Adfærden blandt børn og unge på det konkrete tilbud har indflydelse på valget af anbringelsessted

Som beskrevet tidligere, har målgruppebeskrivelsen på opholdsstedet eller døgninstitutionen en afgørende betydning for, hvilket sted, sagsbehandlerne vælger. Selvom anbringelsesstedets målgruppe matcher på papiret, fremhæver sagsbehandlerne, at det godt kan være, at det ikke matcher i forhold til de udfordringer, de øvrige børn og unge på anbringelsesstedet har:

”Det er jo også noget af det, hvor man går ind og ser, hvordan børne- og ungegruppen er på det her sted: passer vores barn ind i det her? Det kan godt være, at der står et eller andet med, at målgruppen er sådan og sådan, men er

det nogle meget udadreagerende eller meget indadvendte, er der nogle selvskadende – hvad er det for en gruppe, vi har med at gøre?” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

SAGSFORLØB OM RASMUS

Sagsforløbet om Rasmus, der blev præsenteret i kapitel to, er et eksempel på, at en døgninstitution fravælges på grund af den ungegruppe, der er anbragt på stedet. I sagsforløbet vurderer kommunen, at de interne døgninstitutioner ikke er egnede på grund af ungegruppen, der er anbragt der. Kommunen beslutter, at de vil undersøge mulighederne for, at Rasmus kan blive anbragt på en specialkostskole eller en specialefterskole uden for kommunen.

Anbringelsesstedernes tilgang til forældresamarbejde

Flere kommuner beskriver, at de tager hensyn til opholdsstedet eller døgninstitutionens tilgang til forældre og forældresamarbejde. Det indgår særligt som et hensyn i de sager, hvor der er behov for en særlig indsats i forhold til samarbejdet med barnets eller den unges forældre:

”I forhold til valg af sted, er noget af det, vi også har fokus på, om det er et sted, der kan samarbejde med lige præcis det her forældrepar eller den her mor med de her vanskeligheder. Det er også rigtig vigtigt. Vi har nogle forældre, der virkelig skal tages ind i varmen. Vi har nogle forældre, der i den grad skal rammesættes og have at vide, hvor grænserne er, og det skal de jo også kunne. Det er jo ikke kun at løse vanskelighederne omkring barnet, det skal også kunne det her brede forældresamarbejde, og det er en enormt vigtig ting.” (Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

I en anden kommune bliver samarbejdet mellem anbringelsesstedet og forældrene italesat som afgørende, og derfor også noget, de taler med stedet om, når de vælger anbringelsessted:

”Jeg snakker med alle opholdsstederne om, at der skal være en god kontakt til forældrene. For det er dem, der er der for de unge resten af livet. Det er vi andre ikke.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Sagsforløb om Simone



Nedenfor præsenteres du for et konstrueret sagsforløb om Simone. Forløbet er et eksempel på, at netop samarbejdet mellem døgninstitutionen og forældrene er noget, sagsbehandleren tager hensyn til. Forældrenes holdning til stedet vægtes højt, og deres ønske spiller derfor en afgørende rolle i valget af det konkrete anbringelsessted.

SIMONE: ÆNDRING AF ANBRINGESESSTED FRA OPHOLDSSTED TIL DØGNINSTITUTION

Simone bliver anbragt på en døgninstitution, da hun er 14 år gammel. Det er anden gang, at Simone bliver anbragt. Kommunen er forud for anbringelsen i tæt dialog med forældrene, som er med til at pege på den valgte døgninstitution.



Forhistorie

Simones forældre har fælles forældremyndighed. Da hun er fire år, bliver Simone gennem hospitalet diagnosticeret med ADHD og tilknytningsforstyrrelse. Kommunen får første gang kendskab til Simone, da hun er 12 år gammel, fordi skolen flere gange underretter og gør opmærksom på, at de er bekymrede for hendes trivsel og udvikling. Skolen beskriver, at Simone udviser tegn på lavt selvværd og er begyndt at skære i sig selv. En socialrådgiver på skolen indstiller Simone til flere forskellige § 11, stk. 3, forløb, men på grund af manglende samarbejde fra forældrenes side, fungerer det ikke.

Da Simone er henholdsvis 13 og 14 år, underretter skolen flere gange om massivt skolefravær. Derudover udviser Simone grænsesøgende seksuel adfærd på de sociale medier. Kommunen udarbejder en børnefaglig undersøgelse, hvor både Simone og hendes forældre inddrages. Desuden inddrages det professionelle netværk i form af en psykolog, statusudtalelse fra psykiatrien og skolen. På baggrund af den børnefaglige undersøgelse vurderer kommunen, at Simone skal anbringes uden for hjemmet på et opholdssted.



Grundlaget for at kommunen vælger at ændre anbringelsessted

Da Simone er 14 år og har været på opholdsstedet i fire måneder, kontakter forældrene kommunen, da de oplever, at Simone har fået det værre. Simone er også begyndt at tage kontakt til ældre mænd på de sociale medier, og

forældrene er bekymrede. Hun udebliver fortsat fra skole. På den baggrund trækker forældrene deres samtykke til den frivillige anbringelse tilbage. Dette fører til, at kommunen, på et visitationsmøde kort tid efter, træffer afgørelse og iværksætter hjemgivelse af Simone.



Afgørelse om ændring af anbringelsessted

En måned efter den sidste underretning fra skolen indstiller sagsbehandleren til ændring af anbringelsessted for visitationsudvalget. Udvalget godkender indstillingen. Både Simone og hendes forældre samtykker til afgørelsen. Det fremgår ikke af sagen, om der i forbindelse med afgørelsen laves en opdatering af den tidligere børnefaglige undersøgelse af Simone.



Afgørelse om anbringelsessted

Da sagsbehandleren skal finde et nyt anbringelsessted til Simone, inddrages Simones forældre. Til at starte med foreslår sagsbehandleren to steder. Forældrene ser begge tilbud, men de synes, at stederne ligger for langt væk fra deres bopæl. Moren har derudover nogle konkrete krav til anbringelsesstedet, før hun vil give samtykke til en frivillig anbringelse. Ét af kravene er, at stedet skal have tilknyttet skole, da hun er bekymret for Simones skolefravær. Desuden skal der være en høj grad af forældreinddragelse, og Simone skal kunne komme hjem, når hun har lyst. Sagsbehandleren gør opmærksom på, at det ikke nødvendigvis er for Simones bedste, at hun har mulighed for at komme hjem jævnligt, da hun har behov for intensiv behandling.

Forældrene ønsker selv en konkret døgninstitution i nabo-kommunen, som de har hørt godt om. Sagsbehandleren indstiller døgninstitutionen samt dens pris til kommunens visitationsudvalg. Samme dag sender kommunen en skriftlig afgørelse om valg af det konkrete anbringelsessted til forældrene og Simone, hvor det står beskrevet, at kommunen har taget hensyn til forældrenes ønske og har valgt den døgninstitution, de foreslog. Dette er en måned efter afgørelsen om ændring af anbringelse.

I afgørelsen om valg af anbringelsessted fremgår det, at valget er foretaget med hensyn til forældrenes ønske, og døgninstitutionens fokus på forældresamarbejde. Det fremgår af sagen, at Simone skal flytte ind to uger efter afgørelsen. Hun ender dog med først at flytte ind flere uger senere.

Som det bliver beskrevet i det konstruerede sagsforløb om Simone, fremgår det af afgørelsen om konkret anbringelsessted, at der er taget hensyn til døgninstitutionens store fokus på forældresamarbejde, og i høj grad forældrenes ønske til konkret sted.

HENSYN TIL BARNETS OG FORÆLDRENE ØNSKER

I det omfang det er muligt, er der på tværs af interviewkommunerne enighed om, at det er positivt at inddrage forældrene i processen om valg af konkret anbringelsessted. Kommunerne fremhæver dog, at det kun er positivt, så længe forældrene er i stand til at tilsidesætte egne behov i forhold til barnets eller den unges, og så længe det er i overensstemmelse med sagsbehandlerens faglige vurdering.

Sagsbehandlerne vil gerne imødekomme forældrenes ønsker, men den faglige vurdering vægter tungest

Flere sagsbehandlere fortæller, at de gerne vil inddrage forældre og imødekomme deres ønsker, når de vælger et anbringelsessted. Dog er det sagsbehandlerens faglige vurdering af stedet, der vejer tungest, og hvis der er uoverensstemmelse mellem forældrenes og sagsbehandlerens vurdering, er det sagsbehandlerens faglige vurdering, som vægtes højest:

”Jeg har før prøvet, at forældrene har en holdning til, hvor barnet skal hen. Langt hen af vejen inddrager vi familien, og vil gerne imødekomme de ønsker, de har. Nogle gange er vi nødt til at sige, at vi har en anden vurdering, og derfor ikke kan imødekomme det alligevel.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

SAGSFORLØB OM SIMONE

En sagsbehandler kommenterer på [sagsforløbet om Simone](#), og undrer sig over, at afgørelsen beror på forældrenes ønske om konkret sted. Ifølge sagsbehandleren er det ikke forældrenes ønske, der skal være det afgørende element for valget, men derimod om stedet ud fra en faglig vurdering er et godt match. Og hvis forældrenes ønske derudover kan tilgodeses, er det et plus:

”At der er i afgørelsen er taget særligt hensyn til forældrenes ønske, det genkender jeg slet ikke.”

”At der i afgørelsen er taget særligt hensyn til forældrenes ønske, det genkender jeg slet ikke. Jeg har da haft nogle, der har peget på noget, og der har jeg sagt, at jeg da gerne vil undersøge det. Så bliver det jo sammenlignet med de steder, vi ellers også har kigget på. Og det kan jo godt være, at stedet forældrene ønskede, også var det bedste, men så ville det stå i afgørelsen, at det var det sted, som var bedst. Der ville ikke stå, at det særligt var forældrenes ønske.” (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

Der bliver taget højde for barnets eller den unges ønsker til konkret anbringelsessted

Flere kommuner beskriver, at det er vigtigt at inddrage barnets eller den unges ønsker i forhold til valg af anbringelsessted. De beskriver, at anbringelsen i højere grad lykkes, hvis barnet eller den unge har en oplevelse af at være inddraget:

”Er barnet eller den unge ikke med på det, så kan man godt have en forventning om, at det ikke vil lykkes”

”Det er vigtigt, at få inddraget den unge i det her. Vi kan godt sidde og træffe nogle afgørelser, men at barnet eller den unge ikke med på det, så kan man have en forventning om, at det ikke vil lykkes særlig godt. Jeg tænker, at det er vigtigt, at få snakket med den unge om det her.” (Anbringelseskonsulent, Thisted Kommune)

Flere sagsbehandlere beskriver, at en måde at inddrage barnet eller den unge i valget af anbringelsessted kan være ved at tage hensyn til, at de kan opretholde deres fritidsinteresser. Det kan gøre, at der er et positivt element ved anbringelsen, som de unge kan se frem til:

”Jeg har haft et konkret ønske fra en ung om heste. De unges interesser spiller ind. Man vil også gerne gøre det spiseligt for dem, så det er noget de kan se frem til og glæde sig til.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

SAGSFORLØB OM JAMAL

Selvom flere kommuner beskriver, at de forsøger at inddrage barnet eller den unge, er [sagsforløbet om Jamal](#), der blev præsenteret i kapitel tre, et eksempel på, at den unges ønske ikke er afgørende for valg af sted, men at det derimod er andre hensyn, der vægter tungere. Jamal sender et brev til sagsbehandleren, hvori han skriver, at han føler sig svigtet af kommunen, fordi de ikke har taget højde for hans ønsker. Han skriver videre, at han håber, at de vil lytte til ham og imødekomme hans ønske om at bo for sig selv, da han allerede har været anbragt på mange institutioner. Det fremgår ikke af sagen, om eller hvordan sagsbehandleren forholder sig til brevet, men hans ønske om ikke at blive anbragt på endnu en institution imødekommes ikke.

En sagsbehandler, der har læst sagsforløbet om Jamal, beskriver, at hun tror den manglende inddragelse af Jamal har været afgørende for de mange skift:

”Det skurrer jo i mine ører det her med, at man inden for to år har anbragt ham fire forskellige steder. Jeg tænker, at den her dreng slet ikke er blevet hørt. Overhovedet ikke.”
(Sagsbehandler, Thisted Kommune)

At imødekomme barnets eller den unges ønsker bliver beskrevet som afgørende for, at anbringelsen bliver vellykket. Det er dog ikke så entydigt. En kommune beskriver, at det at indstille en ung, der er i mistrivsel, til egen bolig, sjældent er en reel mulighed på grund af støttebehovet hos den unge. Det er dermed ikke altid muligt at tilgodese den unges ønsker, hvis der er andre hensyn, som i den konkrete situation vejer tungere. Som i Jamals tilfælde, hvor hans massive støttebehov er afgørende for valget af anbringelsessted.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Kun i få sager fremgår det, hvilke hensyn der ligger til grund for valg af konkret anbringelsessted. Det fremgår ikke, hvilke hensyn, der er vægtet i forhold til hinanden.

VÆGTNING AF HENSYN

Når kommunen skal træffe afgørelse om konkret anbringelsessted, kan de være nødt til at prioritere imellem de forskellige hensyn. Hvilke hensyn de vægter højest, afhænger af den konkrete sag. Kommunerne fortæller, at det derfor er en individuel vurdering, der skal laves i alle sager. De fremhæver det dog alle som altafgørende, at sagsbehandleren foretager en faglig vurdering af, at stedet har de relevante kompetencer, som er nødvendige for at skabe trivsel for barnet eller den unge, og ikke blot forholder sig til stedets målgruppebeskrivelse.

Som beskrevet tidligere i kapitlet, er det kun i få af de 18 sager i sagsgennemgangen, hvor det fremgår, hvilke hensyn, der ligger til grund for valg af konkret anbringelsessted. Derudover fremgår sagsbehandlerne overvejelser om vægtning af hensyn ikke i sagerne i sagsgennemgangen.

Kendskab til barnet og barnets behov er afgørende, når sagsbehandlerne skal vægte hensyn

Flere kommuner beskriver, at vurderingen af, hvilke hensyn der skal vægtes højest, er afhængig af barnet eller den unges behov. Det er altså individuelt fra sag til sag, og derfor svært at beskrive generelt. Det afgørende er, ifølge interviewkommunerne, at forholde sig til det i hver sag:

”Det kan være vigtigere, at de får det her specialiserede tilbud, end at de er tæt på familien. Og i en anden sag, er det afgørende, at det er tæt på familien. Jo tættere vi kan komme på, hvad det er der er vigtigt for det her barn eller

VIGTIGT AT HOLDE FAST I DET, SOM FUNKERER

unge menneske, jo mere præcist kan vi jo gøre arbejdet.”
(Anbringelseskonsulent, Tønder kommune)

Flere kommuner beskriver også, at det er vigtigt at holde fast i de ting i barnets eller den unges liv, der fungerer godt. Det kan både være skole, netværk og relationer, som vi har beskrevet tidligere i kapitlet. Det kommer til udtryk i følgende citat:

”Hvor er det gode henne, som skal fortsætte. Det skal man holde fast i. Og det er jo individuelt fra barn til barn, hvad det er, der fungerer. Er det i fritiden, familien, skolen. Så det er sådan lidt fra sag til sag, og fra barn til barn.” (Sagsbehandler, Hedensted Kommune)

Det rette match vægtes ofte højere end hensyn til skole, netværk og fritidsinteresser

Selvom det er individuelt fra barn til barn, hvordan forskellige hensyn vægtes, fortæller interviewkommunerne, at det altid er hensynet til, at opholdsstedet eller døgninstitutionen kan varetage barnets eller den unges støttebehov, der vægtes højest. Ud over at stedet har en målgruppebeskrivelse, der matcher barnets eller den unges behov, beror valget også på en faglig vurdering af, om stedet har de kompetencer, som barnet eller den unge kræver:

” For mig er det min faglige vurdering, der vægtes tungest”

”For mig er det min faglige vurdering, der vægtes tungest. For vi skal ud og købe et tilbud. Og det skal være det sted, hvor de kan hjælpe den unge. Der skal være den pædagogiske støtte, som de har brug for, og de skal kunne løfte den opgave. Frem for, at der står en hest uden for. Så må der være fritidsaktiviteter et andet sted.” (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Nogle kommuner kommer med eksempler på, at andre behov som eksempelvis relationer, netværk og fritidsinteresser, kommer i anden række:

”Lad os sige, der var noget netværk, der havde en betydelig rolle for barnet, og som kunne hjælpe til. Så ville det være fordelagtigt, at det var tæt på dem. Men hvis det gør, at de bliver det forkerte match, kan man ikke tage det hensyn.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Økonomi vægtes ikke

Flere sagsbehandlere beskriver, at økonomi og pris ikke har en direkte betydning for deres arbejde med at finde det rette opholdssted eller døgninstitution:

"Vi som rådgivere har stort set ikke noget med økonomi-drøftelsen at gøre med institutionerne. Jeg synes, at det er en kæmpe frihed, at det ikke er det, vi diskuterer i vores samarbejde med forstander og kontaktpædagoger, og hvad der ellers er – det ligger et andet sted. Og vi går ofte ud af mødet, når økonomien skal drøftes, for netop ikke at besmitte vores samarbejde." (Sagsbehandler, Aarhus Kommune)

Dog er de opmærksomme på, at der ledelsesmæssigt er et fokus på økonomi. En sagsbehandler fortæller:

"Jeg sidder med et barn eller ung, og ser på deres behov. Og det er noget der skal løses. Vi bliver ikke pålagt at se på økonomi. Men de [ledelsen] presser på. De sidder med lom-meregneren fremme." (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Der er blandt de sagsbehandlere, der er blevet interviewet til undersøgelsen, ikke en oplevelse af, at økonomi har indflydelse på deres arbejde med at finde mulige anbringelsessteder.

KAPITEL 7

Udfordringer med at finde det rette anbringelsessted



Interviewene i de seks kommuner vidner om, at det kan være udfordrende for kommunerne at finde det rette anbringelsessted. Dette kapitel beskriver, hvori disse udfordringer består. Det handler overordnet om:

- Udfordringer med at finde et tilbud, der kan varetage alle barnets eller den unges behov.
- Udfordringer med pladsmangel på bestemte typer af anbringelsessteder.
- Mangel på bestemte typer af anbringelsessteder.

HOVEDPUNKTER

- Det kan være svært for kommunerne at finde et anbringelsessted, der matcher alle barnets eller den unges behov.
- Kommunerne oplever pladsmangel på bestemte typer af anbringelsessteder – fx sikrede og delvist sikrede institutioner og anbringelsessteder, der kan håndtere seksualiseret adfærd.
- Pladsmangel på bestemte typer af anbringelsessteder betyder, at kommunerne ofte må gå på kompromis med deres faglige vurdering og vælge et anbringelsessted, som de ikke nødvendigvis vurderer er det bedste tilbud til barnet eller den unge.
- Interviewkommunerne oplever, at der er mangel på anbringelsessteder, som behandler unge under 14 år med spiseforstyrrelser, og såkaldte 'safehouses' til unge under 16 år.

VANSKELIGT AT FINDE ANBRINGELSESSTEDER, DER MATCHER ALLE BARNETS BEHOV

Flere kommuner beskriver, at det kan være vanskeligt at finde anbringelsessteder, der kan imødekomme alle barnets eller den unges behov. Sagsbehandlere fortæller, at de må vægte barnets eller den unges forskellige behov over for hinanden og vurdere, hvad der er vigtigst at arbejde med først:

”Hvis man på Tilbudsportalen klikker af i overgreb, diagnoser og misbrug, så er der ingen tilbud. Så er du nødt til at sortere noget fra”. (Sagsbehandler, Slagelse Kommune)

Der er forskellige årsager til, at denne vægtning kan være vanskelig. Barnet eller den unge kan eksempelvis have udfordringer, der modarbejder hinanden:

”Så modarbejder deres problematikker hinanden, og så bliver det svært at matche.”

”Man kan godt have en autist, der er enormt udadreagerende. Så hvad skal man gøre? Hvis et sted kan tilbyde rolige, faste rammer, kan det jo godt være svært at have en halvkriminel, udadreagerende autist i det. Så modarbejder deres problematikker hinanden, og så bliver det svært at matche.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Sagsbehandlere i flere af interviewkommuner beskriver på denne måde, at det er svært at finde et tilbud, der kan rumme alle barnets eller den unges udfordringer.

TYPER AF ANBRINGELSESSTEDER MED PLADSMANGEL

Flere kommuner oplever mangel på pladser på bestemte typer af anbringelsessteder. Kommunerne beskriver både mangel på bestemte typer af behandling eller muligheder på anbringelsesstederne, og anbringelsessteder til børn og unge med særlige problematikker.

Boksen nedenfor indeholder et overblik over de typer af anbringelsessteder, interviewkommunerne oplever pladsmangel på. Boksen uddybes efterfølgende.

ANBRINGELSESSTEDER, HVOR DER ER PLADSMANGEL

- Anbringelsessteder, som yder misbrugsbehandling.
- Anbringelsessteder, som har intern skole.
- Sikrede og delvist sikrede institutioner.
- Anbringelsessteder, som kan håndtere:
 - psykiatriske udfordringer
 - seksualiseret adfærd
 - udadreagerende adfærd
 - indgribende diagnoser
 - selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser

Anbringelsessteder med pladsmangel

I de følgende afsnit uddyber vi oversigten i boksen over anbringelsessteder, som interviewkommunerne oplever, at der er pladsmangel på.

Anbringelsessteder, som kan yde misbrugsbehandling

Flere kommuner beskriver, at de mangler pladser på anbringelsessteder, som kan håndtere og behandle børn og unge med misbrug. En kommune fortæller, at børnene og de unge ofte ikke kun har brug for ambulant behandling, men døgnbehandling, og at der ikke er nok opholdssteder og døgninstitutioner, som yder denne behandling. Ifølge flere kommuner er misbrug en problematik, som går igen for mange anbragte børn og unge.

DATA FRA DANMARKS STATISTIK

I boksen nedenfor er der en oversigt over, hvor stor en andel af børn og unge, der blev anbragt i 2019, hvor kommunen angav, at misbrug var en af de udslagsgivende årsager til anbringelsen:

MISBRUG SOM UDSLAGSGIVENDE ÅRSAG TIL ANBRINGELSE¹⁷

- I 2019 blev 12 procent (svarende til 178 børn og unge) i alderen 12-17 år anbragt, hvor én af de udslagsgivende årsager var misbrug.

Som beskrevet i boksen, var misbrug i 12 procent af anbringelserne for børn og unge i alderen 12-17 år en af de udslagsgivende årsager til anbringelsen. Dette giver en indikation af, at der er behov for anbringelsessteder, der kan håndtere og arbejde med børnene og de unges misbrug. En sagsbehandler fra en kommune beskriver, hvordan anbringelsessteder, hvor der ydes misbrugsbehandling, er en mangelvare:

“Afrusningssteder til unge under 17 år er en mangelvare”

“Afrusningssteder til unge under 17 år er en mangelvare. Der er masser af steder til voksne – eller det er der jo ikke engang længere. Så er der et par enkelte steder, som tager dem fra 17 år, og så er der nogle steder, hvor kvaliteten simpelthen er så horribel” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

¹⁷ Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks statistik

Anbringelsessteder med intern skole

Flere kommuner beskriver, at de mangler pladser på anbringelsessteder, der har interne skoler. Det kan, ifølge kommunerne, for nogle børn og unge være en fordel, at anbringelsesstedet har intern skole. Det er især gavnligt for børn og unge, som har massivt skolefravær. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

”Jeg sidder lige nu og skal placere et ungt menneske med autisme, som i de sidste ti år har lykket med at have ti minutters skolegang. Så det er oplagt at tænke i intern skole, fordi hvis det var på samme sted, at han kunne bo og gå på institution, så kunne det måske være nemmere at få det til at lykkes. Jeg mener ti minutter.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Flere af de børn og unge, der bliver anbragt, har massiv skoleværing, og det er ifølge kommunerne en udfordring, at flere anbringelsessteder med intern skole er lukket. I boksen nedenfor er der en oversigt over, hvor stor en andel af de børn og unge, der blev anbragt i 2019, hvor kommunen angav, at skoleproblemer var en af de udslagsgivende årsager til anbringelsen.

DATA FRA DANMARKS STATISTIK

SKOLEPROBLEMER, FX FRAVÆR SOM UDSLAGSGIVENDE ÅRSAG TIL ANBRINGELSE¹⁸

- I 2019 blev 14 procent (svarende til 214 børn og unge) i alderen 12-17 år anbragt, hvor én af de udslagsgivende årsager var skoleproblemer.

Som beskrevet i boksen, var skoleproblemer i 14 procent af anbringelserne for børnene og de unge i alderen 12-17 år en af de udslagsgivende årsager til anbringelsen.

Sikrede og delvist sikrede institutioner

Flere kommuner beskriver, at der er mangel på pladser på de sikrede og delvist sikrede institutioner. Der kan være ventetid, der er uhensigtsmæssig i forhold til børn og unge, der rømmer fra anbringelsesstederne. Sagsbehandlere i en kommune beskriver, at manglen på pladser på de sikrede institutioner kan føre til, at barnet eller den unge kan være på et anbringelsessted, der ikke er det rette i forhold til barnets eller den unges udfordringer:

¹⁸ Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks statistik

FÅ ANBRINGELSESSTEDER MED PSYKIATRISK BEHANDLING

"Vi har heller ikke nok plads på de sikrede eller delvist sikrede. Vi har to drenge lige nu, som er på venteliste. Så de sidder på opholdssteder, selvom de burde være på en delvist sikret. For der er ikke plads." (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

Anbringelsessteder, der kan håndtere psykiatriske udfordringer

En kommune fortæller, at de oplever, at der ofte er pladsmangel på anbringelsessteder, som kan håndtere psykiatriske udfordringer. Der er i sagsbehandlingens optik få opholdssteder og døgninstitutioner, der kan håndtere børn og unge med psykiatriske udfordringer, og derfor øger det manglen på pladser:

"Når det bliver psykiatrisk, er det svært at finde et sted. Når vi så står med den unge, og skal finde et sted, der rent faktisk kan skabe en forandring og ikke bare opbevare dem, så bliver det svært." (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

SAGSFORLØB OM SIMONE

Anbringelsessteder, som kan håndtere seksualiseret adfærd

I en kommune beskriver de, at de oplever pladsmangel på tilbud til børn og unge, der har en seksualiseret adfærd. [Sagsforløbet om Simone](#) er et eksempel på, at seksuel adfærd kan være en udfordring. Simone tager kontakt til ældre mænd på de sociale medier. Denne adfærd tager til i forbindelse med, at hun får det dårligere på opholdsstedet. Kommunen beskriver, at det er en udfordring, de ser i stigende grad lige nu:

"Også piger med stærk seksualiseret adfærd, dem har vi heller ikke så mange tilbud til. Lige nu er der 'run' på." (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Anbringelsessteder, der kan håndtere udadreagerende adfærd

Sagsbehandlere i en kommune beskriver, at de oplever mangel på pladser, der kan håndtere udadreagerende adfærd. Det er på trods af, at der findes en del anbringelsessteder til børn og unge med udadreagerende adfærd:

"Der er en del institutioner til udadreagerende og voldsom adfærd, men der mangler også plads der. Jeg har været igennem 21 steder, for at få en plads." (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

"Jeg har været igennem 21 steder, for at få en plads."

Som det fremgår i ovenstående citat, er der et konkret eksempel, hvor en anbringelseskonsulent har været i kontakt med 21 forskellige tilbud, før end det er lykkedes, at finde et tilbud, der kan håndtere udadreagerende adfærd, og som har plads.

Anbringelsessteder, som kan håndtere indgribende diagnoser
Flere kommuner oplever generelt mangel på anbringelsessteder, der kan håndtere specifikke diagnoser – især børn og unge med autisme:

”Børn med svær autisme, der er vi også voldsomt udfordret i forhold til at finde opholdssteder og institutioner.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Som beskrevet i kapitel fire, kan der være udfordringer med, at barnet eller den unge er nødt til at flytte anbringelsessted, hvis de får en diagnose, som det nuværende anbringelsessted ikke er godkendt til at arbejde med. Det giver yderligere udfordringer, når kommunerne beskriver, at de oplever, at det kan være svært at finde anbringelsessteder til børn og unge, der har en specifik diagnose.

SAGSFORLØB OM RASMUS

Sagsforløbet om Rasmus, som blev præsenteret i kapitel tre, er et eksempel på, at det er vanskeligt at finde et anbringelsessted, som kan håndtere de udfordringer, som følger med hans autismediagnose. Det fremgår, at døgninstitutionen bliver valgt, fordi personalet her kan hjælpe med at rammesætte og strukturere Rasmus hverdag og forstår hans autisme.

Anbringelsessteder til unge med selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser

To kommuner beskriver, at det er vanskeligt at finde anbringelsessteder for børn og unge med selvskadende adfærd samt spiseforstyrrede børn og unge, da der eksisterer få af disse tilbud. En kommune fortæller:

”Steder med spiseforstyrrelse og selvskadende adfærd har vi ikke mange af rundt om i landet. Der er vi udfordret.” (Anbringelseskonsulent, Tønder Kommune)

Kommunerne må gå på kompromis, når der mangler pladser

Som en konsekvens af, at der mangler pladser, kan der på anbringelsesstederne være ventelister. Lange ventelister kan have den konsekvens, at sagsbehandlere må gå på kompromis med det konkrete sted, de vælger:

”Vi kunne godt sige; ‘Han passer lige til den der’, og så kan de sige; ‘Der er venteliste, og der er ikke plads før om et halvt år’. Så må vi kigge på noget andet. Så er det klart, at vi allerede er gået på kompromis med nogle af de ting, som forældre og rådgiver har sagt, at det er det her, I skal kigge efter.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Som det fremgår af citatet, er det ikke unormalt, at der ventetid på op til et halvt år, før end der bliver plads på et relevant tilbud.

Når det i forvejen er svært at finde det rette match mellem barnet eller den unge og et anbringelsessted, udfordrer ventelister matchningsprocessen yderligere. Flere af interviewkommunerne fremhæver, at det kan have store konsekvenser for barnet eller den unge, da det kan resultere i, at anbringelsesstedet ikke er hensigtsmæssigt:

”Også fordi det tit kan være svært at finde nogle steder til de her unge, som måske matcher, og der skal være pladser, der er frie og så videre, og man måske ender med, at de kommer et sted hen, som måske ikke er helt hensigtsmæssigt.” (Sagsbehandler, Tønder Kommune)

MANGEL PÅ BESTEMTE TYPER AF TILBUD

Interviewkommunerne beskriver, at der er tilbudstyper, som ikke eksisterer, og som de mangler. Det drejer sig specifikt om anbringelsessteder med fokus på spiseforstyrrelser for børn og unge under 14 år og 'Safehouses' til børn og unge under 16 år.

Anbringelsessteder for børn og unge under 14 år med spiseforstyrrelse

En kommune fortæller, at de oplever, at der ikke eksisterer anbringelsessteder for børn og unge under 14 år, som lider af spiseforstyrrelse:

”Men helt særligt vores unge piger under 14 år med spiseforstyrrelser, det er et kæmpe problem.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

En sagsbehandler i samme kommune uddyber problematikken og forklarer, at de institutioner, som behandler unge med spiseforstyrrelse, først vil tage imod dem, når de fylder 14 år:

”Vi har jo haft nogle udfordringer med meget unge, spiseforstyrrede piger. De kan godt falde ned imellem to stole, hvor målgruppen bare ikke er til stede nogen steder. De specialiserede institutioner tager dem først, når de er 14 år, og mange af de andre har ikke kendskabet til spiseforstyrrelsesproblematikken.” (Anbringelseskonsulent, Aarhus Kommune)

Safehouses til børn og unge under 16 år

Der findes i dag kun safehouse til unge over 16 år. En kommune fortæller, at de mangler 'safehouses' til børn og unge under 16 år:

HVAD ER ET

SAFEHOUSE?

Safehouse er et sikret og specialiseret opholdssted til unge og voksne over 16 år, der er på flugt fra æresrelaterede konflikter.

Adressen på et Safehouse er ukendt, for at skabe sikkerhed for de personer, der opholder sig der.

“Så mangler vi også safehouse til folk under 16 år. Der kan vi ikke komme ind.” (Sagsbehandler, Høje Taastrup Kommune)

Kommunen fortæller, at hvis et barn eller en ung er under 16 år, er det ikke muligt at få plads i et Safehouse. Hvis der er tale om søskende, der har behov for at bo på et Safehouse, kan kommunen være nødsaget til at skille dem ad, selvom det ikke er hensigtsmæssigt, fordi den ene er over og den anden under 16 år. Sagsbehandlerne fortæller, at der findes safehouses, der efter deres mening godt ville kunne håndtere børn og unge under 16 år, men som mangler godkendelsen til det.

Metode

I dette afsnit beskriver vi de metodiske tilgange, som undersøgelsen er baseret på, og relevante overvejelser, som vi har gjort os undervejs i processen. Undersøgelsen er baseret på følgende to metodiske tilgange:

- Analytisk gennemgang af 18 sager, hvor barnet eller den unge anbringes på et opholdssted eller en døgninstitution
- Gruppeinterview med kommunale sagsbehandlere og anbringelseskonsulenter i seks kommuner

Udvælgelse af kommuner

Undersøgelsen er baseret på sager fra seks udvalgte kommuner, og interview med sagsbehandlere i de samme seks kommuner. De seks kommuner er udvalgt ud fra en række kriterier, der alle har til formål at sikre, at vi får indblik i forskelle i praksis. Derfor har vi valgt kommuner, der på udvalgte parametre adskiller sig fra hinanden.

Variation i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for handlekommunen

Kommunerne er først og fremmest valgt ud fra variation i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for handlekommunen. Det er fordi, vi antager, at det har betydning for kommunens praksis, om kommunen primært anvender tilbud udenfor eller inden for handlekommunen. Vi har udvalgt to kommuner, der har anbragt over 80 procent af børn og unge uden for handlekommunen. På samme vis har vi udvalgt to kommuner, der har anbragt under 20 procent af børn og unge uden for handlekommunen. De sidste to kommuner har anbragt cirka halvdelen af børn og unge uden for kommunen¹⁹. Der er dog det forbehold, at vi ikke ved, om de børn og unge der bor i handlekommunen, bor på en døgninstitution som kommunen driver eller et opholdssted, der er privat/selvejende og som er beliggende i handlekommunen.

Geografisk spredning

Derudover er kommunerne udvalgt efter geografisk spredning, hvor alle fem regioner er repræsenteret. Dette kriterie er med ud fra en antagelse om, at der kan være forskelle i praksis på tværs af regioner.

¹⁹ Vi har modtaget data fra Social- og Ældreministeriet, med opgørelser over andelen af børn og unge, der har adresse uden for handlekommunen. I denne opgørelse er også få andre anbringelsestyper medregnet eksempelvis efterskole og kostskole.

Variation i antal indbyggere

Til sidst er kommunerne udvalgt efter en variation i antal indbyggere i kommunen, da vi antager, at det kan have en betydning for kommunens praksis og erfaringer i forhold til valg af opholdssted og døgninstitution.

DE SEKS UDVALGTE KOMMUNER ER FØLGENDE:

- Hedensted Kommune
- Høje Taastrup Kommune
- Slagelse Kommune
- Thisted Kommune
- Tønder Kommune
- Aarhus Kommune

ANALYTISK SAGSGENNEMGANG

Den analytiske sagsgennemgang har til formål at give indblik i kommunernes arbejdsgange i sager, hvor de anbringer et barn eller ung på et opholdssted eller døgninstitution.

Den analytiske sagsgennemgang giver indblik i de forskellige typer af sager og hvilke arbejdsgange der finder sted hvornår. Derudover viser sagsgennemgangen, hvilke mønstre der går igen i sagerne på tværs af kommunerne, og hvordan forskellige typer af sager adskiller sig fra hinanden.

Med udgangspunkt i en analyse af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne, har vi konstrueret sagsforløb, der illustrerer eksempler på kommunernes praksis. Sagsforløbene er sammenskrivning af flere sager, hvor væsentlige karakteristika for forløbene fremgår. Sagsforløbene er anonymiserede.

I det følgende beskriver vi processen for indkaldelsen af sagerne, sagsgennemgangen og udarbejdelsen af sagsforløbene.

Indkaldelse af sager

Vi har indkaldt tre sager fra hver af de seks kommuner, i alt 18 sager. I juni 2020 sendte vi et brev til kommunerne med en beskrivelse af, hvilke tre sager de skulle sende. Vi efterspurgte i alt ni sager, hvor barnet eller den unge var anbragt på et opholdssted, og ni sager, hvor barnet eller den unge var anbragt på en døgninstitution. I forhold til døgninstitutioner, var det et kriterie, at det var åben døgninstitution, da vi i undersøgelsen ikke afdækker lukkede, sikrede og særligt sikrede døgninstitutioner.

Derudover var der et kriterie om, at afgørelse om anbringelse eller ændring af anbringelsessted ikke måtte være blevet truffet som en akutafgørelse, da andre forhold gør sig gældende, når anbringelsen er akut.

For at sikre en systematisk udvælgelse bad vi kommunerne om at finde de tre seneste sager, hvor afgørelsen var truffet inden 10. marts 2019. Vi bad kommunerne om at sende alle akter i sagen i perioden 10. marts 2017 til 10. marts 2020. Herudover bad vi kommunen om at sende akter, de fandt relevante for valg af opholdssted eller døgninstitution, også selvom det lå uden for den treårige periode. Dette for at sikre, at vi fik alle relevante akter fra sagen.

Derudover var der et krav til alder for barnet. Vi bad kommunerne indsende sager, hvor barnet eller den unge var mellem 12 år og 17 år, da der blev truffet afgørelse om valg af anbringelsessted. Dette kriterie blev sat ud fra en antagelse om, at det ofte er de ældre børn, der bliver anbragt på et opholdssted eller en døgninstitution.

Alle sager blev screenet for at sikre, at sagerne var tilsvarende den efterspurgte fordeling af sager, og at afgørelsen om valg af anbringelsessted var truffet inden 10. marts 2019. I de tilfælde, hvor sagerne ikke levede op til kriterierne, har vi indkaldt nye sager.

Vi har gennemgået sagerne i perioden juli 2020 til august 2020.

Hvad ser vi på i sagerne?

Til gennemgang af sagerne har vi udarbejdet et analyseskema, som indeholder spørgsmål om de forskellige sagsskridt, vi gerne vil have besvaret gennem den analytiske sagsgennemgang. Analyseskemaet er vedlagt i bilag 3. Spørgsmålene i analyseskemaet er tilknyttet følgende overordnede sagsskridt:

- Opstart af sagen
- Faglig udredning
- Afgørelse om anbringelse og ændring af anbringelsessted
- Valg af det konkrete opholdssted eller døgninstitution.

For hvert af de ovenstående sagsskridt har vi udarbejdet uddybende spørgsmål i analyseskemaet. Spørgsmålene belyser dels kommunernes arbejdsgange, men også, i det omfang det fremgår af sagerne, de hensyn kommunen tager, når de vælger et konkret opholdssted eller døgninstitution til et barn eller ung. Sagsgennemgangen har ikke til formål at vurdere lovmedholdelighed i kommunernes praksis.

Udarbejdelse af sagsforløb

Vi har udfyldt et analyseskema for hver af de 18 sager, vi har gennemgået. Det har vi gjort for at få et overblik over sagsbehandlingernes arbejdsgange og indholdet af de enkelte sagsskridt, for derved at kunne eksemplificere kommunernes praksis.

Udover at se på indholdet af de enkelte sagsskridt, har vi også set på sammenhænge mellem dem. Det kan eksempelvis være sammenhænge mellem, hvilken type af anbringelsessted, den unge anbringes på, og om det er en førstegangsanbringelse. Det har givet os et billede af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne, og herved hvilke karakteristika, der er relevante at fremhæve i de sammenskrevne konstruerede sagsforløb.

Med udgangspunkt i de 18 udfyldte analyseskemaer har vi udarbejdet fire eksempler på sagsforløb, som er sat sammen af fremtrædende elementer fra de gennemgåede sager. Samlet set viser de fire udarbejdede sagsforløb den variation, som vi har fundet i de indsendte sager, og giver eksempler på, hvordan et barn eller ungs sagsforløb kan se ud, når de bliver anbragt på en døgninstitution eller et opholdssted. Formålet har været at gengive elementer fra sagerne, og ikke at give eksempler på ideelle sagsforløb.

Sagsforløbene, som de fremstår i rapporten, har derfor ikke eksisteret i virkeligheden i deres helhed. Denne fremgangsmåde er valgt for at sikre, at sagsforløbene ikke indeholder personhenførbare oplysninger.

Forbehold

De gennemgåede sager og udarbejdede sagsforløb udgør ikke et repræsentativt billede af kommunernes sagsbehandling. Sagsgennemgangen kan derfor ikke belyse fordelingen af sagstyper eller omfanget på landsplan. Derudover fremgår kommunernes overvejelser og hensyn i sagsbehandlingen i meget begrænset omfang i sagerne. For at belyse disse aspekter har vi foretaget gruppeinterview, hvor vi blandt andet får belyst sagsbehandlingernes overvejelser og hensyn i forbindelse med valg af konkret opholdssted eller døgninstitution.

GRUPPEINTERVIEW

Interviewene har til formål at give indsigt i kommunernes arbejdsgange og de overvejelser og hensyn, som kommunerne foretager i forbindelse med valg af konkret opholdssted eller døgninstitution. Desuden giver interviewene eksempler på, hvordan ønsker og hensyn vægtes i forhold til hinanden.

Hvem har vi interviewet?

Vi har interviewet sagsbehandlere og anbringelseskonsulenter, der arbejder med at udrede barnet eller den unge og afsøge og vælge konkrete anbringelsessteder. Der har ikke deltaget ledere i interviewene.

I alle gruppeinterview deltog mellem to og fem sagsbehandlere og anbringelseskonsulenter, og interviewene varede halvanden time.

Interviewene er gennemført i september og oktober 2020.

Hvad handler interviewene om?

Vi har forud for interviewene udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er, ligesom analyseskemaet for sagsgangen, baseret på en kronologi over overordnede sagsskridt. I alle interviewene spørger vi ind til konkrete arbejdsgange og overvejelser i forbindelse med følgende:

- Arbejdsgange ved afgørelse om anbringelse og ændring af anbringelsessted
- Arbejdsgange ved valg af opholdssteder eller døgninstitutioner
- Overvejelser og hensyn ved valg af opholdssted eller døgninstitution
- Overvejelser vedrørende vægtning af hensyn

Interviewene giver, modsat sagsgangen, mulighed for at få indblik i de overvejelser, hensyn og vægtning af hensyn sagsbehandlerne gør, når de skal vælge et konkret opholdssted eller døgninstitution.

Brug af sagsforløb i interviewene

I alle kommuner har vi gennemgået to af de sammenskrevne konstruerede sagsforløb med interviewpersonerne. Det har flere formål:

Et formål var at kvalitetssikre de udarbejdede sagsforløb ved at afklare, om sagsforløbet er genkendeligt for kommunens medarbejdere i den forstand, at et tilsvarende sagsforløb ville kunne forekomme i kommunen.

Et andet formål med at benytte sagsforløb var at kvalificere og understøtte interviewene således, at sagsbehandlerne kunne tale om egen praksis i relation til eksemplet i sagsforløbet. Derved kunne interviewet handle om emner og problemstillinger, som ikke var en del af interviewguiden, men som fremstod tydelige for sagsbehandlerne, når de læste sagsforløbene.

Et tredje formål var at udfyldt nogle af de 'videnshuller', der er i sagsforløbene. Som beskrevet tidligere, er det vores erfaring, at sagerne som oftest ikke indeholder beskrivelser af sagsbehandlingens overvejelser og vægtning af hensyn. Interviewene kunne her give mulige forklaringer på, hvorfor sagsforløbene ser ud, som de gør.

Behandling af interviewene

Alle interviewene var som udgangspunkt planlagt til at foregå ved fysisk fremmøde i de respektive kommuner. Grundet Covid-19, kunne dette dog ikke lade sig gøre i alle kommuner. Fire interview er foretaget over Skype, og de sidste to interview er foretaget ved fysisk fremmøde i kommunen.

Interviewene er alle blevet optaget, og er derefter blevet transskriberet i programmet NVivo. Vi har bagefter kodet interviewtransskriptionerne systematisk med afsæt i et kodetræ. Kodetræet bygger på temaer og spørgsmål fra interviewguiden og sagsgennemgangen, samt analysetemaer der er opstået i og på tværs af interviewene.

Citater og relevante uddrag af rapporten, hvor vi refererer til specifikke interview, har været sendt i faktuel høring hos interviewpersonerne.

BILAG 2

Viden fra sags gennemgangen

I boksen nedenfor giver vi et samlet indblik i viden og mønstre fra sags gennemgangen. Pointerne er også præsenteret løbende i rapporten.

Viden fra sags gennemgangen

- Kommunerne forveksler opholdssteder og døgninstitutioner. I flere sager skriver sagsbehandleren den ene anbringelsestype, men der er tale om den anden - døgninstitutioner bliver omtalt som opholdssteder og omvendt.
- Der er eksempler på, at kommunen sætter ind med forebyggende foranstaltninger i en længere år-række, før de overvejer en anbringelse.
- I flere sager bliver kommunen opmærksom på, at barnet ikke trives gennem underretninger fra fagpersoner. Der er også eksempler på, at kommunen bliver opmærksom på, at barnet ikke trives gennem dialog med både barnet selv og forældrene.
- I de sager vi har gennemgået, er der eksempler på, at underretninger fra skolen handler om skolefravær, udadreagerende adfærd, konflikter med elever og lærere samt selvskade.
- Ved ændring af anbringelse bliver kommunen opmærksom på, at barnet ikke trives gennem dialog med anbringelsesstedet, forældrene til barnet/den unge eller gennem barnet/den unge selv.
- I flere sager er der ikke udarbejdet en børnefaglig undersøgelse/opdatering af tidligere børnefaglig undersøgelse eller handleplan. Det gør sig gældende for både anbringelser på opholdssteder og døgninstitutioner.
- I de fleste sager i sags gennemgangen er der ændring af anbringelsessted en eller flere gange. Der er desuden flere eksempler på, at den unge er skiftet fra en plejefamilie til et opholdssted eller døgninstitution.
- Der er i sags gennemgangen også eksempler på, at kommunen har vurderet, at den unge skal i en plejefamilie, men da de ikke kan finde en egnet plejefamilie, kommer den unge på et opholdssted eller døgninstitution.

- Det fremgår ikke i nogen af sagerne, hvordan der er fundet frem til det konkrete anbringelsessted. Det er arbejdsgange, som ikke er dokumenteret i sagerne.
- I flere sager fremgår det, at der er dialog mellem sagsbehandler og døgninstitution eller opholdssted, inden det konkrete sted vælges. Der er også sager, hvor det ikke fremgår, at der har været dialog forud for valget.
- Kun i få sager fremgår det, hvilke hensyn der ligger til grund for valg af konkret anbringelsessted. Det fremgår ikke, hvordan forskellige hensyn er vægtet i forhold til hinanden.

24.
**Visitation til botilbud – eksempler på praksis og
overvejelser fra seks kommuner**

April 2021

ANKESTYRELSEN

Telefon: 33 41 12 00 mandag til fredag klokken 9-15

Postadresse: Ankestyrelsen, 7998 statsservice

Mailadresse: ast@ast.dk

Hjemmeside: www.ast.dk

ISBN nr.: 978-87-7811-396-2

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1	SAMMENFATNING	4
	Hovedresultater	7
	Læsevejledning	11
KAPITEL 2	UDREDNING OG VALG AF INDSATS	13
	Den første opmærksomhed	14
	Udredning af borgerne	21
	Botilbud eller anden støtte	26
	Midlertidige eller længerevarende botilbud	29
KAPITEL 3	MATCHNING MELLEM BORGER OG BOTILBUD	37
	Arbejdet med at søge efter botilbud	38
	Arbejdet med at finde det rette botilbud	41
	Udfordringer i forhold til at sikre det bedste match	54
KAPITEL 4	BEVILLING AF BOTILBUD	65
	Bevilling på visitationsudvalg	66
	Prisen er en del af indstillingen	73
	Overlevering af borgeren til botilbuddet	75
KAPITEL 5	OPFØLGNING OG PERSONRETTET TILSYN	80
	Praksis for opfølgning varierer	80
	Det personrettede tilsyn	88
KAPITEL 6	REVISITATION	90
	Årsager til revisitation	91
	Arbejdet med at finde et nyt botilbud	96
	Flytning fra botilbud	98
	Udfordringer ved flytning uden samtykke	101
BILAG 1	METODE	104
	Analytisk sagsgennemgang	105
	Gruppeinterview	107
BILAG 2	VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN	111

KAPITEL 1

Sammenfatning

EN AF TRE DEL- UNDERSØGELSER

Social- og Ældreministeriet har bedt Ankestyrelsen om at gennemføre en undersøgelse om kommunernes praksis og overvejelser, når de visiterer en borger til et botilbud.

Undersøgelsen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde, som er aftalt i Aftale om Finansloven for 2020. Undersøgelsen er en af tre delundersøgelser om eksempler på kommunernes praksis og overvejelser ved visitation til tilbud på det specialiserede socialområde.

Undersøgelsen handler om botilbud til personer med nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, særlige sociale problemer eller socialpsykiatriske udfordringer efter servicelovens (SEL) §§ 107 og 108, samt almenboliglovens (ABL) § 105.

§

BESTEMMELSER FOR BOTILBUD

Bestemmelserne for botilbud fremgår af servicelovens §§ 107¹ og 108², samt almenboliglovens § 105, stk. 2.³

Servicelovens § 107, stk. 1

Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Servicelovens § 107, stk. 2

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold til:

- 1)** personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte.

- 2)** personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Servicelovens § 107, stk. 2, nr. 2, omfatter visitation til socialpsykiatriske botilbud.

¹ Servicelovens § 107, jf. lovbekendtgørelse nr. 1287 af 28. august 2020.

² Servicelovens § 108, se henvisning til lovbekendtgørelsen ovenfor.

³ Almenboliglovens § 105, stk. 2, jf. lovbekendtgørelse nr. 1203 af 3. august 2020.

Serviceovens § 108

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Almenboliglovens § 105, stk. 2

Regionerne eller kommunerne kan overlade til selvejende institutioner og almene boligorganisationer at være byg- og driftsherre af almene ældreboliger, der tilvejebringes med særligt henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

**UNDERSØGELSENS
FORMÅL**

Undersøgelsens formål er at belyse kommunernes praksis, overvejelser og konkrete hensyn, når de visiterer en borger til de nævnte typer af botilbud. Rapporten beskriver udelukkende eksempler på de interviewede kommuners anvendelse af botilbud. Rapporten indeholder ikke en juridisk vurdering af kommunernes praksis og har altså ikke fokus på, om kommunernes praksis er lovmedholdelig eller ej. Vi henviser dog løbende til lovgivningen og Ankestyrelsens praksis på området.

Undersøgelsen belyser følgende hovedspørgsmål:

1. Hvordan er kommunernes organisering og arbejdsgange for visitation til botilbud, opfølgning og personrettet tilsyn og for revisitation?
2. Hvilke overvejelser gør kommunerne sig i forbindelse med visitation til botilbud, opfølgning og revisitation, hvilke konkrete hensyn tager de, og hvordan vægtes disse hensyn?
3. Hvordan kan et sagsforløb eksempelvis se ud, når kommunerne visiterer til de typer af botilbud, der indgår i undersøgelsen?

METODE OG DATAGRUNDLAG

Denne undersøgelse er baseret på en kvalitativ sagsgen- nemgang og interview med sagsbehandlere i seks ud- valgte kommuner. Undersøgelsen kan ikke betragtes som et repræsentativt billede af kommunernes praksis, men

belyser derimod eksempler på praksis i de udvalgte kommuner.

Sagsgennemgang

Vi har gennemgået i alt 48 sager om visitation til botilbud fra de seks udvalgte kommuner. Hver kommune har indsendt otte sager.

På baggrund af sagsgennemgangen har vi udarbejdet otte sagsforløb, der præsenteres løbende i rapporten. Vi har udarbejdet sagsforløbene med udgangspunkt i en analyse af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne, og til at afdække variationen i sagerne. Sagsforløbene er en sammenskrivning af flere sager, der illustrer eksempler på kommunernes praksis. Sagsforløbene er anonymiserede.

Derudover vil vi løbende i rapporten præsentere mønstre og viden fra sagsgennemgangen, der supplerer interviewkommunernes beskrivelser af praksis. Den viden, der løbende bliver præsenteret fra sagsgennemgangen, fremgår samlet i bilag 2.

Interview

Vi har gennemført gruppeinterview i samme seks kommuner. Deltagerne i interviewene er sagsbehandlere, som visiterer borgere til botilbud. Interviewene har især givet eksempler på kommunernes overvejelser, samt hvordan ønsker og hensyn vægtes i forhold til hinanden.

I alle kommuner har vi gennemgået to sagsforløb med interviewpersonerne. Det har blandt andet haft til formål at kvalitetssikre de udarbejdede sagsforløb ved at afklare, om sagsforløbene var genkendelige for sagsbehandlerne. Desuden gav sagsforløbene anledning til, at sagsbehandlerne kunne tale om egen praksis i relation til eksemplet i sagsforløbet.

Undersøgelsens metode og datagrundlag står uddybet i bilag 1.

HOVEDRESULTATER

I dette afsnit præsenterer vi udvalgte resultater fra undersøgelsen.



Alle interviewkommuner anvender Voksenudredningsmetoden

Alle interviewkommunerne fortæller, at det er deres arbejdsgang at anvende voksenudredningsmetoden (VUM) til at afdække borgerens funktionsniveau og støttebehov. I sagsgennemgangen er der dog flere sager, hvor det ikke fremgår, at der er foretaget en udredning af borgerens funktionsniveau og støttebehov inden, at borgeren visiteres til et botilbud.

Når kommunerne udarbejder VUM'en kan oplysningerne stamme fra tidligere indsatser og udredninger – og fra samtaler med borgeren. Kommunerne beskriver, at der kan være tilfælde, hvor de hurtigt skal afdække, om borgeren er i målgruppen for et botilbud, hvor de udreder og træffer en beslutning på det eksisterende vidensgrundlag. Interviewkommunerne fortæller, at det er forskelligt, hvordan de bliver opmærksomme på borgere, der eventuelt skal visiteres til et botilbud. Det kan være gennem igangværende indsatser, eller ved at borgeren eller pårørende selv henvender sig til kommunen.

En borger kommer på botilbud, når støttebehovet er omfattende

I forhold til interviewkommunernes overvejelser om, hvorvidt en borger skal visiteres til et botilbud, fortæller kommunerne, at de foretager en konkret vurdering ud fra udredningen. Når de vurderer, at en borger skal visiteres til et botilbud, fortæller alle seks kommuner, at det overordnet skyldes, at borgerens støttebehov er omfattende. Det vil sige, at de fleste VUM temaer peger på et omfattende støttebehov. I de tilfælde, hvor kommunen vurderer, at det er tilstrækkeligt for borgeren at bo hjemme med socialpædagogisk støtte efter SEL § 85, vil de i første omgang afprøve det. Flere kommuner beskriver, at de arbejder ud fra, at indsatsen er mindst muligt indgribende i borgerens liv.

Borgerens funktionsnedsættelse er afgørende for, om kommunerne vælger et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Midlertidige botilbud anvendes, når borgeren har et udviklingspotentiale, eller har behov for at få afklaret den videre indsats. Borgere med socialpsykiatriske udfordringer visiteres primært til midlertidige botilbud. Borgeren visiteres derimod til et længerevarende botilbud, når støttebehovet er varigt. I de gennemgåede sager, er de borgere, der har en fysisk funktionsnedsættelse overvejende visiteret til et længerevarende botilbud.



KØBER/DRIVER

Nogle kommuner køber primært botilbudspladser, hvor andre kommuner driver og anvender egne botilbud.

Sagsbehandlerne bruger Tilbudsportalen og erfaringer til at finde botilbud

I interviewkommunerne fortæller sagsbehandlerne, at de bruger Tilbudsportalen til at søge botilbud frem. Flere oplever dog, at oplysningerne på portalen ikke altid er opdaterede. Det kan betyde, at de bruger meget tid på at afsøge mulige botilbud og kontakte dem. For de interviewkommuner, der driver egne botilbud, er det en fast arbejdsgang først at undersøge, om et af kommunernes egne tilbud kan rumme borgeren.

Sagsbehandlerne i de seks kommuner fortæller desuden, at de som en fast arbejdsgang også gør brug af egne og kollegiale erfaringer med tilbuddene, når de skal finde og vælge et botilbud. Tidligere erfaringer med et botilbud kan være afgørende for, om sagsbehandleren vælger at gå videre med det eller ej.

Der er i sagsgennemgangen begrænset viden om, hvordan kommunerne finder frem til det konkrete botilbud, som de vælger. Det er altså arbejdsgange, som vi ikke kan se dokumenteret i sagerne.



Målgruppematchet vægtes højere end øvrige hensyn

Når sagsbehandlerne i de seks kommuner skal undersøge, om et konkret botilbud matcher borgeren, vurderer og vægter de en række forskellige hensyn. De fortæller alle, at de først undersøger botilbuddets målgruppe, beboersammensætning og pris. De fortæller desuden, at det kan være nødvendigt at tage hensyn til fysiske rammer og eksempelvis muligheden for, at beskæftigelse eller uddannelse ligger på samme matrikel som botilbuddet.

Kommunerne tager så vidt muligt hensyn til borgerens og de pårørendes ønsker til blandt andet beliggenhed og fysiske rammer, eksempelvis ønsker om eget bad og toilet. I sagsgennemgangen kan vi se, at borgeren eller de pårørende ofte har ønsker om faciliteter eller konkrete botilbud. Sagsbehandlerne fortæller, at de vægter målgruppematchet højest. Det betyder, at botilbuddet er godkendt og har kompetencer til at arbejde med borgerens målgruppe. Derefter vil de forsøge at imødekomme borgerens eller de pårørendes ønsker.

Inddragelse af borgere eller pårørende i valg af botilbud varierer

Når interviewkommunerne skal vælge et botilbud, varierer det, hvor meget borgere og pårørende inddrages i selve valget. Borgere, der er visiteret til længerevarende botilbud, kan gøre brug af frit valg. Interviewkommunerne oplever, at borgernes brug af frit valg varierer. Eksempelvis nævnes pårørende/værger til borgere med handicap som en gruppe, der ofte er opmærksomme på muligheden for frit valg. Nogle af de interviewede sagsbehandlere fortæller, at borgeren og/eller de pårørende som udgangspunkt får valget mellem flere forskellige

botilbud. Nogle påpeger dog, at det ikke er alle borgere, der kan tage stilling til det frie valg, eller ønsker at vælge mellem flere botilbud.

Det kan have betydning for valg af botilbud, at tilbuddet er specialiseret

Flere interviewkommuner beskriver, at de ofte fravælger botilbud, der kan rumme mange forskellige målgrupper. Det skyldes, at de, som en del af deres overvejelser, i forbindelse med valget af botilbud kan være i tvivl om, hvorvidt mange forskellige målgrupper kan rummes på ét og samme tilbud. Fravalget skyldes også, at sagsbehandlerne oplever, at borgere kan have samme funktionsnedsættelse, men brug for forskellige pædagogiske tilgange, da årsagerne til deres funktionsnedsættelse er forskellige.

Kommunerne beskriver, at det kan være svært at finde et botilbud til borgere med flere komplekse problemstillinger. Det kan resultere i, at de ikke kan finde et botilbud, der kan rumme alle borgerens behov på én gang, og de derfor må prioritere borgerens mest akutte behov. Der er også eksempler på, at kommunerne tilkøber indsatser til borgeren, hvis botilbuddet kan levere det.

Mangel på botilbudspladser og tid kan udfordre matching

Interviewkommunerne fortæller, at der generelt er mangel på ledige botilbudspladser. Det har betydning for, hvilke hensyn de kan tage i valget af et konkret botilbud. Der er især mangel på længerevarende botilbud efter SEL § 108, og pladser til borgere med flere og komplekse udfordringer. Derudover oplever kommunerne, at det kan være svært at finde ledige pladser til borgere, der bliver udskrevet fra psykiatrien. Det er udfordrende, da sagsbehandlerne ofte hurtigt skal finde en ledig plads, når psykiatrien varsler, at borgeren er færdigbehandlet.

De fleste interviewkommuner får godkendt borgerens personkreds og konkret botilbud på samme visitationsudvalgsmøde

Alle interviewkommuner fortæller om deres arbejdsgange for bevilling af botilbud, at de anvender et visitationsudvalg. Størstedelen af interviewkommunerne fortæller, at personkredsvurderingen og indstillingen til et konkret botilbud som udgangspunkt foregår på det samme visitationsmøde. Personkredsvurderingen er afgørelsen om, at borgeren har behov for et botilbud som indsats.

Sagsbehandlerne fortæller, at de gerne præsenterer visitationsudvalget for flere konkrete botilbud, som kan varetage borgernes behov. Det er dog ikke altid muligt at finde flere egnede botilbud. Det afhænger eksempelvis af målgruppen, og



kompleksiteten af borgerens problemstillinger. Sagsbehandlerne indstiller også prisen på botilbudspladsen til visitationsudvalget. Sagsbehandlerne oplever, at de tilbud som de peger på, som oftest godkendes af visitationsudvalget, også når pladsen på et botilbud er dyr. De oplever generelt, at individuelle hensyn og den faglige vurdering af borgerens behov vægter højest og er afgørende for, hvilket botilbud der bliver godkendt af visitationsudvalget.



Forskellig praksis for bestilling af indsats

Interviewkommunerne fortæller, at de, efter bevillingen af botilbud til en borger, skal sørge for at få overleveret alle relevante informationer om borgeren til botilbuddet. Det beskriver de som en fast arbejdsgang.

Nogle interviewkommuner fortæller, at de sender en bestilling til botilbuddet, mens andre bruger borgerens handleplan efter SEL § 141, hvor indsatsen er angivet som bestilling. Når visitationsudvalget har godkendt botilbuddet, besøger nogle borgere stedet. Det afhænger af borgerens funktionsniveau, om det er muligt. Sagsbehandlerne i de seks kommuner fortæller, at det varierer, hvor involverede de er i indskrivningen på botilbuddet og borgerens flytning. Det afhænger blandt andet af borgerens funktionsniveau og netværk.

Status for borgerens ophold og handleplan er vigtig

For at kunne foretage en opfølgning på indsatsen for borgeren, fortæller interviewkommunerne, at det er vigtigt, at de inden et opfølgningsmøde har modtaget en skriftlig statusudtalelse fra botilbuddet. Det giver sagsbehandlerne mulighed for at drøfte sagen med kollegaer forinden og vurdere, om indsatsen fortsat er tilstrækkelig for borgeren. Statusudtalelsen er desuden vigtig som konkret dokumentation til borgerens sag.



Opfølgningsmøder er hyppigere på midlertidige botilbud end længerevarende botilbud

Flere interviewkommuner fortæller om deres arbejdsgange, at de hyppigere foretager opfølgning på borgere på midlertidige botilbud end på længerevarende botilbud. Det skyldes, at der her i højere grad kan ske en udvikling i borgerens situation og behov. Sagsbehandlerne fortæller, at opfølgningen tilrettelægges individuelt og foretages hyppigere, når borgere har komplekse udfordringer.

I de gennemgåede sager fremgår det, at der i næsten alle sager er foretaget opfølgning på borgernes indsats. Omvendt ser vi, at det personrettede tilsyn efter SEL § 148 kun i få sager særskilt er dokumenteret. I interviewene udtrykker sagsbehandlerne, at de betragter det personrettede tilsyn som en del af opfølgningen. De foretager derfor også tilsynet sammen

med den øvrige opfølgning. Sagsbehandlerne fortæller desuden, at de gør meget ud af at se borgeren og borgerens bolig for at vurdere borgerens trivsel.



Kommunerne vil løse borgerens udfordringer på botilbuddet, men revisitation kan blive nødvendigt

Hvad angår kommunernes arbejdsgange og overvejelser i forbindelse med revisitation, fortæller kommunerne, at revisitation kommer på tale, når en borger mistrives på botilbuddet. I sagsgennemgangen af de sager, hvor borgeren er visiteret til et andet botilbud, ser vi, at kommunen ofte bliver opmærksom på en borgers mistrivsel på et opfølgningsmøde eller ved, at botilbuddet kontakter kommunen.

Årsager til revisitation kan skyldes, at botilbuddet ikke kan løfte opgaven. Det kan også skyldes ændringer i borgerens behov og ønsker. Interviewkommunerne vil dog helst løse problemerne, hvor borgeren er, fremfor at visiterer borgeren til et andet botilbud. Nogle interviewkommuner har et politisk fokus på, om borgeren kan visiteres til et tilbud i egen kommune. Det er dog ikke altid, at hjemtagning er en mulighed, hvis kommunen ikke har et tilbud, der kan varetage borgerens behov.

Udfordringer med at visiterer borgere fra ABL § 105

Nogle interviewkommuner beskriver, at det kan være svært at flytte en borger fra et længerevarende botilbud efter ABL § 105 til et andet botilbud, selvom borgeren ikke længere er i målgruppen til botilbuddet. Det skyldes, at borgerne har egen lejekontrakt i botilbud efter ABL § 105. Desuden er der udfordringer ved at flytte borgere, der ikke kan eller vil give samtykke til flytningen. Derudover oplever interviewkommunerne ikke et reelt mønster i, hvilke typer af botilbud de visiterer fra og til. Dog beskriver kommunerne, at borgere, der er visiteret til et midlertidigt botilbud, ofte kommer ud i egen bolig.

LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er struktureret kronologisk ud fra en borgers sagsforløb – fra den første kontakt til kommunen, over udredning og valg af et botilbud til opfølgning og eventuelt revisitation.



I kapitlerne præsenterer vi otte sagsforløb. Sagsforløbene er udarbejdet på baggrund af sagsgennemgangen og er anonymiserede. Sagsforløbene indgår som eksempler på kommunernes forskellige arbejdsgange, når de visiterer en borger til et botilbud. De illustrerer desuden, hvor forskellige sagsforløbene kan være. Sagsforløbene indgår i rapporten i deres helhed første gang, de anvendes. Derefter referer vi løbende op til sagsforløbene, når de eksemplificerer en pointe i et andet kapitel.

Ud over dette første kapitel består rapporten af yderligere fem kapitler:

Kapitel 2 – Udredning og valg af indsats: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange, fra de bliver opmærksomme på en borger, til de udreder borgeren og vurderer, at borgeren skal visiteres til et botilbud.

Kapitel 3 – Matchning mellem borger og botilbud: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de skal vælge, hvilket konkret botilbud en borger skal tilbydes plads på. Det handler også om, de konkrete hensyn kommunerne tager, når de skal vælge et botilbud til en borger, og hvordan de vægter disse hensyn, når ikke alle kan imødekommes.

Kapitel 4 – Afgørelse om botilbud: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange, når de skal bevilge et botilbud til en borger. Det indebærer, at kommunen personkredsvurderer borgeren, og at det konkrete botilbud godkendes af et visitationsudvalg. Kapitlet belyser også, hvordan kommunerne sikrer overlevering af borgeren til botilbuddet.

Kapitel 5 – Opfølgning og personrettet tilsyn: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de skal følge op på en borger på et botilbud og gennemføre det personrettede tilsyn.

Kapitel 6 – Revisitation: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange og overvejelser ved revisitation af borgere fra et botilbud til et andet. Det handler om årsager til, at kommunen vurderer, at borgeren skal visiteres, og udfordringer knyttet til revisitationen.

KAPITEL 2



Udredning og valg af indsats

Dette kapitel belyser interviewkommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de udreder en borgers støttebehov, og når de vurderer, om en borger skal visiteres til et botilbud. Kapitlet belyser:

- Hvordan kommunerne bliver opmærksomme på borgere, der kan have behov for at blive visiteret til et botilbud.
- Hvilken metode kommunerne bruger og hvilke oplysninger, de indhenter i udredningen af borgerens funktionsniveau og støttebehov.
- Hvad der har betydning for, om kommunerne vælger at visiterer til et botilbud eller tilbyde anden støtte.
- Hvad der har betydning for, om kommunerne visiterer til et midlertidigt eller længerevarende botilbud.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 2:

- Kommunerne bliver blandt andet opmærksomme på borgerne gennem igangværende indsatser og gennem henvendelser fra borgeren selv eller en pårørende.
- Alle interviewkommuner anvender Voksenudredningsmetoden (VUM) til at afdække borgerens funktionsniveau og støttebehov. Oplysningerne i udredningen stammer blandt andet fra tidligere indsatser og udredninger, samt samtaler med borgeren.
- Flere af interviewkommunerne arbejder ud fra, at indsatsen skal være mindst muligt indgribende i borgerens liv. Derfor ser flere kommuner, om borgeren kan bo hjemme med § 85 socialpædagogisk støtte, hvis de vurderer, at indsatsen er tilstrækkelig.
- Når kommunerne peger på, at borgeren skal på et botilbud, skyldes det grundlæggende, at borgerens støttebehov er omfattende. Det er omfattende, når borgeren har udfordringer forbundet med flere af VUM temaerne.
- Kommunerne anvender midlertidige botilbud, når borgeren har et udviklingspotentiale eller har behov for at få afklaret den videre indsats. Borgere med socialpsykiatriske udfordringer visiteres primært til midlertidige

VUM TEMAER:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Psykisk funktionsnedsættelse
- Socialt problem
- Mobilitet
- Egenomsorg
- Kommunikation
- Praktiske opgaver i hjemmet
- Samfundsliv
- Socialt liv
- Sundhed
- Omgivelser

botilbud. Borgeren visiteres til et længerevarende botilbud, når støttebehovet er varigt.

DEN FØRSTE OPMÆRKSOMHED

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne bliver opmærksomme på borgere, der eventuelt skal tilbydes en plads på et botilbud.

Kommunerne bliver opmærksomme på borgerne på forskellige måder

Interviewkommunerne fortæller, at de kan blive opmærksomme på en borgers behov for støtte på flere måder. Det kan være gennem henvendelser fra borgeren selv, pårørende, borgerens læge, behandlingspsykiatrien, retspsykiatrien, sygehuset, forsorgshjem, eller når en borger tilflytter fra anden kommune. Derudover nævner kommunerne, at beboere i borgers ejendom, deres vicevært eller ejendomsselskab også kan gøre kommunen opmærksom på, at en borger behøver støtte.

Det kan også være, at kommunen i forvejen har kendskab til borgeren, og at henvendelsen kommer fra børne- og familieafdelingen, Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU) eller jobcenteret. Flere kommuner fortæller også, at der kan være igangværende indsatser for borgeren. I de tilfælde vil sagsbehandlerne samarbejde med de relevante udførere eller afdelinger i kommunen. Det kan eksempelvis være en støttekontakt-person eller indsatser på børne- og familieområdet, hvor der skal skabes overgang til voksenområdet.

SAGSFORLØB OM EMMA



Det konstruerede sagsforløb⁴ om Emma, der præsenteres herunder, er et eksempel på, at kommunen bliver opmærksom på hende, da psykiatrisk afdeling henvender sig til kommunen. De varsler, at hun snart er færdigbehandlet, og at kommunen skal vurdere hendes sag.

EMMA – VISITATION TIL MIDLERTIDIGT SOCIAL-PSYKIATRISK BOTILBUD

Emma på 19 år er diagnosticeret med skizofreni og har depressive symptomer. Hun er indlagt i psykiatrien, og sagsbehandleren skal hurtigt finde et tilbud til hende i

⁴ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.

forbindelse med, at Emma varsles færdigbehandlet. Emmas forældre ytrer ønske om et konkret socialpsykiatrisk botilbud. Fire måneder efter, at Emma bliver udskrevet, får hun en plads på det socialpsykiatriske botilbud efter SEL § 107, som forældrene ønsker.



Forhistorie

Kommunen har tidligere kendskab til Emma, da hun i ungdomsårene har haft det svært. Kommunen har i den forbindelse udarbejdet en børnefaglig undersøgelse, og familien har tidligere modtaget støtte i form af psykologhjælp og familiebehandling. Emma har desuden været indlagt på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i forbindelse med svære perioder. Inden Emmas seneste indlæggelse har hun boet i sin egen lejlighed.



Grundlaget for, at kommunen vælger at visitere til botilbud efter SEL § 107

Kommunen bliver opmærksom på Emma, da psykiatrisk afdeling henvender sig til kommunen. Emma er på det tidspunkt indlagt i forbindelse med en psykotisk episode. Emma får kort efter tildelt en sagsbehandler. På baggrund af en indledende dialog med psykiatrien noterer sagsbehandleren, at Emma har brug for at blive støttet i den medicinske behandling, have en struktureret hverdag og have personale omkring sig størstedelen af tiden. Emmas forældre vil desuden gerne have, at Emma får mere professionel hjælp, da de vurderer, at hun har fået det værre efter, at hun før indlæggelsen flyttede i egen lejlighed. Kommunen begynder at udarbejde en VUM på baggrund af den tidligere børnefaglige undersøgelse og den psykiatriske udredning. Sagsbehandleren afholder i den forbindelse en samtale med Emma og hendes forældre.



Match mellem borger og botilbud

Sagsbehandleren skriver, efter samtykke fra Emma, til forskellige socialpsykiatriske botilbud. I mailen beder sagsbehandleren om pris og en vurdering af, om Emma kan passe ind i botilbuddets målgruppe. Sagsbehandleren vedhæfter Emmas VUM i mailen.

Emmas forældre har en fuldmagt og partsrepræsenterer hende i forbindelse med valget af botilbud. Forældrene undersøger selv forskellige socialpsykiatriske botilbud, som de søger frem gennem Tilbudsportalen. De ønsker et sted med nattevagt, da det særligt er om natten, at Emma kan have det svært. Forældrene finder et botilbud, og sagsbehandleren tager med forældrene ud og besøger det. De botilbud, som sagsbehandleren har kontaktet, har ikke plads inden for de næste mange måneder. Imidlertid bliver Emma udskrevet og kommer hjem i egen lejlighed. Der går fire måneder, fra Emma udskrives til, at hun får en plads på et socialpsykiatrisk botilbud. I mellemtiden har hun fået omfattende socialpædagogisk støtte i sin lejlighed. Sagsbehandleren vælger det socialpsykiatriske botilbud, som forældrene har peget på. Det er et botilbud uden for kommunen, hvis målgruppe er unge med psykiske lidelser og kognitive udfordringer. Sagsbehandleren aftaler med botilbuddet, at der i en opstartsperiode på to måneder vil være en til en støtte til Emma, herunder nattevagt.



Bevilling af botilbud efter SEL § 107

Efter udredningen gik sagsbehandleren straks i gang med at lede efter konkrete tilbud til Emma, da psykiatrien varslede, at Emma snart var færdigbehandlet. Sagsbehandleren fik hurtigt godkendt af sin leder, at Emma var i personkredsen for at blive visiteret til et § 107 tilbud. Sagsbehandleren vurderede, at Emma inden for nogle måneder med bedre medicinering ville kunne klare sig i egen bolig.

Det fremgår ikke af sagen, at der, i forbindelse med bevillingen af botilbud efter § 107, at der blev sendt en skriftlig afgørelse til Emma. Først da Emma er flyttet ind, sender sagsbehandleren en afgørelse om visitation til § 107 og bevilling af det konkrete botilbud til Emma. I

samarbejde med Emma udarbejder botilbuddet en hand-
leplan med konkrete mål for opholdet på botilbuddet.
Dette sker efter, at Emma er flyttet ind.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Sagsbehandleren holder opfølgningsmøde på botilbuddet to måneder efter indflytning, hvor Emma ikke vil deltage. En medarbejder fra botilbuddet, sagsbehandleren og Emmas mor deltager i mødet. Det fremgår ikke af sagen, om der er foretaget personrettet tilsyn. Botilbuddet vurderer, at Emma er faldet godt til, ligesom Emma viser fremskridt i forhold til stabilisering af medicinen.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Der er i sagsgennemgangen flere eksempler på, at det er en anden myndighed, der kontakter kommunen om en borger, der senere bliver visiteret til et botilbud.

I det konstruerede sagsforløb om Emma henvender psykiatrisk afdeling sig til kommunen. Emma er indlagt i forbindelse med en psykotisk episode, og får kort efter tildelt en sagsbehandler. I sagsgennemgangen er der også flere eksempler på, at det er anden myndighed fx psykiatrien, der kontakter kommunen om en borger, der senere visiteres til botilbud. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune, der er blevet præsenteret for sagsforløbet om Emma, fortæller:

"Det er en meget genkendelig case (...) Jeg er meget opmærksom på samarbejdet med psykiatrien." (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller også, at sagsforløbet om Emma er genkendeligt i forhold til de arbejds-
gange, som de har i kommunen:

"Altså selve processen ligner meget dem, som vi kan genkende inde i ungeteamet vil jeg sige." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Forskelligt, hvornår kommunerne sætter fokus på overgang fra barn til voksen

En af de måder, kommunerne bliver opmærksomme på borgere, der eventuelt skal visiteres til et botilbud, er, når borgere overgår fra børne- til voksenområdet. Der er forskellig praksis i interviewkommunerne for, hvornår de sætter fokus på denne overgang.

Fokus ved 16,5 eller 17,5 år

I to af kommunerne sætter de fokus på overgangen, når den unge fylder 16,5 år. Her begynder de at lave en fælles plan og forberede forældrene på overgangen. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune fortæller:

”Hvis der er nogen på vej, som koster enormt mange penge, så kan man prøve at tage lidt højde for det”

”Der er sådan et helt formaliseret samarbejde, og borgerne kommer på nogle helt særlige møder, hvor der sidder repræsentanter fra Børn og Unge, fra jobcentret og vores ledelse. Det er også i forhold til at kunne planlægge budgetter. Hvis der er nogen på vej, som koster enormt mange penge, så kan man prøve at tage lidt højde for det og allerede lang tid før begynde at se på nogle andre tilbud, fordi det kan kræve enormt meget forberedelse.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

I Varde Kommune har de et såkaldt ”16,5 års-udvalg”, hvor sagerne kommer på et koordineringsmøde, når den unge er 16,5 år. Det betyder, at sagsbehandlerne har kendskab til den unge og et eventuelt behov for botilbud.

I to andre kommuner fortæller de, at de sætter fokus på overgangen, inden den unge fylder 17,5 år. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune forklarer, at det sker i forbindelse med, at der skal tages stilling til, om indsatser på børneområdet skal forlænges som efterværn, eller om borgeren eventuelt skal visiteres til et botilbud. Der er altså forskel på, hvornår og hvordan sagerne overgår fra børne- til voksenområdet.

Eksempler på sen opmærksomhed på overgangen til voksenområdet

I sagsgennemgangen er der flere eksempler på, at kommunen først meget sent bliver opmærksom på en borger, der overgår fra børneområdet. Det fremgår blandt andet af det konstruerede sagsforløb⁵ om Mikkel, som præsenteres herunder.

SAGSFORLØB OM MIKKEL



MIKKEL - VISITATION TIL MIDLERTIDIGT BOTILBUD

Mikkel er 18 år, han er udviklingshæmmet og anbragt på en døgninstitution. Kommunens voksenområde bliver først opmærksom på Mikkel to måneder efter, at han er fyldt 18 år. Det gør de ved, at døgninstitutionen og moren kontakter dem. Mikkels mor ytrer ønske om et hel-

⁵ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.

hedstilbud, hvor STU (særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse) og botilbud ligger på samme matrikel. Kommunen har ikke udarbejdet en VUM (voksenudredningsmetode) forud for, at Mikkel godkendes til det nye helhedstilbud efter SEL § 107.



Forhistorie

Mikkels mor har, siden Mikkel var 8 år gammel, haft brug for hjælp til at varetage hans behov for støtte. I den forbindelse udarbejdede kommunen en børnefaglig undersøgelse, og Mikkel bliver frivilligt anbragt, da han er 8 år gammel.



Grundlaget for, at kommunen vælger at visitere til SEL § 107

To måneder efter, at Mikkel er fyldt 18 år, kontakter både Mikkels døgninstitution og hans mor kommunens voksenområde. Mikkel har endnu ikke fået tildelt en sagsbehandler, men de aftaler med kommunen, at døgninstitutionen sender en statusudtalelse om Mikkel. I denne skriver anbringelsesstedet, at Mikkel har vanskeligt ved at håndtere praktiske opgaver på sit værelse og forstå penges værdi. Døgninstitutionen vurderer dog, at Mikkel med botræning potentielt kan blive i stand til at bo i egen bolig med støtte. Mikkels mor ønsker desuden, at Mikkel kommer på et helhedstilbud med STU og botilbud. En måned efter henvendelsen får Mikkel tildelt en sagsbehandler. Det fremgår ikke af sagen, at sagsbehandleren udarbejder en VUM.



Match mellem borger og botilbud

Sagsbehandleren skriver, som moren ønsker, en mail til lederen af et helhedstilbud med både STU og botilbud i en anden kommune med henblik på at undersøge, om

der er plads til Mikkel. I mailen beskriver sagsbehandleren Mikkels behov på baggrund af oplysninger fra den børnefaglige undersøgelse. Der er plads på tilbuddet.



Bevilling af botilbud efter SEL § 107

Sagsbehandleren indstiller sagen til visitationsudvalget. Hun indstiller Mikkel til botilbuddet efter SEL § 107 kombineret med STU. Sagsbehandleren angiver, at formålet er, at Mikkel kan opnå personlige og faglige kompetencer og på sigt få mulighed for større selvstændighed i tilværelsen. Sagen kommer efterfølgende på et visitationsudvalgsmøde. Her vurderer udvalget, at Mikkel er i personkredsen for et botilbud efter SEL § 107, og at han grundet sin kognitive funktionsnedsættelse kunne profitere af et helhedstilbud.

To uger efter, at der er truffet afgørelse om botilbud, besøger Mikkel botilbuddet sammen med sine forældre. De er alle positive over tilbuddet, da både tilbuddets målgruppe og geografiske placering passer til Mikkels behov. Mikkel flytter ind på botilbuddet. Botilbuddet efterspørger en handleplan fra kommunen, der omhandler konkrete mål for indsatsen på SEL § 107 botilbuddet.

OPLYSNING OM HJÆLPENS OMFANG

Kommunerne skal være opmærksomme på kravet i SEL § 89. Det indebærer, at borgeren skal have skriftlig oplysning om hjælpens omfang efter SEL § 83 eller SEL § 85.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Sagsbehandleren besøger Mikkel på botilbuddet efter tre måneder, hvor de holder et opfølgningsmøde. På mødet deltager også personale fra botilbuddet samt STU uddannelsen. Deltagerne drøfter mål for Mikkels handleplan. Sagsbehandleren udarbejder efter mødet en handleplan.

I dette konstruerede sagsforløb kontakter Mikkels døgninstitution og mor kommunen to måneder efter, at Mikkel er blevet 18 år. Mikkel får først senere i forløbet en sagsbehandler. Da sagsforløbet bliver præsenteret i Varde Kommune, siger en sagsbehandler:

”Det første jeg hæftede mig ved er, at kommunens voksenområde først bliver opmærksom på ham i forbindelse med

hans 18-års fødselsdag. Det ville jeg i hvert fald være rigtig ked af.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

ÅRSAGER TIL, AT EN BORGER IKKE FÅR TILDELT SAGSBEHANDLER

Sagsbehandlerne i Varde Kommune forklarer, at formålet med deres ”16,5 års-udvalg” netop er, at det ikke skal ske. De fortæller videre, at hvis det sker, kan det eksempelvis skyldes forglemmelse, kommunikationsfejl, sygdom i familieafdelingen eller rådgiverskift.

UDREDNING AF BORGERNE

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne udreder de borgere, der eventuelt skal visiteres til et botilbud.

Alle seks kommuner bruger VUM

Alle seks interviewkommuner anvender Voksenudredningsmetoden (VUM), når de skal udrede en borger. Udredningsmetoden består af en række temaer, som bidrager til at oplyse sagen og afklare borgerens støttebehov.⁶



UDREDNING

Det fremgår af retssikkerhedslovens § 10, at: Kommunen har ansvaret for, at sager er oplyst i tilstrækkeligt omfang til, at kommunen kan træffe afgørelse.

Voksenudredningsmetoden (VUM) er en måde at sikre oplysning af sagen. I VUM er der følgende temaer:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Psykisk funktionsnedsættelse
- Socialt problem
- Mobilitet
- Egenomsorg
- Kommunikation
- Praktiske opgaver i hjemmet
- Samfundsliv
- Socialt liv
- Sundhed
- Omgivelser⁷

Alle interviewkommuner fortæller, at de starter med at indhente oplysninger til VUM'en, når de bliver opmærksomme på en borger.

⁶ For yderligere informationer om Voksenudredningsmetoden (VUM), henviser vi til Socialstyrelsens hjemmeside: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vum>

⁷ Kilde: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vum>

FUNKTIONS- NIVEAU OG STØTTEBEHOV

En sagsbehandler i Hvidovre Kommune beskriver, at VUM'en er noget af det første, de går i gang med, når der kommer en henvendelse om en ny sag, som ikke har været i voksenrådgivningen før. Der kan altså være forskel på, om sagen er ny, eller om borgeren tidligere har været tilknyttet voksenrådgivningen i forhold til at begynde en udredning.

I udredningen beskriver sagsbehandlerne borgernes funktionsniveau og vurderer på den baggrund borgerens støttebehov. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune forklarer, at de i udredningen ser på, hvad borgeren har behov for hjælp til. Det er eksempelvis forskelligt, om borgeren har behov for hjælp til igangsættelse af praktiske gøremål, eller om borgeren skal guides gennem hele gøremålet.

Viden stammer blandt andet fra igangværende indsatser

Flere af interviewkommunerne beskriver, at de som led i udredningen indhenter oplysninger fra igangværende indsatser. Det kan eksempelvis være en statusudtalelse fra tidligere botilbud eller samarbejdspartnere. For unge, hvis sag overdrages fra en indsats på børne- og familieområdet, kan der være oplysninger fra en børnefaglig undersøgelse, rapporter fra børnepsykiatriske afdelinger eller pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR). En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller:

”Det logiske er, at hvis der kommer en sag oppe fra børne- og familieafdelingen, så får vi sagsakterne deroppe fra i form af handleplan, eventuelle lægeakter, hvad har der været sat i værk tidligere.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

På samme måde forklarer en sagsbehandler fra Varde Kommune, at sagsbehandlerne også kan få udtalelser fra hospital eller psykiatri, hvis borgeren har været indlagt.

SAGSFORLØB OM EMMA

Som det fremgår af [sagsforløbet om Emma](#), der blev præsenteret tidligere i kapitlet, udarbejder kommunen en VUM, hvor de tager udgangspunkt i oplysninger fra den tidligere børnefaglige undersøgelse og udredning fra psykiatrien. Dette er et eksempel på, at kommunen tager udgangspunkt i udredninger, der allerede er foretaget. I oversigten nedenfor er eksempler på, hvor oplysningerne, som kommunerne inddrager i udredningen, kan komme fra.

EKSEMPLER PÅ OPLYSNINGER OG HVOR DE KOMMER FRA

- Børneområdet: Børnefaglig undersøgelse, handleplan, oplysninger om barnets handicap, rapport fra børnepsykiatrisk afdeling, PPR, og øvrige oplysninger om igangværende indsatser.
- Sundhedsområdet: Journaloplysninger fra praktiserende læge, speciallægeerklæringer, sygehuset, behandlings- og udskrivningsplaner, hjemmeplejen.
- Psykiatriområdet: Psykolog, psykologiske test eller udredninger, psykiater, øvrige oplysninger fra psykiatrisk afdeling – eksempelvis dokumentation om funktionsniveau, behandling og prognose.
- Arbejdsmarkedsområdet: Sagsakter fra jobcenter og UU-vejledning, indstillingsskema til Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse, hvor øvrige informationer indgår.
- Øvrige steder: Andre kommuner, hvis borgeren er tilflyttet kommunen og statusbeskrivelser fra øvrige indsatser.

Lægeattester kan have stor betydning

Alle informationer kan bidrage til at vurdere borgerens funktionsniveau. En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune lægger dog vægt på, hvor væsentligt det er at have oplysninger fra lægeattester med i udredningen:

”Og det er egentlig noget fis, fordi vi burde jo se på folk, som de er, men det betyder altså rigtig meget, om man har lægelig dokumentation”

”I forhold til lægeattester, specielt inden for psykiatrien, er det rigtig vigtigt at have en streg under, at der altså er en læge, der har sagt, at det er sådan. For ellers så kan vi heller ikke sige, at vedkommende er så syg og dårlig, at de skal i et botilbud, hvis ikke vi har noget lægelig dokumentation. Og det er egentlig noget fis, fordi vi burde jo se på folk, som de er, men det betyder altså rigtig meget, om man har lægelig dokumentation.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune).

Sagsbehandleren fortæller videre, at oplysningerne fra lægeattester kan have stor betydning for kommunens vurdering af, hvornår en borger er i målgruppen for et botilbud. Oplysningerne kan derudover pege i retning af, hvilken indsats borgeren har behov for på botilbuddet.

VISO INDDRAGES SENERE I FORLØ- BET

VISO kan inddrages i udredningen

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune forklarer, at de af og til inddrager VISO⁸ i udredningen, hvis borgerens udfordringer er meget komplekse. VISOs specialister kan hjælpe med at give sagen en retning, samt tydeliggøre borgerens problemstillinger – og hvordan de kan afhjælpes. I flere kommuner beskriver sagsbehandlerne, at de enkelte gange har gjort brug af VISO i den indledende udredning. De øvrige kommuner fortæller, at når de gør brug af VISO, er det som oftest først senere i forløbet. Det er enten ved valg af det konkrete botilbud eller i forhold til at vejlede botilbuddet om borgerens udfordringer og behov, når borgeren flytter ind. Det vil vi beskrive yderligere i kapitel 3 om matchning mellem borger og botilbud og kapitel 6 om revisitation til et andet botilbud.

Samtale med borgeren som udgangspunkt for udredning

Udover at kommunerne indhenter oplysninger, som de vurderer kan være relevante i udredningen af borgeren, fortæller de alle, at de holder en samtale med borgeren. Det gør de for at få borgerens eget perspektiv på de forskellige VUM temaer. Samtalen indgår derudover i den samlede vurdering af, hvilken indsats borgeren skal have.

Ikke alle borgere kan udtrykke sig verbalt

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune forklarer, at borgeren deltager i en samtale i forbindelse med VUM udredningen, hvis borgeren er i stand til det. Det er dog ikke alle borgere, der kan udtrykke sig verbalt:

”Hvis man har en borger til en VUM samtale, der ikke har noget verbalt sprog, så synes jeg også, det er vigtigt at beskrive borgerens kropssprog. Er det muligt at holde øjenkontakt med borgeren, kan vedkommende sidde og lytte og forstå, eller sker der alt muligt andet.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

I de situationer, hvor borgeren ikke kan udtrykke sig, fortæller sagsbehandleren fra Hvidovre Kommune, at en værge, pårørende, en tidligere psykolog eller andre personer ofte vil deltage i samtalen.

VUM SAMTALEN ER VIGTIG

En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller også, at VUM samtalen med borgeren er et vigtigt supplement til de øvrige oplysninger i forhold til at opnå et samlet indtryk af borgerens funktionsniveau og støttebehov:

⁸ Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) leverer rådgivning og udredningen i komplicerede sager på det sociale område. Kilde: <https://socialstyrelsen.dk/viso/om-viso>

"(...) når man så kommer ud og møder borgeren, så giver det også hurtigt et meget klart billede af, hvad borgeren er for en." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Sagsbehandleren fortæller videre, at de beskrivelser, der fremgår af borgerens sagsakter, kan blive genkendelige i samtalen med borgeren. Det kan eksempelvis være, hvis borgeren har en lav IQ. På baggrund af voksenudredningen og samtalen med borgeren afklares det konkrete støttebehov, og om borgeren er i målgruppen for botilbud eller bostøtte i eget hjem.

Nogle gange skal det gå stærkt

Flere kommuner beskriver, at de gerne vil have flere samtaler med borgeren. Der kan dog være tilfælde, hvor udarbejdelsen af VUM'en skal gå stærkt. En sagsbehandler fra Varde Kommune beskriver om sager, hvor der er tidspres:

"Så kan det godt være, at der bliver lavet en VUM, hvor vi tænker, at til næste opfølgning skal vi lave en ny VUM eller en mere udførlig VUM, eller nu ved vi noget mere, som vi opdaterer med, men der ligger én med al den viden, vi har." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Som det fremgår fortæller sagsbehandleren, at de i sådanne tilfælde vil opdatere VUM'en på et efterfølgende møde.

Flere kommuner beskriver, at samtalen ofte vil foregå på psykiatrisk afdeling, hvis en borger er indlagt der. Hvis en borger varsles færdigbehandlet i psykiatrien, skal det også ofte gå stærkt med samtalen. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller, at ideelt set vil de gerne sammenholde funktionsbeskrivelserne fra psykiatrien med flere besøg på de psykiatriske afdelinger, men nogle gange er det ikke muligt. Eksempelvis hvis en borger skal væk fra vold i hjemmet. I et sådan tilfælde vil det hurtigt blive afdækket, om borgeren er i målgruppen til et socialpsykiatrisk botilbud:

"Så rykker vi ud og snakker med borgeren, og så får vi selvfølgelig noget samtykke og henter det, vi nu kan nå at hente baggrundsmæssigt, men så må vi tage en vurdering på det grundlag, vi nu engang har." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I sagsgennemgangen er der i flere sager ikke foretaget en udredning af borgeren inden, at borgeren visiteres til et botilbud.

SAGSFORLØB OM MIKKEL

Der er også eksempler på, at der ikke er foretaget en udredning af borgeren i de gennemgåede sager. Det er [sagsforløbet om Mikkel](#) et eksempel på. I sagsforløbet tager kommunen udgangspunkt i døgninstitutionens vurdering af Mikkel. Da sagsbehandlere fra Varde Kommune bliver præsenteret for det konstruerede sagsforløb, fortæller de, at det ikke er en arbejdsdag, de kan genkende – i hvert fald ikke i kommunens praksis de seneste år. Sagsbehandlerne beskriver eksempelvis,

at de ikke kan få en sag på visitationsmøde og bevilge et botilbud, uden at der ligger en VUM.

BOTILBUD ELLER ANDEN STØTTE

På baggrund af udredningen vurderer kommunen, hvilken indsats borgeren har behov for. Dette afsnit handler om, hvornår og hvorfor de typisk vurderer, at en borger skal visiteres til et botilbud.

Kommuner vurderer, om borgerens behov kan dækkes af støtte i eget hjem

Interviewkommuner beskriver, at de foretager en konkret vurdering ud fra udredningen. Hvis borgerens funktionsniveau i udredningen peger på, at socialpædagogisk støtte efter SEL § 85 i egen lejlighed kunne være tilstrækkeligt i forhold til borgerens støttebehov, vil kommunen prøve det først.

SOCIAL- PÆDAGOGISK STØTTE



ANKESTYRELSENS PRINCIPMEDDELELSE 51-18

Kommunen skal foretage en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for hjælp og støtte som følge af borgerens funktionsnedsættelse. Kommunerne skal være opmærksomme på, at i sager om handicapkompenserende ydelser er det ikke muligt at henvise til princippet om mindre indgribende foranstaltninger. Princippet kan ikke bruges til at tilbyde borgeren et andet tilbud end det, som bedst muligt kompenserer for følgerne af funktionsnedsættelsen.⁹

Kommunen skal desuden sikre, at sagen er tilstrækkeligt oplyst, jf. retssikkerhedslovens § 10.¹⁰

Flere kommuner fortæller, at de ud fra en konkret og individuel vurdering har fokus på at vælge en mindre indgribende foranstaltning for borgeren. De undersøger dermed om borgerens behov kan dækkes af støtte i eget hjem. En sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller her om deres brug af socialpædagogisk støtte i sager, hvor en borger bliver overdraget fra børne- og familieafdelingen:

⁹ Kilde: <https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/artikel-princip-et-om-201dmindst-indgribende-foranstaltning201d-gaelder-kun-i-sager-om-magt-og-tvang>. Principmeddelelse 51-18, kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20180982325>

¹⁰ Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1555>

"Når den unge stadig bor hjemme og aldrig har prøvet at være ude selv, og vi reelt set ikke ved, om vedkommende kan finde ud af at varetage praktiske opgaver i hjemmet: rengøring, alt det her, økonomi og alle de her ting, som de lidt er skærmet af fra, når de bor hjemme. Så vil man nok også kigge på det som en mulighed, at man skulle prøve det af, før man kigger på et reelt botilbud." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren forklarer videre, at det giver mulighed for at finde ud af, hvilke kompetencer den unge har. Sagsbehandleren forklarer, at borgeren skal have et omfattende støttebehov, for at botilbud er den rette indsats for borgeren:

"Der skal være ret massivt støttebehov"

"Der skal være ret massivt støttebehov, og det skal være noget, hvor vi vurderer, at vi ikke ville kunne dække det med § 85-støtte i eget hjem." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

I Norddjurs Kommune forklarer en sagsbehandler, at det i sager om unge dog altid er vigtigt at have en dialog med forældrene først, da de kan have en anden vurdering af den unges funktionsniveau end kommunen.

Når behovet i alle VUM temaer peger på botilbud

Flere interviewkommuner fortæller, at en borger kommer på botilbud, når støttebehovet i alle VUM temaer er omfattende. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune fortæller eksempelvis:

"Det skal i hvert fald være nogle omfattende problemstillinger – noget, der er udslagsgivende i betydelig grad. Typisk har de brug for hjælp på flere områder af deres liv og også ret meget hjælp." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

En sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller på samme vis:

"I de fleste tilfælde, når vi bevilger til botilbud, så er det inden for næsten alle VUM-temaer"

"Jeg tænker, at i de fleste tilfælde, når vi bevilger til botilbud, så er det inden for næsten alle VUM-temaer, at der er, måske ikke mærkbare, men der er i hvert fald noter på nogle støttebehov af socialt liv, praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, samfundsliv, omgivelser og så videre. Det er sjældent, det er i hvert fald min oplevelse, at vi har nogen, der har, lad os sige to støttebehov, men som så er massive støttebehov, men så er det kun de to. Det har jeg i hvert fald ikke oplevet." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Flere interviewkommuner beskriver altså, at borgeren skal have omfattende støttebehov og behov inden for alle eller mange af temaerne i VUM.

EVNEN TIL BEHOVSUDSKYDELSE

Konkrete eksempler på udslagsgivende støttebehov

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller, at borgernes manglende evne til eksempelvis at klare egenomsorg kan pege på et behov for botilbud. Det kan eksempelvis indebære at sørge for at komme i bad selv og få børstet tænder. Det kan også handle om praktiske opgaver i hjemmet. Det kan være at få mad på bordet, og om borgeren ser nødvendigheden i at gøre rent en gang i mellem. Borgeren kan også have behov for støtte til at indgå i sociale sammenhænge.

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune beskriver, at borgernes evne til at behovsudskyde er vigtigt i forhold til, hvornår en borger skal på botilbud:

”Så det handler meget om behovsudskydelse. (...) Det viser lidt om deres støttebehov. Kan de klare sig ved, at der bare er en der ringer og taler med dem, og kan de være alene om natten, og klare sig uden nattevagt. Så det er noget med, hvor hurtigt er det påkrævet, at der kan være nogen omkring dem. Det viser mig, om det kan lade sig gøre at yde støtten i eget hjem, og hvor meget støtte, der så skal på.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Det har dermed betydning om borgerens behov er forudsigelige, når kommunen skal vurdere, om en borger skal på botilbud.

Botilbud anvendes, når borgerens behov er omfattende

Flere af interviewkommunerne beskriver, at de visiterer borgere med et omfattende støttebehov til botilbud. I forlængelse heraf beskriver en kommune en ændring i, hvornår de vurderer, at en borger har behov for at være på et botilbud. Den forebyggende indsats foregår i hjemmet, og ikke på midlertidige botilbud efter SEL § 107, som kommunen oplever, de gjorde tidligere:

”Det forebyggende i forhold til § 107 er lige så langsomt forsvundet. Man er ikke villig til at investere penge for at sikre, at borgeren på længere sigt har fået de fornødne færdigheder under ophold på § 107 – det tror jeg ikke, at man gør længere.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren forklarer om ændringen, at den forebyggende indsats, for de borgere, der ikke har et omfattende støttebehov, foregår i hjemmet i stedet for et midlertidigt botilbud efter SEL § 107. Først derefter ser kommunen på botilbud som indsats.

MIDLERTIDIGE ELLER LÆNGEREVARENDE BOTILBUD

Dette afsnit handler om, hvornår og hvorfor interviewkommunerne vælger at visitere til enten et midlertidigt eller et længerevarende botilbud.

FORSKELLIG RETSSTILLING

Det er værd at bemærke, at borgerens retsstilling er forskellig i de to overordnede typer af botilbud. Når en borger visiteres til et længerevarende botilbud, har borgeren frit valg til at vælge et andet tilsvarende botilbud, end det kommunen har besluttet – i modsætning til, når de visiteres til et midlertidigt botilbud. Retten til at vælge frit gælder både for længerevarende botilbud efter SEL § 108 og ABL § 105. Det er dog et krav, at tilbuddet kan varetage borgerens behov, være på Tilbudsportalen og ikke være væsentligt dyrere end det, kommunen har tilbudt.¹¹

§

FRIT VALG

Reglerne om frit valg fremgår af servicelovens § 108, stk. 2, og almenboliglovens § 58 a, stk. 1 og 2.

En borger, som har behov for et længerevarende botilbud, har frit valg mellem botilbud efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105, hvis betingelserne for frit valg er til stede, herunder at det af borgeren ønskede botilbud kan tilgodese borgerens behov.¹² Det vil sige, at botilbuddet både skal være generelt og konkret egnet.

En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune forklarer om den lovmæssige forskel på midlertidige og længerevarende botilbud:

“Vi vil dog altid have fokus på målgruppen og matchning af botilbudet.”

“§ 107 er et midlertidigt botilbud, hvor der ikke er frit valg, da det er kommunen som vurderer, hvilket botilbud der matcher borgerens udfordringer. På længerevarende botilbud efter § 108 og § 105 er der frit valg, og borgerne kan selv bestemme, hvor de vil bo. Vi vil dog altid have fokus på

¹¹ Det fremgår af Ankestyrelsens principmeddelelse 178-11, at der ved begrebet “tilsvarende tilbud” må forudsættes, at der skal være tale om et tilbud som både fagligt og økonomisk er tilsvarende. Tilbuddet må derfor ikke være væsentligt dyrere end det tilbud, kommunen er kommet med. Kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20111021425>

¹² Principmeddelelse 41-15, kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20150989025>

målgruppen og matchning af botilbuddet.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune).

Som sagsbehandleren også beskriver, er der altså lovgivningsmæssige forskelle på midlertidige og længerevarende botilbud, som har betydning for borgerens rettigheder i valget af botilbud. Derudover er der også forskel på, hvordan indsatserne anvendes i praksis. Det beskriver vi i de kommende afsnit.

Midlertidige botilbud anvendes ved udviklingspotentiale eller afklaring af indsats

Når kommunen vurderer, at borgeren er i personkredsen for botilbud, vurderer kommunen samtidig, om der er behov for en midlertidig eller længerevarende indsats. Interviewkommunerne fortæller, at de her ofte vælger et midlertidigt botilbud, hvis de kan se et udviklingspotentiale hos borgeren, som kan føre til, at borgeren flytter i egen bolig. Kommunerne anvender også midlertidige botilbud, hvis der er behov for at afklare, hvilken indsats der er den rigtige.

To sagsbehandlere fra henholdsvis Norddjurs og Hvidovre Kommuner fortæller, at de i deres team sjældent visiterer til længerevarende botilbud. Det skyldes netop, at der hos de borgere, de arbejder med, ofte er en form for udviklingspotentiale. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller eksempelvis, at den primære målgruppe i hendes team er unge eller borgere, der modtager kontanthjælp eller uddannelseshjælp, er selvforsørgende eller på SU. I dette team anvender de sjældent SEL § 108, da det kun er i de tilfælde, hvor indsatsmålene peger på varig hjælp.

I forhold til at bruge botilbud efter SEL § 107 til at afklare støttebehovet, fortæller en anden sagsbehandler fra Hvidovre Kommune, der arbejder med borgere, der er tilkendt førtidspension, følgende:

”Hvis vi får en ny henvendelse om en borger, der skal på botilbud, så plejer vi at starte på et § 107 for at afdække, hvad er det præcist for noget hjælp borgeren skal have. hvor meget eller hvor lidt støtte skal borgeren have, og hvilken type af § 107 eller § 108 skal vi ud og finde.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Flere kommuner beskriver dermed, at det midlertidige botilbud skal bruges til enten udvikling eller afklaring af borgerens videre forløb.

SAGSFORLØB OM MIKKEL

[Sagsforløbet om Mikkel](#), der blev præsenteret tidligere i kapitlet, er et eksempel på, at et midlertidigt botilbud anvendes til at udvikle hans færdigheder. Det kan betyde, at han muligvis bliver i stand til at flytte i egen bolig med socialpædagogisk

støtte. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune beskriver om valget af et midlertidigt botilbud i sagsforløbet om Mikkel:

"(...) hvis der er udviklingspotentialer i den her borger, kan man jo godt prøve et § 107 og se, om man kan arbejde og videreudvikle nogle ting hos den her borger, der kan gøre, at han kan visiteres efter et år i egen bolig med noget socialpædagogisk støtte. Så jeg ville ikke umiddelbart bare med det samme sige, at det der er en § 108, fordi han er udviklingshæmmet - på ingen måde." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune).

SAGSFORLØB OM LISE



Herunder præsenterer vi det konstruerede sagsforløb¹³ om Lise. Sagsforløbet er et eksempel på, at kommunen vil visitere hende til et midlertidigt botilbud for at afklare hendes støttebehov.

LISE – VISITATION TIL MIDLERTIDIGT BOTILBUD

Lise på 61 år har en fysisk og kognitiv funktionsnedsættelse som følge af en nylig blodprop. Lises mand har tidligere været syg, og han kan derfor ikke tage sig af Lise. Kommunen bevilger et afklarende forløb på et SEL § 107 botilbud i forhold til, om Lise på sigt kan komme hjem at bo med støtte. Kommunen har svært ved at finde et tilbud, der matcher alle hensyn i Lises sag.



Forhistorie

Lise har inden blodproppen boet med sin mand i eget hus. I forbindelse med blodproppen bliver hun lam i det ene ben, og sygehuset vurderer, at hun ikke kan blive udskrevet til hjemmet. Lise er påvirket psykisk og hendes kognitive funktionsnedsættelse gør, at hun ikke forstår situationen og sine begrænsninger.



¹³ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.

Grundlaget for, at kommunen vælger at visitere til botilbud efter SEL § 107

Sygehuset kontakter kommunen, da de vurderer, at Lise ikke kan udskrives til hjemmet. Kommunen holder et møde med personale fra sygehuset og Lises mand. Lise er ikke i stand til at deltage i mødet. Lises mand deltager derfor i stedet.

Efter henvendelsen begynder sagsbehandleren at udrede Lise ved brug af VUM. Sagsbehandleren vurderer, at Lise har behov for et afklarende forløb. Forløbet skal afklare, om hun kan klare sig i egen bolig med støtte, eller har behov for et længerevarende botilbud.



Match mellem borger og botilbud

Sagsbehandleren leder efter et botilbud, hvor personalet kender målgruppen og de kognitive problemstillinger, som Lise har. Personalet skal derudover have sundhedsfaglige kompetencer. Sagsbehandleren vurderer, at botilbuddet helst skal ligge tæt på ægteparrets bopæl, så Lises mand har mulighed for at besøge hende. Kommunen har dog svært ved at finde et tilbud, hvor alle kriterierne opfyldes. Tre måneder efter mødet med sygehuset finder sagsbehandleren en ledig plads på et botilbud inden for kommunen, der lever op til alle kriterierne. Dialogen med det konkrete botilbud fremgår ikke af Lises sag.



Bevilling om botilbud efter SEL § 107

Inden sagsbehandleren begyndte at lede efter det konkrete botilbud, indstillede sagsbehandleren Lise til et udredningsforløb på et botilbud efter SEL § 107, med det formål at afklare hendes kompetencer og muligheder for at varetage egne behov. Indstillingen godkendes på et visitationsudvalg. Da sagsbehandleren indstillede sagen, var der endnu ikke fundet nogle mulige botilbud, og derfor var det kun personkredsvurderingen, som udvalget tog stilling til. Sagsbehandleren udarbejdede en handleplan, der angav det overordnede formål med indsatsen. Sagsbehandleren finder efterfølgende et konkret tilbud, som godkendes på et visitationsudvalgsmøde.

Sagsbehandleren holder et indflytningsmøde med Lise, hendes mand og personalet på det nye botilbud. Manden er i mellemtiden blevet beskikket som personlig og økonomisk værge. Sagsbehandleren koordinerer med botilbuddet, at de gør værelset klar til indflytning. Lise flytter ind.



PERSONKREDS FOR MIDLERTIDIGT BO- TILBUD

Hvis der er udviklingspotentiale til, at borgeren kan vende tilbage til egen bolig, er det ikke muligt at anvende et længerevarende botilbud, jf. principmeddelelse 71-14.

Opfølgning og personrettet tilsyn

Sagsbehandleren følger op efter to måneder og vurderer, at Lise har fået det dårligere. Sagsbehandleren drøfter sammen med manden og botilbuddet det videre forløb. De taler om mulighederne for, at Lise på sigt kan komme på et længerevarende botilbud efter SEL § 108 eller ABL § 105. Sagsbehandleren vejleder i denne forbindelse Lises mand om brug af frit valg efter SEL § 108, stk. 2.

Som det fremgår af det konstruerede sagsforløb om Lise, vurderer sagsbehandleren, at Lise har behov for et afklarende forløb som følge af blodproppen. Forløbet skal afklare, om hun kan være i egen bolig eller har behov for et længerevarende botilbud.

En sagsbehandler fra Vesthimmerland Kommune fortæller i forlængelse af sagsforløbet om borgere, der pludselig får en blodprop:

”Det kan være en udfordring, at de her borgere jo ofte kan udvikle sig lige pludseligt. Den her type skade, der kan man se bedring i hvert fald op til et år efter, så det skal man være opmærksom på, når man placerer folk. At de reelt kan opnå bedre funktionsmål, end det de har, når de bliver udskrevet.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Sagsbehandleren forklarer, at det derfor kunne være oplagt med et midlertidigt tilbud efter SEL § 107 i en sag som Lises, men at de i Vesthimmerlands Kommune ville anvende deres tilbud for personer med hjerneskade, som er et ABL § 105/SEL § 85 tilbud. Sagsbehandleren fortæller, at de borgere ofte gerne vil hjem at bo, hvis de udvikler sig tilstrækkeligt til at bo i eget hjem:

”Det er jo ikke folk, der ønsker at bo i et botilbud, det er jo kun fordi, at det er det omstændighederne kræver.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

I de gennemgåede sager, hvor borgeren visiteres til et socialpsykiatrisk botilbud, er borgerne mellem 20-32 år.

EGEN BOLIG PÅ SIGT

Ved midlertidige botilbud skal kommunerne være opmærksomme på, at den stationære psykiske lidelse, ikke er så omfattende, at borgeren ikke kan bo i egen bolig, jf. principmeddelelse 71-14.

Kommunerne bruger primært socialpsykiatriske botilbud efter SEL § 107

Socialpsykiatriske botilbud kan både være midlertidige SEL § 107 tilbud og længerevarende SEL § 108 eller ABL § 105 tilbud. Blandt de seks interviewkommuner fortæller fem kommuner, at de primært visiterer borgere med socialpsykiatriske udfordringer til midlertidige botilbud. I sagsgennemgangen er de borgere, der visiteres til socialpsykiatriske botilbud mellem 20 og 32 år.

En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller, at de her ofte bruger midlertidige botilbud, fordi der som regel er et udviklingspotentiale hos borgeren. Det samme går igen i Varde Kommune, hvor en sagsbehandler forklarer, at de oftest anvender midlertidige botilbud til borgere med socialpsykiatriske støttebehov. Sagsbehandleren fortæller, at en borger med angst og personlighedsforstyrrelse ikke ville blive visiteret til et længerevarende botilbud, men et midlertidigt efter SEL § 107. Sagsbehandleren uddyber:

”Det ville også være med udgangspunkt i hans diagnoser. Personlighedsforstyrrelse ved jeg godt, at han vil have med sig hele livet, men i forhold til angsten ville man vurdere, at det er noget, man kan arbejde på, så man kunne sikre, at han blev mere selvstændig til at komme ud og bo selv i egen lejlighed med støtte.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

I modsætning til de øvrige kommuner fortæller en sagsbehandler fra Norddjurs Kommune, at de ikke anvender mange socialpsykiatriske botilbud efter SEL § 107, og beskriver om praksis i andre kommuner:

”Der ved jeg jo, at i samme øjeblik man siger, at det er en psykisk lidelse, så siger man, så er det ikke er længerevarende, fordi der har man altid en eller anden mulighed for at arbejde sig ud af det. Der vælger vi at sige, jamen altså en psykisk lidelse kan godt være til et længerevarende botilbud. Så vi har oftest § 105 og § 108 i spil også og faktisk ikke ret meget § 107.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Længerevarende botilbud vælges, når støttebehovet er omfattende og varigt

Interviewkommunerne beskriver, at de visiterer til et længerevarende botilbud, når borgerens støttebehov er omfattende og varigt, og når borgeren ikke har et udviklingspotentiale til at komme ud i egen bolig:

”Hvis de er i målgruppen, hvor man vil sige, altså de kommer aldrig videre til at kunne klare sig i egen bolig med

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Sagsgennemgangen viser, at der i de gennemgåede sager er flere borgere i længerevarende botilbud, der har en fysisk funktionsnedsættelse end borgere i midlertidige botilbud.

støtte (...) Så mener jeg, at man skal begynde at kigge efter § 105 og § 85 eller § 108.” (Sagsbehandler, Stevn's Kommune)

Sagsbehandleren påpeger, at alle udvikler sig, men at det handler om, hvor stor udviklingen kan blive, og om det kan betyde, at borgeren på sigt kan komme i egen bolig. I de gennemgåede sager er borgere, der har en fysisk funktionsnedsættelse overvejende visiteret til længerevarende botilbud.

Forskellige længerevarende botilbud

Når kommunerne visiterer til et længerevarende botilbud, skal de samtidig forholde sig til de forskelle, der er på disse botilbud. Det er forskelligt, om kommunerne sidestiller de to typer af længerevarende botilbud, eller om de aktivt tager stilling til, om botilbuddet skal være et SEL § 108 eller ABL § 105. Når kommunerne aktivt tager stilling til det, drejer sig blandt andet om, hvorvidt de er døgnbemandede, og om borgeren har en lejekontrakt, som de har i tilbud efter ABL § 105.

Sagsbehandlere fra Frederiksberg og Vesthimmerlands Kommuner beskriver, at døgnbemanding på stedet har betydning, når de skal vælge mellem forskellige længerevarende botilbud:

”De borgere, der visiteres til § 105 med § 85 støttekontaktperson, er ikke nødvendigvis den målgruppe, der har behov for døgn dækning. Der vil det være muligt at supplere med anden støtte om natten.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller, at de oftere anvender botilbud efter ABL § 105 end SEL § 108, blandt andet fordi der af forskellige årsager ikke længere er ret mange SEL § 108 tilbud.¹⁴ De ville dog hellere bruge tilbud efter SEL § 108, hvor borgeren ikke har en lejekontrakt. Sagsbehandleren forklarer:

”Fordi jeg synes, det giver nogle vanskeligheder for borgeren, at de lige pludselig skal stå med egen lejekontrakt. Det giver nogle forviklinger, også fordi det for kommunen er vanskeligt at følge op på nogle mål og sige ”nu skal du så noget andet”, hvis man har sin selvstændige lejekontrakt. Så jeg synes, at det giver nogle forviklinger, som ikke altid er hensigtsmæssige.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

”Så jeg synes, at det giver nogle forviklinger, som ikke altid er hensigtsmæssige”

¹⁴ Ankestyrelsen har tidligere belyst dette i en undersøgelse om visitation til længerevarende botilbud. Kilde: <https://ast.dk/nyheder/nyheder/nyheder-2017/visitation-til-laengerevarende-botilbud-2013-en-undersogelse>

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune forklarer på samme måde:

“Vi ville som regel aldrig placere dem i et § 105 som det første, fordi der har borgeren sin egen lejekontrakt, og så er det også borgeren der selv skal opsiges lejemålet, og der har vi ikke så meget at skulle have sagt.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Når kommunerne visiterer en borger til et længerevarende botilbud, har borgeren frit valg til at vælge et andet ABL § 105 eller SEL § 108 botilbud. Ankestyrelsens principmeddelelse 72-14 angiver, at personkredsen for ABL § 105 tilbud og SEL § 108 tilbud umiddelbart er den samme. Begge tilbud er til borgere med varige støttebehov. Nogle borgere kan dog have så specielle behov, at de kun kan opfyldes i et længerevarende botilbud efter SEL § 108.¹⁵

§

UDDRAG AF PRINCIPMEDDELELSE 72-14 OG 71-14

Når en borger har omfattende behov for hjælp til almindelige, daglige funktioner samt pleje, omsorg og behandling, kan det ikke dækkes på anden vis end i et botilbud efter servicelovens § 108.

En borger med meget betydelig nedsat funktionsevne, som ikke kan handle på deres forpligtelser og rettigheder i lejekontrakten, kan ikke anvises et botilbud efter almenboliglovens § 105 om almene ældreboliger.¹⁶

Når en borger har egen lejekontrakt, kan kommunen ikke bringe lejemålet til ophør.¹⁷

De forviklinger, som lejekontrakten indebærer, betyder, at kommunen ikke kan ændre borgerens indsats på botilbuddet. Det gælder også, hvis botilbuddet ikke længere matcher borgers behov. Det kan give udfordringer i forhold til at flytte borgeren. Det vil vi belyse nærmere i kapitel 6 om revisitation.

¹⁵ Kilde: <https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/botilbud-skal-matche-borgerens-behov>

¹⁶ Principmeddelelse 72-14, kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20140995025>

¹⁷ Principmeddelelse 71-14, kilde: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20140994925>

KAPITEL 3



Matchning mellem borger og botilbud

I dette kapitel belyser vi interviewkommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de skal vælge et konkret botilbud til en borger. Det handler om arbejdet inden sagsbehandlerne indstiller et eller flere botilbud til visitationsudvalget. Kapitlet belyser:

- Om kommunerne anvender egne eller eksterne tilbud, og hvordan de finder relevante tilbud.
- Hvilke forhold kommunerne tager højde for, når de skal vælge et botilbud – herunder hvilke konkrete hensyn de tager, og hvordan disse hensyn vægtes.
- Hvilke udfordringer kommunerne oplever i forhold til at finde det rigtige botilbud til en borger.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 3:

- De interviewkommuner, der driver egne tilbud, anvender disse, hvis de kan rumme borgeren. Derudover anvender de Tilbudsportalen til at søge botilbud frem og trække på egne og kollegiale erfaringer med botilbud.
 - Når kommunerne skal undersøge, om et botilbud matcher en borger, ser de først på botilbuddets målgruppe, beboersammensætning og pris.
 - Alle kommuner tager hensyn til borgeres og pårørendes ønsker eksempelvis i forhold til geografi, men målgruppematchet vægtes højest. Målgruppematchet betyder, at botilbuddet er godkendt og har kompetencer til at arbejde med borgerens målgruppe.
 - Kommunerne tager ofte hensyn til fysiske rammer og muligheden for, at beskæftigelse eller uddannelse ligger på samme matrikel som botilbuddet.
 - Der er forskellige holdninger blandt de interviewede sagsbehandlere til, hvornår det er hensigtsmæssigt, at borgeren og de pårørende inddrages ved valg af det konkrete botilbud.
 - Kommunerne oplever det som en udfordring, at der generelt er mangel på ledige botilbudspladser. Det gælder
-

især SEL § 108 pladser samt pladser til borgere med flere og komplekse udfordringer.

- Botilbud, der kan rumme mange forskellige målgrupper, bliver ofte sorteret fra, da flere interviewkommuner vurderer, at de derfor er mindre specialiserede. Flere af interviewkommunerne ønsker, at botilbuddene er mere specialiserede.
- Kommunerne oplever, at det er udfordrende, når de hurtigt skal finde et botilbud til borgere, der med kort varsel bliver udskrevet fra psykiatrien.

ARBEJDET MED AT SØGE EFTER BOTILBUD

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne finder konkrete botilbud. I sagsgennemgangen er der begrænset viden om, hvordan sagsbehandlerne finder frem til det konkrete botilbud. Det er altså arbejdsgange, der ikke er dokumenteret i sagerne. Derfor er dette afsnit hovedsagligt baseret på viden fra interviewene.

I undersøgelsen indgår der både kommuner, som anvender egne kommunale botilbud, og kommuner der køber pladser på eksterne botilbud. Det kan både være andre kommuners botilbud, regionale botilbud eller private og selvejende botilbud.

Kommunerne overvejer først egne tilbud

Det er kendetegnende for de kommuner, der driver egne tilbud, at de først ser på, om deres egne tilbud kan rumme borgeren, og om der er ledige pladser. En kommune beskriver det som god kutyme af hensyn til borgeren og borgerens netværk:

”Rigtig mange af dem, vi anbringer, har jo et netværk i kommunen. Så i forhold til den der geografiske placering, så giver det rigtig god mening ikke at flytte folk 100 kilometer væk.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Der indgår altså et hensyn til geografi, når kommunerne vælger deres egne botilbud. At se på egne tilbud først kan også være mere formaliseret i form af en overordnet retningslinje fra ledelsen:

”Det er en ledelsesmæssig udmelding. Jeg ved ikke, om det står nogen steder, men hvis man arbejder her, så ved man det godt. Det er noget, man bliver skolet med, det er bare

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Der er i sagsgennemgangen begrænset viden om, hvordan sagsbehandlerne finder frem til konkrete botilbud.

”Det er noget, man bliver skolet med, det er bare en helt naturlig del at tænke det først”

en helt naturlig del at tænke det først.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Selvom det er en ledelsesmæssig udmelding, beskriver sagsbehandleren også, at det bliver en naturlig del af deres arbejdsgang at overveje deres egne tilbud først. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller, at botilbuddene imellem gerne rykker rundt på ressourcerne, eksempelvis personale, for at få en borger placeret på et af kommunens egne tilbud. I de tilfælde, hvor kommunens egne tilbud ikke matcher borgerens målgruppe, findes eksterne tilbud, som kan opfylde borgerens behov for hjælp.

Bedre kendskab til egne tilbud

Sagsbehandlerne beskriver, at en af fordelene ved at anvende egne tilbud, er, at de kender dem. Blandt andet udtaler en sagsbehandler fra Varde Kommune:

” (...) vi har et helt andet kendskab til de her botilbud. Fordi det er jo svært, hvis det er et botilbud, hvor du har snakket med en forstander i telefon og set den på tilbudsportalen, at få en fornemmelse af det. Det er jo også derfor, vi bruger hinanden så meget og bruger de botilbud, vi kender, fordi det giver en anden tryghed, og vi kan meget bedre snakke med borgeren og de pårørende om, hvad det egentlig er for et sted, og hvad de egentlig siger ja til.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

FORDELE VED BRUG AF EGNE BOTILBUD

Frederiksberg Kommune beskriver også, at der er fordele ved at anvende egne tilbud. Det handler om, at de har fortrinsret til pladserne på botilbuddene. Det er sagsbehandlerens oplevelse, at det primært er kommunen selv, der anvender deres tilbud. Der kan være fordele ved at kende til botilbuddene, og det giver en tryghed for sagsbehandlerne

Kommunerne bruger primært Tilbudsportalen samt egne og kollegaers erfaringer

Alle interviewkommunerne anvender Tilbudsportalen til at finde konkrete botilbud. Det gør de, hvis kommunen ikke selv driver egne tilbud, hvis deres egne tilbud ikke kan rumme borgers støttebehov, eller hvis der ikke er ledige pladser på egne tilbud.

Tilbudsportalen fungerer ikke optimalt

Flere af interviewkommunerne beskriver, at Tilbudsportalen ikke fungerer optimalt. Der kan blandt andet være udfordringer med, at informationerne på Tilbudsportalen ikke er opdaterede. Det kan eksempelvis være manglende opdatering af, om der er ledige pladser, eller takster der ikke er opdaterede. Det kan resultere i en del spildt arbejde for sagsbehandlerne. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller:

“Så man bruger bare rigtig meget tid på at ringe til nogen, som faktisk i virkeligheden slet ikke kan det, der står på Tilbudsportalen”

“I forhold til Tilbudsportalen er det ofte, at det der står derinde overhovedet ikke er opdateret. Den kontaktperson, der står derinde, arbejder ikke længere i botilbuddet. Eller taksten er fra fem år siden, eller der står, at der er ledige pladser, men der er ikke nogen ledige pladser. Det kan også være, at de kan rumme en målgruppe, og så når man ringer, så kan de ikke alligevel. Så man bruger bare rigtig meget tid på at ringe til nogen, som faktisk i virkeligheden slet ikke kan det, der står på Tilbudsportalen, og det er rigtig irriterende, når det er det redskab, vi bliver bedt om at bruge.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Flere kommuner beskriver, at de bruger meget tid på at afsøge mulige botilbud og tjekke, om oplysningerne på Tilbudsportalen er korrekte. Derfor ringer de også ofte til botilbuddene, selvom der står på Tilbudsportalen, at der ikke er ledige pladser, hvis de vurderer, at botilbuddet er et godt match.

Desuden fortæller en sagsbehandler fra Varde Kommune, at de oplever søgning af tilbud som tilfældig:

“Tilbudsportalen opleves rigtig tit som ren lotto.”

“Tilbudsportalen opleves rigtig tit som ren lotto. Du kan søge på nøjagtigt de samme søgekriterier med én dags mellemrum, og der kommer vidt forskellige tilbud op.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Nogle kommuner fortæller også, at der er flere gode informationer på Tilbudsportalen, men det kan være vanskeligt at finde frem til informationerne:

“Det står der jo, man skal bare vide, hvor man skal se det. Så på den måde, så er vi ikke udlærte i at bruge den.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

BRUG AF KOLLEGIALE ERFARINGER

Egne og kollegiale erfaringer har stor betydning

Alle de interviewede sagsbehandlere fortæller, at de bruger egne erfaringer, når de skal finde et botilbud. Det kan handle om, at sagsbehandleren tidligere har haft et godt samarbejde med et botilbud, og de derfor har gode erfaringer med deres resultater i forhold til borgeren. Sagsbehandlerne fortæller også, at de gør brug af kollegiale erfaringer. Det kan både være forslag til, hvilke botilbud de skal kigge nærmere på, og drøftelse af kollegaers erfaringer med nogle botilbud, sagsbehandleren allerede har fundet. Tidligere erfaringer med et botilbud kan være afgørende for, om sagsbehandleren vælger at gå videre med det eller ej.

En sagsbehandler fra Stevn Kommune fortæller, hvordan de kan drøfte konkrete botilbud på fagmøder:

MATCHNINGS- KONSULENT KAN HJÆLPE



BEBOERSAMMEN- SÆTNINGEN HAR BETYDNING

"Vi bruger jo hinanden rigtig meget, når vi sidder på vores fagmøder (...) men vi bruger også rigtig meget hinanden og siger "nu har jeg den her borger, med de og de udfordringer og jeg tænker, at den her borger skal det og det. Er der nogen af jer, der har nogle ideer?" Det er nogle af de bedste anbefalinger, man kan få, hvis en kollega siger, "jeg har arbejdet med dem, og de var super gode."" (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Ud over Tilbudsportalen samt egne og kollegaers erfaringer er der blandt andet i Region Midtjylland og i nogle kommuner en matchningskonsulent, der kan hjælpe med at finde det rette tilbud til borgeren. Det fortæller sagsbehandlere fra Norddjurs og Vesthimmerland Kommuner, at de har gjort brug af. Det kan være aktuelt, hvis borgeren har meget komplekse behov, som et specialiseret regionalt tilbud kan varetage, eller hvis borgeren har et ønske om at være i en bestemt kommune, som anvender en matchningskonsulent.

ARBEJDET MED AT FINDE DET RETTE BOTILBUD

Dette afsnit handler om, hvilke hensyn kommunerne tager, når de skal finde det rette botilbud til en borger, og hvordan disse hensyn vægtes.

Målgruppe, beboersammensætning og pris er vigtigt

Alle interviewkommuner fortæller, at det første, de undersøger om botilbuddet, er, om det kan varetage borgerens behov. Det bliver beskrevet som det primære, når sagsbehandlerne skal finde et botilbud:

"Primært for mig og alfa og omega er varetagelse af støttebehov, det er det første." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Dette afklarer de ofte ved søge konkret efter målgrupper på Tilbudsportalen. Herefter ringer de til potentielle botilbud og taler med dem. Hvis det bliver relevant, sender de dokumenter som VUM og andre informationer om borgeren med borgerens samtykke. Det gør de for, at botilbuddet kan vurdere, om borgeren passer ind i botilbuddets målgruppe.

Beboerne kan både være for ens og for forskellige

Kommunerne lægger ikke kun vægt på, at det er det rette målgruppematch mellem borger og botilbud. Borgeren skal også passe ind i botilbuddets øvrige beboersammensætning. De beskriver derfor, at dialog med botilbuddene er vigtig. Når botilbuddet i samarbejde med kommunen skal vurdere, om borgeren passer ind blandt de øvrige beboere, kan der være eksempler på, at borgernes udfordringer kan være for ens. Når

borgerne er for ens, oplever sagsbehandlerne i kommunerne, at en uhensigtsmæssig adfærd kan forstærkes:

”Det kan jo sagtens være, at vi kommer med en borger, hvor vi tænker ”ham her, han passer perfekt ind i den målgruppe, de har beskrevet på Tilbudsportalen”, men at de lige nu har to andre, der er rigtig udadreagerende, så det vil være fatalt at få en ind fra os, som også er udadreagerende.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Omvendt kan en årsag til, at en borger ikke kan passe ind i et botilbuds beboersammensætning, også være, at borgeren er for forskellig for de øvrige beboere:

”Jeg synes også, at plejebehovene er afgørende for placeringen. For at placere én, der er super plejekrævende sammen med nogen, som absolut ikke har plejebehov, så sker der på en eller anden måde en ulighed.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Kommuner med egne botilbud beskriver, at det er en fordel, at de ofte kender beboersammensætningen på deres egne tilbud. De kan derfor vurdere, om borgeren vil passe ind på det pågældende botilbud.

SAGSFORLØB OM WILLIAM



Det konstruerede sagsforløb¹⁸ om William er et eksempel på, at det kan være vigtigt for borgeren at have andre beboere at spejle sig i. Sagsforløbet om William præsenteres herunder.

WILLIAM – VISITATION TIL LÆNGEREVARENDE BOTILBUD

William er 18 år og har multiple funktionsnedsættelser blandt andet Cerebral Parese. Han har derfor behov for specialiseret støtte. Da William bliver 18 år, ønsker forældrene, at han skal bo på et botilbud. Forældrene har ønsker til botilbuddets beliggenhed og beboersammensætning. Forældrene besøger flere botilbud og udvælger et tilbud efter ABL § 105 til William.

William har indtil nu boet hjemme hos sine forældre med aflastning og omfattende støtte i hjemmet.



¹⁸ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.

Grundlaget for, at kommunen visiterer til et botilbud efter ABL § 105

Da William fylder 18 år, overgår han fra børne- til voksenområdet. I den forbindelse kontakter familieafdelingen kommunens handicapafdeling. Williams forældre vil gerne have, at han kommer på et botilbud, da han nu også er startet i aktivitets- og samværstilbud efter SEL § 104. I den forbindelse holder sagsbehandleren et møde med forældrene og kommunens familieafdeling. Sagsbehandleren vurderer, at William skal have en væрге. Hans mor søger om værgemål, hvilket Familieretshuset godkender.

Sagsbehandleren udarbejder ikke en VUM inden, at sagsbehandleren begynder at søge efter botilbud, men kommunen sender en afgørelse om, at William er i personkredsen for et længerevarende botilbud. Hvordan denne vurdering er lavet, fremgår ikke af sagen.



Match mellem borger og botilbud

Forældrene har forskellige ønsker til botilbuddet. Blandt andet skal det være geografisk tæt på Williams dagbeskæftigelse og hans familie. Desuden ønsker de en ung beboersammensætning, og at der er andre kørestolsbrugere. Forældrene foreslår selv det sted, hvor William er i aflastning. Aflastningstilbuddet har kun pladser efter SEL § 107, så der kan William ikke komme hen. Sagsbehandleren giver forældrene to forskellige tilbud, som de kan kigge på. Forældrene besøger de to botilbud. De vælger et ABL § 105 botilbud i kommunen tæt på både dem og Williams dagbeskæftigelse. Sagsbehandleren vurderer, at personalet på botilbuddet er specialiserede nok til at varetage Williams plejebehov for blandt andet medicin.



Bevilling af botilbud efter ABL § 105

Botilbuddet bevilges i samråd med sagsbehandlerens leder. Kommunen indstiller til Familieretshuset, at William kan flytte ind i dette botilbud. Familieretshuset godkender flytningen.



Opfølgning

På et opfølgningsmøde tre måneder efter, at William er flyttet ind, udtrykker forældrene, at de ikke er tilfredse med, at der er udskiftning af personale på botilbuddet. Det er forældrenes oplevelse, at personalet udelukkende foretager konkret pleje og ikke pædagogiske aktiviteter med William. Sagsbehandleren bliver først opmærksom på forældrenes utilfredshed på opfølgningsmødet. Botilbudslederen beklager, at forældrene har denne oplevelse. Det bliver aftalt på mødet, at de konkrete pædagogiske aktiviteter skrives ned i en bog, som ligger på Williams værelse. Dermed kan forældrene læse, hvad William laver hver dag. Efter mødet foretager sagsbehandleren det personrettede tilsyn, hvor sagsbehandleren ser Williams værelse. Sagsbehandleren noterer i sagen, at værelset er hyggeligt indrettet med Williams bamser. Efter opfølgningsmødet, vurderer sagsbehandleren, at botilbuddet fortsat er egnet til William.

Som det fremgår af det konstruerede sagsforløb om William, kan det i nogle tilfælde være en fordel, hvis beboersammensætningen er ens. Det kommer konkret til udtryk i forældrenes ønske om, at botilbuddet skal have en ung beboersammensætning og andre kørestolsbrugere.

Forhandling om prisen på eksterne botilbud

Alle kommuner fortæller, at økonomi i en eller anden grad har indflydelse på valget af det konkrete botilbud. Nogle af de interviewede sagsbehandlere oplever hensynet til økonomi som indskrænkende i forhold til at vælge et tilbud, mens andre ikke oplever, at de er begrænsede af økonomi. Der er forskellige eksempler på, hvordan det kan spille en rolle i valg af botilbud. Nogle sagsbehandlere giver eksempler på, at de forsøger at forhandle prisen på botilbuddet, når det er eksterne tilbud:

"Vi har jo en idé om, at denne her slags borger plejer at koste det her. Det kan godt være, at når man ringer til botilbuddet, at de siger, at det koster x antal kroner, men vi siger jo ikke bare ja. Vi forhandler jo også på prisen (...) vi godkender ikke den første pris, som de siger overhovedet."
(Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Sagsbehandleren fortæller dog, at det primært er med de private botilbud, at de kan forhandle om prisen, da de kommunale tilbud har faste takster.

HENSYN TIL ØKONOMI

For flere kommuner er det udgangspunktet at forsøge med forhandling, men det er ikke altid muligt:

"(...) Sagerne er så komplekse, så de fleste botilbud siger: "Det er prisen, ellers så er det farvel og tak." Og så kan man sige, at så er der ikke meget forhandlingsgrundlag. Men vi skal forsøge, og det lykkes også en gang imellem."
(Sagsbehandler, Varde Kommune)

En anden sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller, at forhandling ikke er noget, der har været tradition for, så det er forholdsvis nyt for dem. Selvom forhandlinger ikke er deres kernekompetence, så følger det med opgaven. Sagsbehandlerne fortæller videre, at botilbuddets pris er med i deres overvejelser, når de står i valget mellem flere forskellige botilbud:

"Man går efter kompensationsprincippet: At det man finder, de kan lige løse det, men de kan ikke mere end lige at løse det."

"Jeg tænker, at man aldrig går efter at finde det dyreste tilbud i hele verden. Man går efter kompensationsprincippet: At det man finder, de kan lige løse det, men de kan ikke mere end lige at løse det. Men dem herovre de var guld-pakken, men vi vælger bronze-pakken, fordi det kan trods alt lade sig gøre." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Alle kommunerne tager hensyn til økonomi. Samtidig vil de gerne vælge det bedste botilbud til deres borgere, uanset prisen. Som sagsbehandleren fra Varde Kommune forklarer, vægter det faglige hensyn højest, så de kompenserer for borgerens funktionsnedsættelse. De tager dog fortsat hensyn til, at prisen for botilbudspladsen ikke er højere end, hvad de vurderer, at borgerne har behov for.

Borgerens ønsker indgår, men målgruppematch vægtes højest

Alle interviewkommuner lægger vægt på at tage højde for borgerens eller de pårørendes ønsker til botilbuddet. Der er dog situationer, hvor det ikke kan lade sig gøre, og i de tilfælde vægter kommunerne målgruppematch højest.

Borgere og pårørende har ofte ønsker til beliggenhed og fysiske rammer

Alle kommuner fortæller, at de, i det omfang det er muligt, tager højde for borgerens og de pårørendes ønsker. I de gennemgåede sager er der flere eksempler på, at borgeren eller pårørende har ønsker til faciliteter på botilbuddet, eller ønsker til konkrete botilbud. Det er ofte ønsker til beliggenhed i forhold til geografi og fysiske rammer på botilbuddet, der fylder meget for borgerne:

"Jeg tænker, at det er vigtigt at have med, hvor borgeren gerne vil bo henne geografisk. Kan det være alle steder, eller kan det kun være tæt på deres pårørende. Hvis det ikke

HENSYN TIL BELIGGENHED

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Sagsgennemgangen viser, at der i flere sager er ønsker fra borgeren eller de pårørende til faciliteter eller konkrete botilbud.

SAGSFORLØB OM WILLIAM

kan lade sig gøre, altså hvis der nu er et tilbud, der matcher borgerens behov, og man ikke kan finde noget tæt på, så må man jo kigge udenfor. Sådan er det. Det skal jo passe til borgerens behov, men så vidt muligt, hvis det findes, så ville jeg vælge det geografisk tæt på, hvor borgeren ønsker det.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

En kommune beskriver også, at det i nogle tilfælde kan være muligt at vente, til der er plads på det tilbud, som borgeren ønsker. Særligt i sager, hvor borgeren overgår fra at bo hos sine forældre til et botilbud, kan det være en mulighed, at de unge bor hjemme lidt længere. Alternativt kan der gives ekstra støtte i en periode:

”Det handler også nogle gange om, hvis borgeren gerne vil blive i sit nærmiljø og have sin familie tæt på, jamen så prøver vi jo, om vi kan fastholde borgeren i den bolig, de måske bor i nu, og så give noget ekstra støtte på.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

I [sagsforløbet om William](#), som blev præsenteret ovenfor, fremgår det, at forældrene har ønsker til, at hans botilbud geografisk skal ligge tæt på hans dagbeskæftigelse. En sagsbehandler fra Stevns Kommune beskriver om sagsforløbet, at hun vurderer, det er helt rimeligt hensyn at imødekomme i Williams tilfælde. I sagsforløbet imødekommer sagsbehandleren også forældrenes ønske. Det sker, da kommunen vurderer, at botilbuddet er specialiserede nok til at varetage mandens plejebehov for blandt andet medicin. Der er dog derfor først og fremmest taget stilling til, at botilbuddet kan varetage Williams behov.

Selvom alle interviewkommunerne vil strække sig langt for at imødekomme borgerens og pårørendes ønsker, kan der være tilfælde, hvor det ikke er muligt. Det kan være, at der ikke er nogle ledige pladser tæt på, eller at det tilbud, borgeren og de pårørende ønsker, ikke passer til borgerens behov. Det er gennemgående for alle interviewkommunerne, at det er målgruppematchet, der vægtes højest:

”Det der vægtes højest i forhold til valg af botilbud, er borgens funktionsniveau og målgruppe.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

SAGSFORLØB OM DAVID

Et eksempel på dette er det konstruerede sagsforløb¹⁹ om David, der præsenteres herunder. I sagsforløbet om David frem-

¹⁹ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.

går det, at han har ønsker til botilbuddets geografiske beliggenhed og faciliteter som eget bad og toilet. Sagsbehandleren kan ikke finde et botilbud, der imødekommer hans ønsker og samtidig kan varetage hans støttebehov. I dette eksempel vægtes målgruppematchet højest.



DAVID – VISITATION TIL MIDLERTIDIGT SOCIAL-PSYKIATRISK BOTILBUD

David på 24 år har psykiske og kognitive udfordringer samt en selvskadende adfærd. Det er svært at finde det rette botilbud til David, da der er usikkerhed om hans diagnose. Kommunen iværksætter en udredning af Davids støttebehov og inddrager i den forbindelse VISO. David får det til sidst så dårligt, at han får en akutplads på et botilbud efter SEL § 107.



Forhistorie

David bor sammen med sin mor og er flyttet til kommunen efter forældrenes skilsmisse. Han er tidligere udredt i psykiatrien, men har ikke fået en konkret diagnose. Davids adfærd er blevet mere voldssom siden skilsmissen, og hans selvskadende adfærd har taget til.



Grundlaget for, at kommunen vælger at visitere til SEL § 107

Kommunen bliver opmærksom på David, da hans mor henvender sig til kommunen og beder om hjælp. Hun har ikke længere mulighed for at støtte ham i det omfang, som han har brug for, da hans psykiske tilstand er forværret.

Sagsbehandleren begynder at udarbejde en udredning af Davids støttebehov og vælger at inddrage VISO, da der er stor usikkerhed om, hvordan Davids udfordringer bedst imødekommes. Det skyldes, at der er usikkerhed om hans diagnose og udviklingen i hans adfærd. I mellemtiden kontakter moren kommunen igen. Hun fortæller, at der snart skal ske noget i Davids sag. Moren får bevilget aflastning, og forløbet med VISO starter op.



Valg af botilbud

Sagsbehandleren kigger på mulige socialpsykiatriske botilbud, men usikkerheden om Davids diagnose gør det vanskeligt at finde det rette match. Sagsbehandleren henvender sig alligevel til flere botilbud med en kort beskrivelse af Davids funktionsnedsættelser og adfærd. Det er ikke let at finde en ledig plads, og David kommer derfor på venteliste til flere socialpsykiatriske botilbud. Et halvt år efter, at VISO forløbet er begyndt, modtager sagsbehandleren udredningsrapporten fra VISO. På baggrund af VISOs rapport færdiggør sagsbehandleren Davids VUM. Den peger på et stort støttebehov med særligt fokus på den psykiske funktionsnedsættelse og Davids udadreagerende adfærd.

David får det tiltagende dårligere og får derfor en akutplads, da den aktuelle aflastning ikke længere er en holdbar løsning for moren. Et privat socialpsykiatrisk botilbud uden for kommunen melder tilbage, at de har fået en ledig akutplads og derfor kan tage imod David. David udtaler, at han ønsker et sted med eget bad og toilet. Det har det pågældende botilbud ikke, men sagsbehandleren vurderer, at det vigtigste er, at David kommer væk hjemmefra og hen på et botilbud, der kan varetage hans støttebehov og adfærd.



Bevilling af botilbud efter SEL § 107

Både personkredsvurderingen og det konkrete socialpsykiatriske botilbud indstilles samtidig til kommunens visitationsudvalg. Sagsbehandleren indstiller, på baggrund af den færdiggjorte VUM, at David under den første tid på botilbuddet skal modtage 1:1 støtte og have en kontaktperson tilknyttet. Sagsbehandleren vurderer, at det er nødvendigt for at skærme David fra de øvrige beboere på botilbuddet på grund af hans udadreagerende adfærd. Formålet med opholdet på botilbuddet er at udrede David og finde ud af, hvilket længerevarende støttebehov han har. Visitationsudvalget godkender indstillingen, og David bevilges en akutplads efter SEL § 107 på det socialpsykiatriske botilbud.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Sagsbehandleren holder et opfølgningsmøde med botilbuddet, David og Davids mor to måneder efter, at han er flyttet ind på det socialpsykiatriske botilbud. Det fremgår af sagen, at der er ført personrettet tilsyn, og sagsbehandleren vurderer, at David er faldet godt til på botilbuddet. Sagsbehandleren indstiller derfor David til en fast plads på stedet, når der bliver en ledig plads.

Det konstruerede sagsforløb om David er et eksempel på, at selvom David har konkrete ønsker til botilbuddet, er det væsentligt for varetagelsen af hans støttebehov, at botilbuddet kan arbejde med Davids målgruppe. Målgruppematchet vægtes derfor højest, når sagsbehandleren skal finde et botilbud.

Det varierer, hvor ofte borgeren gør brug af frit valg

I de tilfælde, hvor borgeren er i personkredsen til et SEL § 108 eller ABL § 105 tilbud, kan borgeren gøre brug af frit valg (se også kapitel 2). Det varierer interviewkommunerne imellem, hvor ofte de oplever, at borgeren gør brug af frit valg.

Flere kommuner beskriver, at det er sjældent, at deres borgere gør brug af frit valg. Sagsbehandlerne mener, at det skyldes, at de har borgere og pårørende med i processen fra start, og de derfor har afstemt, hvilke ønsker og behov borgeren og pårørende har:

”Vi har jo også borgere og pårørende med i det samarbejde, som måske også gør, at vi pejler os på, hvad er det, der er muligt rent målgruppemæssigt, men også hvad er det, ønsket er geografisk. Så måske er det derfor, at man ikke gør brug af det, i det omfang som man kunne.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

MÅLGRUPPEN HAR BETYDNING FOR BRUG AF FRIT VALG

I Varde og Hvidovre Kommuner oplever de, at nogle målgrupper bruger muligheden for frit valg mere end andre. I Hvidovre Kommune oplever de eksempelvis, at pårørende til borgere med handicap ofte er opmærksomme på muligheden for frit valg:

”Min oplevelse er, at pårørende til borgere med handicap er voldsomt på (...) I hvert fald på handicapområdet, der kender man meget til frit valg.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Der tages hensyn til fysiske rammer og hverdagsliv på botilbuddet

Alle kommuner beskriver, at de i matchningen mellem borger og botilbud ofte tager hensyn til de fysiske rammer på botilbuddet og borgerens mulighed for uddannelse/beskæftigelse.

Fysiske rammer kan være en vigtig del af matchningen

Alle kommuner beskriver, at hensyn til botilbuddets fysiske rammer kan være vigtigt i forhold til at finde det rette botilbud til en borger. Det hænger sammen med, at borgerne kan have nogle konkrete behov, der er afgørende for, om de vil trives i botilbuddet. Det kan eksempelvis være af hensyn til en psykisk funktionsnedsættelse:

”Der vægter det meget tungt, at man kan skærme.”

”I forhold til de borgere, som dårligt tåler de her store fællesarealer og uroen omkring det, og som kan blive voldsomt udadreagerende. Der vægter det meget tungt, at man kan skærme.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Det kan også være af hensyn til en fysisk funktionsnedsættelse. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune beskriver, at det kan have stor betydning for borgere i kørestol, at de kan komme rundt på botilbuddet og selv køre til deres beskæftigelse, hvis det ligger på samme matrikel.

Flere kommuner fortæller også, at botilbuddets størrelse kan have en betydning. Det handler om, hvor mange forskellige mennesker borgeren kan forholde sig til:

”Så kan det også være noget med størrelse. Der kan være nogen, hvor det er rigtig hensigtsmæssigt, at det er et stort sted med mange afdelinger og meget personale, og andre ville det være bedst, hvis det er et lille sted.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I flere gennemgåede sager fremgår det, at borgeren har fået bevilget SEL § 103 beskyttet beskæftigelse, SEL § 104 samværs- og aktivitetstilbud eller særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU).

Fordele og ulemper ved et helhedstilbud

Flere kommuner beskriver, at de i matchningen tager hensyn til, om botilbuddet har beskæftigelses- eller uddannelsesstilbud placeret sammen med, eller væk fra botilbuddet. Det kan både være SEL § 103 beskyttet beskæftigelse, SEL § 104 samværs- og aktivitetstilbud og særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU). Der er også i de gennemgåede sager flere eksempler på, at borgeren får bevilliget beskæftigelses- eller uddannelsesmæssige tilbud samtidig med, at de får bevilget et botilbud.

Når kommunerne beskriver deres overvejelser om at anvende helhedstilbud, kan det for nogle målgrupper være en fordel, at beskæftigelse er placeret sammen med botilbuddet:

”Jeg synes, det afhænger meget af, hvad det er for en type borger. Med autister, så synes de for eksempel, at sådan

nogle helhedstilbud, der både har dagtilbud og bodel på samme matrikel, det synes de, er det fedeste. For så skal de kun forholde sig til det.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

For andre målgrupper kan det være en fordel, at beskæftigelses- eller uddannelses tilbuddet er placeret væk fra botilbudet:

”Det er alt efter målgruppen, i forhold til, hvad er det for en borger vi snakker om. Snakker vi om unge mennesker, som gerne skal videre i livet, så er det ikke nødvendigvis en fordel med intern beskæftigelse.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Overvejelserne om, hvorvidt det er en fordel eller ulempe, at botilbud og beskæftigelse eller uddannelse er placeret sammen, er altså meget afhængig af målgruppen og borgerens konkrete udfordringer. Det gælder både for de midlertidige og de længerevarende botilbud.

En del af de unge, der bor på botilbud, går samtidig på STU. Stevns Kommune gør sig overvejelser om, hvordan det kan være relevant at tage hensyn til transporttid frem og tilbage mellem botilbud og STU, når botilbud og STU ikke ligger tæt på hinanden:

”Det er jo en tre årig uddannelse og hvis de også skal have et botilbud samtidig, så nytter det ikke noget, for så ved man, at borgeren går død, hvis de skal bruge to timer den ene vej og to timer den anden vej.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

TRANSPORT TIL OG FRA BOTILBUDET

Frederiksberg Kommune ser omvendt, at det kan være en udfordring at placere borgeren i et botilbud med tilhørende STU, da det kan være svært at få borgeren tilbage til et botilbud i kommunen efter endt STU:

” (...) hvis man nu havde tænkt, at den her borger kan godt rummes på Frederiksberg i eget tilbud, så skal man i hvert fald tænke på, at det så ville være bedre at give borgeren et tilbud på Frederiksberg, selvom man faktisk skal betale kørslen til STU'en hver dag, fordi det giver mindre problemer efter de tre år.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Forskelligt hvornår borgeren og pårørende inddrages i valget af botilbud

Når sagsbehandlerne i interviewkommunerne skal inddrage borgeren eller de pårørende i valg af botilbud, har de forskellige arbejds gange. Desuden har de grundlæggende forskellige

holdninger til, hvornår i arbejdsgangen det er meningsfuldt at inddrage borgeren eller de pårørende.

Eksempler på, at borgeren og pårørende får valget mellem flere botilbud

Blandt sagsbehandlerne i alle seks interviewkommuner er der forskellige tilgange til, hvordan borgeren eller den pårørende inddrages, når sagsbehandlerne skal vælge et konkret botilbud til en borger. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune beskriver om visitation til midlertidige botilbud, at inddragelse af borgeren fra start kan minimere risikoen for, at borgeren skal revisiteres:

”Jeg har en idé om, at det giver god mening at stille op med et par tilbud, hvis man kan”

”Jeg har en idé om, at det giver god mening at stille op med et par tilbud, hvis man kan. Man kan jo godt lade være med det, og så sige, ”jamen vi har det her tilbud, og det er så bare det du skal tage imod”. Men jeg har en idé om, at hvis vi gør det andet, så er borgeren jo også motiveret for og mere parat til at tage imod denne her behandling. Det er vigtigt, at de føler sig tilpas, ellers skal du ud i at flytte borgeren. Den risiko minimerer man lidt.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Samme overvejelser gør en sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune:

”Jeg plejer gerne at lave en aftale på det pågældende sted, gerne inden, at den har været til visitation, så borgeren har været ude og se det, og har sagt god for at ”her kunne jeg godt tænke mig at være”. I stedet for at få noget godkendt, som de så ikke har den mindste interesse i.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Denne sagsbehandler beskriver også, at de har borgeren og/eller de pårørende med ude at besøge stedet inden afgørelsen om det konkrete botilbud.

SAGSFORLØB OM WILLIAM

I [sagsforløbet om William](#), der blev præsenteret tidligere i kapitlet, fremgår det, at forældrene har fået valget mellem to forskellige tilbud, som de besøger. En sagsbehandler fra Stevns Kommune beskriver, at deres praksis er, at de i højere grad vil guide forældrene mellem de forskellige tilbud:

”Det virker bare som om, at hun har givet dem sådan nogle pjecer, og så kan I selv, vælge hvad I har lyst til. Jeg ved godt, at det er et længerevarende botilbud, og der er frit valg og alt muligt, men det er ikke måden, som det skal foregå på.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Nogle borgere er ikke i stand til at tage stilling

Der er også tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand til at tage stilling til valget af botilbud. I disse tilfælde skal kommunen være opmærksom på, om der skal søges værgemål til borgeren.²⁰



VÆRGEMÅL

Hvis en borger ikke kan give et habilt samtykke, så skal kommunen overveje, om der er behov for værgemål. Det fremgår af servicelovens § 82, stk. 2:

Kommunen kan vurdere, om der er pårørende eller andre, der kan inddrages i varetagelsen af interesserne for en person med betydelig nedsat psykisk funktionsevne. Kommunen skal være opmærksom på, om der er behov for at bede Familieretshuset om at beskikke en personlig værge efter værgemålsloven.

En værge kan enten træffe beslutninger på borgerens vegne om økonomiske eller personlige forhold.²¹

Vesthimmerlands Kommune beskriver, at borgere der visiteres til botilbud fra handicapområdet, ikke altid er i stand til at tage stilling:

”Tit er det jo enten værger, forældre eller hvem der nu ellers kan have interesse i det, der lige-som er med i opløbet i forhold til at finde botilbuddet og er måske ude og besøge det.”

”Der synes jeg nogle gange godt, at det kan være anderledes på handicapområdet, fordi mange af vores borgere jo har værge eller ikke selv kan, de ikke kognitivt er i stand til at tage stilling til ”her har jeg lyst til at bo.” Så det er sådan lidt, hvordan gør vi det. Tit er det jo enten værger, forældre eller hvem der nu ellers kan have interesse i det, der lige-som er med i opløbet i forhold til at finde botilbuddet og er måske ude og besøge det.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

En sagsbehandler fra Stevns Kommune beskriver også, at det kan være svært for borgerne at tage stilling til flere forskellige midlertidige botilbud:

”Det er meget forskelligt (...) Vi har jo med nogle borgere at gøre, som er nogle af de svageste borgere, og det der med

²⁰ Kommunerne skal være opmærksomme på, at hvis borgeren ikke kan tage stilling til det frie valg, så skal der udpeges en personlig værge, som kan overtage borgerens partsrettighed, jf. principmeddelelse 57-17. Kilde: <https://www.retsinformatio.n.dk/eli/accn/W20170972725>

²¹ For yderligere informationer om værgemål, henviser vi til Familieretshusets hjemmeside: <https://familieretshuset.dk/vaergemaal/vaergemaal/generelt-om-vaergemaal>

at sige, "nå men der er tre forskellige botilbud, og så skal vi alle sammen ud at se dem, og så kan du vælge". Det bliver sådan en bolsjefabrik, hvor de bliver totalt forvirrede oppe i hovedet (...)" (Sagsbehandler, Stevn Kommune)

Det kan derfor være en udfordring for borgerne, at skulle tage stilling til de forskellige valgmuligheder. Der er altså tilgange til inddragelse af borgeren og pårørende i forbindelse med valg af botilbud, særligt i forhold til de forskellige målgrupper.

UDFORDRINGER I FORHOLD TIL AT SIKRE DET BEDSTE MATCH

FORSYNLINGSFORPLIGTIGELSE

Kommunerne skal være opmærksomme på, at de har forsyningspligten, og skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud, jf. SEL § 4.

I dette afsnit præsenterer vi en række udfordringer, som kommunerne oplever, når de forsøger at finde det rigtige botilbud til en borger. Det drejer sig blandt andet om mangel på bestemte typer af botilbudspladser, udfordringer med botilbud, der kan rumme mange målgrupper og om samarbejdet med psykiatrien.

Mangel på ledige pladser, især SEL § 108

Alle interviewkommuner fortæller, at der generelt er mangel på ledige botilbudspladser. Det gælder særligt for nogle målgrupper, og navnlig dem, der skal visiteres til et tilbud efter SEL § 108.

Generelle udfordringer med mangel på ledige pladser

Alle kommuner oplever, at der kan være mangel på ledige pladser på botilbuddene. Det kan både være i deres egne tilbud og eksterne tilbud:

"Ikke nødvendigvis fordi vi synes, at det er det fedeste eller det rette tilbud, men fordi det tilbud siger ja og har en plads. Så det er måske ikke altid det helt rigtige."

"Det der er udfordringen her, der er udbud og efterspørgsel. Nogen gange, så er vi jo nødt til at placere borgeren i et tilbud, bare fordi de har en plads. Ikke nødvendigvis fordi vi synes, at det er det fedeste eller det rette tilbud, men fordi det tilbud siger "ja" og har en plads. Så det er måske ikke altid det helt rigtige. Og effekten af det er jo også nogle gange, at det går galt, eller de beder om ekstratakster, hvilket er en udgift for kommunen." (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Som sagsbehandleren forklarer, kan konsekvensen i Hvidovre Kommune være, at de bliver nødt til at vælge et tilbud, hvor der er plads, selvom de ikke nødvendigvis vurderer, at det er det helt rigtige. Varde Kommune oplever også, at det kan være svært at finde botilbud, der vil tage mod borgeren, da det ofte er borgere med komplekse problemstillinger:

"Nogle gange vi bliver bare så glade, hvis der var nogen, der ville tage borgeren, for det er jo også noget med, hvad for en målgruppe, der kommer i botilbud. Dem, hvor man

kan løse det selv, kommer vi jo ikke i botilbud, så det er tit nogle ret komplekse sager, hvor vi har kontakt til rigtig mange botilbud, inden der er nogen, der siger: "Okay, den opgave vil vi godt løse."" (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Det fremgår af interviewene, at kommunerne, der køber eksterne botilbud, ofte bruger lang tid på at finde et botilbud. Det handler ikke kun om at finde et tilbud, der matcher borgeren og borgerens behov, men også om at finde en ledig plads.

SAGSFORLØB OM DAVID

Sagsforløbet om David er et eksempel på netop det. Udover at det er svært at finde et konkret botilbud, der matcher David, da der er usikkerhed om årsagerne til hans adfærd, er der flere botilbud, der melder tilbage til sagsbehandleren, at de ikke har plads. David bliver i dette tilfælde sat på en venteliste til det private socialpsykiatriske botilbud.

Udfordringer med at finde pladser til domfældte

Flere kommuner beskriver en særskilt udfordring med at finde SEL § 108 tilbud. SEL § 108 botilbud bliver af flere kommuner beskrevet som en "uddøende race" (Sagsbehandlere, Hvidovre Kommune og Stevns Kommune). Ifølge kommunerne er en af grundene, at flere kommuner bygger nye botilbud og opfører dem som ABL § 105 tilbud.²²

§

DOMFÆLDTE

Det fremgår af servicelovens § 108, stk. 7, at: En region eller kommune har pligt til at modtage personer i botilbud, der er omfattet af stk. 1, når disse personer:

- 1) efter retskendelse skal underkastes mentalundersøgelse,
- 2) i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i en boform for personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller undergives tilsyn, herunder med mulighed for administrativ anbringelse, eller
- 3) som vilkår for tiltalefrafald eller prøveløsladelse skal anbringes i en boform for personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller undergives tilsyn, herunder med mulighed for administrativ anbringelse.

Det gør, at det kan være udfordrende at finde tilbud til de målgrupper, der har behov for et SEL § 108 tilbud, og ikke kan

²² Ankestyrelsen har tidligere belyst dette i en undersøgelse om visitation til længerevarende botilbud: <https://ast.dk/nyheder/nyheder/nyheder-2017/visitation-til-laengerevarende-botilbud-2013-en-undersogelse>.

rummes i et ABL § 105 tilbud. Det gælder især SEL § 108 tilbud til domfældte:

”Problemet er jo bare, at der er rigtig mange, der bygger § 105/85, og laver deres § 108 om til et §105/85, fordi det er væsentlig billigere, og det er en anden kasse, der betaler. Det er rigtig udfordrende, fordi vi jo har nogle af de her domsfælde, der skal anbringes på et § 108, så de muligheder, vi har for at finde det rigtige tilbud, de er begrænsede.”
(Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

De begrænsede muligheder til domfældte gør det både nemmere og sværere at finde et botilbud. Der er ikke så mange botilbud at vælge imellem, til gengæld indskrænker det arbejdet med selve matchningen:

”Det gør det jo både nemmere og sværere at finde det rigtige tilbud der. Det er jo så nogle helt andre overvejelser og hensyn, der skal gøres der [i forhold til domfældte]. Mulighederne er jo begrænsede, fordi det skal være godkendt til den type.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

SAGSFORLØB OM PATRICK

Det konstruerede sagsforløb²³ om Patrick, der præsenteres nedenfor, er et eksempel på, at det kan være udfordrende at finde en ledig plads på et botilbud, der kan varetage domfældte. Der er nogle konkrete krav til botilbuddet. Blandt andet at tilbuddet har døgn dækning, vågen nattevagt, og der er mulighed for ledsagelse uden for botilbuddet.

PATRICK – VISITATION TIL LÆNGEREVARENDE BOTILBUD FOR DOMFÆLDTE

Patrick er 23 år og er diagnosticeret med ADHD, autisme og lettere mental retardering. Desuden har han psykiske udfordringer som nedsat hensyntagen til andre menneskers tanker og følelser. Patrick bor på et SEL § 108 botilbud, men da han udøver vold mod en anden beboer, skal han revisiteres til et andet botilbud, hvor han kan afsone sin dom. Sagsbehandleren har i sagen svært ved at finde et botilbud, der kan rumme domfældte borgere. Patrick ender med at blive revisiteret fra SEL § 108, stk. 7, nr. 3, til SEL § 108, stk. 7, nr. 2.

²³ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.



Forhistorie

Patrick bor på et SEL § 108 botilbud, og det har han gjort, siden han var 18 år. Patrick blev som 15 årig anbragt, da hans forældre ikke kunne håndtere hans udfordringer og affektudbrud. Gennem ungdomsårene har Patrick begået kriminalitet flere gange.



Grundlaget for, at kommunen vælger at revisitere til et SEL § 108 tilbud

I VUM udredningen fremgår det, at det er vigtigt, at Patrick har faste rammer og struktur i forhold til praktiske gøremål som eksempelvis tøjvask, hygiejne og rengøring. Desuden kan Patrick hurtigt blive frustreret og aggressiv, når der stilles krav til ham. Han profiterer af enekontakt med personalet. Patrick har også en handleplan for sit nuværende ophold på SEL § 108 tilbuddet. I forbindelse med moderens død, får Patrick det værre og begår vold mod en anden beboer på tilbuddet. Patrick bliver sigtet for vold, hvilket kommunen får besked om. Der igangsættes en metalundersøgelse, der skal afgøre, om Patrick kan afsone sin eventuelle dom i et almindeligt fængsel. I mellemtiden er han i varetægtssurrogat på en institution. Patrick nuværende botilbud beskriver, at de ikke kan have ham længere, hvis han får en dom. Det skyldes, at personalet er specialiseret i autismespektrum – men tilbuddet ikke er godkendt til at have domfældte borgere.



Match mellem borger og botilbud

Sagsbehandleren begynder at afsøge botilbud efter SEL § 108, der kan varetage en borger med dom. Det kræver, at tilbuddet har døgn dækning, vågen nattevagt, og at der skal være mulighed for ledsagelse uden for tilbuddet.

Det er svært at finde en ledig plads. Sagsbehandleren får dog tilbagemeldinger fra nogle botilbud. Ét tilbud vurde-

rer, at Patrick ikke er inden for deres målgruppe. Et andet botilbud uden for kommunen giver et konkret tilbud med pris beregnet ud fra 1:1 normering 24 timer pr. døgn. Desuden kan Patrick få beskyttet beskæftigelse, efter SEL § 103, samme sted som botilbuddet. Sagsbehandleren vælger det tilbud, der giver en pris. Patrick udtrykker et ønske om geografisk placering af botilbuddet, men det fremgår af sagen, at sagsbehandleren først og fremmest har lagt vægt på, at botilbuddet skal kunne rumme domfældte borgere.



Bevilling af nyt botilbud efter SEL § 108

Valget af det konkrete tilbud samt prisen for botilbudspladsen indstilles til visitationsudvalget, der godkender tilbuddet. Patrick ender med at få en dom til anbringelse på et botilbud. Det betyder, at han ikke kan afsone sin straf i et almindeligt fængsel. Patrick bliver derfor revisiteret fra SEL § 108, stk. 7, nr. 3, til SEL § 108, stk. 7, nr. 2.



Efter afgørelsen og opfølgning

Sagsbehandleren følger op på sagen tre måneder efter, at Patrick er revisiteret. På mødet taler sagsbehandleren, botilbuddet og Patrick blandt andet om mål i Patricks handleplan i forhold til opholdet på botilbuddet.

VISITATION TIL SEL § 108, STK. 7, NR. 2

I det konstruerede sagsforløb bliver Patrick revisiteret til et SEL § 108 botilbud, der kan varetage domfældte borgere. Vi henviser her til lovboksen ovenfor, hvor han revisiteres til SEL § 108, stk. 7, nr. 2. Bestemmelsen er til personer, der som følge af en dom skal anbringes i et botilbud for personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne eller undergives tilsyn. En sagsbehandler beskriver, hvad hun genkender i forløbet:

"Jamen hans udfordringer, hele det her forløb med surrogats varetægtsfængsling, og processen i det. Og de krav der bliver stillet til botilbuddet i forhold til at måtte modtage borgere med tilsynsdom." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

På trods af at der er flere genkendelige elementer i sagsforløbet, beskriver både sagsbehandlere fra Varde og Vesthimmerlands Kommuner, at det ikke er særlig ofte, at de ser sager, hvor borgere skal afsone dom på et botilbud.

Udover at det kan være svært at finde botilbud til domfældte, kan det også være en udfordring, at tilbuddene er rigtig dyre:

“Altså jeg trøster mig ved, at det her jo er sager, hvor altså vi har jo ikke besluttet, at de skal i så dyr en foranstaltning, det er der jo nogle andre, der har truffet beslutning om. Så det kan vi godt forsvare overfor, altså længere op i systemet, at det her, det er ikke noget vi har truffet beslutning om.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune).

Når der er færre tilbud at vælge mellem efter SEL § 108, kan det altså betyde, at sagsbehandlerne må vægte, at borgeren kommer på et tilbud, der kan rumme domfældte borgere. Det kan derfor være sværere at imødekomme konkrete ønsker fra borgere eller pårørende. Desuden vil de botilbud, der kan rumme domfældte, også være dyrere end andre.

Botilbud, der kan rumme mange målgrupper, bliver ofte sorteret fra

Der er blandt interviewkommunerne forskellige holdninger til, hvor specialiserede botilbuddene skal være. Flere kommuner foretrækker dog botilbud, der i en eller anden grad er specialiserede.

Samme funktionsnedsættelse, men forskellige pædagogiske tilgange

Flere kommuner fortæller, at det har en betydning for deres valg af botilbud, om botilbuddet kan rumme mange målgrupper, eller om det er specialiseret i forhold til få målgrupper. Ofte kan sagsbehandlerne være i tvivl om, hvorvidt mange forskellige målgrupper kan rummes på ét og samme tilbud:

“Jeg tænker ikke, at man i et enkelt tilbud kan spænde mellem at have med spiseforstyrrelser at gøre, til at have med skizofreni at gøre.”

“(...) I den ideelle verden, ville jeg ønske, at der var flere pladser, og de var mere specialiserede, for i mange af dem, kan du jo næsten placere hvilken som helst borger. Jeg tænker ikke, at man i et enkelt tilbud kan spænde mellem at have med spiseforstyrrelser at gøre, til at have med skizofreni at gøre. Det er for forskelligt til at kunne rummes i det samme tilbud, og til at det pædagogiske personale kan være kvalificeret til at løfte opgaven.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Derudover kan det handle om, at borgere kan have samme funktionsnedsættelse, men brug for forskellige pædagogiske

tilgange, da årsagerne til deres funktionsnedsættelse er forskellige:

”Den pædagogiske tilgang er jo total forskellig i forhold til, om det er nogle der er udadreagerende, eller nogle som er stille. Og autister og psykisk sårbare, altså det kan jo være meget forskelligt, selvom de kan have nogle af de samme symptomer. Hvis det er psykisk sårbare, der er stille, så kan der være nogle symptomer, der er forenelige med autisme, men det gør jo ikke, at det er den samme pædagogiske tilgang, du skal have til de mennesker. Så jeg har svært ved at forstå, hvordan man kan brede sig så meget rundt. Det er jeg meget skeptisk over for.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

DEN PÆDAGOGISKE TILGANG

Norddjurs Kommune har et konkret eksempel på, hvordan den rette pædagogiske tilgang kan påvirke borgerens funktionsniveau:

”(...) Jeg har også haft en borger, hvor det var skizofreni, men hvor det viste sig, at det var autisme, der var det primære, og da tilgangen til vedkommende blev ændret, så har det faktisk givet et helt andet funktionsniveau.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Flere af kommunerne beskriver altså, at der kan være stor forskel på, hvilken tilgang borgeren vil profitere af, og det ikke nødvendigvis hænger sammen med deres funktionsnedsættelse, men årsagen til funktionsnedsættelsen.

To kommune oplever ikke, at brede målgrupper er en udfordring

I Frederiksberg Kommunes egne botilbud har de samlet flere forskellige målgrupper. En sagsbehandler beskriver, at borgerens diagnose kan være forskellig, men funktionsnedsættelsen kan være den samme, hvilket kan være årsagen til, at de kan rummes i samme tilbud:

”Nogle af dem kan jo godt minde om hinanden i funktionsnedsættelse, selvom det kommer af noget forskelligt.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Sagsbehandleren fortæller videre, at hun i udgangspunktet ikke oplever, at det er en udfordring, at der er mange målgrupper samlet et sted:

”De botilbud vi visiterer til, er ret brede, fordi det er noget, man har besluttet her i kommunen, at sådan er det. Da jeg startede var der nogle af dem, der var mere med nogle specifikke målgrupper. Nu er det ret flydende. Vi har et sted, hvor størstedelen er autister, hvor der er nogle pædagoger,

”Vi har et sted, hvor størstedelen er autister, hvor der er nogle pædagoger, der er rigtig gode lige præcis til det, men vi kan også visitere alle mulige andre derned, så det er meget bredt”

der er rigtig gode lige præcis til det, men vi kan også visitere alle mulige andre derned, så det er meget bredt – det er alt fra skizofreni til personlighedsforstyrrelser til autisme og misbrug, alt muligt blandt (...) som regel er det ikke en særlig stor udfordring, synes jeg.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

En sagsbehandler fra Varde Kommune beskriver, at det også kan afhænge af målgruppen:

”Jeg sidder meget med hjerneskade, og det er specialiseret det hele, det er kun specialiseret på hjerneskade og genoptræning ift. den del. Men så vil der være nogle psykiatri, hvor det måske er lidt bredere. Det behøver jo ikke at være én diagnose eller én ting, de kan dér, så er det måske bredere psykiatri, også det samme med handicap.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Der er altså forskellige erfaringer med og holdning til, hvor specialiserede botilbuddene skal være.

Svært at finde tilbud til borgere med komplekse problemer

Ud over, at det kan være svært at finde ledige pladser på botilbuddene, kan det samtidig være svært at finde det rette match mellem borger og botilbud. Flere af interviewkommunerne fortæller, at de prioriterer botilbud, der i en eller anden grad er specialiserede. Det gør også, at det kan være svært at finde et botilbud til en borger, der har flere komplekse støttebehov.

Kommunerne må prioritere de mest akutte behov

Flere kommuner beskriver, at det kan være svært at prioritere borgerens støttebehov, hvis der er flere komplekse problemstillinger. Det kan resultere i, at de ikke kan finde et botilbud, der kan rumme alle borgerens behov på én gang:

”Og så har jeg sagt, at så er vi nødt til at tage psykiatrien og selvskaden lige nu og have fokus på den del først, og så det andet bagefter. For vi har ikke kunnet finde noget, der matcher det hele.”

”Jeg har en konkret borger, hvor vi har fundet botilbud. Hun har et sammensurium af mange ting, der er både nogle rent fysisk og noget hjerneskade og en masse hensyn der, men så er der også noget psykiatri, og der har det bare været supersvært at finde et botilbud, der kan det hele. Og så har jeg sagt, at så er vi nødt til at tage psykiatrien og selvskaden lige nu og have fokus på den del først, og så det andet bagefter. For vi har ikke kunnet finde noget, der matcher det hele.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren beskriver, at hun har måtte prioritere, hvad der skal være fokus på at behandle først i borgerens indsats. Samme pointe har en sagsbehandler fra Stevns Kommune:

“Jeg tror, at man tager udgangspunkt i, hvad er det der fungerer bedst for dem, og hvad er det vigtigste, jeg skal tage højde for nu.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Der er også eksempler på, at kommunerne tilkøber indsatser til borgeren, hvis botilbuddet kan levere det.

VISO kan hjælpe med at udstikke en retning

Alle seks kommuner har erfaring med at inddrage VISO i sager, der er meget komplekse. Det kan både være i forhold til udredningen af borgeren, men i særdeleshed i forhold til valg af det konkrete botilbud. VISO peger ikke på specifikke tilbud, men kan hjælpe med at udstikke en retning for, hvilke pædagogiske tilgange de vurderer, at borgeren kan profitere af. Brugen af VISO er også noget, som vi har set i sagsgangen. Der er flere eksempler på, at VISO anvendes til at afklare, hvilke kompetencer og retning botilbuddet skal have i arbejdet med borgeren.

SAGSFORLØB OM DAVID

I [sagsforløbet om David](#), der er præsenteret ovenfor, benytter kommunens sig af VISO, da der er stor usikkerhed om årsagen til Davids adfærd. I sagsforløbet modtager sagsbehandleren udredningsrapporten fra VISO et halvt år efter, at VISO forløbet er begyndt. På baggrund af VISOs rapport færdiggør sagsbehandleren Davids VUM. Den peger på et stort støttebehov med særligt fokus på den psykiske funktionsnedsettelse og Davids udadreagerende adfærd.

VISO kan hjælpe sagsbehandlerne med at finde det rette botilbud i denne type meget komplekse sager. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller:

“Jeg har tidligere benyttet mig af VISO, og det gør jeg som regel i forbindelse med, at jeg skal placere borgeren, og sagen har en vis kompleksitet, og jeg ikke føler, at jeg er kompetent til at udrede den bare ved en VUM. Fordi borgere-ns udfordringer er så komplekse, at jeg har behov for, at der er nogle specialister, der hjælper mig i forhold til en retning.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

En anden sagsbehandler fra Hvidovre Kommune forklarer, at VISO kan bidrage med specialiseret viden og desuden hjælpe med at se på, hvilke af borgerens udfordringer der skal afhjælpes først, og give sagen struktur:

“Den sag jeg har i VISO, der er så mange ting, så man kan ikke finde ud af, hvad man skal prioritere først. Hvad kommer først, og hvordan får man sikret, at man arbejder i den rigtige rækkefølge. Det håber jeg på, at der kan komme noget mere styr på i denne her sag. Noget mere struktur på, hvad man gør.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Der er i sagsgangen flere eksempler på, at VISO er inddraget i forhold til at afklare, hvilke kompetencer og retning botilbuddet skal have i arbejdet med borgeren.

En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune beskriver også, at VISO kan hjælpe med se andre perspektiver i sagen. Sagsbehandleren fortæller om en borger med flere komplekse udfordringer:

"Jeg har en sag, hvor det har været svært at finde et passende botilbud, så derfor har jeg bedt VISO om at komme med deres faglige vurdering som supplement til at vælge et kvalificeret botilbud. I sagen udarbejdede VISO en rapport, hvor de hjalp til at se andre perspektiver i sagen." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

VISO kan derfor også være med til at sikre, at botilbuddet placerer borgeren rigtigt første gang. I kapitel 6 om revisitation belyser vi mulige årsager til, når borgeren og botilbuddet ikke matcher.

Udfordringer, når borgeren kommer direkte fra psykiatrien

Alle kommuner beskriver, at der kan opstå forskellige udfordringer, når borgeren kommer direkte fra psykiatrien. Eksempelvis, hvis kommunen først får kendskab til borgeren kort tid før, at borgeren skal udskrives. Det kan blandt andet skyldes, at borgeren ikke vil give psykiatrien samtykke til at dele oplysninger med kommunen:

"Der er jo også noget med, hvis borgeren ikke har villet det, så kan det jo godt komme i sidste øjeblik, hvis det først er der, de giver samtykke. Der kan være tusind grunde til, at det er lidt svært." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Flere kommuner beskriver, at de i sådanne situationer godt kan blive presset på tid i forhold til at skulle finde det rette tilbud til borgeren. Hvis kommunerne ikke kan nå at finde en ledig plads på et botilbud, kan der være tilfælde, hvor borgeren bliver udskrevet til et forsorgshjem:

UDSKRIVELSE TIL FORSORGSHJEM

"Hvis de i psykiatrien siger, at han er færdigbehandlet, og de udskriver ham, og vi ikke har fundet et tilbud til ham, så kan han være i § 110, indtil vi finder et tilbud. Et forsorgshjem plejer også at presse sig rimelig hurtigt på, for man kan sige, at dem, der er så dårlige, hvor de egentlig er målgruppe for et botilbud, de bliver også ret dårlige på et forsorgshjem. Så de vil også gerne have dem hurtigt videre." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Som sagsbehandleren fra Varde Kommune beskriver, bliver kommunerne hurtigt pressede igen, hvis borgeren kommer videre på et forsorgshjem, da borgeren grundet sine udfordringer ofte ikke er i stand til at være på et forsorgshjem.

Fordi overleveringen fra psykiatri til botilbud ofte skal gå hurtigt, når borgeren desuden ikke altid at se botilbuddet inden indflytning. Kommunerne fortæller også, at de ikke altid når at foretage en grundig udredning af borgeren inden indflytning på botilbuddet. Det kan derfor være svært for botilbuddet at arbejde med borgeren.

Ønsker styrket samarbejde med psykiatrien

Fordi der ofte er udfordringer, når borgere skal visiteres til et botilbud direkte efter udskrivning fra psykiatrien, har flere af de interviewede kommuner en opmærksomhed på samarbejdet med psykiatrien. Hvidovre Kommune beskriver, at de ønsker et styrket samarbejde med psykiatrien, hvor ansvarsdelingen i forhold til overgangen mellem psykiatri og botilbud er mere klar:

”Så det her med, at de gerne må tænke lidt forebyggende. Ville det hjælpe borgeren at blive udskrevet til et herberg? Højest sandsynligt ikke.”

“(…) så synes jeg også, at psykiatrien har et ansvar i forhold til at sige, at de så ikke færdigmelder personen til den dato, fordi sagsbehandler ikke har et tilbud endnu. Så det her med, at de gerne må tænke lidt forebyggende. Ville det hjælpe borgeren at blive udskrevet til et herberg? Højest sandsynligt ikke. Der skal være en overgang, som både jeg og psykiatrisk afdeling er ansvarlige for.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Desuden beskriver nogle sagsbehandlere også, at botilbuddet melder tilbage til dem, at borgeren stadig er dårlig og har behov for psykiatrisk behandling. Det gør, at botilbuddene kan have svært ved at arbejde med borgeren.

KAPITEL 4



Bevilling af botilbud

Dette kapitel belyser interviewkommunernes arbejdsgange, når de skal afgøre borgerens personkreds og bevilge et botilbud til borgeren. Derudover handler kapitlet om kommunernes praksis ved overlevering af borgeren til botilbuddet. Kapitlet belyser:

- Hvem der laver personkredsvurderingen og træffer den endelige afgørelse og på hvilket grundlag.
- Brugen af visitationsudvalg og indstilling af konkrete botilbud
- Hvordan økonomi indgår ved indstilling af botilbud til visitationsudvalget
- Hvordan kommunerne overleverer borgeren til botilbuddet og hjælper til ved borgerens indflytning.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 4:

- Alle interviewkommuner har et visitationsudvalg. Organiseringen betyder, at visitationsudvalget godkender endeligt bevillingen af et konkret botilbud. Det kan enten foregå på et samlet eller flere møder i visitationsudvalget. Vurderingen af, om en borger er i personkredsen for et botilbud, kan enten foretages af sagsbehandlere eller fagkoordinatorer, hvilket godkendes af visitationsudvalget.
 - I alle interviewkommuner præsenteres visitationsudvalget som udgangspunkt for flere forskellige tilbud. Botilbuddene har på forhånd tilkendegivet, at de kan varetage borgerens behov, og at de har en ledig plads. Det er dog ikke altid muligt at finde flere egnede tilbud at indstille.
 - Interviewkommunerne beskriver, at prisen for botilbudspladsen er en del af indstillingen til visitationsudvalget. De dyre tilbudspladser vil ofte være til borgere med komplekse problemstillinger. Når visitationsudvalget godkender visitation til disse pladser vejer faglige argumenter tungt.
 - Efter afgørelsen om bevilling af botilbud skal kommunerne sørge for at få overleveret alle relevante informationer om borgeren til botilbuddet. Nogle borgere besø-
-

ger botilbuddet efter godkendelsen på visitationsudvalget. Det kan afhænge af borgerens funktionsniveau, om det er muligt.

- Det varierer, hvor involveret kommunen er i indskrivning og borgerens flytning. Det afhænger blandt andet af borgerens netværk.

BEVILLING PÅ VISITATIONSUDVALG

Alle interviewkommuner anvender visitationsudvalg, der endeligt bevilger en plads på et botilbud. Dette afsnit handler om visitationsudvalgenes rolle, og hvordan sagsbehandlerne indstiller til udvalgene.

Forskellig praksis for personkredsvurdering og indstilling

Personkredsvurderingen er afgørelsen om, at borgeren er i målgruppen for et botilbud. Det er forskelligt i de seks interviewkommuner, hvornår og hvordan personkredsvurderingen sker. Det er blandt andet forskelligt, hvornår visitationsudvalget inddrages, og hvor mange møder i visitationsudvalget, der går forud for en endelig bevilling.

Personkredsvurdering og konkret botilbud kan ske på samme visitationsmøde

Fire kommuner fortæller, at personkredsvurderingen og indstillingen til et konkret botilbud som udgangspunkt foregår på det samme visitationsmøde. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller om deres arbejdsgange:

”Helt lavpraktisk, når vi har lavet en VUM, så sender vi den i partshøring ud til borgeren, og så indstiller vi til visitationsudvalg, som mødes hver 14. dag. Der kan man både få borgeren godkendt til en specifik paragraf, og du kan også indstille både til målgruppen og til et specifikt tilbud, hvis du er nået så langt i din sagsbehandling, at du har et til to tilbud på hånden, som kunne være en mulighed.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

SAGSFORLØB OM DAVID

Sagsforløbet om David, der blev præsenteret i kapitel 3, er et eksempel på, at personkredsvurderingen og det konkrete botilbud indstilles til kommunens visitationsudvalg på samme møde. Sagsbehandleren har, på baggrund af Davids VUM, indstillet til, at David har brug for et midlertidigt botilbud med intensiv støtte i starten af opholdet. Visitationsudvalget godkender indstillingen, og David bevilges en plads efter SEL § 107 på det socialpsykiatriske botilbud, hvor han har fået en akutplads.

En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune fortæller, at de også forsøger at samle personkredsvurdering og det konkrete botilbud på samme visitationsmøde. Der er dog undtagelser:

”Så nogle gange kan man ikke tage beslutningen om det der, fordi man måske skal ud og se, hvad der er, og så kan man så komme tilbage, og skulle have godkendt en pris hos en leder eller deroppe. Men det jeg synes da, at man plejer.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Typisk laver de først udredningen og derefter en indstilling til visitationsudvalget:

”Når det hele er klar, så indmelder man det på et visitationsmøde, hvor beslutningen så bliver taget – både personkredsvurdering og hvilket botilbud, der vil blive anvist.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Flere møder på visitationsudvalget

I nogle kommuner er der også praksis for, at personkredsvurderingen og bevilling af det konkrete botilbud sker på to forskellige møder. I Varde Kommune foregår personkredsvurderingen og valget af det konkrete botilbud på visitationsudvalget af to omgange. Først afklarer visitationsudvalget, om borgeren er i personkredsen til et botilbud. Derefter kommer sagen igen på visitationsmøde, når der skal træffes afgørelse om valg af det konkrete botilbud. Det er arbejdsgangene i et nyt visitationskommissorium, som blev indført i kommunen et halvt år inden interviewet. Om den nye måde at arbejde på siger en af sagsbehandlerne fra Varde Kommune, at det store forarbejde med at finde relevante botilbud går tabt, hvis visitationsudvalget ikke godkender, at borgeren er i personkredsen til et botilbud. Sagsbehandleren fortæller, hvilken betydning arbejdsgangen har:

”det gør selvfølgelig også, at vores egen kompetence på det område er ret lille”

”Men det gør selvfølgelig også, at vores egen kompetence på det område er ret lille.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren fortæller videre, at beslutningen om, hvilket botilbud borgeren skal have, tages på baggrund af vurderingen af borgeren funktionsniveau og behov for hjælp. Det indebærer, hvad borgernes udfordringer er, som er belyst gennem VUM-temaerne i udredningen. Der indgår også beslutninger om, hvilken støtte borgeren vil få i tilbuddet og prisen for tilbudspladsen.

I Stevns Kommune foregår personkredsvurderingen og valget af det konkrete botilbud også på to forskellige møder. Arbejdsgangen her er meget lig arbejdsgangen i Varde Kommune. En sagsbehandler fra Stevns Kommune forklarer, at den faglige vurdering af, om borgeren er inden for personkredsen og om, hvilket konkret tilbud de skal have, foregår på to forskellige visitationsmøder, hvor sagsbehandlerne også deltager. Sagsbehandleren har dog gjort sig nogle tanker om den faglige vurdering inden møderne i udvalget.

SAGSFORLØB OM SØREN



Det konstruerede sagsforløb²⁴ om Søren er et eksempel på, at sagsbehandleren indstiller sagen til visitationsudvalget af to omgange. Sagsforløbet præsenteres herunder.

SØREN – VISITATION FRA MIDLERTIDIGT TIL LÆNGEREVARENDE BOTILBUD

Søren er 58 år og har fået en blødning i hjernen efter en cykelulykke. Søren har fået psykiske og kognitive mén i en sådan grad, at han er blevet visiteret til et midlertidigt botilbud efter SEL § 107. Socialtilsynet gør botilbuddet opmærksom på, at de ikke er godkendt til at varetage Sørens udadreagerende adfærd, og derfor skal han revisiteres. VISO inddrages til at hjælpe med at klæde det nye tilbud på til at varetage Sørens støttebehov. Søren revisiteres fra SEL § 107 til SEL § 108.



Forhistorie

Kommunens hjerneskadekoordinator har taget kontakt til handicapafdelingen efter at have været i tæt samarbejde med familien gennem flere måneder. Sørens kone kan ikke længere varetage plejen og støtten af ham i hjemmet. Søren kommer på et botilbud efter SEL § 107. Søren bliver tiltagende dårligere og mere forvirret. Der er episoder, hvor han slår ud efter personalet og hans familie, hvilket sagsbehandleren noterer i sagen. Desuden er der flere episoder, hvor Søren forlader botilbuddet om natten.

²⁴ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.



Grundlaget for at kommunen vælger at revidere

I forbindelse med tilsynet på botilbuddet, bliver Socialtilsynet gjort opmærksom på Søren's mange episoder med udadreagerende adfærd. Botilbuddet er ikke godkendt til udadreagerende borgere. Socialtilsynet gør botilbuddet og kommunen opmærksom på dette, og der skal findes et nyt tilbud til Søren. Der er både udarbejdet en VUM og en handleplan.



Match mellem borger og botilbud

Søren vil ikke flytte til nyt botilbud og forstår ikke, hvorfor han ikke kan komme hjem. Sagsbehandleren undersøger kommunens egne tilbud, men da der ikke er nogle, der kan rumme Søren's udadreagerende adfærd, søger sagsbehandleren efter botilbud uden for kommunen. Søren's situation stiller krav til botilbuddet blandt andet om omfattende støtte i den første periode. Sagsbehandleren sender VUM, handleplan og sundhedsfaglig udredning til et botilbud uden for kommunen, der melder tilbage, at de gerne vil møde Søren for at vurdere, om han kan passe ind i deres målgruppe.



Bevilling af botilbud efter SEL § 108

Sagsbehandleren indstiller sagen til visitationsudvalget af to omgange. Først bliver det godkendt, at Søren er i personkredsen til et længerevarende botilbud efter SEL § 108 / ABL § 105. Sagsbehandleren kan derefter gå i gang med at lede efter et konkret botilbud og finder et SEL § 108 tilbud uden for kommunen. Dette indstiller sagsbehandleren på et andet visitationsmøde. Botilbuddet godkendes af visitationsudvalget.

Kommunen vurderer, at Søren kan give et habilt samtykke, men da Søren skal flytte, bliver han udadreage-

rende og modsætter sig flytningen. Kommunen må midlertidigt aflyse flytningen på dagen og indstille til Familieretshuset, at han skal optages på et botilbud uden samtykke. Søren's kone søger om værgemål hos Familieretshuset i forbindelse med flytning uden samtykke. Der er ventetid på dette. I mellemtiden beslutter sagsbehandleren i samråd med sin leder og kommunens hjerneskademedarbejder at kontakte VISO. Det gør de for at få hjælp til, hvordan de kan lette Søren's overgang til det nye botilbud efter SEL § 108. Desuden skal VISO give bistand til det nye botilbud i forhold til Søren's udfordringer. Kommunen, VISO, det nuværende botilbud og det nye botilbud samarbejder tæt om Søren. Medarbejdere fra det nye botilbud besøger Søren flere gange, hvor hans kone også er til stede. På selve dagen, hvor Søren skal flytte, tager to medarbejdere fra det nye botilbud samt konen med i transporten. Det fremgår af sagen, at den koordinerede indsats resulterer i, at Søren flytter uden at modsætte sig.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Sagsbehandleren, botilbuddet, Søren og hans kone afholder flere opfølgingsmøder i løbet af de næste måneder. Sagsbehandleren udfører personrettet tilsyn og vurderer, at Søren trives på botilbuddet.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I flere af sagerne i sagsgennemgangen fremgår det ikke, hvordan den konkrete afgørelse om personkreds-vurdering og bevilling af botilbud er truffet.

I det konstruerede sagsforløb om Søren er arbejdsgangen i kommunen, at sagsbehandleren først får godkendt af visitationsudvalget, at Søren er i personkredsen til et længerevarende botilbud. Derefter er det muligt for sagsbehandleren at lede efter et botilbud, der kan varetage Søren's behov. Sagsbehandleren kan så efterfølgende indstille det konkrete botilbud på et nyt visitationsmøde.

I flere af sagerne i sagsgennemgangen fremgår det ikke, hvordan den konkrete afgørelse om personkredsvurdering og bevilling af botilbud er truffet, og af hvem. Det er arbejdsgange, der ikke altid fremgår klart af sagerne.

Fagkoordinatorer eller sagsbehandlere kan personkredsvurdere

En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller, at det er fagkoordinatorerne, der udarbejder personkredsvurderingerne, inden sagerne fordeles til sagsbehandlerne. Når sagsbehandlerne har lavet en VUM og den samlede faglige vurdering, skal

sagen forbi et teammøde. På mødet bliver borgerens sag drøftet, og indstillingen til visitationsudvalget kvalificeret. På den baggrund indstiller de sagen til visitationsudvalget.

I Vesthimmerlands Kommune er praksis for indstilling til visitationsudvalget en anden. Sagsbehandleren udarbejder en VUM og vurderer ud fra de faglige oplysninger, om borgeren er i personkredsen til et botilbud. Derefter laver sagsbehandleren en indstilling til visitationsudvalget. En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune beskriver arbejdsgangen:

“Vi tager sagen op og drøfter på et sagsbehandlermøde, hvor vi kan sige, hvad det peger i retning af. Så gør jeg i hvert fald det, at jeg går ud og kigger på, hvad botilbud kunne der være tale om, er der overhovedet nogen der matcher den her borger, og indhenter så nogle tilbud, som jeg skriver med i indstillingen.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

DRØFTELSE PÅ TEAMMØDE FØR INDSTILLING

Sagsbehandlerne fra Vesthimmerlands Kommune forklarer, at der på mødet med visitationsudvalget også er en mulighed at drøfte personkredsvurderingen, og dermed hvilken indsats sagsbehandleren tænker, at kommunen skal tilbyde borgeren. Det kan være, at der er andre muligheder end botilbud, som sagsbehandleren vurderer, kan afprøves først. Alle sager vil være drøftet på et eller flere teammøder, hvor deres faglige leder også deltager, inden sagen kommer på visitationsmødet.

En rammebevilling kan give mulighed for inddragelse af borgeren

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller, at hvis borgeren ikke er parat til at modtage hjælp, men at der er behov for at handle hurtigt, kan sagsbehandleren lave en indstilling til visitationsudvalget om en rammebevilling. Det giver sagsbehandleren muligheden for at finde et konkret botilbud inden for en økonomisk ramme.

Sagsbehandleren forklarer, at det kan give muligheden for at have borgeren med i udvælgelsen. Borgeren kan eksempelvis have en holdning til størrelsen på botilbuddet, eller ønsker om egen lejlighed, eller værelse med mange fælles arealer. Derfor kan det give mening at besøge forskellige steder, som borgeren ytrer sin mening om. I sidste ende er det dog stadig visitationsudvalget, der skal godkende tilbuddet, fortæller sagsbehandleren:

“I sidste ende er det jo visitationsudvalget, der skal vælge mellem de her tilbud”

“(...) jeg er jo selvfølgelig forpligtet til at vise prisen, så i sidste ende er det jo visitationsudvalget, der skal vælge mellem de her midlertidige botilbud. Men så kan jeg sige til visitationsudvalget, at vi har været ude og kigge på de her

tilbud, borgeren foretrækker det her, og jeg anbefaler det her, hvad synes I så.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

En rammebevilling kan derfor give sagsbehandleren mulighed for at inddrage borgerne i valget af det konkrete botilbud.

SAGSFORLØB OM LISE

Sagsforløbet om Lise, der blev præsenteret i kapitel 2, er et eksempel på, at sagsbehandleren modtager en rammebevilling, inden det konkrete botilbud er fundet. Visitationsudvalget tog kun stilling til personkredsvurderingen og det overordnede formål med indsatsen, nemlig Lises behov for et afklarende forløb på et midlertidigt botilbud.

Visitationsudvalg præsenteres for konkrete botilbud, som har sagt ”ja” til at tage imod borgeren

På selve visitationsmødet vil sagsbehandlerne som udgangspunkt have et forslag til et konkret tilbud med.

En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller også, at de sørger for at have kontakt til et eller flere botilbud, som skal tilkendegive, at de kan tage imod borgeren, inden sagen kommer på visitationsudvalg:

”Så botilbuddet er også en del af det, de skal sige god for det inden, at man går videre med det. Det giver ikke mening, at tage det med på visitationsudvalg, og så få et ja derfra, men botilbuddet er egentlig ikke interesseret i at få borgeren ind. Så kan man starte forfra”. (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

FLERE BOTILBUD MED TIL VISITA- TIONSMØDET

En sagsbehandler fra Varde Kommune beskriver, at de helst skal have flere mulige konkrete botilbud med til visitationsudvalget:

”Så skal vi finde et tilbud til borgeren, og så skal vi gerne finde et alternativ også, så der ligesom er to muligheder, vi kan fremlægge til visitationsmødet. Og så bliver det ledelsesmæssigt besluttet, hvad for et af tilbuddene vi skal tage.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren fortæller videre, at hvis der er tale om to tilbud, vil begge botilbud have haft sagsakterne til gennemlæsning forinden og have tilkendegivet, at de godt kan tage sig af opgaven. Visitationsudvalget vil derefter vælge mellem tilbuddene.

Som beskrevet i kapitel 3 er det dog af og til en udfordring for sagsbehandlerne at finde relevante eller ledige botilbudspladser, særligt til borgere med komplekse problemstillinger. Det er derfor heller ikke altid muligt at have to egnede tilbud med

IKKE ALTID MULIGT AT IND- STILLE FLERE TILBUD

på møde i visitationsudvalget. Det kan afhænge af målgruppen, men det gør også en forskel, i hvilket omfang kommunen er villig til at tage tilbud uden for kommunen i betragtning.

En sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller om vanskelighederne ved at finde flere tilbud, der er egnede til at varetage borgerens behov:

"Men vi er også nødt til at sige, at lige nu står der i vores kommissorium, at vi skal have to forskellige tilbud, men i mange tilfælde er det bare ikke altid realistisk at finde (Sagsbehandler, Varde Kommune)

En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune, som arbejder med midlertidige indsatser, fortæller, at hun som regel kun indstiller ét tilbud til visitationsudvalget. Det er, som oftest, et af kommunens egne tilbud, da de som regel kan varetage behovene hos de borgere, som sagsbehandleren arbejder med:

"(...) fordi vi kan næsten altid placere dem i et botilbud, vi har her på Frederiksberg. Vi har nogle stykker, som plejer at matche den målgruppe, jeg ligesom sidder med. Så det er meget sjældent, så skulle det være, hvis det var én, der var ud over det sædvanlige, eller hvad man skulle sige – havde et meget voldsomt misbrug eller havde en adfærd, der gjorde, at man skulle kigge på noget særligt. Så jeg plejer selv at skrive, hvilket et af vores tilbud, der kunne være en god idé." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

"Så jeg plejer selv at skrive, hvilket et af vores tilbud, der kunne være en god idé."

Flere sagsbehandlere fortæller, at visitationsudvalget som oftest vælger det konkrete botilbud, som de peger på.

PRISEN ER EN DEL AF INDSTILLINGEN

Dette afsnit handler om, hvordan prisen for botilbudspladsen spiller en rolle i bevilling af botilbud. Alle kommuner beskriver, at prisen for botilbudspladsen er en del af indstillingen til visitationsudvalget. Desuden fortæller alle kommuner, som vi beskrev i kapitel 3, at de forsøger at forhandle om prisen på botilbudspladsen. Det er ofte en forventning fra visitationsudvalget:

"Ledelsen ved godt, når vi kommer og siger det koster x antal kroner, så ved de jo godt vi har prøvet at være ude og prøve og skrue på den her pris." (Sagsbehandler, Stevn's Kommune)

Sammenligning med priser i egne tilbud

I flere kommuner sammenligner de eksterne botilbudspladser med priserne for egne kommunale botilbud. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller:

"Vi sammenligner priser og taksterne for eksterne tilbud i forhold til interne tilbud. På visitationsmødet fremlægger vi sammenligningen, og derefter træffer visitationsudvalget afgørelse om valg af botilbud." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Sagsbehandleren fortæller, at prisen på botilbudspladsen og indsatsen på tilbuddet udenfor kommunen, skal være nogenlunde tilsvarende med kommunens egne botilbud.

Visitationsudvalgene anerkender, at specialiserede tilbud er dyrere

Flere kommuner fortæller, at når der er særlige behov som svære epileptiske lidelser, behandlingsdomme eller andre hensyn, som kræver særlig håndtering, er visitationsudvalgene som regel villige til at acceptere et dyrere tilbud. Det kræver dog, at sagsbehandlerne har de faglige argumenter på plads for, hvorfor det netop skal være dette tilbud. En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller:

"Vi har oplevet sager, hvor udvalget synes, at det måske er lidt for dyrt, hvis man sammenligner med vores egne tilbud, eller hvad man ellers kunne sammenligne med. Men hvor jeg som sagsbehandler siger "det her, det er lige det tilbud borgeren har brug for, for at vi ser den udvikling, der skal ske." Og så har udvalget godkendt tilbuddet. Det er heller ikke sådan, at hvis det er det rette tilbud, og det er de par hundrede kroner dyrere, så er det ikke sådan, så man nægter borgeren at få det, selvfølgelig skal de have det tilbud, der passer dem." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

ARGUMENTERNE FOR DYRE TILBUD SKAL VÆRE PÅ PLADS

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune fortæller, at når hun vælger et meget dyrt tilbud, så skal der være indikation for, at det er noget, der giver mening for præcis denne borger, som ikke kan findes andre steder. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune forklarer om godkendelsen af prisen på tilbuddet:

"Jeg lægger det jo op, og jeg må jo så beskrive, hvis jeg vælger et specialiseret autismetilbud, så må jeg jo i min beskrivelse beskrive, hvorfor jeg vælger det kontra et andet, som måske er billigere. Det er jo mig som sagsbehandler, der skal beskrive det bedst muligt for visitationen, og så er det visitationen, der har den endelige afgørelse." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Prisen for botilbudspladsen vægter altså ikke højest, når kommunen skal vælge et botilbud, men den har en betydning. Nogle tilbud er meget dyre sammenlignet med andre, og den

økonomiske ansvarlighed i forhold til kommunens økonomi er et hensyn, som sagsbehandlerne har med sig i arbejdet. De lægger dog vægt på, at individuelle hensyn og den faglige vurdering af borgerens behov vægter højere og er afgørende for, hvilket botilbud bliver godkendt.

SÆRTAKSTER KAN VÆRE VÅGEN NATTEVAGT

Særtakster indstilles også til visitationsudvalget

Nogle kommuner beskriver, at særtakter indstilles til visitationsudvalget. En særtakst kan være en ekstra støtte eller indsats, som ydes til en borger i en hel eller begrænset periode. Kommunen betaler særtaksten, som en del af prisen for botilbudspladsen. Eksempler på den ekstra støtte kan være vågen nattevagt eller ekstra timer på botilbuddet. Det kan betyde, at botilbuddet må ansætte en ekstra medarbejder. Det kan også være, hvis sagsbehandlerne stiller krav om psykolog, som vil betyde, at prisen for tilbudspladsen bliver dyrere.

En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune fortæller, at de indstiller særtaktser til visitationsudvalget, men det er forskelligt fra borger til borger, hvor ofte det anvendes. En sagsbehandler forklarer:

”Vi har det også nogle gange, men det er sjældent, så er det et eller andet, der er ud over det sædvanlige eller i en periode, fordi man så skal have ekstra støtte de første tre måneder for at lande, det kan man også gøre.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

BEHOVET FOR SÆRTAKSTER SKAL VÆRE TYDELIGT

Særtaksterne kan også bevilges efter, at borgeren er flyttet ind på et botilbud, men borgerens behov skal være der:

”Så der skal også være noget oveni, der indikerer noget ekstra, for at man bevilger noget ekstra fra kommunens side af, end det man har købt fra starten af.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

En sagsbehandler fra Stevns Kommune fortæller også, at særtakster til en borger skal forhandles. Derudover skal behovet for særtakster være tydeligt.

OVERLEVERING AF BORGEREN TIL BOTILBUDDET

Dette afsnit handler om overlevering af informationer om borgeren til botilbuddet. Når afgørelsen om, at borgeren skal på botilbud, og det konkrete botilbud er godkendt, er kommunernes næste arbejdsgang indskrivning af borgeren og indflytning på botilbuddet.



Overlevering til botilbuddet er tilpasset borgeren

Overleveringen af borgeren til botilbuddet afhænger blandt andet af borgerens kendskab til stedet og stedets kendskab til borgeren. I de tilfælde, hvor borgeren kender botilbuddet godt, inden borgeren flytter ind, fortæller interviewkommunerne, at overleveringen kan være formalia:

“Så har vi haft nogle borgere som enten har gået i beskæftigelse sammen med nogen der bor på botilbuddet, eller de har været i aflastning på botilbuddet, så kender de jo omstændighederne. Så er det formalia at få dem skrevet ind, så er det ikke så meget det med at undersøge stedet. Så er det mere det praktiske omkring det.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Alle interviewkommuner beskriver, at der er brug for en løbende dialog mellem dem og botilbuddene. Det er vigtigt med telefonisk kontakt og mailkorrespondance, og kommunerne anser den løbende kontakt, inden borgeren flytter ind, som en essentiel del af overleveringen. Varde Kommune forklarer om overleveringen:

“Vi vægter det højt, at der bliver en god overlevering”

“Vi vægter det højt, at der bliver en god overlevering – både af info, men også af tryghed og viden, som ikke er dokumenteret.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Sagsbehandleren beskriver, at viden om borgeren, der ikke nødvendigvis fremgår af en udredning, er vigtig. Det er også viden, som botilbuddet ikke nødvendigvis kan læse sig til, men i højere grad kan få af mundtlig overlevering fra sagsbehandleren eller i mødet med borgeren selv.

Bestilling eller handleplan til botilbuddet

Flere af interviewkommunerne sender en bestilling til botilbuddet ved indskrivningen af en borger. Bestillingen kan blandt andet indeholde sagsbehandlerens faglige vurdering, formålet med indsatsen og borgerens mål for indsatsen.

Hvidovre Kommune beskriver, at de i bestillingen fokuserer på de mål, som botilbuddet skal arbejde med at opfylde. I Frederiksberg Kommune sker bestillingen gennem et internt IT-system, hvis botilbuddet er internt. Kommunerne sender, ud over bestillingen, også VUM, øvrige beskrivelser af borgeren samt en eventuel handleplan i forbindelse med overlevering.

Varde og Stevns Kommuner sender en handleplan til botilbuddet, frem for en konkret bestilling, når der er valgt et botilbud. Reglerne om handleplaner fremgår af lovboksen nedenfor.

§

HANDLEPLAN

Serviceovens § 141. Kommunen skal tage hensyn til borgerens ønske om en handleplan samt karakteren og omfanget af indsatsen.

Stk. 2. Kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller
- 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

Stk. 3. Handleplanen skal angive

- 1) formålet med indsatsen,
- 2) hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet,
- 3) den forventede varighed af indsatsen og
- 4) andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.

Stk. 4. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Stk. 5. Når en person visiteres til et socialt døgntilbud efter §§ 107-110, skal relevante dele af handleplanen eller den helhedsorienterede plan udleveres til tilbuddet.

En sagsbehandler fra Stevns Kommune forklarer om brugen af handleplaner til at overlevere informationer til botilbuddet:

"Vi har ikke bestillinger endnu, som nogle kommuner kører med. (...) Så har det være handleplaner, som har været styringsinstrumentet, hvor vi så beskriver konkret, hvad det er de skal arbejde med, hvor borgeren jo så også har været med inde over, for det er jo VUM-elementerne man omsætter i praksis." (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Borgerens funktionsniveau er afgørende for eventuelt forbesøg på botilbuddet

Som vi har beskrevet i kapitel 3 om inddragelse af borger og/eller pårørende i valg af botilbud, er inddragelsen afhængig af borgerens funktionsniveau og målgruppe. Funktionsniveauet er derfor også afgørende for, om borgeren kommer på et besøg på botilbuddet inden indflytning. Når det kan lade sig gøre at holde et forbesøg, kan det være med til at sikre en god overgang:

FORDELE OG ULEMPER VED, AT SAGSBEHANDLER ER MED PÅ FORBESØG

"Jeg plejer at have en snak med dem om det, om hvad de forestiller sig, og så plejer jeg at fortælle lidt om det, vi har. (...) Så plejer de som regel at tage på et besøg, hvor de kan møde nogle af pædagogerne og se rammerne osv." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Det er forskelligt, om sagsbehandlerne tager med på forbesøg. En sagsbehandler fra psykiatriområdet i Vesthimmerlands Kommune beskriver, at det kan være en hindring for borgeren, hvis sagsbehandleren er med ude på botilbuddet. Det kan betyde, at borgerne ikke får spurgt ind til alle de personlige ting, som de gerne vil vide. Omvendt kan det være en fordel, hvis rådgiverne er med til at hjælpe med at få stillet spørgsmålene, som en anden sagsbehandler beskriver:

"Der kan være nogle sager, hvor det giver rigtig god mening, at vi er med, for egentlig at høre alt hvad der bliver sagt, og kunne følge op på hvilke spørgsmål der måtte være." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Det vil altså afhænge af borgerens funktionsniveau og situationen, om det er en fordel eller ulempe, at sagsbehandleren deltager i et forbesøg.

Forskelligt, hvor involveret kommunen er i indskrivning og flytning

Det er forskelligt fra borger til borger, hvor involveret kommunen er i indskrivningen og indflytningen. Flere kommuner beskriver dog, at et indskrivningsmøde med botilbuddet og borgeren er en afgørende del af overleveringen.

SAGSFORLØB OM LISE

[Sagsforløbet om Lise](#), der blev præsenteret i kapitel 2, er et eksempel på, at sagsbehandleren afholder et indskrivningsmøde med Lise, hendes mand og personalet på det nye botilbud. Kommunen er desuden meget involveret i indflytningen, da Lises mand tidligere har været syg og derfor har begrænsede muligheder for at hjælpe sin kone. Sagsbehandleren koordinerer med botilbuddet, at de står for indkøb af møbler og gør værelset klar til indflytning. Lise flytter herefter ind, og kommer godt på plads på botilbuddet.

I forhold til indflytningen fortæller interviewkommunerne, at der kan være eksempler på, at borgerens netværk ikke har ressourcer til at støtte borgeren. Her er det nødvendigt, at kommunen er involveret, som en sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller:

"Og det bliver så myndighedsrådgiverne, hvis der ikke er andre på den måde til at hjælpe borgeren med det praktiske"

"Jeg har både arrangeret flyttefirma til at pakke et hjem ned og flytte, og vi har fået transporteret en bil fra Nordjylland over til Nykøbing Sjælland og alt sådan noget. Og det bliver så myndighedsrådgiverne, hvis der ikke er andre på"

den måde til at hjælpe borgeren med det praktiske.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune beskriver på samme vis, at de agerer tovholder på flytningen – og nogle gange kan trække på pårørende i forhold til det praktiske.

KAPITEL 5

Opfølgning og personrettet tilsyn



I dette kapitel belyser vi kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de skal følge op på en borger på et botilbud og gennemføre det personrettede tilsyn. Kapitlet belyser:

- Hvilken viden kommunerne indhenter i forbindelse med opfølgningen.
- Hvor ofte og hvordan kommunerne foretager opfølgning og personrettet tilsyn.
- Hvordan kommunerne bruger handleplaner i forbindelse med opfølgningen.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 5:

- Interviewkommunerne påpeger, at det er vigtigt at få en skriftlig statusudtalelse fra botilbuddet forud for opfølgningsmødet. Den fungerer som dokumentation på, hvordan borgeren har udviklet sig, og giver sagsbehandlere mulighed for at drøfte sagen med kollegaer.
- Kommunerne foretager hyppigere opfølgning på borgere på midlertidige botilbud end på længerevarende botilbud. Det skyldes, at der her i højere grad kan ske en udvikling i borgerens situation og behov.
- Opfølgningen kan ske hyppigere end ellers, hvis borgeren har komplekse udfordringer.
- Hvis borgerne har en handleplan, anvendes den som styringsværktøj i opfølgningen, og kommunerne lægger vægt på at følge op på borgerens konkrete mål.
- Flere af de interviewede sagsbehandlere skelner ikke skarpt mellem opfølgningen og det personrettede tilsyn. Det foretages på samme besøg. Ved det personrettede tilsyn gør kommunerne meget ud af at se borgeren og borgerens bolig.

PRAKSIS FOR OPFØLGNING VARIERER

Dette afsnit handler om kommunernes praksis, når de skal følge op på indsatsen for en borger, som er indskrevet på et botilbud.

§

OPFØLGNING

Serviceovens § 148. Kommunen, der har handleforpligtelsen, har pligt til at yde hjælp efter denne lov, jf. §§ 9-9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, derfor skal kommunen:

Stk. 1. Føre tilsyn med de tilbud, som kommunen i forhold til den enkelte person har truffet afgørelse om, jf. § 3, stk. 1. Dette gælder ikke driftsorienteret tilsyn.

Stk. 2. Løbende følge de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommunen skal herunder være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Opfølgningen skal ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Vigtigt med skriftlig status fra botilbuddet inden opfølgningsmødet

Alle interviewkommunerne fortæller, at de anmoder om en statusudtalelse fra botilbuddet inden der afholdes opfølgningsmøde. Det er dog ikke altid, at botilbuddet får sendt en statusudtalelse:

"Vi vil gerne have en statusudtalelse forud for de her opfølgningsmøder på § 107. Nogle botilbud er bedre til at komme med statusudtalelser, andre tilbud er ikke så gode til det."
(Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

I Stevns Kommune beskriver de også, at det ikke er altid, at botilbuddet sender en status. Dog har de, ligesom Norddjurs Kommune, omvendt også oplevet, at botilbuddet nogle gange kommer kommunen i forkøbet og selv sender status. En sagsbehandler fra Varde Kommune fortæller om at få sendt en status forud for opfølgningsmødet:

"Det er det, vi ønsker, og det er det, vi forventer, men det er ikke altid, at det bliver imødekommet. Men så løfter vi en pegefinger og håber på, at de husker det næste gang."
(Sagsbehandler, Varde Kommune)

I de sager, hvor kommunerne har borgere på interne botilbud, har de samme IT system som botilbuddet. Det gør det muligt at dele informationer i forbindelse med opfølgningen. I Frederiksberg Kommune og Varde Kommune foregår kommunikationen om opfølgning for borgere på de interne botilbud gennem deres fælles IT-system. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune beskriver dog, at botilbuddene ikke altid får udfyldt

en status, og det kan gøre det nødvendigt at rykke botilbuddet.

Alle kommuner påpeger, at den skriftlige status er meget vigtig forud for et opfølgingsmøde. En sagsbehandler fra Varde Kommune lægger vægt på, at det er en vigtig del af den skriftlige dokumentation af opfølgningen i sagen. Den skriftlige status bruges også af sagsbehandlerne til at få dokumentation på, hvordan borgeren har udviklet sig. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune forklarer, at det er afgørende, at botilbuddet har sendt en statusudtalelse inden mødet, for at sagsbehandleren kan forberede sig. Det er vigtigt for sagsbehandleren at vide, hvordan botilbuddet vurderer, at det går med borgeren forud for mødet, og om der er progression i forhold til de mål, der er sat for borgeren. Sagsbehandleren forklarer, at det handler om at vurdere, om borgeren stadig er i personkredsen for botilbuddet. Sagsbehandleren fortæller om at læse status inden mødet:

”Så har jeg en idé omkring, om der er en progression, og hvordan det egentligt går. Nogen gange har jeg taget den på teammøde, inden jeg skal ud på et opfølgingsmøde for at få opkvalificeret den faglige vurdering ud fra statusudtalelsen.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Som det fremgår, giver statusudtalelsen fra botilbuddet også sagsbehandleren mulighed for at drøfte sagen med kollegaer inden opfølgingsmødet.

Hyppigere opfølgning på midlertidige botilbud end på længerevarende botilbud

Flere kommuner beskriver, at de laver opfølgning omkring tre måneder efter, at borgeren er flyttet ind på botilbuddet. Det gør de uanset, om det er midlertidige eller længerevarende indsatser. I Varde Kommune beskriver de, at de følger op efter tre måneder:

”Første gang som udgangspunkt er senest 3 måneder efter indflytning, der følger vi op.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Efter den første opfølgning er der forskelle på, hvor ofte kommunen følger op, alt efter om det er et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Flere fortæller, at de følger hyppigere op på borgere, der er visiteret til midlertidige botilbud efter SEL § 107. Det skyldes, at der her i højere grad kan ske en udvikling i borgerens situation og behov:

”Nogle af dem der har boet på botilbud de sidste 25 år eller 50 år, der behøver jeg ikke at komme lige så hyppigt, hvor tingene de kører, det ser fornuftigt ud. Så er det vigtigere at

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANG

Sagsgennemgangen viser, at der i langt de fleste sager er foretaget opfølgning. Der er dog enkelte sager, hvor opfølgningen ikke fremgår i året efter, at der er truffet afgørelse om botilbud.

bruge min tid på § 107'eren, fordi de skal videre i livet, der skal ske nogle ting, hvis man sådan skal prioritere sin tid.”
(Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Flere kommuner fortæller, at de efter den første opfølgning i udgangspunktet følger op hvert halve år eller årligt. Der følges ikke ligeså hyppigt op på borgere, der er i et længerevarende botilbud. Vesthimmerlands Kommune fortæller eksempelvis, at de en gang årligt følger op på botilbud efter SEL § 108/ABL § 105, og at det nogle gange kan foregå som en skriftlig opfølgning.

SAGSFORLØB OM SUSANNE



Sagsgennemgangen viser, at der i langt de fleste sager er foretaget opfølgning. Der er dog enkelte sager, hvor opfølgningen ikke fremgår. Det er det konstruerede sagsforløb²⁵ om Susanne, som præsenteres herunder, et eksempel på.

SUSANNE – VISITATION FRA ET LÆNGEREVARENDE BOTILBUD TIL ET ANDET

Susanne på 38 år er diagnosticeret med angst og personlighedsforstyrrelse og bor på et længerevarende botilbud efter ABL § 105. Susanne vil gerne flytte, da beboersammensætningen ændrer sig på hendes nuværende botilbud. Der kommer flere beboere med udadreagerende adfærd på botilbuddet, og Susanne trives ikke længere blandt de øvrige beboere. Med hjælp fra sin søster benytter Susanne sig af muligheden for frit valg. Susanne bliver revisiteret fra et botilbud efter ABL § 105 til et andet ABL § 105 tilbud.



Forhistorie

Susanne bor på et længerevarende botilbud efter ABL § 105 tilbud med socialpædagogisk støtte efter SEL § 85. Hun flyttede ind for to år siden, da hendes tidligere botilbud lukkede. Botilbuddet er valgt, da der ikke er beboere, der har en udadreagerende adfærd. Der går flere år, hvor Susanne er glad, og på opfølgingsmøderne vurderer sagsbehandleren, at hun er velplaceret.

²⁵ Læs mere om udarbejdelsen af sagsforløbene i bilag 1.



Grundlaget for, at kommunen vælger at revisitere til ABL § 105

Susanne vil på et tidspunkt gerne flytte, da beboersammensætningen over årene ændrer sig på hendes nuværende botilbud. Der kommer flere beboere med udadreaerende adfærd på botilbuddet, og Susanne trives ikke længere blandt de øvrige beboere. Det fortæller hun til sin søster. Susannes søster taler med botilbuddet, der tilkendegiver, at botilbuddets målgruppe har ændret sig i løbet af de sidste to år. Botilbuddet og søsteren sender sammen en mail til sagsbehandleren.

På et opfølgingsmøde måneder senere gør både søsteren og botilbuddet igen opmærksom på, at målgruppen for botilbuddet har ændret sig i løbet af de seneste år, og at der er kommet borgere til med udadreaerende adfærd. Susanne er begyndt at isolere sig mere og deltager ikke længere i hendes beskyttede beskæftigelse efter SEL § 103. Botilbuddet gør opmærksom på, at hun er omfattet af 'deres pakke', hvilket betyder, at Susanne skal møde op til sin beskæftigelse fire gange om ugen, da der ikke er personale på botilbuddet i de tidsrum.

Susanne får ny sagsbehandler, som beklager, at kommunen ikke har handlet før. På et møde mellem den nye sagsbehandler, Susanne og hendes søster bliver alle enige om, at mulighederne for et nyt botilbud til Susanne skal undersøges. Det fremgår af sagen, at sagsbehandleren udarbejder en opdateret VUM og handleplan.



Match mellem borger og botilbud

Sagsbehandleren informerer Susanne og hendes søster om, at Susanne har frit valg. Sammen med sin søster søger Susanne efter botilbud på Tilbudsportalen. Hun vil gerne hen på et mindre botilbud. Susanne og hendes søster finder et ABL § 105 tilbud i en anden kommune, hvor de fortæller sagsbehandleren, at Susanne gerne vil bo. Det fremgår ikke af sagen, at sagsbehandleren kontakter botilbuddet, men sagsbehandleren skriver til Susanne, at hun vil undersøge tilbuddet nærmere.



Bevilling af botilbud efter ABL § 105

Sagsbehandleren indstiller det konkrete tilbud samt dets pris til visitationsudvalget. Botilbuddet bliver godkendt. Søsteren besøger botilbuddet, tager billeder og fortæller om det til Susanne. Susanne opsiger efterfølgende lejekontrakten til sin ABL § 105 bolig.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Det fremgår ikke af sagen, at der er lavet opfølgning eller personrettet tilsyn på det nye ABL § 105 botilbud i året efter, at Susanne flytter ind.

Det konstruerede sagsforløb om Susanne viser, at der ikke er foretaget opfølgning eller personrettet tilsyn i året efter, at Susanne er flyttet ind på botilbuddet.

Hyppigere opfølgning i komplekse sager

Flere kommuner beskriver, at ved komplekse sager kan opfølgning forekomme oftere end normalt. Norddjurs Kommune har for borgere på socialpsykiatriske botilbud praksis for opfølgning hver anden måned, når de vurderer, at borgeren har meget komplekse problemstillinger – men det kan også være helt ned til en gang om måneden:

”Det kommer an på, hvor vi er i processen, men jeg synes egentligt, vi laver meget nogle individuelle aftaler.”

”Det kommer an på, hvor vi er i processen, men jeg synes egentligt, vi ofte laver nogle individuelle aftaler. Jeg har haft en, som blev indskrevet, hvor vi på forhånd vidste, at der ville blive nogle problemer, og der havde vi simpelthen på forhånd lavet en aftale om, at der holder vi møde en gang om måneden for at holde fast i de her aftaler omkring hand-leplanen og få den justeret løbende. Så vi også ligesom kunne holde ham fast i, at det er altså det her, der er planen for opholdet.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

I Frederiksberg Kommune beskriver de en lignende praksis:

”Er der et eller andet, der indikerer, at der er brug for noget yderligere, så sætter vi selvfølgelig ind med flere opfølgninger.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

I Stevns Kommune fortæller en sagsbehandler, at de har en

MANGLENDE KENDSKAB TIL HINANDENS FAGLIGHED

fast praksis, hvor de allerede fra start fastlægger, hvor ofte der skal følges op, alt efter, hvor komplekse behov borgeren har. Her aftaler de individuelt ved indskrivningen på botilbuddet, om der skal følges op efter tre måneder eller efter et halvt år.

Eksempler på udfordringer i samarbejdet

Nogle kommuner beskriver, at samarbejdet med botilbuddene varierer i forbindelse med opfølgningen. De beskriver blandt andet, at manglende kendskab til hinandens viden, faglighed og arbejdsgange kan være en udfordring:

”Så vi snakkede bare i to forskellige verdener lige pludselig, indtil man spurgte mere ind til, hvad det var, hun mente.”
(Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Sagsbehandlerne og botilbuddene har forskellige fagligheder og forskellige idéer om, hvad der vil gavne borgeren. Det kan bidrage til det gode samarbejde, når kommunerne og botilbuddene er klare i kommunikationen og bevidste om forskellene på, hvilken indgangsvinkel de har til arbejdet med borgeren. Samtidig er det vigtigt, at de respekterer hinandens faglighed:

”Hvordan den pædagogiske tilgang skal være i forhold til de mål, som jeg fremsender, det har jeg en forventning om, at de klarer fint selv. Jeg har en forventning om, at de arbejder derhen ad, og de ikke ser bort fra de mål, jeg har lavet og arbejder hen imod noget andet. Det plejer at virke at være meget firkantet.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Dermed kan der være tale om forskellige udgangspunkter fra henholdsvis kommunerne og botilbuddene, men opmærksomhed på disse forskelligheder og dialog kan ofte løse vanskelighederne.

Hvem der deltager på opfølgingsmøder varierer

Til opfølgingsmøderne er det som udgangspunkt sagsbehandler, borger og personale fra botilbuddet der deltager. Der kan være tilfælde, hvor værge eller en partsrepræsentant deltager.

SAGSFORLØB OM WILLIAM

I [sagsforløbet om William](#), der blev præsenteret i kapitel 3, fremgår det, at hans forældre er bekymrede for hans udvikling på botilbuddet. Dette bliver sagsbehandleren først opmærksom på til opfølgingsmødet, men det fører til en dialog blandt de forskellige parter. Ved gennemgangen af sagsforløbet i Stevn Kommune udtrykker en sagsbehandler, at det er vigtigt at undersøge dette nærmere:

"Hvad det er, der så gør, at der så senere kommer nogle oplysninger fra dem, eller det er i hvert fald forældrenes oplevelse. Det skal selvfølgelig tages seriøst og alvorligt. Ved opfølgningen der kræves jo, at der bliver taget stilling til, om der er det rette match, altså i forhold til hvad de pædagogisk tilbyder den borger for at sikre sig, at de mål bliver opfyldt." (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

De aftaler, at det skal skrives ned på daglig basis, hvilke aktiviteter, som William udfører.

SAGSFORLØB OM MIKKEL

Ud over forældre, kommune og borger beskriver nogle kommuner, at de ved et STU forløb også inddrager STU-vejlederen i opfølgningen. [Sagsforløbet om Mikkel](#), som blev præsenteret i kapitel 2, er et eksempel på dette. En sagsbehandler fra Varde Kommune siger i gennemgangen af dette sagsforløb:

"Når vi tager ud og laver opfølgning på vores botilbud med STU, så følges vi gerne med STU-vejlederen også, så det er et fælles møde." (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Handleplanen bruges som et værktøj i opfølgningen

Interviewkommunerne beskriver, at de på opfølgningsmødet følger op på målene i handleplanen, hvis borgeren har takket ja til tilbuddet om en handleplan. Kommunerne forklarer, at det er vigtigt, at den status, botilbuddet sender dem, handler om målene for borgeren, og at opfølgningen tager udgangspunkt i målene:

"Vi kan ikke sidde og læse 40 siders status på alle vores borgere inden opfølgningsmødet"

"Vi kan ikke sidde og læse 40 siders status på alle vores borgere inden opfølgningsmødet, det har vi bare ikke tid til. Så vi har brug for at få på målene og få beskrevet, hvis der er sket nogle ændringer på nogle områder." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Kommunerne bruger også handleplanen til at konkretisere, hvad opfølgningsmødets formål er. Flere kommuner beskriver, at de bruger handleplanen som styringsredskab i opfølgningen. Det gør de for at sikre, at der bliver fulgt direkte op på de mål, som kommunen har beskrevet i en handleplan og/eller bestilling. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune lægger dog vægt på, at hun sætter målene, men at det er botilbuddets rolle at finde ud af, hvordan målene nås:

"Jeg gør også et nummer ud af at være firkantet omkring, hvilke forventninger botilbuddet skal have til den handleplan, som jeg laver. Jeg italesætter, at det er generelle mål, som ikke siger noget om, hvordan I rent pædagogisk skal nå frem til dem." (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

SAGSFORLØB OM MIKKEL

I [sagsforløbet om Mikkel](#), der blev præsenteret i kapitel 2, fremgår det, at de først på opfølgingsmødet drøfter, hvad Mikkels handleplan skal indeholde, og at den derefter bliver udarbejdet af sagsbehandleren. Der er altså ikke udarbejdet en handleplan, inden Mikkel flytter ind på botilbuddet. Det er et eksempel på, at handleplanen bruges til at klargøre det videre forløb, når der følges op på en borger.

DET PERSONRETTEDE TILSYN

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne foretager det personrettede tilsyn. Overordnet vidner interviewene om, at flere af de interviewede sagsbehandlere ikke skelner skarpt mellem opfølgningen og det personrettede tilsyn. Tilsynet foretages som oftest samtidig med den øvrige opfølgning.

Fokus på borgerens trivsel og omgivelser

Alle seks interviewkommuner beskriver, at de foretager det personrettede tilsyn sammen med den øvrige opfølgning. Desuden viser sagsgennemgangen, at der, i sagerne, ofte ikke er angivet særskilt, om der er foretaget personrettet tilsyn. Det betyder, at de også vurderer borgerens trivsel, og eventuelt ser borgerens bolig, når de er til opfølgingsmøde på botilbuddet.



PERSONRETTET TILSYN

Reglerne om personrettet tilsyn fremgår af servicelovens § 148, stk. 1 og stk. 2, som blev præsenteret på s. 81, samt lov om retssikkerhed og administration på det sociale område:

§ 16. Kommunen har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, jf. § 15. Tilsynet omfatter både indholdet af tilbuddene og den måde, opgaverne udføres på.²⁶

Ud over opfølgningen på borgerens indsatsmål fortæller flere sagsbehandlere, at formålet med det personrettede tilsyn er at have øje for borgerens trivsel:

”Det personrettede tilsyn, det handler jo om, om de trives, har de det godt, har de det ikke, er de velplaceret, hvad skal der være af justeringer.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

²⁶ §§ 15 og 16 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1555 af 2. november 2020.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

Det er i sagsgen-
nemgangen kun få
sager, hvor det
fremgår særskilt,
at der er foretaget
personrettet til-
syn.

Alle kommunerne fortæller, at de spørger borgeren, om de må se deres værelse eller lejlighed i forbindelse med det personrettede tilsyn:

"Så får jeg tit lige lov til at komme ind og se deres lejlighed. Nogle gange så holder vi også opfølgingsmøde oppe på deres aktivitets- eller beskæftigelsestilbud, så skal jeg da også lige med ind og se, hvad de laver." (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Vesthimmerlands Kommune beskriver, at de ind i mellem kan opleve, at botilbuddet kan være uenig i, om det er til gavn for borgeren at få besøg:

"Jeg har et par enkelte steder, hvor de siger, at "borgeren bliver så frustreret over, at I kommer og vil besøge dem", så siger jeg, at det er altså ikke mit problem." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

SAGSFORLØB OM WILLIAM

Alle kommunerne oplever, at de oftest kan komme ind og se borgerens bolig uden problemer. [Sagsforløbet om William](#), der blev præsenteret i kapitel 3, er et eksempel på, at sagsbehandleren ser borgerens værelse i forbindelse med opfølgningen. Sagsbehandleren beskriver i sagen, hvordan værelset ser ud. Sagsbehandlerne stræber efter at se borgeren og borgerens bolig, hvis det er muligt.

KAPITEL 6



Revisitation

Dette kapitel handler om kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når en borger skal revisiteres fra et botilbud til et andet. Kapitlet belyser:

- Hvilke årsager der kan være til, at borgere revisiteres.
- Hvordan sagsbehandlerne finder et nyt botilbud, når borgeren skal revisiteres.
- Kommunernes erfaringer med flytninger imellem forskellige typer af botilbud og med flytning uden samtykke.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 6:

- Der er forskellige årsager til, at interviewkommunerne vælger at revisitere en borger til et andet botilbud. Det kan være borgerens eget ønske, at botilbuddet ikke længere er et match, eller at der sker ændringer i borgerens eller botilbuddets målgruppe.
 - Hvis det er muligt, vil kommunerne helst løse problemerne, hvor borgeren er, frem for at revisitere borgeren.
 - Det varierer, hvordan kommunerne finder det nye botilbud til borgeren. De tidligere botilbud kan være behjælpelige eller VISO kan hjælpe med at klarlægge borgerens behov. Vi henviser til kapitel 3, for uddybning af selve matchningen mellem borger og botilbud.
 - Forløb, der fører til revisitation, kan se meget forskellige ud. Kommunerne oplever ikke et reelt mønster i revisitation. Dog beskriver de, at en midlertidig indsats ofte vil have fokus på, at borgeren kommer hjem at bo, mens der kan være udfordringer ved at revisitere en borger fra en længerevarende indsats efter ABL § 105.
 - Der er udfordringer forbundet med at flytte en borger uden samtykke. Det er blandt andet i forbindelse med bevilling af værgemål.
-

ÅRSAGER TIL REVISITATION

Dette kapitel handler om årsager til revisitation. Der kan være forskellige årsager til, at kommunerne vælger at revisitere en borger. Interviewkommunerne fortæller, at det blandt andet kan handle om:

- mistrivsel hos borgeren,
- at botilbuddet ikke længere kan varetage borgerens behov,
- at der ikke sker en udvikling hos borgeren,
- ændret beboersammensætning,
- eller om ændret adfærd eller ønsker hos borgeren.

Først og fremmest forsøger kommunerne at løse udfordringerne på botilbuddet.

Opmærksomhed på en borgers mistrivsel

Gennem opfølgninger, personrettet tilsyn og løbende dialog med borger og botilbud vurderer sagsbehandleren, om borgeren fortsat er i personkredsen for botilbuddet, og om borgeren trives. Hvis sagsbehandleren bliver opmærksom på, at en borger ikke trives, skal sagsbehandleren finde ud af årsagen til det, og vurdere om borgeren skal revisiteres.

Hvis en borger mistrives på sit botilbud, er der forskellige måder, hvorpå sagsbehandleren kan blive gjort opmærksom på det. Sagsbehandleren kan eksempelvis blive gjort opmærksom på det til et opfølgingsmøde/personrettet tilsyn:

“Det kan være, at vi ved et tilsyn blev opmærksom på at borgeren ikke får den hjælp, de skal have. For eksempel at der ikke bliver gjort ordentligt rent, eller borgeren giver udtryk for, at han aldrig får besøg, eller får lov til noget som helst. Der er mange faktorer der spiller ind.”
(Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Sagsbehandlerne kan også blive opmærksomme på, at borgeren ikke får den rette hjælp, når de er ude og se borgeren. Opmærksomheden på mistrivsel kan også komme fra borgeren selv:

“Inde i ungeteamet kontakter borgerne os jo også selv tit, hvis de tænker, at det bare slet ikke går, eller hvis der er udfordringer. Det er en målgruppe, hvor vi ofte vil være i løbende dialog med dem.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Det er dog ikke alle borgere, som selv kan give udtryk for, at de mistrives. Det kan derfor også være borgerens pårørende, som gør opmærksom på problemerne:

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I de sager i sagsgennemgangen, hvor borgeren bliver revisiteret til et andet botilbud, er kommunen ofte blevet opmærksom på, at borgeren skal revisiteres ved, at botilbuddet har kontaktet dem eller i forbindelse med et opfølgingsmøde.

"Der kan også være pårørende, som er utilfredse. Der kan jo være mange årsager til det, for eksempel at man er blevet uvenner med nogle af pædagogerne, eller at man ikke synes, at de gør noget godt nok." (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

SAGSFORLØB OM SUSANNE

Sagsforløbet om Susanne, som blev præsenteret i kapitel 5, er et eksempel på, at det er borgerens pårørende, som henvender sig til kommunen og gør opmærksom på, at borgerne ikke trives. Botilbuddet sender, sammen med Susannes søster, en mail til sagsbehandleren, og gør opmærksom på Susannes mistriivsel på botilbuddet.

En kommune beskriver, at opmærksomheden på mistriivsel også komme fra andre instanser:

"Det kunne også være i forbindelse med en mail fra Socialtilsynet om, at der er kommet et skærpet tilsyn i botilbuddet." (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Et skærpet tilsyn med et botilbud kan føre til opmærksomhed på, at botilbuddet ikke længere er det rette for borgeren, og at sagsbehandleren derfor skal tage stilling til, hvad der skal ske med borgeren.

Revisitation er den sidste udvej

Når sagsbehandlerne bliver opmærksomme på, at der kan være behov for at reorganisere en borger, vurderer de først, om udfordringerne kan løses på det nuværende botilbud:

"Vi vil i første omgang prøve på at løse problemet på stedet med borgeren og personalet og holde et møde for at se, om man ikke kunne løse det her problem." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Flere kommuner beskriver, at der skal meget til, før de vælger at reorganisere en borger. Blandt andet beskriver en sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune:

"Det her med at reorganisere til et andet tilbud, det er jo ikke bare lige noget, man gør. Specielt ikke i de sager, hvor borgeren er så dårlige, at de ikke selv kan give samtykke." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

"Det her med at reorganisere til et andet tilbud, det er jo ikke bare lige noget, man gør."

En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune beskriver også, at de vil gøre meget for at løse problemet på botilbuddet, da det er vurderet, at det er det bedste botilbud til borgeren. Sagsbehandleren fra Frederiksberg Kommune beskriver videre, at det er en vægtning, som sagsbehandleren må tage:

"Nogle gange siger man lidt det her med, at aben flytter med. Der er et problem, der er svært at løse, fordi det her problem vil opstå, uanset hvor han bor. Så det er også lidt et scenarie i forhold til hvor voldsomt det her problem er på stedet, man vil vurdere ud fra." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Når botilbuddet ikke kan løfte opgaven

Hvis udfordringer kan ikke løses på botilbuddet, kan det blive nødvendigt at reorganisere borgeren. En årsag til, at kommunen må overveje at reorganisere en borger til et andet botilbud, kan være, at botilbuddet giver udtryk for, at de ikke længere kan varetage borgerens behov:

"Vi har oplevet et par gange, hvor vi kommer ud til et helt almindelig statusmøde, og får at vide: "Forresten så kan vi ikke have borgeren mere."" (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Stevns Kommune oplever, at det er uhensigtsmæssigt, når de først bliver opmærksomme på, at borgeren mistrives og eventuelt skal flytte botilbud på et opfølgings- eller statusmøde. De vil gerne inddrages, ligeså snart der opstår udfordringer i relation til borgeren. Det giver dem mulighed for at gå i dialog med botilbuddet om at løse udfordringerne.

Vesthimmerlands Kommune har erfaret, at det efter indflytningen på et botilbud kan vise sig, at et match på papiret er ikke altid et match i virkeligheden:

"Han er i målgruppen på papiret, men man formår ikke, at give ham det, han har brug for (...) selvom der stod, at de kunne på papiret, så er det bare ikke altid det, vi ser ude i virkeligheden." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Udvikling eller begrænset udviklingen hos borgeren

En årsag til reorganisation kan også være, at borgeren bliver bedre, og skal have en mindre indsats, eller omvendt, at borgeren ikke udvikler sig og skal have yderligere hjælp. Hvidovre kommune beskriver:

"Det kan også være, hvis udviklingsprocessen er gået i stå, og samarbejdet mellem personalet og beboeren ikke er godt længere. Altså hvor det bare bliver en opbevaring i stedet for, hvor det der med, at vi betaler for en indsats ikke længere eksisterer. Og så skal man jo vurdere, altså, hvis borgeren stadig har brug for indsatsen, så skal det jo være et andet sted. Jeg vil da ikke betale for noget, som vi ikke får." (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

KOMMUNEN VIL GERNE HURTIGT VIDE, HVIS BORGEREN MIS- TRIVES

"Det kan også være, hvis udviklingsprocessen er gået i stå, og samarbejdet mellem personalet og beboeren ikke er godt længere."

Omvendt kan borgeren også have udviklet sig og dermed være klar til at flytte til et andet botilbud, hvor de skal arbejde med øvrige udfordringer, som borgeren har:

”Så kan det jo godt være, at man laver en revisitering et par år efter og siger ”nu har du klaret udfordringerne om natten”, så nu er det ikke så vigtigt. Nu skal vi til at arbejde med noget af det andet, som det botilbud måske ikke er det rette til at gøre, så må man lave noget revisitering over til noget andet.” (Sagsbehandler, Stevns Kommune)

Der er også eksempler på, at det er heller ikke alle borgere, som kan indgå i de sociale relationer, der er på et botilbud:

”Det kan også nogle gange være, at de ikke formår at indgå i de relationer, der er på et botilbud. Så det kan også være noget med en målgruppevurdering på ny.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Det kan blive nødvendigt at revidere borgeren til et andet botilbud eller se på, om borgeren fortsat er i målgruppen til botilbud.

Ændret beboersammensætning

Flere kommuner beskriver, at en årsag til, at en borger skal revideres til et andet botilbud kan være, at beboersammensætningen på botilbuddet har ændret sig:

”Det kan ske noget med det tilbud eller med målgruppen løbende. Så får de flere ind, der har de og de udfordringer, og dem, de havde før, der havde nogle andre udfordringer, de bliver lidt skubbet ud, som tiden går. Så fylder den anden udfordring mere, og så kan tilbuddet lige pludselig se anderledes ud, end det gjorde fra start.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

SAGSFORLØB OM SUSANNE

Når målgruppen ændrer sig, kan det have væsentlig betydning for borgerens trivsel. [Sagsforløbet om Susanne](#), der blev præsenteret i kapitel 5, er et eksempel på dette. Beboersammensætningen på hendes botilbud ændrer sig i en sådan grad, at hun isolerer sig og ikke deltager i den beskæftigelse, som er planlagt for hende. Det fører til, at hun revideres til et andet botilbud.

Ændring i borgerens adfærd og ønsker

Det er ikke kun botilbuddets beboersammensætning, der kan gøre, at en borger ikke længere passer ind på botilbuddet. Omvendt kan borgerens adfærd også ændre sig løbende:

”Vi har oplevet det modsatte, hvor det har været vores borger, der har haft en adfærd, der har gjort, at han så ikke

“Vi har oplevet det modsatte, hvor det har været vores borger, der har haft en adfærd, der har gjort, at han så ikke kunne være der af hensyn til de andre beboere.”

kunne være der af hensyn til de andre beboere.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Kommunerne fortæller, at det eksempelvis kan være, hvis borgeren bliver meget udadreagerende. Så revisiteres borgeren af hensyn til de øvrige beboere på botilbuddet. I den forbindelse har det også betydning, om botilbuddet er godkendt af Socialtilsynet til at varetage en borger med udadreagerende adfærd. I den forbindelse beskriver Vesthimmerlands Kommune et krydspres:

“Vi kan opleve, at borgere og pårørende vil blive i det botilbud, hvor Socialtilsynet siger, at borgeren ikke er i målgruppe til at være mere. Så den er også lidt til Ankestyrelsen, fordi de klager over, vores afgørelse om, at vi vil flytte ham til et tilbud, hvor han er inden for målgruppen. Han var i målgruppen, dengang han blev placeret, men han har ændret sig.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

SAGSFORLØB OM SØREN

Det er vigtigt, at botilbuddet er godkendt til at varetage de udfordringer, som borgeren har. [Sagsforløbet om Søren](#), der blev præsenteret i kapitel 4, er et eksempel på, at botilbuddet ikke er godkendt til at håndtere en udadreagerende adfærd, som Søren begynder at udvise. Det fører til, at han bliver revisiteret.

Borgerens ønsker til botilbuddet kan også ændre sig over tid. Borgerens ønske om et andet botilbud, kan handle om personlige forhold eller behov for andre omgivelser:

“Det er ofte dem på § 107, hvor der skal ske lidt luftforandring, eller de er trætte af eksempelvis at dele badeværelse med en anden beboer, og det er de trætte af, og nu vil de gerne noget andet.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

Borgere, som er visiteret til længerevarende botilbud efter SEL § 108 eller et ABL § 105, har mulighed for at benytte sig af frit valg. Det betyder, at borgeren har ret til at vælge et andet tilbud, hvis det i forhold til målgruppe og økonomi er ligestillet med det tilbud, som kommunen har fundet til borgeren. Det kan dermed være en borgers ønske at blive revisiteret. Revisitation kræver, at kommunen foretager en konkret og individuel vurdering af botilbuddets egnethed.

SAGSFORLØB OM SUSANNE

[Sagsforløbet om Susanne](#), der blev præsenteret i kapitel 5, er også et eksempel på, at borgeren benytter sig af retten til frit valg i forbindelse med revisitationen til et længerevarende botilbud. En sagsbehandler fra Frederiksberg Kommune udtaler om sagsforløbet:

”Det er jo meget genkendeligt i forhold til det der med at anvende sit frie valg.” (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Som beskrevet i kapitel 3 varierer det, hvor ofte kommunerne oplever, at borgerne gør brug af frit valg. En kommune forklarer det med, at borgeren i de fleste tilfælde har været inddraget tidligt i sagen, og sagsbehandleren forsøger at imødekomme borgerens ønsker.

ARBEJDET MED AT FINDE ET NYT BOTILBUD

Når kommunen er blevet opmærksom på, at der er behov for en revisitation, skal sagsbehandleren finde et nyt botilbud til borgeren. Dette afsnit handler om de arbejdsgange i forhold til matchning af borger og botilbud, der konkret har at gøre med revisitation. Vi henviser til kapitel 3 for uddybning af selve matchningen mellem borger og botilbud.

Det tidligere botilbud kan hjælpe med match

Når en borger skal revisiteres til et andet botilbud, kan kommunerne, i samarbejde med borgerens aktuelle botilbud, finde ud af, hvad det nye tilbud skal kunne i forhold til borgerens støttebehov. En sagsbehandler fortæller, hvordan beskeden fra botilbuddet kan lyde:

”Vi kan ikke varetage den her opgave mere, men vi har hørt, eller vi kender et tilbud der, som vi tænker kunne være det rette.” De synes jeg, at de fleste er gode til.
(Sagsbehandler, Varde Kommune)

Kommunerne fortæller, at når de skal finde et nyt botilbud, kan det tidligere tilbud både hjælpe med at videregive viden og erfaringer. De har også oplevet, at medarbejderne fra botilbuddene besøger hinanden for at lære af hinandens erfaringer med borgeren. Botilbuddet kan også pege på et andet specifikt botilbud, som de mener kan varetage borgerens behov.

VISO kan hjælpe med at skabe retning for nyt match

Som beskrevet tidligere fortæller flere kommuner, at VISO kan inddrages i de sager, hvor borgeren har komplekse problemstillinger. Det gælder også i forbindelse med revisitation, hvor VISO kan bidrage til at finde ud af, hvad indsatsen på det nye botilbud skal indeholde, for at de kan rumme borgerens behov. En kommune forklarer, hvornår de inddrager VISO:

”Hvis der skal skiftes botilbud, så er det godt at have VISO med inden i forhold til, hvad er det for nogle ting, der ikke har fungeret her, men som skal være på plads for at fungere et eventuelt andet sted.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

VISO KAN INDDRAGES I KOMPLEKSE SAGER

VISO kan dermed hjælpe med at undersøge borgerens udfordringer nærmere, for at borgeren, på sigt, kan trives på et andet botilbud. Stevns Kommune beskriver, at de inddrager VISO, når botilbudsforløbet ikke har fungeret:

”Det er jo typisk, hvis vi har visiteret dem til et eller andet botilbud, det fungerer bare ikke, og man kan simpelthen ikke finde ud af, hvad der er hoved og hale i det her. For de oplysninger vi har, den antagelse, den faglige vurdering man har lavet i indstillingen til botilbuddet, fungerer ikke.”
(Sagsbehandler, Stevns Kommune)

SAGSFORLØB OM SØREN

Den faglige vurdering kan dermed styrkes ved at bruge VISO. [Sagsforløbet om Søren](#), der blev præsenteret i kapitel 4, er eksempel på, at VISO inddrages for at hjælpe det nye botilbud med at forstå, hvad Søren har behov for og klæde det nye botilbud på til opgaven. I sagsforløbet hjælper VISO med at klarlægge, at Søren har brug for en til en støtte i starten i sit nye botilbud, hvilket giver kommunen noget konkret at gå efter.

Nogle kommuner har fokus på hjemtagning af borgere

De kommuner, der driver egne tilbud, fortæller, at hvis borgeren er placeret på et eksternt botilbud og skal revideres, vil de altid overveje, om revisiteringen kan ske til et af deres egne tilbud. Kommunerne beskriver, at de flytter borgeren, hvis det er borgerens ønske, og de har et egnet tilbud i egen kommune.

HJEMTAGNING KAN SKYLDES ET POLITISK FOKUS

I den forbindelse ligner kommunernes overvejelser de samme, som blev beskrevet i kapitel 3 i afsnittet om, hvorfor de primært ønsker at anvende deres egne tilbud. Det kan eksempelvis handle om, at borgeren eller de pårørende ønsker, at borgeren bor tæt på sin familie. Det kan også skyldes et politisk fokus og/eller ledelsesmæssigt fokus på først og fremmest at anvende egne tilbud. Det kræver dog altid en konkret og individuel vurdering.

En årsag til at hjemtage en borger kan også være, at sagsbehandleren gennem opfølgning vurderer, at der ikke er progression på det aktuelle botilbud:

”Når vi følger op, hvis ikke det her eksterne tilbud det rykker væsentligt, så skal vi jo igen vurdere, om man kan strikke et bedre tilbud sammen i vores egen kommune.”
(Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Hjemtagning er ikke altid en mulighed

Selvom flere kommuner overvejer, om en borger kan matche en botilbudsplads i egen kommune, er der også tilfælde, hvor det ikke er en mulighed. Hvis de interne botilbud eksempelvis ikke har de fysiske rammer, der kan imødekomme borgerens behov, er hjemtagning ikke en mulighed – på samme måde som det ikke var en mulighed at tilbyde borgeren en plads der i første omgang. En sagsbehandler fra Norddjurs Kommune fortæller:

”Når vi har nogen ude af kommunen, så er det jo oftest på en indsats, som vi ikke selv har (...)”

”Når vi har nogen ude af kommunen, så er det jo oftest på en indsats, som vi ikke selv har, som vi ikke kan rumme i vores tilbud og så kan vi jo ikke have fokus på at hjemtage dem, hvis vi har vurderet, at det kan vi ikke rumme.”
(Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Sagsbehandleren beskriver videre, at det ikke altid er hensigtsmæssigt at hjemtage borgere, som har boet på eksterne tilbud i længere tid og kan have meget svært ved at flytte.

FLYTNING FRA BOTILBUD

Dette afsnit handler om kommunernes erfaringer med flytning imellem forskellige typer af botilbud. Kommunerne oplever ikke et overordnet mønster i, hvad en borger revisiteres til og fra. Dog har de erfaringer med, at borgere på midlertidige botilbud ofte flytter i egen bolig. Desuden har de erfaringer med, at revisitation af borgere fra et længerevarende botilbud efter ABL § 105 til et andet kan være forbundet med udfordringer.

Efter ophold på midlertidigt botilbud kommer borgere ofte i egen bolig

Flere af interviewkommunerne beskriver, at borgere, der er i et SEL § 107 tilbud, ofte kommer hjem og bor – eventuelt med socialpædagogisk støtte efter SEL § 85. I Varde Kommune beskriver de, at især de unge bliver i stand til at bo i egen bolig efter deres STU:

”Og så har vi brugt § 107 indtil for nylig, meget også i forhold til STU-borgere, som har været ude i et STU-skoleforløb, hvor vi betaler bo-delen. Og der er flere af dem, der kommer hjem i egen bolig med § 85-støtte efterfølgende, fordi de er blevet udviklet i deres STU-forløb til at kunne bo selv.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

En sagsbehandler fra Varde Kommunes psykiatriteam forklarer videre, at de også oplever, at borgere der har været i et socialpsykiatrisk botilbud kan komme i egen bolig.

BORGERNE KAN STADIG HAVE BEHOV FOR STØTTE

På trods af at flere borgere på SEL § 107 botilbud efterfølgende kan komme i egen bolig, forklarer Frederiksberg Kommune, at borgerne stadig kan have behov for støtte:

"Men der er mange, der kommer ud i egen bolig, synes jeg, egentlig, og typisk skal de have noget støtte der også. Det er sjældent, at de kommer ud til, at de så overhovedet ikke har brug for noget, og så er det typisk en støttekontaktperson, de får." (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Borgere, som visiteres til SEL § 107, forventes derfor i en eller anden grad at udvikle sig, så de kan komme i egen bolig, eventuelt med socialpædagogisk støtte efter SEL § 85. Som beskrevet i kapitel 2, kan ophold på et SEL § 107 botilbud også anvendes som et afklarende forløb i forhold til, om borgeren har behov for et længerevarende botilbud. Revisitation fra ét midlertidigt botilbud til et andet kan også blive nødvendigt. Som beskrevet tidligere i dette kapitel kan det eksempelvis være borgerens eget ønske, eller fordi, at der alligevel ikke var match mellem borger og botilbud.

Revisitation fra et midlertidigt til et længerevarende botilbud

I Norddjurs Kommune og Frederiksberg Kommune beskriver de, at de sjældent revisiterer fra SEL § 107 til SEL § 108/ABL § 105. Flere af de andre kommuner beskriver dog, at de har erfaringer med at revisitere fra et midlertidigt til et længerevarende botilbud.

SAGSFORLØB OM SØREN

[Sagsforløbet om Søren](#), der blev præsenteret i kapitel 4, er et eksempel på en borger, som revisiteres fra et midlertidigt til et længerevarende botilbud. Det sker, da han har behov for en længerevarende indsats, og kommunen ikke forventer, at han udvikler sig til at komme i egen bolig.

En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune beskriver, at det kan være en udfordring at revisitere borgere med handicap fra et midlertidigt til et længerevarende botilbud:

"Det kan være en udfordring, at få dem fra § 107 til § 105. Jeg ved ikke med psykiatrien, men det er det i hvert fald på handicapområdet (...) De har fået at vide, at "her skal du bo", og så tror de, at det er her de skal bo, resten af deres liv." (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Sagsbehandleren fortæller, at det i nogle tilfælde kan være svært for borgerne at forstå, hvorfor de skal flytte.

En kommune kommer også med et eksempel på, at et botilbud ændrer tilbudstype fra et midlertidigt til et længerevarende. I

dette eksempel bliver alle SEL § 107 pladser til SEL § 108 pladser:

”Så har vi jo set tilfælde, hvor man lige pludselig som botilbud søger om godkendelse til § 108 i stedet for § 107, og så alle der bor der, skal revisiteres til § 108. Og så står man der, og de har boet der som § 107 i 15 år måske, 20 år måske. Så har man jo ikke rigtig nogen vej udenom. Altså det synes jeg i hvert fald ikke er ordentligt over for borgeren, at flytte dem, når de har boet der hele deres liv.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

NÅR BORGERE BOR LÆNGE PÅ MIDLERTIDIGE BOTILBUD

Kommunerne skal være opmærksomme på, at når en borger bor længere tid på et midlertidigt botilbud, så skal kommunen vurdere, om borgeren reelt ikke er i personkredsen for et længerevarende botilbud, jf. principmeddelelse 72-14.

Hensynet til borgeren kan betyde, at borgeren bliver boende, selvom botilbuddet skifter paragraf, og de oprindeligt var i målgruppe for et midlertidigt botilbud. Det betyder, at borgeren i praksis bliver revisiteret. Når en borger er på et midlertidigt botilbud i flere år, kan det være fordi, at borgeren forsat har et udviklingspotentiale. Der er blandt interviewkommunerne forskellige perspektiver på, hvor længe en midlertidig indsats kan vare, før de overvejer, om borgeren skal visiteres til et længerevarende botilbud.

Udfordringer ved at revisitere borgere, som bor på længerevarende botilbud

Nogle interviewkommunerne fortæller, at borgere, som er visiteret til længerevarende botilbud, sjældent flytter bolig:

”Fordi det er typisk § 108 eller § 105, § 85, vi har, og det er sjældent, at man flytter derfra, med mindre huset bliver nedlagt eller et eller andet, eller der er noget kommunikation mellem borger, forældre og stedet, der ikke fungerer. Ellers så synes jeg, at så bliver de faktisk boende. (Sagsbehandler, Frederiksberg Kommune)

Flere kommuner beskriver, at der er udfordringer i forbindelse med at revisitere borgere, der er placeret i et ABL § 105 tilbud. Det handler om, at borgeren har egen lejekontrakt, og derfor kan kommunen ikke flytte borgeren. En sagsbehandler fra Hvidovre Kommune forklarer:

”Der er kæmpe udfordringer med, at man har sidestillet § 105/§ 85 med § 108 tilbud, fordi at borgeren jo får egen lejekontrakt. Og det vil sige, at vi kan ikke flytte borgeren igen, selvom vi faktisk vurderer, at de ikke er målgruppen for det pågældende tilbud. Og det der jo også lige er sket er, at der er kommet en principafgørelse på, at borgere, der indgår i et § 105/85 faktisk skal kunne forstå, hvad en lejekontrakt er. Og hvordan det så hænger sammen med, at det sidestilles med § 108, som jo er virkelig dårlige borgere, det må I spørge nogle andre om, for det kan jeg ikke forstå.” (Sagsbehandler, Hvidovre Kommune)

”Der er kæmpe udfordringer med, at man har sidestillet § 105/§ 85 med § 108 tilbud, fordi at borgeren jo får egen lejekontrakt.”

Hvidovre Kommune beskriver, at de borgere, som kommer i ABL § 105, er for dårlige til at have egen lejekontrakt. De henviser til, at lejekontrakten er en afgørende forskel mellem ABL § 105 og SEL § 108. I Norddjurs psykiatriteam har de samme udfordringer:

”Der hvor jeg synes, at det er problematisk i forhold til revisitation, det er, når det er en § 105, stk. 2, og borgeren har boet der noget tid og faktisk har profiteret af tilbuddet så meget, at man tænker, de ikke længere burde være der. Der har vi rigtig svært ved at få dem revisiteret ud i egen bolig igen, for det er jo deres egen bolig. (...) Der mangler vi simpelthen nogle muligheder for at kunne fagligt argumentere os ud af, at man ikke længere er i målgruppe til tilbuddet.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Varde Kommune oplever lignende udfordringer med ikke at kunne flytte en borger, som er visiteret efter ABL § 105:

”Hvis de så har ham placeret med egen lejekontrakt, så kan de ikke få ham ud af den bolig. Der er noget med de der § 105 og § 85. Bordet fanger altså.” (Sagsbehandler, Varde Kommune)

Hvis en borger skal flytte fra et botilbud efter ABL § 105, skal borgeren selv ønske at opsige sin lejekontrakt. Vi henviser til kapitel 2, hvor principmeddelelse 71-14 blev præsenteret.

UDFORDRINGER VED FLYTNING UDEN SAMTYKKE

Dette afsnit handler om udfordringer ved flytning uden samtykke. Hvis en borger ikke kan samtykke til en flytning, kan det komplicere kommunens arbejde med at revisitere borgeren. I disse tilfælde skal kommunen tage stilling til, om en borger har brug for en personlig væрге. Reglerne om værgemål blev præsenteret i kapitel 3.

Stigende behov for værgemål – men svært at få bevilget

Flere af interviewkommunerne oplever i stigende grad udfordringer med, at borgere har behov for en væрге. Det hænger sammen med, at de oplever, at borgerne på botilbud i dag har mere betydelige funktionsnedsættelser end tidligere:

”Det ser vi med værgemål, det kommer op mere, end jeg synes, det har gjort tidligere. Jeg vil sige, de er mere komplekse, de borgere vi får, de er dårligere, når de får botilbud, men mange af dem har faktisk også brug for at få en

økonomisk eller en personlig værge.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Flere kommuner oplever dog udfordringer med at få bevilget værgemål. I Norddjurs Kommune oplever sagsbehandlerne, at forskellige myndigheder har forskellige fortolkninger af, hvornår værgemål er relevant:

”så bliver vi fanget der midt imellem.”

”Ankestyrelsen kan godt komme og dunke os lidt i hovedet med, at når den her person nu ikke kan svare for sig selv, så bør vedkommende have en personlig værge, hvis de ikke kan give samtykke. Men når vi så kontakter Familieretshuset for at få et værgemål, så siger de, ”jamen hvis ikke der er forhold af juridisk karakter eller er konflikter i hverdagen, så laver vi ikke et værgemål”, og så bliver vi fanget der midt imellem.” (Sagsbehandler, Norddjurs Kommune)

Norddjurs Kommune oplever, at det er en vanskelig proces at få et værgemål på trods af, at det kan være nødvendigt for at sikre borgerens rettigheder.

§

FLYTNING UDEN SAMTYKKE

Serviceovens § 129. Kommunen kan, jf. § 131, indstille til Familieretshuset at træffe afgørelse om, at en person, der modsætter sig flytning eller mangler evnen til at give informeret samtykke hertil, skal optages i et bestemt botilbud, når:

- 1) det er absolut påkrævet for, at den pågældende kan få den nødvendige hjælp, og
- 2) hjælpen ikke kan gennemføres i personens hidtidige bolig og
- 3) den pågældende ikke kan overskue konsekvenserne af sine handlinger og
- 4) den pågældende udsætter sig selv for at lide væsentlig personskade og
- 5) det er uforsvarligt ikke at sørge for flytning.

Der skal meget til, før kommunen flytter borgeren uden samtykke

Vesthimmerlands Kommune har ligesom Norddjurs oplevet et krydspres mellem forskellige myndigheder i forhold til arbejdet med flytning uden samtykke:

”En stille kommentar kan være, den dobbelthed der nogle gange kan være i, hvad Familieretshuset tænker i forhold til at give eller ikke give værgemål ved flytning uden samtykke, og hvad Socialtilsynet tænker i forhold til botilbudene, målgrupper og personkredsen. Der kan vi nogle

gange godt blive fanget lidt i midten, omkring hvad det så er, der skal vægte.” (Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Udfordringen indebærer, at Familieretshuset ikke vil give værgemål til flytning uden samtykke, selvom Socialtilsynet vurderer, at en borger skal flytte.

Ud over eksempler, hvor borgeren ikke selv *kan* give samtykke og har behov for en værge, er der også eksempler på, at borgeren ikke *vil* give samtykke. En sagsbehandler fra Vesthimmerlands Kommune fortæller, at flytning uden samtykke kan være nødvendigt:

”For at vi kan passe på ham, så er det også nødvendigt, at vi finder et tilbud, der kan håndtere hans udfordringer.”
(Sagsbehandler, Vesthimmerlands Kommune)

Det er dog ikke alle kommuner, der har erfaringer med at skulle flytte en borger uden samtykke. Interviewkommunerne beskriver, at der skal meget til, før de vil flytte en borger, som ikke selv ønsker det. Kommunerne forsøger at sikre, at borgeren får den nødvendige hjælp, der hvor de bor, eksempelvis ved at botilbuddet får flere ressourcer til borgerens indsats.

SAGSFORLØB OM SØREN

Sagsforløbet om Søren, der blev præsenteret i kapitel 4, er et eksempel på, at Søren's kone søger om værgemål i Familieretshuset, men at der er ventetid på dette. Søren er vurderet af egen læge, at han kan give et habilt samtykke, hvorfor reglerne om flytning uden samtykke ikke skal anvendes. Den koordinerede indsats med VISO resulterer i, at flytningen sker med samtykke.

Metode

I dette afsnit beskriver vi de metodiske tilgange, som undersøgelsen er baseret på, og relevante overvejelser, som vi har gjort os undervejs i processen. Undersøgelsen er baseret på følgende to metodiske tilgange:

- Analytisk gennemgang af 48 sager, hvor borgere er visiteret til botilbud.
- Gruppeinterview med kommunale sagsbehandlere i seks kommuner.

Udvælgelse af kommuner

Undersøgelsen er baseret på sager fra seks udvalgte kommuner, og interview med sagsbehandlere i de samme seks kommuner. De seks kommuner er udvalgt ud fra en række kriterier, der alle har til formål at sikre, at vi får indblik i forskelle i praksis. Derfor har vi valgt kommuner, der på udvalgte parametre adskiller sig fra hinanden.

Kommunerne er først og fremmest valgt ud fra variation i andelen af borgere, som kommunen visiterer til botilbud uden for handlekommunen. Det er fordi, vi antager, at det har betydning for kommunens praksis for visitation til botilbud, om kommunen primært anvender tilbud udenfor eller indenfor handlekommunen. Vi har udvalgt to kommuner, der visiterer over 80 procent af borgere til botilbud uden for handlekommunen. På samme vis har vi udvalgt to kommuner, der visiterer under 20 procent af borgere til botilbud uden for handlekommunen. De sidste to kommuner har visiteret cirka halvdelen af borgere på botilbud uden for kommunen.²⁷ Der er dog det forbehold, at vi ikke ved, om de borgere der bor i handlekommunen, bor på et botilbud som kommunen driver eller et privat/selvejende tilbud beliggende i handlekommunen.

Derudover er kommunerne udvalgt efter geografisk spredning, hvor alle fem regioner er repræsenteret. Dette kriterie er med ud fra en antagelse om, at der kan være forskelle i praksis på tværs af regioner.

Til sidst er kommunerne udvalgt efter en variation i antal indbyggere i kommunen, da vi antager, at det kan have en betydning for kommunens praksis og erfaringer i forhold til visitation til botilbud.

²⁷ Vi har modtaget data fra Social- og Ældreministeriet, med opgørelser over andelen af borgere kommunen visiterer til botilbud uden for handlekommunen. Data indeholder kun opgørelser fra 55 kommuner, og de kommuner, der ikke indgår i data, er herved blevet sorteret fra.

DE SEKS DELTAGENDE KOMMUNER:

- Vesthimmerlands Kommune
- Norddjurs Kommune
- Varde Kommune
- Stevns Kommune
- Hvidovre Kommune
- Frederiksberg Kommune

ANALYTISK SAGSGENNEMGANG

Den analytiske sagsgennemgang har til formål at give indblik i kommunernes arbejdsgange i sager, hvor de visiterer og revisiterer borgere med fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse til botilbud.

Den analytiske sagsgennemgang giver viden om de forskellige typer af sager og hvilke arbejdsgange, der finder sted hvornår. Sagsgennemgangen giver et indblik i, hvilke mønstre der går igen i sagerne på tværs af kommunerne, og hvordan forskellige typer af sager adskiller sig fra hinanden.

Med udgangspunkt i en analyse af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne, har vi udarbejdet sagsforløb, der illustrerer eksempler på kommunernes praksis. Sagsforløbene er sammenskrivning af flere sager, hvor væsentlige karakteristika for forløbene fremgår. Sagsforløbene er derved konstruerede og anonymiserede.

I det følgende beskriver vi indkaldelsen af sagerne, sagsgennemgangen og udarbejdelsen af sagsforløbene.

Indkaldelse af sager

Vi har indkaldt otte sager fra hver af de seks kommuner, i alt 48 sager. I juni 2020 sendte vi et brev til kommunerne med en beskrivelse af, hvilke otte sager de skulle sende. Alle kommuner skulle sende otte sager fordelt således:

- To sager, hvor borgeren er visiteret til et botilbud efter servicelovens § 107
- To sager, hvor borgeren er visiteret til et botilbud efter servicelovens § 108
- To sager, hvor borgeren er visiteret til et botilbud efter almenboliglovens § 105 og
- To sager, hvor borgeren er visiteret til et socialpsykiatrisk botilbud efter enten servicelovens § 107 eller servicelovens § 108.

Desuden skulle mindst to af de ovenstående sager indeholde en revisitation til et andet botilbud. Det var for at få afdækket temaet revisitation gennem sagsgennemgangen.

Hvis kommunen ikke kunne sende sager svarende til ovenstående fordeling, skulle de sende sager fra en af de andre sags typer, således at vi fik i alt otte sager fra hver kommune.

For at sikre en systematisk udvælgelse bad vi kommunerne om at finde de otte seneste sager, hvor afgørelsen var truffet inden 10. marts 2019. Vi bad kommunerne om at sende alle akter i sagen i perioden 10. marts 2017 til 10. marts 2020. Herudover bad vi kommunen om at sende akter, de fandt relevante for visitation til botilbud, også selvom det lå uden for den treårige periode. Dette for at sikre, at vi fik alle relevante akter for visitation og eventuelt revisitation til botilbud, samt for at afdække temaerne om opfølgning og personrettet tilsyn.

Alle sager blev screenet for at sikre, at sagerne omhandlede de relevante paragraffer, og at afgørelsen om visitation til botilbud var truffet inden 10. marts 2019. I de tilfælde, hvor sagerne ikke levede op til kriterierne, har vi indkaldt nye sager.

Vi har gennemgået sagerne i perioden juli 2020 til august 2020.

Hvad ser vi på i sagerne?

Til gennemgang af sagerne har vi udarbejdet et analyseskema, som indeholder spørgsmål om de forskellige sagsskridt, vi gerne vil have besvaret gennem den analytiske sagsgennemgang. Spørgsmålene i analyseskemaet er tilknyttet følgende overordnede sagsskridt:

- Opstart af sagen
- Udredning
- Valg af indsats
- Valg af det konkrete botilbud
- Opfølgning og personrettet tilsyn
- Revisitation

For hvert af de ovenstående sagsskridt har vi udarbejdet uddybende spørgsmål i analyseskemaet. Spørgsmålene belyser dels kommunens arbejdsgange, men også, i det omfang det fremgår af sagerne, de hensyn kommunen tager, når de vælger et botilbud til en borger. Sagsgennemgangen har ikke til formål at vurdere lovmedholdelighed i kommunernes praksis.

Udarbejdelse af sagsforløb

Vi har udfyldt et analyseskema for hver af de 48 sager, vi har gennemgået. Det har vi gjort for at få et overblik over sagsbehandlernes arbejdsgange og indholdet af de enkelte sagsskridt, for derved at kunne eksemplificere kommunernes praksis.

Udover at se på indholdet af de enkelte sagsskridt, har vi også set på sammenhænge mellem dem. Det kan eksempelvis være sammenhænge mellem, hvilken type funktionsnedsættelse borgeren har, og hvilken type af botilbud borgeren bliver vistret til. Det har givet os et billede af, hvilke mønstre der går igen på tværs af sagerne, og herved hvilke karakteristika der er relevante at fremhæve i de sammenskrevne sagsforløb.

Med udgangspunkt i de 48 udfyldte analyseskemaer har vi udarbejdet otte eksempler på konstruerede sagsforløb, som er sat sammen af elementer fra de gennemgåede sager. Samlet set viser de otte udarbejdede sagsforløb den variation, som vi har fundet i de indsendte sager, og giver eksempler på, hvordan en borgers sagsforløb kan se ud i forhold til visitation til botilbud. Formålet har været at gengive elementer fra sagerne, og ikke at give eksempler på ideelle sagsforløb.

Sagsforløbene, som de fremstår i rapporten, har derfor ikke eksisteret i virkeligheden i deres helhed. Denne fremgangsmåde er valgt for at sikre, at sagsforløbene ikke indeholder personhenførbare oplysninger.

Forbehold

Der er en række forbehold i forbindelse med sagsgennemgangen og udarbejdelsen af sagsforløbene.

De gennemgåede sager og udarbejdede sagsforløb udgør ikke et repræsentativt billede af kommunernes sagsbehandling. Sagsgennemgangen kan derfor ikke belyse fordelingen af sagstyper eller omfanget på landsplan. Derudover fremgår kommunernes overvejelser og hensyn i sagsbehandlingen i meget begrænset omfang i sagerne. For at belyse disse aspekter har vi foretaget gruppeinterview, hvor vi blandt andet får belyst sagsbehandlernes overvejelser og hensyn i forbindelse med valg af konkret botilbud.

GRUPPEINTERVIEW

Interviewene har til formål at give indsigt i kommunernes arbejdsgange og de overvejelser og hensyn, som kommunerne foretager i forbindelse med valg af botilbud. Desuden giver interviewene eksempler på, hvordan ønsker og hensyn vægtes i forhold til hinanden. Interviewene er gennemført i september og oktober 2020.

Hvem har vi interviewet?

Vi har interviewet sagsbehandlere, der arbejder med at visitere borgere til de typer af botilbud, der indgår i undersøgelsen. Der har ikke deltaget ledere i interviewene. Da undersøgelsen også belyser visitationen til socialpsykiatriske botilbud efter servicelovens § 107 og § 108, har vi været opmærksomme på, at kommunerne kan være organiseret forskelligt i forhold til handicap og psykiatri. Derfor har vi i en enkelt kommune foretaget to interview, ét med handicapteamet og ét med psykiatriteamet. I de resterende interview sad de forskellige teams enten sammen, eller også visiterede sagsbehandleren til alle typer af botilbud, inklusiv de socialpsykiatriske botilbud. Derfor fremgår kommunernes organisering i teams.

I alle gruppeinterview deltog mellem to og fem sagsbehandlere, og interviewene varede en til to timer.

KOMMUNERNES ORGANISERING – FOR MEDARBEJDERE DER VISITERER TIL BOTILBUD

- I Vesthimmerlands Kommune er medarbejderne opdelt i et handicapteam og psykiatriteam, der er dog enkelte medarbejdere, der arbejder med begge områder.
- I Norddjurs Kommune er medarbejderne opdelt i et ungeteam for borgere i alderen 16-25 år, et team for udsatte voksne fra 26 år, et team for voksenhandicap over 18 år og et team for psykiatri og senhjerneskade over 18 år.
- I Varde Kommune er medarbejderne opdelt i et psykiatriteam og et handicapteam.
- I Stevns Kommune arbejder alle sagsbehandlere med både handicap- og psykiatriområdet.

I Hvidovre Kommune er voksenrådgivningen opdelt i et team for borgere, der ikke modtager førtidspension, og et team for borgere, der er tildelt førtidspension – begge teams arbejder både med handicap- og psykiatriområdet.

- I Frederiksberg Kommune er medarbejderne opdelt i et team for midlertidige indsatser og et team for længerevarende indsatser.
-

Hvad handler interviewene om?

Vi har forud for interviewene udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er, ligesom analyseskemaet for sagsgennemgangen, baseret på en kronologi over overordnede sagsskridt. I alle interviewene spørger vi ind til konkrete arbejdsgange og overvejelser i forbindelse med følgende:

- Kommunernes organisering
- Valg af indsats
- Arbejdsgange i forbindelse med valg af de konkrete botilbud
- Overvejelser og hensyn ved valg af de konkrete botilbud
- Opfølgning, personrettet tilsyn og revisitation

Interviewene giver, modsat sagsgennemgangen, mulighed for at få indblik i de overvejelser, hensyn og vægtning af hensyn sagsbehandlerne gør, når de skal vælge et konkret botilbud til en borger.

Brug af sagsforløb i interviewene

I alle kommuner har vi gennemgået to af de sammenskrevne sagsforløb med interviewpersonerne. Det havde flere formål:

Et formål var at kvalitetssikre de udarbejdede sagsforløb ved at afklare, om sagsforløbet var genkendeligt for kommunens medarbejdere i den forstand, at et tilsvarende sagsforløb ville kunne forekomme i kommunen.

Et andet formål med at benytte sagsforløb var at kvalificere og understøtte interviewene således, at sagsbehandlerne kunne tale om egen praksis i relation til eksemplet i sagsforløbet. Derved kunne interviewet handle om emner og problemstillinger, som ikke var en del af interviewguiden, men som fremstod tydelige for sagsbehandlerne, når de læste sagsforløbene.

Et tredje formål var at udfylde nogle af de 'videnshuller', der er i sagsforløbene. Som beskrevet tidligere, er det vores erfaring, at sagerne som oftest ikke indeholder beskrivelser af sagsbehandlerens overvejelser og vægtning af hensyn. Interviewene kunne her give mulige forklaringer på, hvorfor sagsforløbene ser ud, som de gør.

Behandling af interviewene

Alle interviewene var som udgangspunkt planlagt til at foregå ved fysisk fremmøde i de respektive kommuner. Grundet Covid-19, kunne dette dog ikke lade sig gøre i alle kommuner. Tre interview er foretaget over Skype, og de resterende fire interview er foretaget ved fysisk fremmøde i kommunen.

Interviewene er alle blevet optaget, og er derefter blevet transskriberet i programmet NVivo. Vi har bagefter kodet interviewtransskriptionerne systematisk med afsæt i et kodetræ. Kodetræet bygger på temaer og spørgsmål fra interviewguiden og sagsgennemgangen, samt analysetemaer der er opstået i og på tværs af interviewene.

Citater og relevante uddrag af rapporten, hvor vi refererer til specifikke interview, har været sendt i faktisk høringsmateriale hos interviewpersonerne.

Viden fra sagsgennemgangen

Viden fra sagsgennemgang

I boksen nedenfor giver vi et samlet indblik i viden og mønstre fra sagsgennemgangen. Pointerne er også præsenteret løbende i rapporten.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

- Der er i sagsgennemgangen flere eksempler på, at det er ofte er en anden myndighed, der kontakter kommunen, om en borger, der senere bliver visiteret til et botilbud.
- I sagsgennemgangen er der i flere sager ikke foretaget en udredning af borgeren inden, at borgeren visiteres til et botilbud.
- Sagsgennemgangen viser, at der i de gennemgåede sager er flere borgere i længerevarende botilbud, der har en fysisk funktionsnedsættelse end borgere i midlertidige botilbud.
- I de gennemgåede sager, hvor borgere visiteres til et socialpsykiatrisk botilbud, er borgerne mellem 20-32 år.
- Der er i sagsgennemgangen begrænset viden om, hvordan sagsbehandlerne finder frem til konkrete botilbud.
- Sagsgennemgangen viser, at der i flere sager er ønsker fra borgeren eller de pårørende til faciliteter eller konkrete botilbud.
- I flere gennemgåede sager fremgår det, at borgeren har fået bevilget SEL § 103 beskyttet beskæftigelse, SEL § 104 samværs- og aktivitetstilbud eller særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU).
- Der er i sagsgennemgangen flere eksempler på, at VISO er inddraget i forhold til at afklare, hvilke kompetencer og retning botilbuddet skal have i arbejdet med borgeren.
- I flere af sagerne i sagsgennemgangen fremgår det ikke, hvordan den konkrete afgørelse om personkreds-vurdering og bevilling af botilbud er truffet.
- Sagsgennemgangen viser, at der i langt de fleste sager er foretaget opfølgning. Der er dog enkelte sager, hvor opfølgningen ikke fremgår i året efter, at der er truffet afgørelse om botilbud.
- Det er i sagsgennemgangen kun få sager, hvor det fremgår særskilt, at der er foretaget personrettet tilsyn.
- I de sager i sagsgennemgangen, hvor borgeren bliver revisiteret til et andet botilbud, er kommunen ofte blevet opmærksom på, at borgeren skal revisiteres ved, at botilbuddet har kontaktet dem eller i forbindelse med et opfølgningsmøde.

**25.
Visitation til døgnbehandling for stofmisbrug –
eksempler på kommuners praksis**

August 2021

ANKESTYRELSEN

Telefon: 33 41 12 00 mandag til fredag klokken 9-15

Postadresse: Ankestyrelsen, 7998 statsservice

Mailadresse: ast@ast.dk

Hjemmeside: www.ast.dk

ISBN nr.: 978-87-7811-404-4

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1	SAMMENFATNING	4
	Hovedresultater	6
	Læsevejledning	11
KAPITEL 2	AFDÆKNING AF UDFORDRINGER OG STØTTEBEHOV	13
	Den første kontakt til borgerne	14
	Proces for afdækning	15
	Redskaber og metoder til afdækning	19
	Indhentning af oplysninger	21
KAPITEL 3	BEVILLING AF DØGNBEHANDLING	25
	Hvem bevilger døgnbehandling	26
	Valg af døgnbehandling	28
	Døgnbehandlingens varighed	39
	Handleplan	40
	Behandlingsplan	42
KAPITEL 4	VALG AF KONKRET DØGNBEHANDLINGSTILBUD	44
	Indkredsning af relevante døgnbehandlingstilbud	45
	Hensyn ved valg af konkret døgnbehandlingstilbud	46
	Overlevering af information til døgnbehandlingstilbuddet	53
KAPITEL 5	OPFØLGNING OG PERSONRETTET TILSYN	56
	Praksis for opfølgning og personrettet tilsyn under døgnbehandlingen	57
	Opfølgning efter endt døgnbehandling	65
BILAG 1	METODE	67
	Udvælgelse af kommuner	67
	Sagsgennemgang	67
	Interview	69

KAPITEL 1

Sammenfatning

Social- og Indenrigsministeriet (nu Social- og Ældreministeriet) har bedt Ankestyrelsen om at gennemføre en undersøgelse af kommunernes praksis og overvejelser ved visitation til døgnbehandling for stofmisbrug efter servicelovens § 101, jf. § 107, stk. 2, nr. 2.

EN AF TRE DEL- UNDERSØGELSER

Undersøgelsen er en del af evalueringen af det specialiserede socialområde, som indgår i Aftale om Finansloven for 2020. Undersøgelsen er en af tre delundersøgelser om eksempler på kommunernes praksis og overvejelser ved visitation til tilbud på det specialiserede socialområde¹.



LOVGRUNDLAG

Bestemmelserne for døgnbehandling fremgår af servicelovens § 101, jf. § 107, stk. 2, nr. 2.

Serviceovens § 101, stk. 1

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug.

Serviceovens § 107, stk. 2, nr. 2

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde midlertidigt ophold til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Undersøgelsens formål

Formålet med undersøgelsen er at belyse kommunernes praksis, overvejelser og konkrete hensyn, når de visiterer en borger til døgnbehandling for stofmisbrug. Undersøgelsen belyser følgende hovedspørgsmål:

1. Hvordan er kommunernes arbejdsgange ved visitation til døgnbehandling for stofmisbrug? Hvilke overvejelser gør kommunerne sig i forbindelse med de forskellige sagsbehandlingsskridt i visitationen?

¹ De to andre undersøgelser er offentliggjort på Ankestyrelsens hjemmeside:

<https://ast.dk/publikationer/seks-kommuners-praksis-og-overvejelser-ved-visitacion-til-botilbud>

<https://ast.dk/publikationer/seks-kommuners-praksis-og-overvejelser-ved-valg-af-opholdssteder-og-dogninstitutioner>

2. Hvilke hensyn tager kommunerne, når de vælger konkret døgnbehandlingstilbud? Hvordan vægter kommunerne disse hensyn?
3. Hvordan foretager kommunerne opfølgning og personrettet tilsyn, og hvilke overvejelser gør de sig i den forbindelse?

Afgrænsning

Den gruppe af personer, som vi fokuserer på i undersøgelsen, er personer over 18 år, som har et forbrug af rusmidler, der medfører fysiske, psykiske og/eller sociale problemer for personen. Personer, der udelukkende har et misbrug af alkohol, hører ikke under målgruppen.

Undersøgelsens formål er at belyse kommunernes praksis, overvejelser og konkrete hensyn, når de visiterer en borger til døgnbehandling for stofmisbrug. Rapporten beskriver udelukkende eksempler på kommunernes praksis. Rapporten indeholder ikke en juridisk vurdering af kommunernes praksis og har altså ikke fokus på, om kommunernes praksis er lovmedholdelig eller ej. Vi henviser dog løbende til lovgivningen og Ankestyrelsens praksis på området.

METODE OG DATAGRUNDLAG

Undersøgelsen er baseret på en kvalitativ sagsgennemgang og interview med rådgivere og ledere i fem udvalgte kommuner:

- Aalborg Kommune
- Esbjerg Kommune
- Gladsaxe Kommune
- Hjørring Kommune
- Københavns Kommune

Kommunerne er udvalgt på baggrund af at have et højt antal visitationer til døgnbehandling for stofmisbrug ifølge seneste opgørelse fra Center for Rusmiddelforskning.

Sagsgennemgang

Vi har gennemgået i alt 15 sager om visitation til døgnbehandling fra de fem udvalgte kommuner (tre sager fra hver kommune).

Sagerne er indkaldt efter kriterier, der skulle sikre, at vi fik de nyeste sager afgjort inden for perioden den 10.

marts 2017 til den 10. marts 2019. Perioden er fastsat med henblik på at gøre det muligt at belyse, hvordan kommunen har håndteret opfølgning og personrettet tilsyn i et år efter afgørelsen uden at ramme ind i perioden for nedlukning grundet Covid-19.

På baggrund af sagsgennemgangen har vi udarbejdet fem sagsforløb, som vi præsenterer løbende i rapporten. Vi har udarbejdet sagsforløbene med det formål at vise variationen i de sager, vi har gennemgået. Variationen i sagerne giver indblik i forskellige måder, sådanne sager forløber i kommunerne. Formålet er dermed ikke at give eksempler på ideelle sagsforløb. Sagsforløbene er en sammenskrivning af flere anonymiserede sager, der illustrerer eksempler på kommunernes praksis, fra de bliver opmærksomme på, at en borger kan have behov for døgnbehandling, til borgeren bliver visiteret, og de følger op på behandlingsforløbet. Sagsforløbene, som de fremstår i rapporten, har derfor ikke eksisteret i deres helhed i virkeligheden.

Interview

Vi har gennemført gruppeinterview i de samme fem kommuner, som vi har indhentet sager fra. Det har vi gjort, fordi vi med interviewene blandt andet ville have uddybende betragtninger i forhold til de variationer, som vi så i de indsendte sager. Deltagerne i interviewene er medarbejdere, som visiterer borgere til døgnbehandling. Derudover har vi gennemført interview med ledelsen i fire af de fem kommuner.

Læs mere om metoden for gennemførelsen af undersøgelsen i bilag 1.

HOVEDRESULTATER

I dette afsnit præsenterer vi undersøgelsens hovedresultater.



Afdækning af udfordringer og støttebehov

Kapitlet belyser kommunernes arbejde med at afdække udfordringer og støttebehov hos borgere, som bliver visiteret til døgnbehandling for stofmisbrug.

Den første kontakt

Kommunerne har telefoniske og/eller fysiske indgange, hvor borgerne kan henvende sig uden forudgående aftale. Der kan de få råd og vejledning, men også få en tid til en egentlig afdækningsamtale.

Proces for afdækning

Flere kommuner fortæller, at det kan være vanskeligt at lave en grundig og helhedsorienteret afdækning inden for behandlingsgarantien på 14 dage. Derfor vejleder kommunerne i nogle tilfælde borgeren om, at det kan være nødvendigt med en grundigere afdækning, der rækker ud over de 14 dage. Det kan eksempelvis være i tilfælde, hvor der er brug for at inddrage somatisk og/eller psykiatrisk lægelig ekspertise. Afdækningen vil eventuelt foregå sideløbende med, at kommunen træffer afgørelse om igangsættelse af ambulante behandling, indtil afdækningen er foretaget.

§

BEHANDLINGSGARANTI OG UNDERSØGELSESPLIGT

I henhold til servicelovens § 101, stk. 2, er kommunen forpligtet til at iværksætte behandling for stofmisbrug senest 14 dage efter henvendelsen. Kommunen er samtidig forpligtet til at oplyse sagen i tilstrækkeligt omfang til, at det er muligt at træffe afgørelse, jf. retssikkerhedslovens § 10.

Hvis kommunen ikke kan indhente de nødvendige oplysninger inden for behandlingsgarantien på 14 dage, skal den kunne forklare, hvorfor det ikke er muligt. Læs mere om dette i kapitel 2.

I de tilfælde, hvor afdækningen er kompleks, og det derfor ikke er muligt at færdiggøre den inden for behandlingsgarantien, skal kommunen igangsætte et behandlingstilbud, mens afdækningen færdiggøres, jf. bekendtgørelse om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

Det varierer, hvor mange samtaler kommunerne har med borgeren i forbindelse med afdækningen. Det kan blandt andet afhænge af borgerens individuelle situation.

Redskaber og metoder til afdækning

Kommunerne bruger forskellige redskaber og metoder i afdækningen, herunder EuropASI, Voksenudredningsmetoden (VUM), MapPlan og/eller redskaber, de selv har udviklet i kommunen.

Indhentning af oplysninger

Under første afdækningsamtale med borgeren identificerer rådgiveren i samarbejde med borgeren, hvilke oplysninger det er relevant at inddrage og hvorfra.



Bevilling af døgnbehandling

Kapitlet handler om, hvordan kommunen vurderer, om en ansøgning om døgnbehandling skal munde ud i en bevilling, og hvad de tager højde for, når de bevilger døgnbehandling. Kapitlet belyser også arbejdet med handleplaner og behandlingsplaner i forlængelse af afgørelsen.

Bevilling på visitationsudvalg

Kommunerne bruger et visitationsudvalg til at behandle ansøgninger om døgnbehandling, når rådgiveren har indstillet borgeren til døgnbehandling. Det varierer fra kommune til kommune, hvem der er med i visitationsudvalget. For eksempel kan der være rådgivere, en psykolog og repræsentation af ledelse.

Valg af døgnbehandling

Døgnbehandling bliver kun bevilget, hvis kommunen, på baggrund af sagens oplysninger, vurderer, at ambulantly behandling (og/eller dagbehandling) ikke er tilstrækkeligt. I mange tilfælde betyder det, at borgeren forud for døgnbehandlingen har været i ambulantly behandling og/eller dagbehandling.

De kommuner, vi har talt med, bevilger typisk døgnbehandling, hvis borgeren er for ustabil til at deltage i ambulantly behandling, eller hvis borgeren har brug for at blive skærmet fra sit nærmiljø.

I nogle tilfælde bevilger kommunerne døgnbehandling uden at have bevilget ambulantly behandling først, hvis kommunen vurderer, at borgerens behov tilsiger det. Det kan være, fordi de vurderer, at det ikke er forsvarligt at varetage nedtrapning af rusmidlerne ambulantly, eller fordi de frygter, at borgeren vil dø af sit misbrug uden døgnbehandling. Derudover varierer det fra kommune til kommune, hvornår de vil igangsætte døgnbehandling uden forudgående ambulantly behandling eller dagbehandling.

Døgnbehandlingen står ikke alene, men bliver brugt som ét element i et samlet behandlingsforløb. Som hovedregel iværksætter kommunerne ambulantly behandling (og/eller dagbehandling) forud for døgnbehandlingen og i forlængelse af døgnbehandlingen.

Kommunerne koordinerer misbrugsbehandlingen med øvrige relevante aktører fra eksempelvis psykiatrien og jobcenter. Dette med henblik på, at misbrugsbehandlingen skal være en del af en helhedsorienteret indsats, hvor kommunen tager hånd om borgerens samlede problematikker.

BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBE- GRÆNSE

Der er ikke hjemmel i serviceloven til at træffe tidsbegrænsede afgørelser. Kommunerne kan i forbindelse med bevillingen fastlægge en dato for opfølgning, men ikke en afslutningsdato.



Døgnbehandlingens varighed

Nogle kommuner fastlægger længden af døgnbehandlingen allerede ved bevillingen, mens andre fastsætter en forventet slutdato. I alle kommunerne i undersøgelsen er der mulighed for at forlænge døgnbehandlingen, hvis opfølgningen peger på, at der er behov for det. Kommunerne argumenterer for, at det giver fagligt mening at lave en tidsafgrænset bevilling, blandt andet fordi de mener, at det giver borgerne tryghed at kende til slutdatoen.

Handleplan

Nogle kommuner beskriver, at de arbejder eksplicit med handleplaner efter servicelovens § 141, mens andre fortæller, at de arbejder med tilsvarende redskaber.

HANDLEPLAN

Kommunen er forpligtet til at vurdere, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde borgeren at udarbejde en handleplan, der blandt andet angiver formålet med indsatsen, hvilken indsats der skal til for at opnå formålet samt varigheden af indsatsen. Lovgrundlaget for en handleplan fremgår af servicelovens § 141.

Behandlingsplan

Nogle kommuner udarbejder selv en behandlingsplan efter servicelovens § 101, stk. 8, i samarbejde med borgeren forud for døgnbehandlingen. Andre kommuner ser det som behandlingstilbuddets arbejdsredskab, hvorfor det kun er behandlingstilbuddet, der udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med borgeren.



BEHANDLINGSPLAN

Kommunen har siden 1. januar 2020 været forpligtet til at sikre, at døgnbehandlingstilbuddet udarbejder en behandlingsplan, som sikrer, at behandlingsindsatsen svarer til de problemer og behov, som kommunen har af-dækket, at borgeren har. Lovgrundlaget for en behandlingsplan fremgår af servicelovens § 101, stk. 8.

Valg af konkret døgnbehandlingstilbud

Kapitlet handler om, hvordan kommunerne vælger det konkrete døgnbehandlingstilbud til den enkelte borger, og hvordan overleveringen til døgnbehandlingstilbuddet foregår. Kommunerne kan kun visitere til godkendte døgnbehandlingstilbud.



Indkredsning af relevante døgnbehandlingstilbud

Kommunerne trækker først og fremmest på tilbud, som de allerede kender, når de skal finde døgnbehandlingstilbud. De op søger også nye, godkendte tilbud, som de får kendskab til via eksempelvis Tilbudsportalen, borgernes konkrete ønsker og henvendelser fra tilbuddene selv.



Hensyn ved valg af konkret døgnbehandlingstilbud

Borgerens ønsker vægtes tungt, når kommunerne skal matche borgeren til et døgnbehandlingstilbud. Samtidig er der nogle faglige hensyn, som stedet skal opfylde, for at kommunen imødekommer ønsket.

De konkrete hensyn, som kommunerne tager ved valg af behandlingstilbud, er blandt andet:

- de faglige kompetencer blandt tilbuddets personale
- den metodiske tilgang til behandlingen
- tilbuddets geografiske placering
- den målgruppe som allerede er på tilbuddet
- om der er personer i behandling, som borgeren gerne vil i behandling sammen med eller omvendt nødt vil i behandling sammen med.



Overlevering til døgnbehandlingstilbuddet

Kommunerne tager direkte kontakt til døgnbehandlingstilbuddet for at sikre det rette match. Nogle tilbud prioriterer at møde borgeren inden behandlingens start.

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvilke skriftlige informationer de sender til døgnbehandlingstilbuddet forud for behandlingens start, udover selve bevillingen.

Opfølgning og personrettet tilsyn

Kapitlet handler om kommunernes arbejde med at følge op og foretage personrettet tilsyn, når en borger er i døgnbehandling.



Praksis for opfølgning og personrettet tilsyn under døgnbehandling

De interviewede medarbejdere skelner ikke mellem opfølgningen og det personrettede tilsyn. Det foretages på samme besøg og betegnes samlet som opfølgning.

§

PERSONRETTET TILSYN

Det personrettede tilsyn er kommunens forpligtelse til at sikre sig, at borgeren trives i tilbuddet, så vidt muligt gennem dialog med borgeren. Reglerne om personrettet tilsyn fremgår af servicelovens § 148, stk. 1, og af retsikkerhedslovens § 16.

OPFØLGNING

Opfølgning er kommunens forpligtelse til at følge sagerne og sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Herunder at være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Kommunen skal også følge op på, om leverandøren lever op til de krav, der er i bevillingen, og om de leverer ydelsen på den måde, som kommunen har peget på. Reglerne om opfølgning fremgår af servicelovens § 148, stk. 2.

Opfølgningen på borgerens døgnbehandling foregår hovedsageligt via skriftlige statusnotater fra behandlingstilbuddet og ved opfølgningsmøder med deltagelse af borgeren. Typisk modtager kommunen flere skriftlige statusnotater undervejs i forløbet og holder et opfølgningsmøde halvvejs i behandlingen. Opfølgning kan være hyppigere ved udfordringer med borgers behandlingsforløb eller usikkerhed om, hvad der videre skal ske.

Kommunerne lægger vægt på at følge op på borgerens konkrete mål i behandlingsplanen og eventuelt handleplanen og bruger behandlingsplanen eller handleplanen som styringsværktøj i opfølgningen.

Opfølgningen på døgnbehandling kan resultere i tilpasning af behandlings- eller handleplan, justering af aftaler med behandlingstilbud eller borger og forlængelse af behandlingen.

Opfølgning efter endt døgnbehandling

Opfølgningen efter endt døgnbehandling overgår ofte til at være opfølgning på den ambulante behandling eller dagbehandling, som borgeren får efter endt døgnbehandling.

LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er struktureret kronologisk ud fra en borgers sagsforløb – fra den første kontakt til kommunen, over afdækning og bevilling af døgnbehandling til opfølgning.



I kapitlerne præsenterer vi fem konstruerede sagsforløb. Sagsforløbene er udarbejdet på baggrund af sagsgennemgangen og er konstrueret ud fra, hvad vi faktisk har set i de sager, vi har gennemgået. Sagsforløbene indgår som eksempler på kommunernes forskellige arbejdsgange, når de visiterer en borger til et døgnbehandlingstilbud. Vi refererer løbende til sagsforløbene, når de eksemplificerer en pointe i et andet kapitel.

Ud over dette indledende kapitel består rapporten af yderligere fem kapitler:

Kapitel 2 – Afdækning: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange, fra de bliver opmærksomme på en borger, til de har afdækket borgerens behandlingsbehov.

Kapitel 3 – Bevilling af døgnbehandling: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange, når de bevilger døgnbehandling til en borger og udarbejder en plan for behandlingen.

Kapitel 4 – Valg af behandlingssted: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange og de hensyn, de tager, når de skal vælge et konkret døgnbehandlingstilbud til en borger. Kapitlet belyser også, hvordan kommunerne sikrer overlevering af borgeren til døgnbehandlingstilbuddet.

Kapitel 5 – Opfølgning og personrettet tilsyn: Kapitlet belyser kommunernes arbejdsgange, når de skal følge op på en borger på et døgnbehandlingstilbud, gennemføre det personrettede tilsyn og følge op efter endt døgnbehandling.

KAPITEL 2

Afdækning af udfordringer og støttebehov



Dette kapitel belyser kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de afdækker udfordringer og støttebehov hos borgere, som bliver visiteret til døgnbehandling for stofmisbrug. Kapitlet belyser:

- Hvordan kommunerne kommer i kontakt med borgeren, og hvilke indgange borgeren har til døgnbehandling for stofmisbrug i kommunen.
- Hvordan kommunerne afdækker borgerens udfordringer og støttebehov. Herunder hvilke redskaber og metoder kommunerne bruger.
- Hvornår og hvorfra kommunerne indhenter oplysninger i forbindelse med afdækningen.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 2:

- Kommunerne har fysiske og telefoniske indgange, hvor borgerne kan henvende sig. Der kan de få råd og vejledning, men også få en tid til en samtale med en rådgiver.
- Flere kommuner fortæller, at det kan være vanskeligt at lave en grundig og helhedsorienteret afdækning inden for behandlingsgarantien på 14 dage. Derfor vejleder kommunerne i nogle tilfælde borgeren om, at det kan være nødvendigt med en grundigere afdækning, der rækker ud over de 14 dage. Det kan eksempelvis være i tilfælde, hvor der er brug for at inddrage somatisk og/eller psykiatrisk lægelig ekspertise. Afdækningen vil eventuelt foregå sideløbende med, at kommunen træffer afgørelse om igangsættelse af ambulante behandling, indtil afdækningen er foretaget.
- Det varierer, hvor mange samtaler kommunerne har med borgeren i forbindelse med afdækningen. Det afhænger blandt andet af borgerens individuelle situation.
- Kommunerne bruger forskellige redskaber og metoder i afdækningen, herunder EuropASI, Voksenudredningsmetoden (VUM), MapPlan eller redskaber, som kommunerne selv har udviklet.

BEHANDLING SIDELØBENDE MED AFDÆKNING

I de tilfælde, hvor afdækningen er kompleks, og det derfor ikke er muligt at færdiggøre den inden for behandlingsgarantien, skal kommunen igangsætte et behandlingstilbud, mens afdækningen færdiggøres, jf. bekendtgørelse om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven.

- Under første afdækningsamtale med borgeren identificerer rådgiveren i samarbejde med borgeren, hvilke oplysninger det er relevant at inddrage og hvorfra.

DEN FØRSTE KONTAKT TIL BORGERNE

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne kommer i kontakt med borgere, der potentielt har behov for at blive visiteret til døgnbehandling for deres stofmisbrug, og hvilke indgange borgeren har til døgnbehandling for stofmisbrug i kommunen.

Kommunerne bliver opmærksomme på, at en borger muligvis har brug for døgnbehandling ved, at borgeren selv eller andre i borgerens netværk henvender sig. Det kan eksempelvis være en pårørende eller en medarbejder fra jobcentret, kriminalforsorgen eller lokalpsykiatrien.

I fire ud af de fem kommuner, som deltager i undersøgelsen, har borgerne én indgang til stofmisbrugsbehandling i kommunen. Indgangen benævnes forskelligt alt efter kommunens organisering. I én kommune hedder det eksempelvis Rusmiddelcentret, i en anden Team Misbrug og i en tredje Åben Rådgivning. Borgerne kan henvende sig fysisk og/eller per telefon og få råd og vejledning og tid til en samtale med en rådgiver. I Københavns Kommune er organiseringen anderledes end i de øvrige kommuner, der indgår i undersøgelsen. Her er der ikke kun én indgang til stofmisbrugsbehandling. Her er indgangen gennem en af kommunens seks primære rusmiddelenheder – alt efter hvilken type misbrug borgeren har.

ENHEDSFORVALTNING

Kommunen skal sætte sagen i gang, uanset hvilken kommunal enhed borgeren henvender sig til.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I de fleste af de sager, vi har gennemgået, har borgeren selv henvendt sig med henblik på at søge om døgnbehandling. Men der er også eksempler på, at andre personer omkring borgeren har henvendt sig. Der er eksempler på henvendelser fra henholdsvis borgerens mentor, kontaktperson fra jobcentret, borgerens mor og bostøtte. Derudover er der også en sag, hvor borgeren allerede var i ambulante behandling, og hvor kommunen blev opmærksom på behovet for døgnbehandling på et opfølgingsmøde i den ambulante behandling.

[Sagsforløbet om Tariq](#), der bliver præsenteret i kapitel 4, er et eksempel på, at borgeren har henvendt sig til kommunen gennem sin mentor for at søge om døgnbehandling. I [sagsforløbet om Kristine](#) i kapitel 5 bliver rådgiveren opmærksom på Kristines eventuelle behov for døgnbehandling gennem henvendelser fra både Kristines mor, sagsbehandleren fra jobcentret, og

Sagsforløb der illustrerer henvendelsesformer



ved at Kristine selv udtrykker behov for døgnbehandling på et opfølgingsmøde i den ambulante behandling, hun er startet i.

DEFINITION PÅ AMBULANT BEHANDLING, DAG- OG DØGNBEHANDLING

Ambulant behandling

Ambulant behandling kan karakteriseres som et lavintensitetstilbud, hvor ydelsen typisk leveres to til otte gange om måneden og tilpasses den enkelte borgers situation og behov. Ambulant behandling er i modsætning til døgnbehandling karakteriseret ved, at behandlingen finder sted, mens personen befinder sig i sit nærmiljø. Centrale elementer i ambulant behandling er rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling.

Dagbehandling

I dagbehandling understøttes borgerens individuelle mål med en kombination af fx aktiviteter, projektforbøb, individuelle samtaler og gruppesamtaler i ambulant regi. Forløbet kan omfatte undervisning, aktivering og sociale støttetilbud – ud over behandling for stofmisbrug. Dagbehandling kan være det primære behandlingsforløb, men kan også anvendes som behandling før eller efter et døgnbehandlingsforløb. Borgerne møder typisk mandag til fredag, fem til otte timer dagligt, og deltager i et fast skema.

Døgnbehandling

Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud og retter sig generelt mod de mest udfordrede borgere med stofmisbrug. Tilbuddet gives i de tilfælde, hvor ambulante tilbud (ambulant behandling eller dagbehandling) ikke vurderes at være tilstrækkeligt. En borger, der ikke kan hjælpes tilstrækkeligt med et ambulant tilbud, har ret til et døgntilbud.

Kilde: "Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling" af Socialstyrelsen 2020.

PROCES FOR AFDÆKNING

Dette afsnit handler om selve processen for afdækning, herunder tidsperspektivet og antallet af samtaler, som rådgiveren har med borgeren, inden ansøgningen bliver indstillet til visitation.

AFDÆKNING OG UDREDNING

Afdækningen er en del af kommunens sagsbehandling. Afdækningen skal danne udgangspunkt for kommunens afgørelse om stofmisbrugsbehandling, og den skal have fokus på borgerens sociale, psykiske og fysiske udfordringer og behov. Afdækningen kan vise, at der er behov for yderligere udredning af særlige belastningsområder.

Kilde: "Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling" af Socialstyrelsen 2020.

I boksen nedenfor fremgår lovgrundlaget for afdækning og behandlingsgaranti.

§

AFDÆKNING

Det fremgår af retssikkerhedslovens § 10, at kommunen har ansvaret for, at sager er oplyst i tilstrækkeligt omfang til, at kommunen kan træffe afgørelse. Det fremgår endvidere af servicelovens § 101, stk. 2, at kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om social behandling efter stk. 1, på baggrund af en helhedsorienteret afdækning af personens problemer og behov.

Af Bekendtgørelse om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service § 1, stk. 2, fremgår det, at afdækningen skal anlægge en helhedsbetragtning og omfatte personens

- 1) forbrug af rusmidler, herunder både stoffer og alkohol,
- 2) sociale forhold, herunder sociale netværk og familiemæssige forhold,
- 3) fysiske og psykiske helbred,
- 4) arbejde og/eller uddannelse,
- 5) boligforhold og
- 6) andre relevante forhold, herunder anden hjælp, som personen modtager.

BEHANDLINGSGARANTI

I henhold til servicelovens § 101, stk. 4, er kommunen forpligtet til at iværksætte behandling for stofmisbrug senest 14 dage efter henvendelsen.

Kommunernes processer for afdækning varierer afhængig af den enkelte borgers situation. I de fleste tilfælde er borgeren allerede indskrevet i ambulante behandling eller dagbehandling – eller har været det tidligere – og er kendt af kommunen i den forbindelse. Her vil det typisk være borgerens rusmiddelbehandler, som samarbejder med borgeren om at udarbejde en ansøgning til døgnbehandling, eller som sikrer, at en rådgiver hjælper borgeren med at udarbejde en ansøgning, når det står klart, at den ambulante behandling ikke er tilstrækkelig til, at borgeren kan opnå sine behandlingsmål².

I de tilfælde, hvor en borger har henvendt sig til kommunen med henblik på at søge døgnbehandling uden forudgående ambulante behandling, kan det i nogle tilfælde være svært for kommunerne at nå at afgøre sagen inden for behandlingsgarantien på 14 dage. Det er i tilfælde, hvor den indledende afdækning peger på, at der er behov for egentlig udredning i form af eksempelvis screening hos psykolog eller psykiater – eller samtale hos kommunens tilknyttede læge i tilfælde af somatiske problemstillinger. Samlet set kan en sådan udredningsproces vare længere end to uger. I sådanne tilfælde kan borgeren, ifølge flere kommuner, som udgangspunkt vælge at få sin ansøgning afgjort inden for behandlingsgarantien på 14 dage eller at få lavet en mere grundig afdækning, der giver et bedre oplysningsgrundlag til at træffe afgørelse:

"(...) hvis de søger direkte døgn, så vejleder vi dem i, at vi vurderer, at det er godt at lave en rigtig grundig udredning for at kunne lave det bedst mulige match. Men insisterer de på, at ansøgningen skal på visitation inden for 14 dage, så kommer den på visitationsudvalg inden for de 14 dage, hvor vi så træffer en afgørelse (...) Men jeg vil også være ærlig at sige, at vi prøver at vejlede borgeren i, at vi får de bedste resultater, når vi har et ordenligt oplyst grundlag, og det kan være svært at nå inden for de 14 dage (...)" (leder, Glad-saxe Kommune).

Alt efter situationen kan processen for afdækning og udredning således variere mellem få uger og flere måneder. Samtidig fortæller de i en kommune, at de træffer afgørelse om igangsættelse af ambulante behandling, indtil afdækningen er foretaget. I sådanne tilfælde vil behandlingsgarantien på 14 dage være overholdt.

² Der er individuelle forskelle på, hvordan kommunerne har organiseret den sociale stofmisbrugsbehandling. Typisk er det sådan, at det er en rusmiddelbehandler, der varetager borgerens ambulante behandling, mens en rådgiver afdækker borgerens støttebehov og indstiller til døgnbehandling.

§

BEHANDLINGSGARANTI

Hvis kommunen ikke kan indhente de nødvendige oplysninger inden for behandlingsgarantien på 14 dage, skal den kunne forklare, hvorfor det ikke er muligt. Det kræver altså en konkret og individuel vurdering, hvis behandlingsgarantien ikke kan overholdes. Interne procedurer, såsom et fast tidsinterval mellem visitationsmøder, er ikke begrundelse for ikke at overholde behandlingsgarantien.

I de tilfælde, hvor afdækningen er kompleks, og det derfor ikke er muligt at færdiggøre den inden for behandlingsgarantien, skal kommunen igangsætte et behandlingstilbud, mens afdækningen færdiggøres, jf. bekendtgørelse om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

Afdækningen skal færdiggøres snarest muligt efter iværksættelsen af behandlingen, hvis den på grund af forhold hos personen med et stofmisbrug, eller på grund af indhentning af oplysninger fra andre, ikke kan færdiggøres, inden kommunen skal træffe afgørelse og iværksætte behandling. Det fremgår af § 1, stk. 6 i Bekendtgørelse om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

Antallet af samtaler varierer

Processen for afdækning varierer ikke alene efter borgerens individuelle situation, men også efter praksis i den enkelte kommune. I Esbjerg Kommune bestræber de sig eksempelvis på at holde afdækningen til en enkelt samtale inden visitationen, selvom særlige forhold omkring borgerne ofte betyder, at det bliver til flere samtaler.

I andre kommuner har de som udgangspunkt flere samtaler. I Københavns Kommune fortæller en medarbejder, at han som udgangspunkt har 7-8 samtaler med borgeren, selvom han prøver at begrænse antallet af samtaler, da det kan være hårdt for de borgere, han arbejder med, at indgå i så intensivt et forløb. Der er tale om en medarbejder, der arbejder med borgere i substitutionsbehandling³ med komplekse problematikker. I en anden enhed i samme kommune, hvor de arbejder

³ Ved substitutionsbehandling erstattes rusmidlet med et mindre skadeligt præparat.

Centralstimulerende stoffer er stoffer, der stimulerer hjernen og modvirker træthed og sultfølelse. Det er eksempelvis amfetamin, ecstasy og kokain.

med borgere, der bruger centralstimulerende stoffer, fortæller en medarbejder, at hun i sin specifikke enhed oplever, at arbejdspress blandt personalet af og til kan betyde, at en ansøgning om døgnbehandling bliver vurderet af visitationsudvalget efter en enkelt afdækningsamtale med borgeren.

REDSKABER OG METODER TIL AFDÆKNING

Kommunerne, som indgår i undersøgelsen, bruger forskellige redskaber og metoder til afdækning af borgernes problemstillinger. I det følgende beskriver vi de forskellige redskaber og metoder, som de bruger, og som også er oplyst i oversigten nedenfor.

TYPER AF AFDÆKNINGSMETODER, SOM KOMMUNERNE BRUGER

- Københavns Kommune: EuropASI (European Addiction Severity Index) og et "helhedsoverblik"
- Gladsaxe Kommune: MapPlan
- Esbjerg Kommune: Voksenudredningsmetoden (VUM)
- Aalborg Kommune: EuropASI (European Addiction Severity Index), MapPlan og "visitationsjournalen"
- Hjørring Kommune: Deres eget helhedsorienterede "udredningsskema"

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Blandt de sager, vi har gennemgået, er der eksempler på, at ASI-score på borgeren fremgår i sagen.

EuropASI (European Addiction Severity Index)

Aalborg Kommune og Københavns Kommune bruger EuropASI (European Addiction Severity Index) i afdækningen. ASI er et udredningsværktøj, der afdækker, hvilke stoffer borgeren bruger, og hvilke problemer borgeren oplever inden for forskellige livsområder.

I Københavns Kommune fortæller ledere, at kontaktpersonen, som også er primær rusmiddelbehandler, laver afdækningen sammen med borgeren ved brug af ASI i kombination med et "helhedsoverblik". "Helhedsoverblikket" er et dokument, som er udviklet i kommunen over tid og i forbindelse med det IT-system, som de bruger i kommunen. De beskriver, at de ved denne metode kommer ind over alle relevante faktorer af borgerens liv. Der indgår blandt andet behandlingshistorik, misbrugshistorik, netværk, bolig, psykiatri, fysisk helbred, uddannelse, beskæftigelse og bolig.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

De sager, som vi har gennemgået, er fra før Esbjerg Kommune begyndte at afdække og udrede til stofmisbrugsbehandling ved brug af VUM. Der er derfor ikke eksempler på sager med denne metode.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANEN

Vi har ikke kunnet se MapPlan i sagerne. I Gladsaxe Kommune skyldes det, at kommunen først er overgået til at bruge MapPlan efter den periode, vi har indkaldt sager fra. Det samme kan gælde i Aalborg Kommune.

I Aalborg Kommune har de også udarbejdet deres eget afdækningskema, som de kalder "visitationsjournalen", som de bruger til en helhedsorienteret afdækning af borgerens situation og støttebehov. En medarbejder fortæller, at de bruger ASI i tilfælde, hvor borgeren "har svært ved at svare konkret".

Voksenudredningsmetoden (VUM)

I Esbjerg Kommune bruger de Voksenudredningsmetoden (VUM) som afdæknings- og udredningsværktøj. Det er en praksis, som er indført i 2020. Tidligere brugte de screeningsværktøjet EuropASI og lavede en beskrivelse af borgerens misbrugshistorik gennem et afdækningsredskab, som de selv havde udviklet i kommunen. Men i forbindelse med en omorganisering i kommunen, hvor rusmiddelbehandlingen blev en del af kommunens voksenmyndighed, gik de over til at bruge VUM med henblik på at styrke den helhedsorienterede afdækning og indsats. Ledelse og medarbejdere oplever, at de har fået en mere grundig og ensartet afdækning, end de tidligere har haft:

"Vi har den her udredningsmetode, som er den, vi bruger, og det gør, at tingene bliver mere ensrettede, tænker jeg, og mere grundige også. Så det er ikke helt så tilfældigt, som det var førhen, hvad man lige syntes, der var vigtigt" (medarbejder, Esbjerg Kommune).

MapPlan

I Aalborg Kommune bruger de, udover EuropASI og deres egen "visitationsjournalen", også MapPlan i forbindelse med afdækningen. MapPlan er et valideret afdækningsredskab i form af et spørgeskema, som afdækker problemer og ressourcer, som kan forhindre eller fremme borgerens arbejde med at reducere eller stoppe sit forbrug af rusmidler.

I Gladsaxe Kommune bruger de også MapPlan. Rådgiveren udfylder spørgeskemaet i samarbejde borgeren og udarbejder samtidig en anamnese⁴. En leder i kommunen forklarer følgende om borgerens anamnese:

"Det er beskrivelse af, hvad det er for en rusmiddelproblematik (borgeren har). Hvad det er for mål, man har. Hvad det er for erfaringer, man har i forhold til behandling. Hvad ens boligsituation er. Hvad ens netværk er - hvor ressourcerne er i det netværk, man måske har, eller de aktiviteter, man har i sit liv. Hvad ens beskæftigelsessituation er. Man kommer hele vejen rundt. Det gør man både i VoksenMap⁵,

⁴ Anamnese er et fagudtryk for beskrivelsen af borgerens historik i journalen.

⁵ VoksenMap er en del af MapPlan, som er rettet specifikt mod voksne borgere.

men man gør det især også i anamnesen, så hvis der er noget, vi ikke har fået uddybet, så er det også der, man får det uddybet” (leder, Gladsaxe Kommune).

Udelukkende brug af eget redskab

I Hjørring Kommune bruger de alene deres eget helhedsorienterede udredningsredskab, som de kalder ”udredningsskema”.

INDHENTNING AF OPLYSNINGER

Dette afsnit belyser, hvornår i processen og hvorfra kommunerne indhenter oplysninger om borgerne i afdækningen.

Det varierer fra sag til sag, hvorfra det kan være relevant at indhente oplysninger til afdækning af borgerens støttebehov. Flere kommuner beskriver, at de under den første egentlige afdækningssamtale drøfter med borgeren, hvilke oplysninger der kan være relevante at inddrage i sagen. En medarbejder fra Esbjerg Kommune siger:

”Det er jo borgeren, der er klogest på, hvor vi skal indhente noget fra. Så det er også borgeren, vi har brug for at tale med og få samtykke fra til at indhente de her oplysninger” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

Når de til den første afdækningssamtale har fået afklaret, hvorfra de skal indhente oplysninger, og fået samtykke fra borgerne, begynder de at indhente oplysningerne. Afhængig af den enkelte borgers situation kan det blandt andet være relevant at indhente oplysninger fra følgende instanser:

HERFRA INDHENTER KOMMUNERNE OPLYSNINGER

- Tidligere og igangværende ambulant, dag- eller døgnbehandling
- Lægelige oplysninger, eksempelvis fra egen læge eller læge tilknyttet den kommunale misbrugsbehandling
- Psykiatrien
- Tidligere sager i kommunen
- Tidligere kommune, hvis borgeren er tilflytter fra anden kommune
- Hjemmevejleder eller bostøtte efter servicelovens § 85
- Støttekontaktperson efter servicelovens § 99
- Børn- og familieafdeling

- Jobcenter
- Kriminalforsorgen om vilkår i forbindelse med dom
- VISO i forbindelse med udredning af borgeren

Eksempel på sagsforløb

Det konstruerede sagsforløb om Anders herunder er et eksempel på, hvordan kommunens afdækning kan foregå. I forbindelse med afdækningen af Anders' behandlingsbehov indhenter kommunen oplysninger fra Anders' egen læge og udregner ASI-score.

Sagsforløb med eksempel på kommunens afdækning



SAGSFORLØB OM ANDERS

Kommunen indhenter oplysninger fra læge og udregner ASI-score

Anders på 52 år får bevilget døgnbehandling, da han har et omfattende og langvarigt blandingsmisbrug af primært kokain, morfin og hash.



Forhistorie

I teenageårene bliver Anders introduceret for stoffer, og i hele sit voksenliv har han haft et dagligt misbrug.

Anders har i en årrække været en del af et kriminelt miljø præget af stofmisbrug. Han er uddannet håndværker, men er på kontanthjælp på grund af sit misbrug, fængselsophold og fysiske skader efter en faldulykke. Hans boligsituation er ustabil.



Kommunens afdækning

Anders henvender sig til kommunen, da han er fysisk, psykisk, socialt og økonomisk hårdt belastet af sin situation og ønsker at lægge sit liv om og blive stoffri. Han

har aldrig før modtaget behandling for sit misbrug, men ønsker nu at komme i døgnbehandling med det samme.

Rådgiveren holder to afdækningsmøder med Anders, udarbejder en journal og udfylder et ASI-skema med en score for forhold såsom stoffer, kriminalitet og socialt netværk. Rådgiveren indhenter desuden oplysninger fra Anders' læge om, hvilken medicin Anders får ordineret.

Rådgiveren laver en indstilling til døgnbehandling, og sagen kommer på et møde i kommunens visitationsudvalg. Anders deltager også i mødet.



BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBE- GRÆNSE

Der er ikke hjemmel i serviceloven til at træffe tidsbegrænsede afgørelser. Hjælpen skal fortsætte, indtil den har opnået sit formål. Kommunen kan fastsætte en opfølgingsdato i forbindelse med bevillingen, men ikke en afslutningsdato.

VEJLEDNING OM FRIT VALG

Det er god forvaltningsskik at vejlede borgeren om frit valg før visitationen, så borgeren har tid til at undersøge og overveje mulige tilbud. Se principmeddelelse 22-18.

Bevilling af døgnbehandling

Kommunen bevilger døgnbehandling på baggrund af misbrugets omfang, varighed og karakter. Af bevillingen fremgår en forventet varighed på fire måneder efterfulgt af efterbehandling i kommunens efterbehandlingstilbud med døgnophold. Undervejs i behandlingen modtager han fysioterapi for sine smerter efter faldulykken.

Valg af behandlingssted

Kommunen begrunder valget af behandlingssted med tilbuddets faglige tilgang, mulighed for at varetage intensiv nedtrapping og mulighed for at arbejde med Anders' kriminelle adfærd. Det fremgår ikke af sagen, om kommunen har drøftet valg af behandlingssted med Anders inden afgørelsen, men det kan være blevet drøftet på visitationsmødet, hvor Anders deltog.

Samme uge, som Anders får bevilget døgnbehandling, bliver han indskrevet på døgnbehandlingstilbuddet. Samtidig underskriver kommunen og døgnbehandlingstilbuddet en behandlingskontrakt, hvor blandt andet kravene til opfølgningen er beskrevet.



EFTERBEHANDLING KRÆVER EN NY AFGØRELSE

Hvis borgeren skal i efterbehandling, skal kommunen ophøre døgntilbehandlingen og træffe en ny afgørelse om efterbehandling, fordi der sker en ændring af indsatsen. Kommunen kan altså ikke bevilge begge dele på en gang.

Opfølgning og personrettet tilsyn

Under døgntilbehandlingen er der løbende kontakt mellem rådgiveren og døgntilbehandlingstilbuddet. Døgntilbehandlingstilbuddet orienterer skriftligt om Anders' ankomst og om, at deres læge ved indskrivningen laver en afgangsplan. Tre uger inde i behandlingsforløbet sender behandlingstilbuddet en skriftlig status, hvor det fremgår, at behandlingen går godt. I denne status indgår en kort behandlingsplan, der i punktstilling beskriver, hvad Anders skal arbejde med for at forebygge tilbagefald. To måneder inde i forløbet modtager kommunen en mail fra behandlingstilbuddet om, at Anders har besøgt efterbehandlingstilbuddet, så han er forberedt på det efterfølgende ophold. Hertil følger også en midtvejsstatusskrivelse om, at behandlingen fortsat går godt, og at Anders stadig arbejder med målene beskrevet i behandlingsplanen.

En måned efter, at Anders er overgået til efterbehandling, er der et møde, hvor rådgiveren, Anders og en medarbejder fra efterbehandlingen deltager. Omkring et halvt år efter endt døgntilbehandling kommer rådgiveren på hjemmebesøg hos Anders.

KAPITEL 3



Bevilling af døgnbehandling

Dette kapitel handler om bevillingen af døgnbehandling og belyser:

- Hvordan processen er for bevilling af døgnbehandling.
- Formålet med brug af døgnbehandling i kommunerne.
- Hvornår kommunerne bevilger døgnbehandling frem for andre typer af behandling, og hvad de mener er vigtigt at tage højde for, hvis døgnbehandlingen skal blive en succes.
- Hvor lang tids behandling borgeren får bevilget og hvorfor.
- Kommunernes praksis for at arbejde med handleplaner.
- Kommunernes praksis for at arbejde med behandlingsplaner.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 3:

- Kommunerne bruger et visitationsudvalg til at behandle ansøgninger om døgnbehandling, når rådgiveren har indstillet borgeren til døgnbehandling. Det varierer fra kommune til kommune, hvem der er med i visitationsudvalget. For eksempel kan der være rådgivere, en psykolog og repræsentation af ledelse.
 - Døgnbehandling bliver kun bevilget, hvis kommunen, på baggrund af sagens oplysninger, vurderer, at ambulantly behandling (og/eller dagbehandling) ikke er tilstrækkeligt. I mange tilfælde betyder det, at borgeren forud for døgnbehandlingen har været i ambulantly behandling.
 - Kommunerne, der indgår i undersøgelsen, bevilger typisk døgnbehandling, hvis borgeren er for ustabil til at deltage i ambulantly behandling, og hvis personen har brug for at blive skærmet fra sit nærmiljø.
 - I nogle tilfælde bevilger kommunerne døgnbehandling uden at have bevilget ambulantly behandling først. Det kan være, fordi de vurderer, at det ikke er forsvarligt at varetage nedtrapning af rusmidlerne ambulantly, eller fordi de frygter, at borgeren vil dø af sit misbrug uden døgnbehandling. Derudover varierer det fra kommune til kommune, hvornår de vil igangsætte døgnbehandling uden forudgående ambulantly eller dagbehandling.
-

BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBE- GRÆNSE

Som beskrevet i kapitel 2 har kommunen ikke lovhjemmel til at tidsbegrænse bevillingen.

- Døgnbehandlingen står ikke alene, men bliver brugt som ét element i et samlet behandlingsforløb. Som hovedregel iværksætter kommunerne ambulante behandling (og/eller dagbehandling) forud for døgnbehandlingen og i forlængelse af døgnbehandlingen.
- Kommunen koordinerer misbrugsbehandlingen med øvrige relevante aktører fra eksempelvis psykiatrien og kommunens jobcenter. Dette med henblik på, at misbrugsbehandlingen skal være en del af en helhedsorienteret indsats, hvor kommunen tager hånd om borgeren samlede problematikker.
- Nogle kommuner fastlægger længden af døgnbehandlingen allerede ved bevillingen, mens andre fastsætter en forventet slutdato. I alle fem kommuner, der indgår i undersøgelsen, er der mulighed for at forlænge døgnbehandlingen, hvis opfølgningen peger på, at der er behov for det. Kommunerne argumenterer for, at det giver fagligt mening at lave en tidsafgrænset bevilling, blandt andet fordi de mener, at det giver borgerne tryghed at kende til slutdatoen.
- Nogle kommuner beskriver, at de arbejder eksplicit med handleplaner efter servicelovens § 141, mens andre fortæller, at de arbejder med tilsvarende redskaber, som vi beskriver i kapitlet.
- Nogle kommuner udarbejder selv en behandlingsplan i samarbejde med borgeren forud for døgnbehandlingen. Andre kommuner ser det som behandlingstilbuddets arbejdsredskab, hvorfor det kun er behandlingstilbuddet, der udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med borgeren.

HVEM BEVILGER DØGNBEHANDLING

Dette afsnit handler om, hvordan det foregår, når kommunen afgør, om en ansøgning om døgnbehandling skal munde ud i en bevilling, og hvem der er involveret i beslutningen.

Visitationsudvalg bevilger

Når indstillingen til døgnbehandling er udarbejdet, kommer sagen på visitationsmøde, hvor kommunen afgør, om borgeren får bevilget døgnbehandling. Alle fem kommuner, der er med i undersøgelsen, bruger et visitationsudvalg til at behandle ansøgninger om døgnbehandling. Mens rådgiverne ofte selv har

kompetence til at bevilge ambulante behandling, skal ansøgninger om døgnbehandling i alle fem kommuner gennem et visitationsudvalg. I Hjørring Kommune er der møde i visitationsudvalget hver 14. dag, i de øvrige kommuner er der visitationsmøde én gang om ugen.⁶

Sammensætningen af visitationsudvalget varierer

Det varierer fra kommune til kommune, hvem der deltager i visitationsmødet. I fire af de deltagende kommuner er en eller flere ansvarlige ledere med (eksempelvis faglig leder og centerleder). I to kommuner deltager den ansvarlige ledelse for de ambulante tilbud også, og i en kommune deltager også ledelse for øvrige tilbud på voksenområdet.

FORSKELLIGT OM SAGSBEHANDLERE DELTAGER

I to kommuner deltager hele det team af rådgivere, der står for at afdække sagerne, mens det i en tredje kommune kun er den rådgiver, som har en sag på visitation, der deltager. I en fjerde kommune deltager rådgiveren og eventuelt en socialfaglig medarbejder, ligesom der også deltager en psykolog.

I Københavns Kommune har de en anderledes konstruktion sammenlignet med de øvrige kommuner, der er med i undersøgelsen. I Københavns Kommune har de en central visitation, hvor der sidder særlige visitatorer på medarbejderniveau og tager imod alle ansøgninger til døgnbehandling. Disse visitatorer har selv beslutningskompetencen, og derfor skal indstillingerne ikke forelægges ledelsen, før de træffer beslutning.

FORSKELLE PÅ, OM BORGEREN ER MED PÅ MØDET

Nogle kommuner inviterer også borgeren med

I to kommuner inviterer de borgeren med til visitationsmøde, det gør de øvrige kommuner i undersøgelsen ikke.

Den ene kommune, der inviterer borgeren med til visitationsmøde, er Gladsaxe Kommune. Her fortæller en leder, at de i tilfælde, hvor de ud fra det skriftlige materiale på forhånd har besluttet at imødekomme borgerens ansøgning, informerer borgeren om det på mødet, så de kan drøfte med borgeren, hvordan døgnbehandlingsforløbet skal bruges. Hvis de på baggrund af det skriftlige materiale ikke kan imødekomme ansøgningen, drøfter de deres forbehold med borgeren på visitationsmødet og får de sidste forhold belyst. Afgørelsen bliver så truffet efter mødet, og borgeren får besked om afgørelsen senere samme dag.

⁶ I Københavns Kommune består stofmisbrugsbehandlingen af forskellige enheder spredt over byen. Hver enhed har visitationsmøde én gang ugentlig.

I Københavns Kommune er det også fast procedure at invitere borgeren til at deltage i visitationsmødet sammen med eventuelle andre, som borgeren ønsker at have med på mødet. Det kan eksempelvis være en pårørende, en mentor fra jobcentret eller en støttekontaktperson. Visitatorerne træffer først afgørelsen efterfølgende uden borgeren. Her begrundes en faglig leder borgerdeltagelsen med, at det giver mulighed for blandt andet at få uddybet borgerens historie, aktuelle situation, behov og ønsker. Den faglige leder oplever også, at det gør en forskel for afgørelserne, at borgerne er med på visitationsmødet:

"(...) når vi møder borgerne, får vi jo også et andet indblik i borgerens situation."

"(...) når vi møder borgerne, får vi jo også et andet indblik i borgerens situation. Det kan være, at vi læser en afdækning, hvor vi siger 'ej, det er måske lige i overkanten det her med døgnbehandling', og så viser det sig faktisk ofte at være det modsatte. Så kommer borgeren ind, og vi taler med borgeren. 'Hold da op, du har godt nok brug for at komme væk, det kan vi godt se'. Så det her element med at møde borgerne, det er noget, som vi sætter meget stor pris på" (leder, Københavns Kommune).

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I nogle af de gennemgåede sager fremgår det, at borgeren har deltaget i visitationsmødet.

Samtidig reflekterer en anden leder fra samme kommune over, hvad der kan være af opmærksomhedspunkter i forhold borgerdeltagelsen. Lederen peger på, at nogle af borgerne har givet udtryk for, at de oplever visitationsmødet som at være til eksamen, og at de har oplevet det som en lettelse at være med til visitationsmødet på skærm, frem for at være til stede fysisk, som det har været nødvendigt under nedlukningen på grund af Covid-19. Lederen fortæller, at det har taget noget af presset fra borgernes skuldre, og det giver anledning til at reflektere over, hvordan de kan tilrettelægge borgerdeltagelsen på en mere fleksibel måde, der tager højde for borgerens præferencer i forhold til formen. Lederen konkluderer:

"(...) det, vi tror, er rigtig god service, det er faktisk ikke altid det, som borgerne synes er en god service, fordi det er en service på organisationens præmisser" (leder, Københavns Kommune).

VALG AF DØGNBEHANDLING

Dette afsnit handler om, hvad formålet med døgnbehandling kan være, hvad der skal til for, at kommunerne bevilger døgnbehandling, og hvad det ifølge kommunerne er vigtigt at tage højde for, når de bevilger døgnbehandling.

For yderligere viden om kommunernes kriterier for at bevilge døgnbehandling henviser vi til Ankestyrelsen undersøgelse "Den sociale stofmisbrugsbehandling – visitation til og indhold i behandlingen" fra 2019.

Forskellige formål med døgnbehandlingen

De kommuner, som deltager i undersøgelsen, bruger døgnbehandling til forskellige formål. Den gængse brug af døgnbehandling er at sende borgerne i døgnbehandling med egentlig misbrugsbehandling som formål.

Nogle af kommunerne fortæller, at de derudover også bruger døgnbehandling udelukkende til afgiftning, inden borgeren skal starte i ambulans behandling eller dagbehandling.

Et par af kommunerne fortæller, at de i nogle tilfælde bruger døgnbehandlingstilbuddene til stabiliserende omsorgsophold for at gøre borgerne klar til egentlig stofmisbrugsbehandling i form af enten døgn-, ambulans eller dagbehandling.

Endelig fortæller et par af kommunerne, at de i nogle tilfælde sender borgere i døgnbehandling med det formål at få dem udredt for psykiatriske problematikker eller alkoholdemens. De fortæller, at det skyldes, at borgeren skal være stoffri for at blive psykiatrisk udredt. Når borgeren er blevet afgiftet i døgnbehandling, bliver der mulighed for at udrede psykiatrisk enten under selve opholdet eller efter døgnopholdet.

Eksempel på sagsforløb

Det konstruerede sagsforløb om Inge herunder er et eksempel på, at kommunen bevilger døgnbehandling udelukkende som et kort afgiftningsophold.

Sagsforløb hvor kommunen bevilger afgiftningsophold



SAGSFORLØB OM INGE

Kommunen bevilger kort afgiftningsophold

Inge på 45 år har gennem en længere årrække haft et alkohol- og kokainmisbrug, som vanskeliggør hendes hverdag.



Forhistorie

Inge er diagnosticeret i psykiatrien og bruger alkohol og kokain til at dulme sine psykiske problemer. Hun modtager førtidspension på grund af sine psykiske vanskeligheder, men arbejder én dag om ugen. Ved hjælp af et igangværende dagbehandlingsforløb bliver Inge stoffri i en længere periode.



Kommunens afdækning

Kommunen bliver opmærksom på, at dagbehandlingen ikke er tilstrækkelig for Inge, da hun efter et tilbagefald får det tiltagende værre. Inges rådgiver starter en ny afdækning og beskriver i den forbindelse Inges historik og nuværende situation og udfordringer. Inge er involveret i processen gennem løbende samtaler med rådgiveren. Inge beskriver selv, at hun er bange for, at hendes liv vil gå i opløsning, hvis hun ikke kommer ud af misbruget i tide. Rådgiveren laver en indstilling til visitation, hvor også Inges behandlingsmål, som er stoffrihed, bliver beskrevet.



Bevilling af døgnbehandling

Visitationsudvalget beslutter at bevilge Inge døgnbehandling i to uger med fokus på afgiftning og stoffrihed, da de vurderer, at dagbehandling alene ikke er nok for Inge.

Valg af behandlingssted

Det fremgår ikke af sagen, hvorfor det konkrete tilbud er valgt, eller hvilken dialog der har været mellem kommunen og behandlingsstedet forud for behandlingsstart. Der går otte dage fra bevillingen, til Inge starter i døgnbehandling.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Det fremgår heller ikke af Inges sag, om sagsbehandleren laver en opfølgning, mens Inge er i døgnbehandling. Efter endt døgnbehandling bliver Inge visiteret til et dagbehandlingsforløb.

Kommunerne bevilger døgnbehandling, når ambulante behandling ikke slår til

I alle fem kommuner er der enighed om, at døgnbehandling er et tilbud, de alene giver i de tilfælde, hvor ambulante behandling eller dagbehandling ikke slår til. I de fleste tilfælde betyder det, at borgeren først har fået bevilget de relevante ambulante

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

I flere af de sager, vi har gennemgået, fremgår det, at borgeren tidligere har været i ambulans behandling.

SAGEN SKAL VÆRE OPLYST

Kommunernes faglige vurdering skal bero på sagens oplysninger. Læs mere i principmeddelelse 51-18.

og/eller dagbehandlingstilbud, der er i kommunen, før kommunen bevilger døgnbehandling:

"(...) vi arbejder med en målgruppe, som nogle gange har mange tilbagefald, og hvis vi skal blive ved med at sørge for at have ammunition til at skyde med næste gang, de kommer, så nytter det jo ikke noget, at vi brager dem op på maksimum og fyrrer alt krudtet af i et hug. Men det er jo ikke det samme, som at vi siger, at man skal igennem ambulans behandling, eller at man skal igennem dagbehandling. Men inden vi indstiller til højeste intensitet, så skal man gøre sig nogle faglige overvejelser om, om den her spurv i virkeligheden kan skydes ned med en lidt mindre kanon, så vi kan gemme noget af krudtet" (leder, Gladsaxe Kommune).

Der er blandt interviewpersonerne enighed om, at det er en faglig vurdering fra gang til gang, hvilken behandlingsform der skal til for at hjælpe borgeren bedst muligt, og en vurdering af den samlede belastningsgrad for borgeren.

CITAT FRA SAGSGENNEMGANG – BEGRUNDELSE FOR BEVILLING AF DØGNBEHANDLING:

"I afgørelsen har vi lagt vægt på, at du af flere omgange har været i et ambulans behandlingsforløb (...) Du har oplyst, at du aktuelt tager kokain 5-6 gange ugentligt, har et dagligt forbrug af cannabis samt et overforbrug af alkohol. Der er lagt vægt på, at du ikke har opnået længevarende stoffrihed i et behandlingstilbud af ambulans intensitet, hvilket er dit behandlingsmål, hvorfor det vurderes relevant at tilbyde dig et behandlingstilbud af højere intensitet. Der er lagt særlig vægt på dit ønske om at komme i døgnbehandling (...)"

Der er på tværs af kommunerne visse kriterier, de fremhæver som typiske årsager til, at de konkluderer, at ambulans behandling eller dagbehandling ikke er tilstrækkeligt til at hjælpe borgeren, og at borgeren i stedet skal have døgnbehandling – såfremt borgeren selv er motiveret for det. I det følgende præsenterer vi disse kriterier.

For ustabil til at møde op i ambulans behandling

Tre af de kommuner, vi har interviewet, fortæller, at en årsag til at bevilge døgnbehandling kan være, at borgeren er for ustabil til at kunne møde op til aftalerne i enten dagbehandling eller ambulans behandling:

PLIGT TIL HEL- HEDSVURDERING

Kommunerne har efter retssikkerhedslovens § 5 pligt til at undersøge, om borgeren har brug for hjælp efter øvrige sociale bestemmelser, herunder også beskæftigelseslovgivningen. Det kan eksempelvis indebære at hjælpe borgeren til at opnå den stabilitet, der skal til for at kunne indgå i behandling.

Sagsforløb hvor borgeren ikke er i stand til at møde op i ambulante behandling



"(...) det kan være en udfordring for nogle at møde op til et behandlingsforløb. Og hvis man er alt for ustabil, bliver man jo nemt skrevet ud af behandlingssystemet, hvis ikke man kommer til de aftaler, der er. I et døgnbehandlingstilbud kan man nemmere holde fast på folk og være om dem 24/7. Det kan man ikke i et ambulante forløb, hvor der måske er én samtale om ugen, eller i dagbehandling, som er nogle timer om dagen" (medarbejder, Hjørring Kommune).

På den anden side peger en leder i en anden kommune på, at der skal være en vis stabilitet, før lederen mener, at døgnbehandling kan komme på tale:

"(...) man skal kunne se, at der har været en lille stabilitet i ambulante behandling, ligeså vel som man kan se, at der skal mere til end ambulante behandling (...) hvis man kan se, at man ikke kan komme hele vejen, uden at vedkommende kommer ud af sit nærmiljø. Men samtidig med det så skal vi også være sikre på, at der er noget stabilitet. Hvis det hele er kaos under ambulante, så vil det også være total kaos under døgn" (leder, Esbjerg Kommune).

Interviewene tegner dermed et billede af, at det er en balancegang, hvornår døgnbehandling bliver vurderet at være det rette tilbud. På den ene side skal borgeren være for ustabil til at kunne indgå i og profitere af ambulante behandling eller dagbehandling, og samtidig skal borgeren også udvise et minimum af stabilitet, der viser, at vedkommende vil kunne indgå i et døgnbehandlingsforløb med de krav, som det stiller.

Eksempel på sagsforløb

Det konstruerede sagsforløb om Jens herunder er et eksempel på, at kommunen bevilger døgnbehandling efter, at det er blevet tydeligt, at Jens ikke er i stand til at møde op i den ambulante behandling, han ellers har fået bevilget.

SAGSFORLØB OM JENS

For kaotisk til at møde op i ambulante behandling

Jens på 28 år får bevilget døgnbehandling for et længerevarende heroinmisbrug.



Forhistorie

Jens har et længerevarende heroinmisbrug og begynder som 26-årig i substitutionsbehandling gennem kommunen. Behandlingen ophører efter kort tid, da Jens ikke møder op, selvom behandlerne forsøger at motivere ham til at fortsætte. Heroinforbruget eskalerer, og han bliver indlagt med en overdosis.

Jens har ikke fuldført en uddannelse efter gymnasiet, og han har på grund af sit misbrug kun haft begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet. Jens har i en årrække begået kriminalitet for at betale sit stofforbrug og har gæld til personer i det kriminelle miljø. Jens har en datter, som han ikke ser på grund af sit misbrug.



Kommunens afdækning

Jens tager igen kontakt til misbrugscentret og får tilknyttet en ny rådgiver, som har en samtale med Jens og hans mor. Han ønsker at komme i døgnbehandling. På mødet bliver de enige om at udarbejde en behandlingsplan for forløbet. Formålet er at begrænse misbruget, så han på længere sigt kan indgå i en hverdag med arbejde og samvær med sin datter. Rådgiveren indstiller Jens til døgnbehandling.



BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBE- GRÆNSE

Som beskrevet i kapitel 2 har kommunen ikke lovhjemmel til at tidsbegrænse bevillingen.

Bevilling af døgnbehandling

Visitationsudvalget vurderer, at Jens skal have bevilget døgnbehandling på grund af sit eskalerende brug af heroin, og fordi der tidligere er forsøgt substitutionsbehandling uden succes. Visitationsudvalget bevilger et ophold på to måneder.

Valg af behandlingssted

Kommunen bevilger et døgnbehandlingstilbud, som Jens selv har ønsket og har kendskab til, fordi en kammerat tidligere har været i behandling det pågældende sted. Rådgiveren fremhæver i visitationsindstillingen, at tilbudet - ud over misbrugsbehandlingen - også har fokus på problematikker som kriminalitet og gæld.

Jens bliver skrevet på venteliste til det konkrete døgnbehandlingstilbud og får plads en måned efter bevillingen. Rådgiveren og kontaktpersonen på behandlingstilbuddet koordinerer en indskrivning.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Kontaktpersonen på døgnbehandlingstilbuddet har løbende kontakt til rådgiveren i misbrugscenteret. Behandlingstilbuddet orienterer om Jens' ankomst og lægger samtidig en plan for hans forløb på stedet, hvor der også indgår en plan for nedtrapning. Døgnbehandlingstilbuddet sender en status om Jens' udvikling under forløbet, som blandt andet beskriver, at Jens er blevet stoffri.

Tre uger inde i behandlingsforløbet afbryder Jens sin døgnbehandling, da han kommer i konflikt med en anden beboer på stedet. Han mener derudover, at han er i stand til at opretholde sin stoffrihed hjemme hos sig selv. Det er efterfølgende svært for rådgiveren i misbrugscenteret at få kontakt til Jens, men Jens oplyser i en sms, at han er stoffri.

Brug for afskærmning

I fire af kommunerne fortæller ledere og medarbejdere, at en årsag til at bevilge døgnbehandling kan være, at borgeren har brug for afskærmning, som en døgnbehandling giver, og som der ikke er mulighed for at give i ambulant behandling eller dagbehandling. Det kan for eksempel være, fordi borgeren risikerer at dø af sit misbrug, hvis personen ikke kommer væk fra det miljø, hvor stofferne er let tilgængelige:

"(...) hvis vi har nogen i dagbehandling, og vi kan se, at nu går det ned ad bakke, og at borgeren råber på en mere intensiv hjælp i forhold til faktisk at frygte for deres eget liv. De bliver så styret af misbruget, at de har brug for at trække stikket og komme væk i nogle rammer, hvor det til dels ikke er muligt for dem at skaffe stoffer – det ved jeg også godt, at det godt kan være på et døgnbehandlingssted, men som udgangspunkter tænker man, at der ikke er stoffer tilgængeligt i døgnbehandling – så det der med, at de fuldstændig er ude af mønstre og vaner. Det er ikke nemt at holde sig fra heroin, hvis ens nabo er dealer, så kan man godt være i dagbehandling fire dage om ugen, men hvis

man har det helt ad Pommern til, så kan det være svært, når man kommer hjem om eftermiddagen” (medarbejder, Hjørring Kommune).

EN PAUSE FRA MILJØET

Medarbejderen fortæller, at det kan være i sådanne tilfælde, at de i deres kommune bevilger et kortere afgiftningsophold for at give borgeren en pause fra misbruget og miljøet, inden vedkommende kommer tilbage i dagbehandling.

Øvrige årsager

Enkelte af kommunerne nævner også andre kriterier for at bevilge døgnbehandling frem for ambulantly behandling eller dagbehandling. I Aalborg Kommune peger de på, at et kriterium kan være, at der er brug for medicinsk abstinensbehandling. Det vil typisk være i tilfælde, hvor borgeren bruger heroin, morfin og benzodiazepin eller har et stofmisbrug i kombination med alkohol.

Hjørring Kommune fortæller, at de i deres vurdering af, om en borger skal have bevilget døgnbehandling, også kan lægge vægt på, om det er en person, der har mulighed for hurtigt at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det kan for eksempel være, at personen har en arbejdsgiver, som står klar med et job efter endt døgnbehandling. I samme kommune nævner de også, at børn i familien kan være en årsag til, at de vurderer, at borgeren skal væk i en periode, mens behandlingen står på.

Døgnbehandling uden forudgående ambulantly behandling

Selvom de fleste kommuner fortæller, at de som hovedregel kun bevilger døgnbehandling efter ambulantly behandling og/eller dagbehandling, så er der også tilfælde, hvor borgere får bevilget døgnbehandling uden først at have fået bevilget øvrige behandlingsformer. Det sker i de tilfælde, hvor de fra kommunens side vurderer, at det ikke er forsvarligt at varetage nedtrapningen ambulantly, eller at borgerens livssituation kombineret med misbruget er så kaotisk, at det vurderes, at ambulantly behandling ikke er tilstrækkeligt, da der er risiko for, at borgeren vil dø af sit misbrug, hvis personen ikke kommer i døgnbehandling.

Derudover varierer det fra kommune til kommune, hvad de yderligere fremhæver som årsag til at bevilge døgnbehandling uden forudgående ambulantly behandling eller dagbehandling. I Hjørring kommune fortæller de, at de somme tider bevilger døgnbehandling uden forudgående ambulantly behandling eller dagbehandling til borgere, som har massive psykiske problemer og eventuelt behov for at blive udredt psykiatrisk. Det hænger sammen med den tidligere nævnte pointe om, at det kan være svært at få borgeren psykiatrisk udredt i ambulantly

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Sagsforløbet om Anders i kapitel 2 er et eksempel på, at kommunen bevilger døgnbehandling uden forudgående ambulantly behandling eller dagbehandling. Anders er fysisk, psykisk og økonomisk hårdt belastet af sit misbrug, og kommunen begrundede valget af døgnbehandling med, at misbrugets omfang, varighed og karakter indikerer, at der er behov for døgnbehandling.

behandling eller dagbehandling, fordi borgeren skal være stof-fri for at blive psykiatrisk udredt.

I Københavns Kommune fortæller en leder, at de i nogle til-fælde sender borgere direkte i døgnbehandling som led i en tidlig indsats:

“Der er ingen tvivl om, at vi har et særligt øje på unge for at gøre en tidlig indsats. Så man kan sige, hvis vi får en ung ind, som er forholdsvis ny i et misbrug og er meget kaotisk, jamen så tænker jeg, at vi måske vil være mere aktive på at få et døgnbehandlingsforløb igennem. Så har vi jo velfungerende borgere, for eksempel en kokainbruger som er i arbejde og har familie, hvor det lige pludselig ramler meget hurtigt. Hvor det er den sociale deroute, vi rigtig gerne vil lave en tidlig indsats på. Det vil sige, at det er nogle meget ressourcestærke borgere, som har mistet overblikket i forbindelse med deres rusmiddelindtag, og hvor det at komme i en meget intensiv kort behandling kan være en tidlig indsats, som stopper deres deroute meget hurtigt” (leder, Københavns Kommune).

Samme leder fortæller, at de i kommunen også kan bevilge døgnbehandling tidligt i processen som led i at motivere borgeren til at fastholde arbejdet med at blive stoffri eller for at give borgeren et nødvendigt helle, som kan give dem en ro til at begynde at arbejde med en behandlingsplan:

“Så er det jo selvfølgelig også motivationen. Vi har nogle borgere, som kan have arbejdet virkelig, virkelig hårdt med deres medicinnedtrapning for at komme i døgnbehandling, hvor det at stille en døgnbehandling i udsigt faktisk i sig selv kan være motiverende (...) Så har vi borgere, som kommer ind med så stort et kaos og med trusler fra rockere, økonomisk kriminalitet og alt muligt – meget kaospræget – hvor det at give dem bare tre-fire uger i helle faktisk betyder, at de kan tage hul på deres behandlingsplan og arbejde meget konkret med det og så komme hjem igen og blive modtaget i en dagbehandling, som arbejder videre, når der har lagt sig en ro over dem” (leder, Københavns Kommune).

“(...) det at stille en døgnbehandling i udsigt kan i sig selv være motiverende”

Døgnbehandling skal følges op af efterbehandling

Som vi har været inde på, lægger kommunerne vægt på, at der ofte har været et ambulans behandlingsforløb eller dagbehandlingsforløb forud for døgnbehandlingen. Flere af kommunerne fortæller derudover også, at det er vigtigt, at døgnbehandlingen bliver fulgt op af efterbehandling, da risikoen for tilbagefald ellers er for stor. De beskriver, at døgnbehandling ikke står alene, men bliver brugt som ét element i et samlet

behandlingsforløb, hvor det kombineres med både forudgående og efterfølgende behandling. En medarbejder i Københavns Kommune forklarer vigtigheden af efterbehandling på følgende måde:

"(...) jeg tror, at alle tænker, at efterbehandlingen er sindsygt vigtig. Én ting er at være i døgnbehandling og være stoffri, mens man er på Bornholm, men kampen skal jo i den grad stå, når man er tilbage i løvens hule, så der skal være en efterbehandlingsplan. Selvfølgelig er det ikke noget, borgeren SKAL, det er jo frivilligt det hele, men det er det, man forventer, og det er det, der helt klart giver bedst mening" (medarbejder, Københavns Kommune).

Efterbehandling kan både være i form af dagbehandling og ambulans behandling, eller som i Aalborg Kommune, hvor de har Halvvejshusene.⁷ Det er et sted, hvor borgerne bor i en periode på 3-6 måneder, inden de bliver udsluset til egen bolig og videre ambulans behandling. Mens borgerne bor i Halvvejshusene, modtager de ambulans behandling i kombination med en helhedsorienteret indsats, der har fokus på at hjælpe borgerne med øvrige sociale problematikker. En leder i kommunen forklarer kommunens efterbehandling på følgende måde:

"Døgnbehandlingen fortsætter i efterbehandlingen. Det er bare en gradvis overgang. Det har vi gode erfaringer med. Det handler jo meget om, hvordan man får flyttet det til lærte over på den anden side af den døgnbehandling, der er afskåret fra borgerens normale liv, hvor man får etableret en hverdag med netværk og relationer. Der laver vi en gradvis ændring i indsats, hvor borgeren får døgnbehandling i kommunen, som er mindre intensiv end ekstern døgnbehandling (...) Alle kommer gennem halvvejshusene, med mindre de ikke selv ønsker det. Hvis borgeren ikke ønsker det, prøver vi at imødekomme vedkommende med andre muligheder. (...) Men langt de fleste siger ja tak " (leder, Aalborg Kommune).

[Sagsforløbet om Anders](#) i kapitel 2 er et eksempel på, at kommunen allerede fra det tidspunkt, de bevilger døgnbehandling, har taget stilling til, at døgnbehandlingen skal følges op af efterbehandling. I Anders' sag fremgår det af bevillingen, at døgnbehandlingen følges op af et efterbehandlingsforløb i kommunens eget efterbehandlingstilbud med døgnophold.

⁷ Halvvejshusene er, ligesom døgnbehandling, et tilbud efter servicelovens § 101, jf. § 107, stk. 2, nr. 2.

FOKUS PÅ ØVRIGE PROBLEMATIKKER

Døgnbehandling er en del af en helhedsorienteret indsats

Som tidligere beskrevet mener interviewpersonerne, at døgnbehandlingen ikke kan stå alene, men som hovedregel skal kombineres med både forudgående og efterfølgende ambulante behandling eller dagbehandling. På samme måde beskriver de, at døgnbehandlingen – og misbrugsbehandlingen i det hele taget – skal indgå i en helhedsorienteret indsats, hvor der bliver taget hånd om borgerens øvrige problematikker. Det kan typisk være i forhold til boligsituation, psykiatriske problematikker og beskæftigelsessituation. I flere af kommunerne fortæller de om, hvordan de koordinerer misbrugsbehandlingen med øvrige relevante aktører fra eksempelvis psykiatrien og kommunens jobcenter. I den forbindelse kommer nogle af kommunerne også ind på betydningen af kommunens interne organisering i forhold til den helhedsorienterede indsats. I Aalborg Kommune fortæller rådgiverne i misbrugsteamet, at de kun har kompetence til at bevilge støtte inden for misbrugsområdet (sundhedslovens §§ 141 og 142 og servicelovens § 101), og at det sætter nogle begrænsninger for den helhedsorienterede indsats:

”I Aalborg er vi meget delt op. Vi har kun hjemmel til at bestemme noget ud fra misbrugsområdet. Vi skal have fokus på misbruget. Vi skal også have fokus på den samlede belastningsgrad, men det er oftest sådan, at nogle andre i kommunen bedre kan dække relevante områder ind, da de har de relevante kompetencer” (medarbejder, Aalborg Kommune).

For at sikre, at der bliver taget hånd om øvrige problematikker fortæller rådgiverne fra Aalborg Kommune, at de koordinerer indsatsen og typisk tager kontakt til relevante samarbejdspartner i kommunen, inden borgeren tager afsted i døgnbehandling. Der er også socialrådgivere tilknyttet både døgnbehandlingstilbuddene og i efterbehandlingen.

I Esbjerg Kommune fortæller en leder om en nylig organisationsændring, som lederen mener har haft positiv betydning for rådgivernes mulighed for at yde en helhedsorienteret indsats:

“(...) den her organisering, som jo er ændret for halvandet års tid siden, fra at rådgiverne var koblet op på misbrugscenteret, til at rådgiverne nu er koblet op på myndighed. Det hænger sammen med, at vi gerne vil have, at rådgiverne kan tænke mere helhedsorienteret, at de kan være bedre til at koordinere. Ikke bare in-house i misbrugscenteret, men også ud mod psykiatrien og jobcenteret. At de kan igangsætte andre indsatser, end de kunne tidligere. De kan for eksempel igangsætte en § 82-indsats eller en § 85-

indsats, som kan være med til at understøtte, at borgeren kan blive i egen bolig trods misbrug og misbrugsbehandling” (leder, Esbjerg Kommune).

DØGNBEHANDLINGENS VARIGHED

I dette afsnit belyser vi, hvordan kommunerne fastlægger varigheden af døgnbehandlingen.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I sagsgennemgangen varierer varigheden af den døgnbehandling, som kommunen bevilger fra start, mellem to uger og fire måneder.

BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBEGRÆNSES

Som tidligere beskrevet er der ikke hjemmel i serviceloven til at træffe tidsbegrænsede afgørelser. Hjælpen skal fortsætte, indtil den har opnået sit formål. Kommunen kan fastsætte en opfølgingsdato i forbindelse med bevillingen, men ikke en afslutningsdato.

Varigheden fremgår af bevillingen

I interviewene fremhæver flere af kommunerne 3-4 måneder som den typiske længde af de bevilgede døgnophold med mulighed for forlængelse. I sagsgennemgangen er der eksempler på døgnophold på to uger til fire måneder.

Af både sagsgennemgangen og interviewene fremgår det, at de medvirkende kommuner fastlægger længden af døgnbehandlingen samtidig med, at de bevilger døgnbehandling. I nogle af kommunerne er der alene tale om, at de ved bevillingen anfører en forventet længde på behandlingen, mens der i andre kommuner er tale om en fastsættelse af længden, hvor det kræver en ny afgørelse at forlænge behandlingen.

Flere faktorer influerer på kommunernes praksis

Når kommunerne vælger at fastlægge varigheden allerede ved bevillingen, er det ifølge kommunerne, fordi de mener, at det fagligt set giver bedst mening at lave en tidsbegrænset bevilling. I citatet nedenfor begrundet en medarbejder kommunens praksis med forskning på området:

“(...) det her med at sætte en fast dato på, det handler jo også om (...) ikke at give en blankocheck og sige "efter behov", fordi så kunne vi have nogle meget, meget lange døgnbehandlinger, og det har også forskningsmæssigt vist sig, at det er ikke det, der virker. Det er ikke de lange døgnbehandlinger, der virker. Det skal ikke blive en sovende. De skal gøres stoffri til at kunne komme ud og forblive stoffri ude i den virkelige verden. Det kan være relativt nemt at forblive stoffri i en døgnbehandling, men det at blive klar til at komme ud og forblive det (...) Så holder man også stederne lidt op på, at de skal arbejde intenst i den tid, de er der. Det hjælper ikke noget, at det bliver en sovende. Det har det været i gamle dage, der kunne man jo have døgnbehandlinger, der varede årevis, uden at der skete noget. Man kan sige, det samme som skete dengang, kan også ske på tre måneder, fire måneder. Det er ofte det samme resultat” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

De forklarer også, at behandlingstilbuddene gerne arbejder med tidsfastsatte behandlingsforløb, som giver en naturlig

“Og det tror jeg er meget menneskeligt gerne at ville have en ramme og noget fast at forholde sig til”

Sagsforløb hvor varigheden af den oprindelige bevilling ikke var tilstrækkelig



tidsafgrænsning af bevillingen. Endelig bliver hensynet til borgerne fremhævet som et argument for tidsbegrænsede bevillinger:

“Jeg tænker, at et af argumenterne for det er, at de borgere, som vi har med at gøre, har brug for at have noget helt konkret at forholde sig til. Hvor lang tid er det, at jeg skal være væk. Og det tror jeg er meget menneskeligt gerne at ville have en ramme og noget fast at forholde sig til, men med mulighed for, at alt kan ændre sig ved behov” (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

Flere kommuner peger altså på, at de mener, at det kan være til gavn for borgeren at kende til døgnbehandlingens længde, men at der er mulighed for forlængelse af behandlingen, hvis borgeren har behov for det. [Sagsforløbet om Kristine](#) i kapitel 5 er et eksempel på, at døgnbehandling bliver forlænget af flere omgange, fordi Kristine ikke oplever, at den oprindelige bevilling er tilstrækkelig. Anden gang Kristine søger om forlængelse, får hun i første omgang afslag fra kommunen, men efter at have klaget over afgørelsen, får hun forlænget sin døgnbehandling.

HANDLEPLAN

Når kommunen har truffet afgørelse, munder den ud i en plan for indsatsen. Ifølge serviceloven er kommunen i den forbindelse forpligtet til at skønne, om det vil være hensigtsmæssigt at tilbyde borgeren at udarbejde en handleplan, der blandt andet angiver formålet med indsatsen, hvilken indsats der skal til for at opnå formålet samt varigheden af indsatsen.

§

HANDLEPLAN

Serviceovens § 141. Kommunen skal vurdere, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen. Kommunen skal ved vurderingen tage hensyn til borgerens ønske om en handleplan samt karakteren og omfanget af indsatsen.

Stk. 2. Kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller
- 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANGEN

I sagsgennemgangen fremgår der eksempel på en handleplan. Desuden fremgår det i en sag, at borgeren aktivt har taget stilling til, at der ikke skal udarbejdes en handleplan.

INDHOLDSMÆSSIGE KRAV TIL BORGERENS PLAN

Uanset om kommunen bruger betegnelsen handleplan, skal planen leve op til de fire indholdsmæssige krav, der er til en handleplan efter servicelovens § 141 som beskrevet i lovboksen ovenfor - medmindre borgeren ikke ønsker en handleplan.

Stk. 3. Handleplanen skal angive

- 1) formålet med indsatsen,
- 2) hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet,
- 3) den forventede varighed af indsatsen og
- 4) andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.

Stk. 4. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Stk. 5. Når en person visiteres til et socialt døgntilbud efter §§ 107-110, skal relevante dele af handleplanen eller den helhedsorienterede plan udleveres til tilbuddet.

Interviewpersonerne i to af kommunerne fortæller, at de arbejder med det, de specifikt betegner som handleplaner efter servicelovens § 141. Her fortæller en medarbejder fra Esbjerg Kommune om deres arbejde med handleplaner:

“Handleplanen bliver lavet efter visitationen. Vi laver en udredning til visitationen, og så efter visitationen, når det er besluttet, hvilket tilbud borgeren skal have, vil vi lave en handleplan i samarbejde med borgeren” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

I Københavns Kommune, hvor rusmiddelenhederne også arbejder med handleplaner efter servicelovens § 141, fortæller medarbejderne, at handleplanen ligger som punkt sidst i det dokument, som de i kommunen kalder behandlingsplanen (som vi beskriver i næste afsnit). De er i kommunen dog kommet til den erkendelse, at denne systematik ikke fungerer optimalt, da de let kan overse punktet om handleplanen i den nuværende behandlingsplan. Blandt andet derfor arbejder de i kommunen på et nyt redskab “Borgerens Plan”, der skal erstatte den gamle behandlingsplan.

I to andre kommuner arbejder de med noget, der ifølge interviewpersonerne svarer til en handleplan uden dog at have betegnelsen. I Aalborg Kommune fortæller medarbejderne kort, at de kalder deres afdækning og udredning en behandlingsplan, og i Hjørring Kommune giver en medarbejder følgende forklaring på, hvilken rolle handleplaner efter servicelovens § 141 spiller i deres arbejde:

“(…) vi har hele tiden den der opfølgning, hvor vi jo laver en plan for, hvad der videre skal ske, men om vi sådan helt formelt altid får sagt, at det er § 141-handleplanen... for mit

eget vedkommende husker jeg det ikke altid, men opfølgning og planen er der hele tiden” (medarbejder, Hjørring Kommune).

En anden medarbejder supplerer med, at de i Hjørring Kommune arbejder ud fra de temaer, som er fortrykt i deres journaliseringssystem Cura, og at disse temaer efter medarbejderens overbevisning svarer til en § 141-handleplan uden at være benævnt handleplan. Medarbejderen mener derfor, at de arbejder ud fra de samme faglige standarder og systematikker, som er indeholdt i en handleplan efter servicelovens § 141.

I den sidste kommune, som er Gladsaxe Kommune, fortæller en leder, at det ikke er rusmiddelcentret, der er handleplansansvarlig i kommunen, men jobcentret, handicapafdelingen med flere.

PLIGT TIL AT TILBYDE EN HANDLEPLAN

Kommunen er at betragte som en enhedsforvaltning. Det betyder, at rusmiddelcentret skal sikre, at borgerne, hvis det er hensigtsmæssigt, bliver tilbudt en handleplan efter servicelovens § 141. Hvis det ikke allerede er sket i en anden kommunal afdeling.

BEHANDLINGSPLAN

Kommunen er efter bevillingen forpligtet til at sikre, at døgnbehandlingstilbuddet udarbejder en behandlingsplan, som sikrer, at behandlingsindsatsen svarer til de problemer og behov, som kommunen har afdækket, at borgeren har.

§

BEHANDLINGSPLAN

Serviceovens § 101, stk. 8. Kommunen skal sørge for, at behandlingstilbuddet ved behandlingens start udarbejder en behandlingsplan, der har til formål at sikre sammenhæng mellem de problemer og behov, der er afdækket, og den behandling, der iværksættes.

Fire af kommunerne udarbejder et dokument, som de specifikt kalder en behandlingsplan. Her nøjes kommunen altså ikke med at følge op på, om døgnbehandlingstilbuddet udarbejder en behandlingsplan, men de udarbejder selv en behandlingsplan i samarbejde med borgeren forud for indskrivning i døgn-

behandling. I Hjørring Kommune, som er én af de fire kommuner, fortæller medarbejderne, at de fra kommunens side udarbejder en behandlingsplan, som indeholder et overordnet formål med indsatsen. Herefter laver døgnbehandlingstilbuddet sin egen behandlingsplan, som tager udgangspunkt i kommunens behandlingsplan, men med en større detaljeringsgrad⁸. I Gladsaxe Kommune, som er en anden af de fire kommuner, fortæller de, at medarbejderen udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med borgeren på baggrund af borgerens oplysninger. Behandlingsplanen indeholder mål for behandlingen og det videre forløb i forhold til barrierer for borgeren efter døgnbehandling. Behandlingsplanen fokuserer ikke kun på misbruget af rusmidler, men også på øvrige forhold omkring borgeren, og giver et helhedsorienteret billede af borgeren. Borgers beskæftigelsesplan kan også skrives ind i behandlingsplanen, hvilket, de fortæller, er med til at sikre, at dette aspekt bliver drøftet undervejs i døgnbehandlingen.

Sagsforløb hvor kommunen udarbejder en behandlingsplan



[Sagsforløbet om Jens](#) tidligere i kapitlet er et eksempel på, at kommunen selv udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med Jens forud for, at Jens får bevilget døgnbehandling.

Modsat de øvrige fire kommuner udarbejder rådgiverne i den sidste kommune, Esbjerg Kommune, ikke selv en behandlingsplan. De forklarer, at det skyldes, at behandlingsplanen er døgnbehandlingstilbuddenes arbejdsredskab. Medarbejderne oplever, at nogle døgnbehandlingstilbud sender en behandlingsplan, men det er ikke noget, de selv beder om.

KOMMUNENS PLIGT TIL AT SIKRE SIG, AT BEHANDLINGSTILBUDET UDARBEJDER EN BEHANDLINGSPLAN

Vi gør opmærksom på, at kommunerne siden 1. januar 2020 har været forpligtede til at sørge for, at behandlingstilbuddet udarbejder en behandlingsplan, jf. lovboksen ovenfor. Det betyder, at kommunen skal sikre sig, at behandlingsplanen bliver udfærdiget og brugt.

⁸ En stor del af døgnbehandlingen på landsplan bliver varetaget af selvejende døgnbehandlingstilbud. Alle de kommuner, som indgår i denne undersøgelse, benytter sig af selvejende døgnbehandlingstilbud, når de visiterer til døgnbehandling for stofmisbrug.

KAPITEL 4

Valg af konkret døgnbehandlingstilbud

Dette kapitel handler om valget af det konkrete døgnbehandlingstilbud og belyser:

- Hvordan kommunen finder og beslutter, hvilket døgnbehandlingstilbud de tilbyder borgeren.
- De hensyn, som valget af døgnbehandlingstilbud bygger på.
- Dialogen mellem kommunen og døgnbehandlingstilbuddet ved valg af tilbud og i forbindelse med overlevering af borgeren.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 4:

- Kommunerne trækker først og fremmest på tilbud, som de allerede kender, når de skal finde døgnbehandlingstilbud. De opsøger også nye, godkendte tilbud, som de får kendskab til via eksempelvis Tilbudsportalen, borgernes konkrete ønsker og henvendelser fra tilbuddene selv.
 - Borgernes ønsker til konkret døgnbehandlingstilbud vægtes tungt, når kommunerne skal vælge et døgnbehandlingstilbud. Samtidig er der nogle kriterier, som tilbuddet skal opfylde, for at kommunen imødekommer ønsket.
 - De hensyn, som kommunerne tager ved valg af døgnbehandlingstilbud, er blandt andet:
 - de faglige kompetencer blandt tilbuddets personale
 - den metodiske tilgang til behandlingen
 - tilbuddets geografiske placering
 - den målgruppe, som allerede er på tilbuddet
 - om der er personer i behandling, som borgeren gerne vil, eller omvendt nødt vil, i behandling sammen med.
 - Kommunerne tager direkte kontakt til døgnbehandlingstilbuddet for at sikre det rette match.
-

- Nogle tilbud prioriterer at møde borgeren inden behandlings start.
- Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvad kommunen sender til døgnbehandlingstilbuddet forud for behandlingen, ud over bevillingen.



INDKREDSNING AF RELEVANTE DØGNBEHANDLINGSTILBUD

Når kommunerne skal finde et døgnbehandlingstilbud til en borger, trækker de først og fremmest på deres erfaring. Kommunerne har typisk en håndfuld døgnbehandlingstilbud, som de kender og bruger, fordi de har erfaret, at det fungerer godt. Der er dog tilfælde, hvor de kendte tilbud ikke matcher borgers behov eller har for lang ventetid, og så er kommunerne nødt til at opsøge nye, godkendte døgnbehandlingstilbud. I de situationer er det især Tilbudsportalen, kommunerne fremhæver som redskab til at finde døgnbehandlingstilbud. Almindelig internetsøgning via Google bliver også nævnt som redskab.

Sommetider bliver kommunerne opmærksomme på nye døgnbehandlingstilbud, fordi borgerne har konkrete ønsker til behandlingstilbud, og det hænder også, at døgnbehandlingstilbud selv kontakter kommunerne via eksempelvis mail og gør opmærksom på deres eksistens. I én kommune fremhæver lederen sparring i eksterne netværk som en måde at blive opmærksom på relevante døgnbehandlingstilbud. Lederen forklarer om valget af behandlingstilbud:

"(...) det er ikke bare sådan per automatik, nu er der en, der vil i døgnbehandling, så er det dér og dér. Det er også noget med at holde sig orienteret (...) Vi er engagerede i nogle tværgående landsnetværk. Så vi taler med kollegaer og spørger nogle gange ud til kollegaer om andre steder: 'Vi har den og den type borger, er der nogle behandlingssteder, som I har særligt gode erfaringer med, eller hvad tænker I?' (...) Vi prøver virkelig at have en faglig funderet bevidsthed om, hvad der findes af tilbud ude i verden" (leder, Gladsaxe Kommune).

Sagsgennemgangen giver begrænset viden om, hvordan rådgivere finder frem til det konkrete døgnbehandlingstilbud. Der er dog enkelte sager, hvor det fremgår, at borgeren har et specifikt ønske til døgnbehandlingstilbud og for eksempel har

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Sagsgennemgangen giver begrænset viden om, hvordan rådgivere finder frem til konkrete døgnbehandlingstilbud.



VEJLEDNING OM FRIT VALG

Kommunen har pligt til at informere borgeren om frit valg. Det er god forvaltnings-skik at vejlede borgeren om frit valg *før* visitationen, så borgeren har tid til at undersøge og overveje mulige tilbud. Se principmeddelelse 22-18.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I sags gennemgangen er der eksempler på, at borgerne har haft ønsker om specifikke behandlingstilbud.

Sagsforløb hvor kommunen tager hensyn til borgerens ønsker



fået viden om tilbuddet fra søgning på internettet eller fra bekendte, som har været i behandling det pågældende sted.

HENSYN VED VALG AF KONKRET DØGNBEHANDLINGSTILBUD

Dette afsnit handler om de hensyn, kommunerne tager, når de skal vælge et konkret døgnbehandlingstilbud til en borger.

I alle fem kommuner, som er med i undersøgelsen, drøfter de på visitationsmødet, hvilket konkret døgnbehandlingstilbud borgeren skal have bevilget. I nogle kommuner skriver rådgiveren som udgangspunkt forslag til et specifikt tilbud i indstillingen, mens det i andre kommuner som udgangspunkt er noget, der først bliver drøftet på visitationsmødet.

Hensyn til borgerens ønsker

En gennemgående fortælling blandt de kommuner, der indgår i undersøgelsen, er, at de drøfter valget af det konkrete døgnbehandlingstilbud med borgeren, og at borgerens ønsker vejer tungt. Som det fremgår af lovboksene, har borgeren ret til frit at vælge et andet døgnbehandlingstilbud end det, som kommunen har peget på, såfremt det er af samme karakter.

I nogle kommuner oplever medarbejderne, at borgerne meget ofte gerne vil inddrages i valget af døgnbehandlingstilbud og selv har ønsker til konkrete tilbud. I andre kommuner oplever de sjældent, at borgerne selv har ønske til et konkret tilbud. Og når det sker, er det typisk borgere, der har været i døgnbehandling før, som gerne vil samme sted hen. I de sager, vi har gennemgået, er der eksempler på, at borgerne har ønsker til det konkrete behandlingstilbud. I en af sagerne fremgår det, at der har været flere tilbud i spil – dels borgerens ønske og kommunens forslag.

Fire kommuner fortæller, at de drøfter valg af døgnbehandlingstilbud med borgeren i forbindelse med afdækningen, og i de kommuner, hvor borgeren er med på visitationsmøde, drøfter de det også med borgeren på mødet.⁹ I nogle kommuner fortæller medarbejderne, at de bruger tid på at researche og undersøge de enkelte døgnbehandlingstilbud sammen med borgeren. Nogle gange sker det allerede meget tidligt i processen som en del af borgerens motivationsarbejde.

I [sagsforløbet om Jens](#) i kapitel 3 bevilger kommunen netop døgnbehandling på et tilbud, som Jens selv har ønsket og har

⁹ I den sidste kommune har vi ikke viden om, hvornår de inddrager borgeren i valget.

kendskab til, fordi en kammerat tidligere har været i behandling det pågældende sted. [Sagsforløbet om Tariq](#) senere i dette kapitel er også et eksempel på, at borgeren selv ønsker et konkret døgnbehandlingstilbud. Her er tale om et tilbud, som Tariq har fundet på nettet, og hvor hans tidligere kæreste ikke er i behandling, da han ikke ønsker at være i behandling sammen med hende. Kommunen følger hans ønske.

Samtidig med at kommunerne vægter borgernes ønsker, er der også andre hensyn, som ønskerne skal matche, før kommunen imødekommer dem. Disse hensyn beskriver vi i de efterfølgende afsnit. Interviewpersonerne fortæller, at de gør meget ud af at forklare borgerne, hvad årsagen er, hvis de ikke kan imødekomme deres ønsker, og at det i langt de fleste tilfælde betyder, at borgerne forstår og accepterer argumentationen. Derfor oplever de også kun sjældent, at borgere gør brug af frit valg.

§

FRIT VALG

Reglerne om frit valg fremgår af servicelovens § 101, stk. 5.

En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1 og 2.

Stk. 7.

Retten til at vælge efter stk. 5 kan begrænses, hvis hensynet til personen taler for det.

En leder fra Københavns Kommune forklarer, hvordan vedkommende oplever, at de som visitation balancerer hensynet til borgerens ønske og hensynet til deres faglige standarder:

“Hvis så det tilbud, som borgeren ønsker, kan varetage de behandlingsmål og de rammer, som vi har i vores servicestandard, så er det jo borgerens valg.”

“(…) som visitation har vi også bare brug for at sige, at der er mere kvalitet i nogle tilbud end andre, og dem bruger vi. Vi har også en holdning til, hvilke metoder der bliver brugt, og hvordan det passer ind i vores samlede behandlingskoncept, og så ser vi selvfølgelig på borgeren. Hvis en borger kommer og siger: ‘Jeg vil gerne på det og det tilbud’, og det ikke er et af dem, som vi foretrækker, så vil vi komme med et andet tilbud til borgeren og sige: ‘Med de problemstillinger du har, så mener vi, at du skal arbejde her. Du har frit valg’. Hvis så det tilbud, som borgeren ønsker, kan varetage de behandlingsmål og de rammer, som vi har i vores servicestandard, så er det jo borgerens valg. (...) Men for os er

det vigtigt at stå på vores faglighed omkring døgnbehandlingerne, men det er endnu mere vigtigt, at der er en behandlingsalliance mellem os, borgeren og behandlingsstedet. For vi kan være nok så motiverede på borgerens vegne for et bestemt tilbud, men hvis borgeren er fast besluttet på et bestemt tilbud, så er det måske mere motiverende at sende borgeren derhen” (leder, Københavns Kommune).

Hensyn til faglige kompetencer på behandlingstilbuddet

De faglige kompetencer blandt personalet på behandlingstilbuddet er noget af det, som kommunerne vægter højt, når de vælger døgnbehandlingstilbud. Flere af kommunerne fremhæver dette som et hensyn, de tager. Det er både somatisk sundhedsfagligt personale, men især også kompetencer til at håndtere psykiatriske problemstillinger blandt borgerne, som der i mange tilfælde er brug for:

“(...) hvis borgeren for eksempel er i lokalpsykiatrisk behandling, vil vi gerne give et tilbud, der giver mulighed for, at borgeren kan fortsætte i den lokalpsykiatriske behandling. Hvis borgeren ikke er i lokalpsykiatrisk behandling, så lægger vi mere vægt på, at borgeren kan få den psykiatriske behandling på døgnbehandlingsstedet. Hvis det er sådan, at vi har en formodning, og borgeren måske også selv udtrykker, at der er noget, der skal udredes i psykiatrisk sammenhæng, men ikke aktuelt bliver taget hånd om, så vil vi vælge et sted, hvor de har en psykiater” (leder, Esbjerg Kommune).

Hensyn til den faglige metode på behandlingstilbuddet

De fleste af kommunerne fremhæver den faglige metode, som behandlingstilbuddet bruger i behandlingen, når de bliver spurgt, hvad de vægter i matchingen af borger og døgnbehandlingstilbud. Men kommunernes beskrivelser af den faglige tilgangs betydning varierer. I Københavns Kommune giver lederen tydeligt udtryk for, at de vægter en kognitiv tilgang til stofmisbrugsbehandling højt, og de tager afstand fra en minnesotabaseret tilgang. De er dog villige til at fravige deres standarder, hvis der er særlige forhold i hensynet til borgeren, der taler for det. I Hjørring Kommune og Aalborg Kommune foretager de fra gang til gang en vurdering af, hvilken faglig metode de mener matcher borgerens behov bedst:

“(...) det kan være noget med borgerens formåen til at reflektere og omsætte behandlingen, som kan være det, der afgør, hvad det er for et sted. Man skal måske ikke vælge et sted, der er meget kognitivt funderet, hvis ikke folk kan rumme den der følelsesmæssige og kognitive tilgang til det. Så er det måske nogle andre tilbud, man skal vælge. Det kunne i stedet være Minnesota 12-trins-model eller et eller

andet, som måske er knap så krævende for borgerens kompetencer. Der kan også være nogle, der har behov for et mere socialpædagogisk tilsnit end terapeutisk" (medarbejder, Hjørring Kommune).

Sagsforløb hvor der indgår hensyn til faglig metode og kompetencer



Sagsforløbet om Anders i kapitel 2 illustrerer netop, hvordan kommunen kan begrunde sit valg af behandlingssted med tilbuddets faglige tilgang, mulighed for at varetage intensiv nedtrapning og arbejde med for eksempel borgerens kriminelle adfærd. I sagsforløbet om Jens i kapitel 3 begrundes kommunen ligeledes valget af tilbud med, at stedet ud over misbrugsbehandling også har fokus på håndtering af problematikker som kriminalitet og gæld.

Hensyn til geografisk placering

Flere kommuner angiver geografisk placering som et af de kriterier, der har betydning for valget af døgnbehandlingstilbud. Det kan både være i den forstand, at døgnbehandlingstilbuddet ikke må ligge for langt væk, fordi borgeren skal kunne opretholde kontakt med sine børn og øvrige netværk. Det kan også betyde, at det ikke må være for tæt på borgerens sociale netværk og det miljø, som er forbundet med stofferne:

"Der er en ekstra barriere, hvis det er på Bornholm, kan man sige. I princippet kan de jo gå, når de vil, men der er nogle, der føler, at det er en ekstra støtte, hvis det er langt væk fra miljøet" (medarbejder, Københavns Kommune).

I Aalborg Kommune fortæller de derimod, at geografisk placering ikke har betydning for valget af behandlingstilbud, da alle de steder, som de samarbejder med, alligevel ligger langt væk fra Aalborg.

Hensyn til målgruppen på behandlingstilbuddet

Flere kommuner forklarer, at de også tager hensyn til, hvad det er for en målgruppe, der i forvejen er på behandlingstilbuddet, når de skal matche borger og tilbud. I den forbindelse bliver alder og køn fremhævet som kriterier, de vælger ud fra.

I en kommune forklarer ledelsen, at de samarbejder med et tilbud, som er *"rigtig gode til vores unge mænd"*, og et andet sted:

"som er rigtig gode til at tage nogle af alle vores kvinder, som har brugt sig selv på en ikke helt hensigtsmæssig måde for at få stoffer. Der er de bare rigtig gode til at tage vare på det og få arbejdet med den problematik" (leder, Esbjerg Kommune).

I to kommuner bliver aldersfordelingen på døgnbehandlingstilbuddet fremhævet som et parameter, de tager hensyn til i matchingen. I den ene kommune bliver det forklaret sådan:

“Der er nogle behandlingssteder, som vælger at sige, ‘vi er bedst til dem fra 18-30’ for eksempel, og så lægger de deres tilbud an til den gruppe. Og der er nogle, der tænker, ‘vi prøver at rumme en bredere målgruppe’, og så har de måske nogle andre tilbud både i forhold til den behandlingsmæssige tilgang, men også i forhold til det sociale. Det sociale kan jo også betyde noget. Der er jo også noget fritid i et behandlingstilbud. Det er jo ikke sådan, at man sidder i gruppebehandling 24/7” (medarbejder, Hjørring Kommune).

Hensyn til borgerens sociale relationer

Nogle kommuner fortæller, at det også kan påvirke valget af døgnbehandlingstilbud, om borgeren har en relation til en person, der er i behandling det pågældende sted. Det kan eksempelvis være kærestepar, venner eller familiemedlemmer, der vil det samme sted hen, eller som omvendt ikke vil det samme sted hen. I en kommune fortæller en medarbejder også om et tilfælde, hvor en borger var tidligere bandemedlem og i exit-program, og i den forbindelse var det vigtigt at undersøge, om der på det påtænkte døgnbehandlingstilbud var personer fra bandemiljøet i behandling.

Øvrige hensyn

Kommunerne fremhæver også øvrige hensyn, som de gør sig i forbindelse med valget af døgnbehandlingssted, blandt andet:

- Kriminalitetsprogram og mulighed for opfølgning af kriminalforsorgen i tilfælde af, at borgeren har modtaget en kriminaltetsdom.
- Hyppig kontakt og orientering af kommunen
- Døgnbemanding i tilfælde, hvor borgerens fysiske helbred tilsiger, at det er et behov.
- Mulighed for at medbringe kæledyr

Prisen er ikke et særligt hensyn

Interviewene tegner et billede af, at prisen ikke er udslagsgivende i forhold til valget af det konkrete døgnbehandlingstilbud. Ingen af kommunerne har fremhævet prisen som afgørende, og i to kommuner siger interviewpersonerne decideret, at det ikke er deres indtryk, at prisen spiller en særlig rolle:

“Hvis to steder er lige gode, vælger vi den billigste, men vi sidder sjældent i den situation, for de er meget ens i pris. Så det er faktisk den faglige beslutning, der kommer før de andre hensyn” (medarbejder, Hjørring Kommune).

Sagsforløb hvor der fremgår flere hensyn ved valget af konkret døgnbehandlingstilbud



Eksempel på hensyn ved valg af behandlingssted

Sagsgennemgangen viser, at kommunerne har taget flere hensyn ved valget af behandlingssted. Det er det konstruerede sagsforløb om Tariq herunder et eksempel på.

SAGSFORLØB OM TARIQ

Flere hensyn i spil ved valg af behandlingssted

Tariq er 38 år og har et årelangt misbrug af amfetamin bag sig. Tariq får bevilget døgnbehandling og har selv et ønske om et konkret behandlingstilbud. Kommunen tager højde for dette ønske.



Forhistorie

Tariq begynder sit misbrug af amfetamin, hash og alkohol i teenageårene. Han har en psykiatrisk diagnose, en voldsdom og er uden arbejde og uddannelse.

Tariq har tidligere modtaget behandling for sit misbrug i form af ambulante behandling og døgnbehandling, inden kommunen igen bevilger døgnbehandling.



Kommunens afdækning

Tariq henvender sig til kommunen gennem en mentor fra jobcentret, fordi han gerne vil i døgnbehandling. Kort tid efter, at Tariq har kontaktet kommunen, ændrer han holdning. Han føler sig ikke klar til et døgnbehandlingsforløb, og der sker derfor ikke mere. Et halvt år senere henvender Tariq sig til kommunen igen, fordi han nu føler sig klar til at komme i døgnbehandling. En uge senere bliver Tariq indkaldt til en afdækningsamtale hos kommunen, hvor mentoren fra jobcentret også deltager.



BEHANDLINGSGARANTI

Som tidligere beskrevet skal kommunerne afgøre sagen inden for 14 dage. Hvis det ikke er muligt, skal de kunne forklare hvorfor. Det kræver altså en konkret og individuel vurdering, hvis behandlingsgarantien ikke kan overholdes.

Bevilling af døgnbehandling

Tre måneder efter Tariqs henvendelse får Tariq bevilget tre måneders døgnbehandling af visitationsudvalget. Det fremgår ikke af sagen, hvorfor der går tre måneder fra henvendelsen til afgørelsen. Kommunen begrundede bevillingen med, at Tariq ikke har haft gavn af de tidligere ambulante tilbud eller formår at inkorporere gode vaner i sin hverdag, men er motiveret for døgnbehandling. Tariq får desuden bevilget psykologforløb og dagbehandling efter endt døgnbehandling.

Valg af behandlingssted

Tariq ønsker et konkret døgnbehandlingstilbud, som han har fundet på nettet. Han ønsker desuden ikke at komme på det behandlingstilbud, hvor hans tidligere kæreste er i behandling. Kommunen imødekommer hans ønsker. Kort efter bevillingen henvender rådgiveren sig til tilbuddet og sender med Tariqs samtykke dokumenter fra sagen: udredning, Tariqs egen beskrivelse af forløbet, en psykiatrisk og en psykologisk udredning. Rådgiveren aftaler med tilbuddet, hvordan Tariq skal komme til og fra behandlingsstedet, og at der skal være et forbesøg en måned inden behandlingen.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Ved indskrivningen skriver tilbuddet til kommunen, at Tariq er kommet på plads, og at han er faldet godt til. En måned efter Tariqs ankomst sender tilbuddet en status på Tariqs situation til kommunen, hvilket fører til et statusmøde, hvor Tariq også deltager. Ved denne opfølgning beskriver tilbuddet, at Tariq gerne vil afslutte forløbet til aftalt tid.

Det fremgår efterfølgende, at Tariq vælger at stoppe forløbet fire dage før aftalt og ikke fortsætter i dagbehandling. Rådgiveren får gennem Tariqs mentor at vide, at Tariq er tilbage i sit misbrug. Rådgiveren forsøger at motivere Tariq til at genoptage behandlingen, men Tariq ønsker ikke at genoptage behandlingen eller have kontakt med rådgiveren. Rådgiveren lukker sagen en måned senere på grund af manglende kontakt fra Tariq. Tariq har fortsat kontakt med sin mentor.



OVERLEVERING AF INFORMATION TIL DØGNBEHANDLINGSTILBUDET

Dette afsnit handler om dialogen med døgnbehandlingstilbudet. Det er både i forbindelse med valg af tilbud og i forbindelse med overlevering af informationer om borgeren til døgnbehandlingstilbudet, når bevillingen er givet.

Kommunen kontakter døgnbehandlingstilbudet

Interviewpersonerne fortæller, at de som udgangspunkt tager kontakt til det døgnbehandlingstilbud, som de har udpeget. Kommunen kontakter døgnbehandlingstilbudet og taler med tilbuddet om den borger, der skal i døgnbehandling. Det gør de for at sikre sig, at tilbuddet er et godt match for borgeren, og for at afklare eventuel ventetid på en plads. Denne afklaring gælder begge veje, da der også er tilfælde, hvor tilbuddet på baggrund af dialogen selv vurderer, at de ikke kan løfte opgaven. Det kan eksempelvis være i tilfælde, hvor en borger har omfattende somatiske eller psykiske problemer. Det sker også, at tilbuddet ikke kan vurdere, om de kan løfte opgaven, på baggrund af den indledende mundtlige dialog, og at de derfor først kan foretage vurderingen efter at have fået sendt skriftlige dokumenter om borgeren fra kommunen.

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Der er i sagsgennemgangen eksempler på, at borgeren besøger tilbuddet, inden behandlingen starter.

Samtale mellem behandlingstilbud og borger

Nogle af døgnbehandlingstilbuddene ønsker at møde borgeren, før borgeren bliver indskrevet:

"(...) der er nogle få steder, der gerne vil have dem til en forsamtale. Det tror jeg handler lige så meget om at få forventningsafstemt, hvad rammerne er for behandlingen, og om borgeren kan indgå i det. Så de også får lavet en kontrakt, hvor borgeren siger ja til at indgå i behandlingen på stedet, og hvor der måske bliver sagt, at man ikke må gå ud efter kl. 21" (medarbejder, Københavns Kommune).

En medarbejder fra Københavns Kommune, som arbejder som fremskudt rusmiddelbehandler for udsatte borgere, fortæller, at de fleste døgnbehandlingstilbud, hun har samarbejdet med, ønsker at møde borgeren, før de endeligt beslutter, om de kan påtage sig opgaven. Det skyldes, at der kan være tale om borgere med omfattende fysiske helbredsproblemer, som døgnbehandlingstilbuddet skal være sikre på, at de kan løfte, og som desuden eventuelt kræver, at der forberedes en igangsættelse af et samarbejde med hospitalsvæsenet.

En forsamtale kan bestå i et besøg på døgnbehandlingstilbudet. I én kommune fortæller de, at det i enkelte tilfælde har været rådgiveren, der har besøgt tilbuddet sammen med borgeren. Hvis borgeren er tilknyttet ambulans behandling, vil det

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

Der er i sagsgennemgangen enkelte eksempler på, at det fremgår af sagen, at der har været dialog og overlevering af information om borgeren inden behandlingsstart.

I sagsgennemgangen er der eksempler på, at behandlingstilbuddet har modtaget:

- kommunens udredning i forbindelse med visitation til døgnbehandling
- borgerens egen beskrivelse af sin situation
- status for tidligere behandling
- en psykiatrisk og psykologisk udredning

SAMTYKKE TIL OVERLEVERING AF OPLYSNINGER

Kommunerne skal indhente mundtligt eller skriftligt samtykke fra borgeren til at sende oplysninger til behandlingstilbuddet. Borgerens samtykke skal noteres i journalen.

dog som udgangspunkt være den rusmiddelbehandler, som borgeren allerede er tilknyttet i den ambulante behandling, som tager afsted til forsamtale sammen med borgeren. I begge tilfælde er det rådgiveren, der koordinerer besøget med behandlingstilbuddet, borgeren og rusmiddelbehandleren.

En forsamtale kan også foregå ved, at der kommer en eller flere repræsentanter fra døgnbehandlingstilbuddet og taler med borgeren i hjemkommunen:

“Nogle af de steder, der ligger langt væk, er rigtig gode til at komme herover og tale med borgeren. Og jeg har erfaring med, at borgerne er rigtig glade for det: ‘Tænk at der kommer en behandler helt derovre fra bare for at møde mig og fortælle mig en masse ting og lære mig at kende’. Det synes de også er lidt fedt” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

I sagsgennemgangen er der eksempler på sager, hvor det fremgår, at borgeren har besøgt stedet inden behandlingen. I en sag er det borgeren selv, der med hjælp fra kommunen sætter mødet i stand.

Overlevering af informationer

Alle fem kommuner sender skriftlige dokumenter om borgeren til døgnbehandlingstilbuddet forud for behandlingsstart, så tilbuddet kan tilrettelægge en målrettet indsats for borgeren.

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvad kommunen sender til døgnbehandlingstilbuddet ud over bevillingen. Kommunerne sender hver især et eller flere af følgende dokumenter til tilbuddet i kombination med andre relevante oplysninger:

DOKUMENTER FRA KOMMUNEN TIL DØGNBEHANDLINGSTILBUDET:

- § 141-handleplan
- Anamnese
- Behandlingsplan
- Udredningsskema
- Visitationsjournalen

Derudover vurderer kommunerne i hver enkelt tilfælde, hvilke supplerende oplysninger det er relevant at sende med. Det kan være:

-
- Status fra ambulat behandling
 - Oplysninger fra psykiatri
 - Psykologisk screening
-

I Københavns Kommune fortæller en medarbejder, at de på nuværende tidspunkt sender "hele afdækningen", hvori behandlingsplanen indgår, til døgnbehandlingstilbuddet. Som tidligere beskrevet, er det dog meningen, at det skal ændres, så de fremover kun sender behandlingsplanen til døgnbehandlingstilbuddet. Det skyldes blandt andet persondatahensyn - at de ikke skal sende flere oplysninger end nødvendigt til tilbuddet.

Nogle behandlingstilbud har derudover egne oplysningskemaer, som kommunerne skal udfylde, eksempelvis med oplysninger om borgerens ordinerede medicin og sociale netværk.

KAPITEL 5

Opfølgning og personrettet tilsyn



I dette kapitel belyser vi kommunernes arbejdsgange og overvejelser, når de skal foretage opfølgning på en borger, der er i døgnbehandling, og gennemføre personrettet tilsyn. Kapitlet belyser:

- Hvordan og hvor ofte kommunerne foretager opfølgning og personrettet tilsyn, mens borgeren er i døgnbehandling.
- Hvordan kommunerne foretager opfølgning efter endt døgnbehandling.

I boksen herunder opsummerer vi kapitlets hovedpointer.

HOVEDPUNKTER I KAPITEL 5:

- De interviewede medarbejdere skelner i praksis ikke mellem opfølgning og personrettet tilsyn. Begge dele foretages på samme besøg, og betegnes samlet som opfølgning.
 - Opfølgningen på borgerens døgnbehandling foregår via skriftlige statusnotater fra behandlingstilbuddet, ved opfølgningsmøder og løbende telefonsamtaler efter behov. Typisk modtager kommunen flere skriftlige statusnotater undervejs i forløbet og holder et opfølgningsmøde halvvejs i behandlingen. Opfølgning kan være hyppigere ved udfordringer med borgerens behandlingsforløb eller usikkerhed om, hvad der videre skal ske.
 - Kommunerne lægger vægt på at følge op på borgerens konkrete mål i behandlingsplanen og eventuelt handleplanen, og anvender planen som styringsværktøj i opfølgningen.
 - Opfølgning på døgnbehandling kan resultere i tilpasning af behandlings- eller handleplan, justering af aftaler med behandlingstilbud eller borger og forlængelse af behandlingen.
 - Opfølgningen efter endt døgnbehandling overgår ofte til at være opfølgning på den ambulante behandling eller
-

dagbehandling, som borgeren får efter endt døgnbehandling.

PRAKSIS FOR OPFØLGNING OG PERSONRETTET TILSYN UNDER DØGNBEHANDLINGEN

Dette afsnit handler om kommunernes praksis, når de skal følge op på indsatsen og foretage personrettet tilsyn for en borger, som er indskrevet i døgnbehandling.

Opfølgning er kommunens forpligtelse til at følge sagerne og sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Herunder at være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Kommunen skal også følge op på, om leverandøren lever op til de krav, der er i bevillingen, og om de leverer ydelsen på den måde, som kommunen har peget på.

Det personrettede tilsyn er kommunens forpligtelse til at sikre sig, at borgeren trives i tilbuddet, så vidt muligt gennem dialog med borgeren. Lovgrundlaget for opfølgning og personrettet tilsyn, fremgår af boksen nedenfor.

§

PERSONRETTET TILSYN

Reglerne om personrettet tilsyn fremgår af servicelovens § 148, stk. 1 og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Servicelovens § 148. Kommunen, der har handleforpligtelsen, har pligt til at yde hjælp efter denne lov, jf. §§ 9-9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Derfor skal kommunen føre tilsyn med de tilbud, som kommunen i forhold til den enkelte person har truffet afgørelse om, jf. § 3, stk. 1. Dette gælder ikke driftsorienteret tilsyn.

Retssikkerhedslovens § 16. Kommunen har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, jf. § 15. Tilsynet omfatter både indholdet af tilbuddene og den måde, opgaverne udføres på.¹⁰

OPFØLGNING

¹⁰ §§ 15 og 16 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1555 af 2. november 2020.

Reglerne om opfølgning fremgår af servicelovens § 148, stk. 2. Kommunen skal følge de enkelte sager løbende for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommunen skal herunder være opmærksom på, om der er behov for at yde andre former for hjælp. Opfølgningen skal ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Overordnet vidner både interviewene og de sager, vi har gennemgået, om, at kommunerne i praksis ikke skelner mellem opfølgningen og det personrettede tilsyn. Bortset fra et enkelt tilfælde er der i sagerne ikke angivet særskilt, om der er foretaget personrettet tilsyn. Alle fem kommuner forklarer, at de vurderer borgerens trivsel og behandlingsforløbet sammen med den øvrige opfølgning, og at de bruger opfølgning som en samlet betegnelse. I det følgende behandler vi derfor også begge dele samlet.

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANG

Sagsgennemgangen viser eksempler på sager, hvor kommunerne modtager en til flere statusnotater fra behandlingstilbuddet.

Flere skriftlige statusnotater fra behandlingstilbuddet

De interviewede kommuner beskriver, at de typisk får en skriftlig status fra behandlingstilbuddet flere gange under behandlingsforløbet. Det vil ofte være oplysning om ankomst, status på indledende afgiftning, status midtvejs i behandlingsforløbet, status ved afslutning af behandlingsforløbet og status ved ændringer i borgerens behandlingsforløb. Sådanne statusskrivelser ser vi også i flere af de sager, vi har gennemgået. I Esbjerg Kommune har de gode erfaringer med en indledende forventningsafstemning med behandlingstilbuddet om, hvornår tilbuddet orienterer kommunen:

”Det er fundamentet for et godt samarbejde og et godt forløb for borgeren, at man er i tæt kontakt, hvis der er noget. Og man har nogle aftaler om, at hvis ’sådan og sådan’, så bliver vi kontaktet og inddraget i, hvad der sker (...) at man har afstemt de ting fra starten” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

De fleste af kommunerne fortæller, at de beder om en skriftlig status inden et opfølgningsmøde. I Gladsaxe Kommune bruger de denne status til at forberede sig til mødet:

”Og så forventer vi også en midtvejsstatus fra dem, og den skal vi jo gerne have, inden vi afholder det her midtvejsmøde. Så vi har noget at forholde os til, når vi mødes. Hvis vi nu synes, der er noget, der ikke er godt, eller hvis vi bliver opmærksomme på, at de skriver noget, som vi bliver bekymrede over, synes er glædeligt, eller hvad det nu kan

være. Så vi er forberedte på, hvor borgeren er. Og så forventer vi også en afsluttende status" (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

Typisk opfølgingsmøde halvvejs i behandlingsforløbet

De kommuner, som vi har interviewet, holder typisk et opfølgingsmøde halvvejs i forløbet. I Gladsaxe Kommune aftaler de opfølgningen i den kontrakt, som de laver med behandlingstilbuddet ved visitation til døgnbehandling:

"Det er sådan mere eller mindre en standard, at vi som udgangspunkt altid midtvejs afholder et statusmøde, og det er tilbudsstederne bekendt med. Når behandlingen er bevilget, pladsen er skabt, og vi ved, hvornår de skal afsted, sender vores fagspecialist en kontrakt op til behandlingsstedet med, hvad vi har af forventninger til dem" (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANG

I sagsgennemgangen er der eksempler på sager, hvor det fremgår, at der er afholdt opfølgingsmøde.

I Aalborg Kommune har de valgt en anden fremgangsmåde end de fire andre kommuner. Her følger de op hver 8. uge og lader den rådgiver, der er udpeget som tilsynsførende med behandlingstilbuddet, og som er på stedet en dag hver 8. uge, stå for al opfølgning og kommunikation med kommunens borgere på stedet. I de tilfælde, hvor kommunen ikke har en tilsynsførende knyttet til behandlingstilbuddet, står den rådgiver, der er tilknyttet borgeren, for opfølgningen. Opfølgningen falder derfor ikke på et bestemt tidspunkt i behandlingsforløbet, men forløbet afsluttes altid med et overleveringsmøde til Rusmiddelefsnittes efterbehandling:

"Vi gør det som udgangspunkt hver 8. uge. Så det vil være forskellige tidspunkter for borgerne. Nogle får flere opfølgingsbesøg end andre. Nogle har kun nået at være der en uge/14 dage, før vi kommer igen. Så er der jo forskel på, hvad et statusmøde skal indeholde, alt efter hvor lang tid man har været der. I starten handler det mest om trivsel på stedet, mens det i slutningen af opholdet handler om, hvad der efterfølgende skal ske" (medarbejder, Aalborg Kommune).

Opfølgingsmøder kan i visse tilfælde ske hyppigere

Opfølgningen bliver i alle de kommuner, der indgår i undersøgelsen, hyppigere, hvis der er udfordringer eller uklarheder om borgerens behandlingsforløb:

"Jeg har en borger indskrevet i øjeblikket, hvor vi nogle gange er nødt til at tale sammen en gang om ugen eller hver 14. dag. Det er individuelt alt efter, hvor dårligt de har det, dem vi sender afsted, eller om der sker nogle ting undervejs. Der kan være indlæggelser i psykiatrien eller andre

VIDEN FRA SAGSGENNEM- GANG

I sagsgennemgangen er der tale om kortere døgnbehandling i de fleste af de sager, hvor der ikke fremgår at være fortaget opfølgning af sagens akter. Vi kan dog ikke konkludere, at der ikke er fulgt op i disse sager, da det også kan skyldes, at kommunen ikke har journalført opfølgningen.

ting. Så igen, det er meget individuelt, men som udgangspunkt hver tredje måned eller halvvejs" (medarbejder, Esbjerg Kommune).

"Der er nogle gange bump på vejen i sådan en døgnbehandling, som kræver, at man løbende er i kontakt med både døgnbehandlingsstedet, men også borgeren (...) I nogle tilfælde, hvis der er en lidt uklar plan for, hvad de skal efter døgnbehandling, så kan vi godt finde på at holde to statusmøder, måske allerede efter fire uger og så igen efter otte uger" (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

Opfølgningsmødet kan i visse tilfælde udelades

Opfølgningsmøde udelades enkelte gange, hvis borgeren er i et kortere afgiftningsforløb:

"Nogle gange når vi ikke at se dem, hvis de for eksempel kun er afsted i 30 dages afgiftningsforløb, i sådanne tilfælde er fokus på at få 30 stoffri dage, frem for behandling" (medarbejder, Aalborg Kommune).

Opfølgningsmødet foregår typisk på behandlingstilbuddet

Opfølgningsmødet finder typisk sted på behandlingstilbuddet, men det kan også foregå virtuelt eller hos kommunen:

"Så vidt det er muligt, så tager vi derover (til behandlingstilbuddet). Nu her under corona (...) eller hvis tiden ikke tillader det, så gør vi det over Skype. Der er også nogle, der gør det ved at invitere dem over til os" (medarbejder, Esbjerg Kommune).

Deltagelsen på opfølgningsmøderne

I de kommuner, som indgår i undersøgelsen, er det som udgangspunkt rådgiveren, borgeren og personale fra behandlingstilbuddet, der deltager i opfølgningsmøderne.

Andre medarbejdere fra kommunen kan også deltage, såsom medarbejdere fra jobcenteret ved jobindsats, ungeenheden ved efterværn eller mentor, familiebehandler og hjemmevejledere ved en socialindsats. Som tidligere nævnt i kapitlet om valg af døgnbehandlingstilbud er der også en kommune, som har haft en borger i et exitprogram i døgnbehandling, og her var exit-koordinatoren fra kommunen og en medarbejder fra politiet også med til opfølgningsmødet.

Det varierer, i hvilket omfang kommunerne oplever, at der deltager andre medarbejdere fra kommunen. Nogle oplever, at det sker cirka halvdelen af gangene, mens andre oplever, at de ofte får afbud på mødeinvitationen.

NOTATPLIGT

Kommunerne skal være opmærksomme på, at de har notatpligt efter offentlighedslovens § 13.

Sagsforløb der illustrerer opfølgning med borgerinddragelse



BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBEGRÆNSES

Som tidligere beskrevet er der ikke hjemmel i serviceloven til at træffe tidsbegrænsede afgørelser. Hjælpen skal fortsætte, indtil den har opnået sit formål. Kommunen kan fastsætte en opfølgningsdato i forbindelse med bevillingen, men ikke en afslutningsdato. Derfor skal borgeren ikke ansøge om forlængelse af behandlingen.

Sagsgennemgangen viser, at der i de fleste sager er foretaget opfølgning undervejs i døgnbehandlingen. I de sager, hvor der ikke fremgår opfølgning af sagens akter, kan vi ikke konkludere, at det skyldes, at kommunen ikke har foretaget opfølgning. Det kan skyldes kommunens praksis for journalføring. I en kommune, hvor der ikke fremgår opfølgning i nogen af sagerne, fortæller interviewpersonerne, at det skyldes kommunens praksis for journalføring på daværende tidspunkt, som de siden har strammet op på, og ikke, at de ikke har fulgt op i sagerne.

Eksempel på opfølgning med borgerdeltagelse

Det konstruerede sagsforløb om Kristine, som vi præsenterer herunder, er et eksempel på, at kommunen har foretaget opfølgning under døgnbehandlingen, og at Kristine selv deltager aktivt i opfølgningen.

SAGSFORLØB OM KRISTINE

Er aktivt med i opfølgningen på sin døgnbehandling

Kristine på 21 år kommer i døgnbehandling på grund af sit misbrug af amfetamin. Rådgiveren, behandlingstilbudet og Kristine holder løbende opfølgingsmøder. Kristine søger af to omgange om én måneds forlængelse og får det bevilget.



Forhistorie

Kristine begynder som teenager at tage kokain til fester, og hendes misbrug eskaleres til et dagligt forbrug af amfetamin.

Kristine er uddannet social- og sundhedshjælper, men har næsten ingen erhvervs erfaring. Hun modtager kontanthjælp og er tilknyttet en beskæftigelsesindsats, som er sat i bero på grund af hendes misbrug.

Da Kristine er 20 år, tager hun, med opbakning fra sin mor, kontakt til kommunen og får bevilget ambulante behandling. Kristine udebliver fra aftaler med behandlerne og tager amfetamin dagligt. Kommunen har opfordret Kristine til at søge om bostøtte efter servicelovens § 85, men det har Kristine ikke ønsket.



Kommunens afdækning

På et opfølgningsmøde to måneder efter opstart af ambulantly behandling siger Kristine, at hun er bekymret for sin fremtid og ønsker mere intensiv hjælp i form af døgnbehandling for at komme ud af sit misbrug.

Samtidigt modtager rådgiveren en mail fra moren om bekymring for Kristine. Rådgiveren bliver også kontaktet af en sagsbehandler fra jobcentret, som mener, at Kristine har behov for døgnbehandling. Rådgiveren laver en indstilling til visitationsudvalget om døgnbehandling på baggrund af henvendelserne, forudgående viden om Kristine og viden fra opfølgningsmødet.



Bevilling af døgnbehandling

To uger efter opfølgningsmødet er der visitationsudvalgs-møde, hvor Kristine får bevilget døgnbehandling af tre måneders varighed. Kommunen begrundes bevillingen med Kristines betydelige misbrug gennem flere år, og at ambulantly behandling ikke har været tilstrækkeligt.

Valg af behandlingssted

Begrundelsen for valg af behandlingssted fremgår ikke af sagen, ligesom det heller ikke fremgår, om kommunen har drøftet det med Kristine. Det fremgår heller ikke, om der har været dialog med tilbuddet ud over en telefonisk henvendelse om eventuel ventetid. Fra Kristine får bevilget døgnbehandling, går der en uge, til hun bliver indskrevet.

Behandlingstilbuddet og Kristine orienterer rådgiveren om hendes ankomst per mail og sms.



Opfølgning og personrettet tilsyn

Under døgnbehandlingen holder rådgiveren, døgnbehandlingstilbuddet og Kristine løbende kontakt.

VEJLEDNING OM FRIT VALG

Kommunerne skal være opmærksomme på at vejlede borgeren om frit valg af behandlingstilbud. Se principmeddelelse 22-18.

VIDEN FRA SAGSGEN- GANGEN

Der er i sagsgennemgangen eksempler på behandlingsplaner, som indgår i kommunens notater eller behandlingstilbuddets statusskrivelser.

Der er også eksempel på, at kommunen på baggrund af opfølgningen hjælper borgeren med at skaffe ny bolig eller med at få tilknyttet en anden indsats, som borgeren selv finder mere passende, i Jobcentret.

To uger efter ankomsten ringer Kristine til rådgiveren, da hun er utilfreds med stedets tilgang. Rådgiveren overbeviser Kristine om at fortsætte i døgnbehandlingen. Kort efter fortæller døgnbehandlingstilbuddet rådgiveren over telefon, at Kristine nu fungerer godt på stedet. Der bliver holdt to opfølgningsmøder i den periode, hvor Kristine er i døgnbehandling. Møderne foregår på tilbuddet, og Kristine, rådgiveren og en terapeut fra behandlingstilbuddet deltager.

Få uger inden behandlingen er sat til at stoppe, søger Kristine om at få forlænget døgnbehandlingen med en måned. Tilbuddet skriver samtidig et statusnotat, hvoraf det fremgår, at Kristine har behov for yderligere en måneds behandling. På et visitationsudvalgsmøde får Kristine bevilget yderligere en måneds døgnbehandling. Senere søger Kristine i et brev til rådgiveren om yderligere en måneds forlængelse af døgnbehandlingen og et udslningsforløb på et efterbehandlingstilbud med døgnophold. Dette får Kristine afslag på, men efter en klage fra Kristine til kommunen får hun også dette bevilget.

Ændringer på baggrund af opfølgningen

I de kommuner, der indgår i undersøgelsen, er der erfaringer med, at opfølgningen på døgnbehandling kan resultere i tilpasning af behandlingsplan, skærpelse af krav til behandlingstilbud eller borger og forlængelse af behandlingen. Kommunerne har i opfølgningen blandt andet fokus på, hvordan borgeren indgår i behandlingen, hvor langt borgeren er i nedtrapningen i sit misbrug, hvordan borgeren arbejder med sine fokuspunkter, og hvad der skal ske efter endt døgnbehandling.

Opfølgning på mål i behandlingsplan

Medarbejdere fra Gladsaxe, Aalborg og Københavns Kommune beskriver, at de følger op på målene i behandlingsplanen undervejs i døgnbehandlingen:

”På statusmødet vil jeg som regel først høre fra borgeren, hvordan han oplever, det går. Og så vil jeg tage udgangspunkt i den behandlingsplan, jeg har lavet med borgeren, inden vedkommende er taget afsted. Hvor han er med de forskellige arbejdsplaner” (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

Gennemgangen kan både resultere i revidering af behandlingsplanen og skærpelse af krav til behandlingstilbuddets og borgerens indsats:

”Vi tager udgangspunkt i den behandlingsplan, der blev sendt med fra start, og statusskrivelsen, og så følger vi op på det (...) Det (behandlingen) følger ikke altid behandlingsplanen, og så må man enten ændre behandlingsplanen, fordi man har fundet ud af, at det er noget andet, det drejer sig om, eller man må tale med døgnbehandlingsstedet om det” (medarbejder, Københavns Kommune).

”Hvis behandlerne siger, der ikke er nok udvikling på et givent punkt, skal borgeren gøre en indsats dér fremover (...) de skal melde sig mere ind i behandlingen. Så aftaler vi, at det starter fra nu af, og at vi så snakkes ved om 14 dage” (medarbejder, Aalborg Kommune).

I sagsgennemgangen er der ikke eksempler på sager, hvor det tydeligt fremgår, at behandlingsplanen er revideret i forbindelse med opfølgningen, men der er eksempler på, at behandlingsplanen indgår i behandlingstilbuddets status og fastholdes i forbindelse med opfølgningen. For at illustrere dette indgår det i [sagsforløbet om Anders](#) i kapitel 2, at behandlingstilbuddet tre uger inde i behandlingsforløbet sender en skriftlig status, hvor der indgår en kort behandlingsplan, der i punkttopstilling beskriver, hvad Anders skal arbejde med for at forebygge tilbagefald. To måneder inde i forløbet modtager kommunen en midtvejsstatusskrivelse om, at behandlingen fortsat går godt, og at Anders stadig arbejder med målene beskrevet i behandlingsplanen.

Sagsforløb med opfølgning på behandlingsplan



Tilpasning af sideløbende indsatser

Opfølgningen kan også resultere i koordinering af sideløbende indsatser. En medarbejder i Esbjerg Kommune beskriver, hvordan ændrede forhold omkring borgeren kan føre til, at døgnbehandlingen og sideløbende indsatser skal tilpasses:

”Der er kommet noget mere ro på, efter at de er kommet i de her rammer. Ofte har de haft ro til at klare nogle ting. Det kan være i deres netværk. Det kan være i forhold til deres bolig. Det kan være i forhold til, at de føler sig mere klar til arbejdsmarkedet. Og så kommer vores koordinerende funktion jo i spil i forhold til at få inddraget de parter, der er relevante i det. Så ja, der er tit noget, der har ændret sig (ved opfølgningen)” (medarbejder, Esbjerg Kommune).

Forlængelse af døgnbehandlingen

Noget af det, som opfølgningen kan resultere i, er forlængelse af døgnbehandlingen. Det ses også i nogle af de sager, vi har gennemgået. I Gladsaxe Kommune oplever de, at et sådant behov typisk viser sig ved midtvejsopfølgningen:

BEHANDLINGEN KAN IKKE TIDSBE- GRÆNSES

Som tidligere beskrevet er der ikke hjemmel i serviceloven til at træffe tidsbegrænsede afgørelser. Hjælpen skal fortsætte, indtil den har opnået sit formål. Kommunen kan fastsætte en opfølgingsdato i forbindelse med bevillingen, men ikke en afslutningsdato. Derfor skal borgeren ikke ansøge om forlængelse af behandlingen.

Sagsforløb hvor behandlingen bliver forlænget



”Ved midtvejsopfølgningen har døgnbehandlingsstedet som oftest en idé om, hvor meget tid de har behov for endnu for at være i mål med borgeren i døgnbehandlingsregi. Og nogle gange er det borgeren selv, der ønsker det. Så i nogle tilfælde har borgeren selv nedfældet nogle argumenter for, hvorfor han eller hun skal forlænges, og i andre tilfælde er det skrevet ind som en del af midtvejsstatussen” (medarbejder, Gladsaxe Kommune).

Grunde til forlængelse kan være, at det under behandlingsforløbet viser sig, at borgeren har andre problematikker, eller at borgeren viser sig at have svært ved at følge behandlingen og derfor har brug for længere tid i døgnbehandlingen. Flere kommuner oplever at få ansøgninger om forlængelse, der bunder i, at borgeren er nervøs for at skulle tilbage i nærmiljøet, men hvis der ikke er en anden begrundelse, giver kommunen afslag på forlængelse, og går i stedet i dialog med borgeren om efterbehandling.

I [sagsforløbet om Kristine](#) tidligere i dette kapitel fremgår det, hvordan kommunen forlænger behandlingen på baggrund af opfølgningen.

OPFØLGNING EFTER ENDT DØGNBEHANDLING

Dette afsnit handler om, hvordan kommunerne følger op på behandlingsplanen efter endt døgnbehandling.

OPFØLGNING PÅ BEHANDLINGSPLAN

Reglerne om opfølgning på behandlingsplan efter endt døgnbehandling fremgår af § 4, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1477 af 17. december 2019 om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven:

Opfølgning, jf. stk. 1, nr. 8, på personens behandlingsplan efter § 101, stk. 8, i lov om social service skal ske senest 1 måned og igen 6 måneder efter, et behandlingsforløb er afsluttet. De personer, som er omfattet af opfølgningen, er personer, der har afsluttet et behandlingsforløb med status som »færdigbehandlet«, udskrevet til et »andet tilbud«, udskrevet til »hospital« eller udskrevet med »anden årsag« til afsluttet behandling.

Opfølgning på behandlingsplanen efter endt døgnbehandling bliver til opfølgning på efterbehandling

VIDEN FRA SAGSGENNEMGANGEN

I sagsgennemgangen er der eksempler på opfølgning efter endt døgnbehandling. Men der er også sager, hvor opfølgning efter endt døgnbehandling ikke fremgår. Enten har vi ikke fået akterne med, da borgeren er overgået til efterbehandling, eller også er opfølgningen ikke blevet noteret i sagen eller har ikke fundet sted.

Opfølgningen på behandlingsplanen efter endt døgnbehandlingen overgår ofte til at være opfølgning på den ambulante- eller dagbehandling, som borgeren får efter endt døgnbehandling. Det gør den, fordi der som udgangspunkt altid iværksættes efterbehandling for borgeren i de kommuner, som indgår i undersøgelsen.

Det afhænger af organiseringen i de enkelte kommuner, om opfølgningen på døgnbehandlingen og efterbehandlingen foretages af den samme rådgiver eller af forskellige medarbejdere i kommunen. I Aalborg Kommune er det for eksempel forskellige medarbejdere, mens det i Esbjerg Kommune er de samme medarbejdere, der følger op på døgnbehandlingen og på efterbehandlingen. En medarbejder fra Esbjerg Kommune forklarer, hvordan opfølgningen efter endt døgnbehandling foregår:

"(...) Vi holder et statusmøde hver 6. til 12. måned, men vi kan godt have et lille opfølgningsmøde efter tre måneder. Og jeg tænker, at med en borger man får ud fra døgnbehandling, der ville jeg ikke vente seks måneder med at holde opfølgning. Det er igen individuelt, men overordnet er det seks måneder. Og tit giver behandler også selv lyd og siger, at nu er borger ved at være klar til, at vi skal have jobcenteret noget mere ind på banen, eller andet" (medarbejder, Esbjerg Kommune).

Undersøgelsen giver ikke viden om, hvor hyppigt der bliver fulgt op efter endt døgnbehandling i de kommuner, hvor det er en anden medarbejder, der står for at følge op på efterbehandlingen.

I sagsgennemgangen er der flere eksempler på, at kommunen følger op efter endt døgnbehandling, eller at der er planlagt eller påbegyndt efterbehandling. [Sagsforløbet om Anders](#) i kapitel 2 illustrerer netop, hvordan kommunen kan følge op efter endt døgnbehandling. En måned efter, at Anders er overgået til efterbehandlingen, er der et møde, hvor sagsbehandleren, Anders og en medarbejder fra efterbehandlingen deltager. Omkring et halvt år efter endt døgnbehandling mødes sagsbehandleren med Anders på et hjemmebesøg.

Sagsforløb med opfølgning efter endt døgnbehandling



BILAG 1

Metode

Undersøgelsen er kvalitativ og baseret på:

- En gennemgang af i alt 15 sager fra fem kommuner fordelt på tre sager fra hver kommune. Der er tale om sager, hvor borgeren er visiteret til døgnbehandling for stofmisbrug efter servicelovens § 101, jf. § 107, stk. 2, nr. 2.
- Gruppeinterview med kommunale sagsbehandlere i de samme fem kommuner og interview med ledere i fire af de fem kommuner.

UDVÆLGELSE AF KOMMUNER

Vi har i undersøgelsen haft fokus på at udvælge kommuner med et vist erfaringsgrundlag at tale ud fra og et tilstrækkeligt antal relevante sager at sende til os. Vi har derfor udvalgt kommunerne på baggrund af antallet af henviste borgere til døgnbehandling, som det er opgjort i seneste rapport fra Center for Rusmiddelforskning (DanRis 2016 – STOF). Her har vi valgt de kommuner, som på det tidspunkt, opgørelsen blev lavet, havde flest henvisninger til døgnbehandling. Efterfølgende har vi været i telefonisk kontakt med de pågældende kommuner for at sikre os, at tallene fra 2016 stadig er retvisende, uden dog at have bedt kommunerne opgøre det præcise antal henvisninger på ny. På den baggrund blev en enkelt kommune sorteret fra, og vi endte med følgende kommuner:

- Københavns Kommune
- Aalborg Kommune
- Hjørring Kommune
- Esbjerg Kommune
- Gladsaxe Kommune

SAGSGENNEMGANG

Sagsgennemgangen har til formål at vise konkrete eksempler på, hvordan sager om visitation til døgnbehandling forløber, og hvilke valg kommunerne har taget i forhold til visitation, opfølgning og personrettet tilsyn. Vi har ikke foretaget en juridisk vurdering af sagerne, men alene foretaget en deskriptiv analyse.

Indkaldelse af sager

Sagerne er indkaldt efter kriterier, der skulle sikre, at vi fik de nyeste sager afgjort inden for perioden den 10. marts 2017 til den 10. marts 2019. Det vil sige før kravet om udfærdigelse af behandlingsplan trådte i kraft 1. januar 2020. Kommunerne er

blevet informeret om, at de ikke måtte selektere i sagerne. Perioden er fastsat med henblik på at gøre det muligt at belyse, hvordan kommunen har håndteret opfølgning og personrettet tilsyn i et år efter afgørelsen uden at ramme ind i perioden for nedlukning grundet Covid-19. Dette for at sikre, at vi fik indblik i kommunernes almindelige praksis, og ikke i eventuel særpraksis grundet nedlukning.

Kommunerne er blevet informeret om, at de skulle sende samtlige sagsakter i den enkelte sag inden for perioden 10. marts 2017 til 10. marts 2020. Og at de herudover skulle medsende de akter, de fandt relevante i forhold til visitation til døgnbehandling – også selv om det lå uden for den treårige periode.

Ved modtagelsen af sagerne har vi screenet dem for at sikre, at de levede op til udvælgelseskriterierne i forhold til målgruppe og tidsperiode. Vi har ikke indkaldt yderligere akter, men lagt til grund, at kommunerne har sendt de relevante akter i hver enkelt sag.

Analysen af sagerne

Vi har analyseret sagerne ved brug af et analyseskema, som vi har udfyldt for hver af de 15 sager. Analyseskemaet indeholder spørgsmål om, hvad der kendetegner sagerne i forhold til:

- Opstart af sagen
- Afdækning
- Bevilling af døgnbehandling
- Valg af det konkrete døgnbehandlingstilbud
- Opfølgning og personrettet tilsyn

På baggrund af de udfyldte analyseskemaer har vi udarbejdet et oversigtsark til at give overblik over, hvad der går igen på tværs af sagerne, og hvad der adskiller sig.

Med udgangspunkt i oversigtsarket og de 15 udfyldte analyseskemaer har vi udarbejdet fem konstruerede sagsforløb, som er sat sammen af elementer fra de gennemgåede sager. Sagsforløbene, som de fremstår i rapporten, har derfor ikke eksisteret i deres helhed i virkeligheden. Denne fremgangsmåde er valgt for at sikre, at sagsforløbene ikke indeholder personhenførbare oplysninger.

Samlet set viser de fem konstruerede sagsforløb den variation, som vi har fundet i de indsendte sager, og giver eksempler på, hvordan en sag kan forløbe, når en borger bliver visiteret til døgnbehandling. Formålet har været at gengive elementer fra

de faktiske sager, og ikke at give eksempler på ideelle sagsforløb.

Forbehold

Sagsforløbene og de sager, vi har gennemgået, udgør ikke et repræsentativt billede af kommunernes sagsbehandling, men er eksempler på variationen i denne type af sager. Vi kan med denne undersøgelse derfor ikke belyse fordelingen af sagstyper eller omfanget på landsplan.

Derudover fremgår kommunernes overvejelser og hensyn i sagsbehandlingen kun i meget begrænset omfang i sagerne. For at belyse disse aspekter har vi foretaget interview, hvor vi blandt andet får belyst de hensyn, som rådgivere og ledere tager i forbindelse med valg af døgnbehandling og konkret behandlingssted.

Endelig må vi tage det forbehold, at vi i denne undersøgelse har fokuseret på de kommuner, som har størst erfaring med at visitere til døgnbehandling for stofmisbrug. Derfor kan praksis og de hensyn, kommunerne tager i forbindelse med visitationen, potentielt adskille sig fra de kommuner, som trods en vis størrelse visiterer til døgnbehandling for stofmisbrug i mere begrænset omfang.

INTERVIEW

Interviewene har til at formål at give indblik i kommunernes praksis for, og overvejelser om, visitation, opfølgning og personrettet tilsyn. Interviewene belyser desuden, hvilke hensyn der ligger til grund for valg af det konkrete døgnbehandlingstilbud.

Interviewene er gennemført over Skype for Business i januar og februar 2021.

Hvem har vi interviewet?

Vi har dels interviewet medarbejdere, der arbejder med at visitere borgere til døgnbehandling, og nærmeste ledelse i hver kommune. Det er blevet afklaret i dialog med en nøglemedarbejder i hver kommune, præcist hvilke medarbejdere og ledere det var relevant at interviewe i den enkelte kommune. I en enkelt kommune vurderede ledelsen, at medarbejderne havde tilstrækkelig viden til at besvare alle vores spørgsmål, hvorfor vi i den pågældende kommune alene foretog interview med medarbejderne. I de øvrige kommuner foretog vi også et særskilt interview med ledelsen.

I interviewene med medarbejdere deltog mellem fire og fem medarbejdere, mens der i interviewene med ledelsen deltog to medarbejdere.

Hvad handler interviewene om?

Vi har forud for interviewene udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er semistruktureret med en række spørgsmål, der skal besvares, men med en åbenhed for, at rækkefølgen af spørgsmålene kan ændre sig undervejs og nye spørgsmål dukke op. I alle kommunerne har vi spurgt ind til konkrete arbejdsgange og hensyn i forbindelse med:

- kommunernes organisering
- valg af døgnbehandling
- valg af det konkrete døgnbehandlingstilbud
- dialog med det valgte døgnbehandlingstilbud
- opfølgning og personrettet tilsyn.

Interviewene giver, modsat sagsgennemgangen, mulighed for at få indblik i overvejelser og hensyn hos medarbejdere og ledelse i forbindelse med de enkelte sagskridt.

Brug af sagsforløb i interviewene

I alle kommuner har vi under interviewet med medarbejderne gennemgået ét af de konstruerede sagsforløb. Alle fem sagsforløb har derfor været drøftet i en kommune. Det havde flere formål:

- Et formål var at kvalitetssikre de udarbejdede sagsforløb ved at afklare, om sagsforløbet var genkendeligt for kommunens medarbejdere i den forstand, at et tilsvarende sagsforløb ville kunne forekomme i kommunen.
- Et andet formål var at kvalificere og understøtte interviewene således, at sagsbehandlerne kunne tale om egen praksis i relation til eksemplet i sagsforløbet. Derved kunne interviewet handle om emner og problemstillinger, som ikke var en del af interviewguiden, men som fremstod tydelige for medarbejderne, når de læste sagsforløbene.
- Et tredje formål var at få udfyldt nogle af de 'videnshuller', der er i sagsforløbene. Som beskrevet tidligere er det vores erfaring, at sagerne som oftest ikke indeholder beskrivelser af sagsbehandlernes overvejelser og vægtning af hensyn. Interviewene kunne her give mulige forklaringer på, hvorfor sagsforløbene ser ud, som de gør.

Behandling af interviewene

Interviewene er med interviewpersonernes tilladelse blevet optaget på diktafon og transskriberet i databehandlingsprogrammet NVivo. Herefter har vi systematisk kodet hver enkelt transskription med afsæt i et kodetræ. Kodetræet bygger på temaer og spørgsmål fra interviewguiden og sagsgennemgangen, samt analysetemaer der er opstået i og på tværs af interviewene.

I rapporten dokumenterer vi løbende vores pointer ved brug af citater. Af formidlingsmæssige hensyn har vi i rapporten foretaget mindre redigering af citaterne, hvor vi har fjernet fyldord og gentagelser med stor opmærksomhed på ikke at ændre i betydningen. Citater og relevante uddrag af rapporten, hvor vi refererer til specifikke interview, har efterfølgende været sendt i faktuel høring hos interviewpersonerne.

**26.
Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og
anbringelsessteder**

2021

Velfærdspolitisk Analyse



Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder

På det specialiserede socialområde findes en række døgntilbud og anbringelsessteder, som henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Formålet med analysen er at give et indblik i uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på sociale tilbud. Medarbejderne er identificeret via en kobling af Tilbudsportaldata og registerdata om beskæftigelse for lønmodtagere. Medarbejdernes uddannelsesbaggrund er baseret på registerdata om medarbejdernes højest fuldførte uddannelse.

Der er ikke tidligere foretaget registerbaserede analyser af uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på sociale tilbud. Det skal bemærkes, at analysen omfatter alle medarbejdere på tilbuddene, både det borgerrettede personale og eksempelvis service- og administrationspersonale. Det skal ses i lyset af, at det ikke er muligt at foretage en præcis afgrænsning mellem borgerrettet og andet personale.

Analysen viser blandt andet, at knap halvdelen af medarbejderne har en mellemlang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Blandt medarbejdere på voksenområdet har 44 pct. en mellemlang videregående uddannelse, 28 pct. har en erhvervsfaglig uddannelse, 23 pct. har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv., mens 2 og 3 pct. har en hhv. kort og lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. På børne- og ungeområdet har 47 pct. af medarbejderne en mellemlang videregående uddannelse, 22 pct. har en erhvervsfaglig uddannelse, mens 23 pct. har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv., og 3 og 4 pct. har en hhv. kort og lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse.

Omkring halvdelen af medarbejderne har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Blandt medarbejdere på voksenområdet gælder det 53 pct., mens det blandt medarbejdere på børne- og ungeområdet er 48 pct. Blandt medarbejderne med uddannelser inden for social- og sundhedsområdet har mange især uddannelser inden for pædagogisk arbejde med børn og unge.

Der er nogen variation i uddannelsesniveau og -område blandt medarbejdere på tværs af tilbudstyper og virksomhedsformer. Eksempelvis har 53 pct. af medarbejderne på kvindekrisecentre en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, mens det er 48 pct. af medarbejderne på forsorghjem og herberger. På botilbud til længerevarende og midlertidigt ophold samt botilbudslignende tilbud er det mellem 52 og 56 pct. af medarbejderne.

På kommunale tilbud har 38 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens det gælder 31 pct. af medarbejderne på tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., 32 pct. blandt medarbejdere på private tilbud og 35 pct. af medarbejderne på regionale tilbud.

Indhold

1. Introduktion	3
2. Medarbejdernes uddannelse	5
2.1 Medarbejdernes uddannelsesniveau	6
2.2 Medarbejdernes uddannelsesområde	7
3. Medarbejdernes uddannelse efter virksomhedsform	8
4. Medarbejdernes uddannelse efter tilbudstype	11
4.1 Botilbud og botilbudslignende tilbud	11
4.2 Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger	14
4.3 Anbringelsessteder	17
5. Databehandling og opmærksomhedspunkter	19
5.1 Afgrænsning af tilbud i Tilbudsportalen	20
5.2 Lønmodtagere identificeret i BFL	22
5.3 Uddannelsesgruppering	22
5.4 Gruppering af lønmodtagere efter tilbudstype	24
Bilag 1 – Frasortering af tilbud som følge af databehandling	26
Bilag 2 – Antal lønmodtagere på enhederne	27
Bilag 3 – Brancheafgrænsningen	28
Bilag 4 – Lønmodtagere fordelt efter tilbudstype	31
Bilag 5 – Dataafgrænsningens betydning for uddannelsesfordelingen	33

1. Introduktion

Der findes en række døgntilbud og anbringelsessteder på det specialiserede socialområde, som henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. I denne analyse belyses uddannelsesniveau og -område blandt medarbejdere på tilbuddene. Analysen indgår som en del af evalueringen af det specialiserede socialområde aftalt med finansloven for 2020.

Medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder er identificeret via en kobling af data fra Tilbudsportalen¹ med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere, jf. boks 1 nedenfor. Analysen er således baseret på lønmodtagere, som vil blive benævnt medarbejdere eller ansatte, og omfatter ikke selvstændige, frivillige og personale, der varetager arbejdsopgaver for tilbuddet via eksterne virksomheder. Det gælder eksempelvis vikarer ansat gennem vikarbureauer eller service- og administrationspersonale fra eksterne virksomheder,

Der er ikke tidligere foretaget registerbaserede analyser af uddannelsesniveaueet blandt medarbejdere på sociale tilbud baseret på en kobling af data fra Tilbudsportalen med individdata fra Danmarks Statistik.

Formålet med analysen er at give et første indblik i uddannelsen blandt medarbejderne. Analysen besvarer ikke alle spørgsmål om medarbejdernes uddannelsesbaggrund, og det vil være muligt at udbygge analysen både i dybden og i bredden.

Tilbuddene kan på Tilbudsportalen være godkendt som flere forskellige tilbudstyper. Det er ikke muligt at koble medarbejdere til den enkelte tilbudstype. Når medarbejdere i analysen grupperes på baggrund af tilbudstyper og hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, medtages alle medarbejdere på tilbuddet således i hver opgørelse, selvom deres primære arbejdsopgave vedrører en anden tilbudstype eller et andet område. Eksempelvis vil en medarbejder på et tilbud, der er godkendt både som botilbud til midlertidigt ophold, SEL § 107, og som aktivitets- og samværstilbud, SEL § 104, indgå i opgørelser for botilbud til midlertidigt ophold, selvom medarbejderens primære arbejdsopgave vedrører aktivitets- og samværstilbuddet. Se også analysens afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

¹ Se notatet "Om Tilbudsportalen" for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata:
https://sm.dk/media/7110/notat_om_tilbudsportalen_t.pdf

Boks 1

Datagrundlag

Analysen tager udgangspunkt i lønmodtagere på døgntilbud og anbringelsessteder og omfatter således ikke dagtilbud og ambulante tilbud. Tilbuddenes lovmæssige grundlag findes primært i serviceloven. I brødteksten vil tilbudstyperne blive benævnt uden angivelse af lovgrundlaget. Eksempelvis vil botilbud til længerevarende ophold referere til tilbud, der er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108 i lov om social service.

I analysen indgår tilbud, der pr. 31. december 2019 på Tilbudsportalen er godkendt som en eller flere af følgende tilbudstyper: midlertidigt botilbud, § 107, rehabiliteringstilbud, § 107, længerevarende botilbud, § 108, sikret botilbud, § 108, botilbudslignende tilbud², kvindekrisecentre, § 109, forsorgshjem/herberger, § 110, åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 70, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6, delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a og sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b.

Lønmodtagere er identificeret ved at koble data fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Koblingen er baseret på lønmodtagere registreret i BFL i januar 2020, som har et arbejdsstedsnummer, der kan kobles til tilbuddene fra Tilbudsportalen. Koblingen til tilbuddene laves gennem en konvertering af tilbuddenes indberettede produktionsenhedsnumre til arbejdsstedsnumre.

Analysen er afgrænset til lønmodtagere, der er ansat i branchekategorien institutionsophold (DB07=87). Det resulterer i en frasortering af ca. 12 pct. af de medarbejdere, som har et arbejdsstedsnummer, der kan kobles til tilbuddene. Analysen er yderligere afgrænset til lønmodtager, som indgår i befolkningsregisteret pr. 31. december 2019.

Uddannelsesniveau og -område er baseret på højest fuldførte uddannelse pr. 1 oktober 2019 og er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedgruppe- og fagområdeklassifikation. Analysen omfatter alle lønmodtagere på tilbuddene uanset arbejdsfunktion. Der indgår således også lønmodtagere, der varetager opgaver inden for eksempelvis service- og administration på tilbuddene.

Analysens afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter indeholder en detaljeret beskrivelse af dataafgrænsningen og opmærksomhedspunkter herved.

I analysen indgår omkring 47.000 medarbejdere, hvoraf ca. 32.500 er ansat på døgntilbud godkendt som tilbudstyper på voksenområdet, ca. 4.100 er ansat på tilbud godkendt som anbringelsessteder på børne- og ungeområdet, mens omkring 10.500 medarbejderne er ansat på døgntilbud, der er godkendt som tilbudstyper på både voksen- og børne- og ungeområdet, jf. tabel 1.

² Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Tabel 1**Antal medarbejdere og tilbud, der indgår i analysen, efter område**

Område	Antal	Pct.
Medarbejdere på voksenområdet	32.500	69,1
Medarbejdere på børne- ungeområdet	4.100	8,6
Medarbejdere på voksenområdet samt børne- og ungeområdet	10.500	22,2
I alt	47.000	100,0
Tilbud på voksenområdet	899	65,7
Tilbud på børne- og ungeområdet	182	13,3
Tilbud på voksenområdet samt børne- og ungeområdet	288	21,0
I alt	1.369	100,0

Anm.: Antal tilbud og medarbejdere, der indgår i analysen, fordelt efter om tilbuddet er godkendt som de udvalgte tilbudstyper, jf. boks 1, på voksenområdet, børne- og ungeområdet samt begge områder. Antal ansatte er afrundet til nærmeste 100. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

De ca. 47.000 medarbejdere er fordelt på 1.369 tilbud. Omkring 65 pct. af tilbuddene er godkendt som tilbudstyper på voksenområdet, ca. 13 pct. er godkendt som tilbudstyper på børne- og ungeområdet, mens 21 pct. af tilbuddene, er godkendt som tilbudstyper på både voksenområdet samt børne- og ungeområdet, jf. tabel 1. Medarbejdere, der er ansat på tilbud, der er godkendt som tilbudstyper på både voksenområdet samt børne- og ungeområdet, indgår i de følgende afsnit i opgørelserne for begge områder.

2. Medarbejdernes uddannelse

Medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder kan have en række forskellige uddannelser. Eksempelvis kan uddannelser inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, syge- og sundhedspleje, social rådgivning mv. være relevante uddannelser for medarbejdere, der indgår i arbejdet med beboerne på døgntilbud og anbringelsessteder. Derudover vil der på døgntilbud og anbringelsessteder ofte være medarbejdere, der arbejder i administrative funktioner eller servicefunktioner i forbindelse med blandt andet madlavning, rengøring, ejendomsservice og bogholderi, hvor andre uddannelsesstyper kan være relevante.

I de følgende afsnit ses der nærmere på uddannelsesniveau og uddannelsesområde blandt den samlede gruppe af medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder, der er godkendt på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Der er i analysen ikke sondret mellem medarbejdernes arbejdsfunktion. Fordelingen af uddannelsesniveau og -område kan derfor afspejle, at der indgår medarbejdere, som arbejder i service- og administrationsfunktioner. Det skal blandt andet ses på baggrund af, at formålet

med analysen er at give et første indblik i uddannelsesniveaut blandt den samlede gruppe af medarbejderne på tilbuddene, og at det på baggrund af registerdata ikke umiddelbart er muligt at sondre præcist mellem ansatte i direkte borgerrettede funktioner og øvrige ansatte, der ikke varetager opgaver i relation til beboerne.

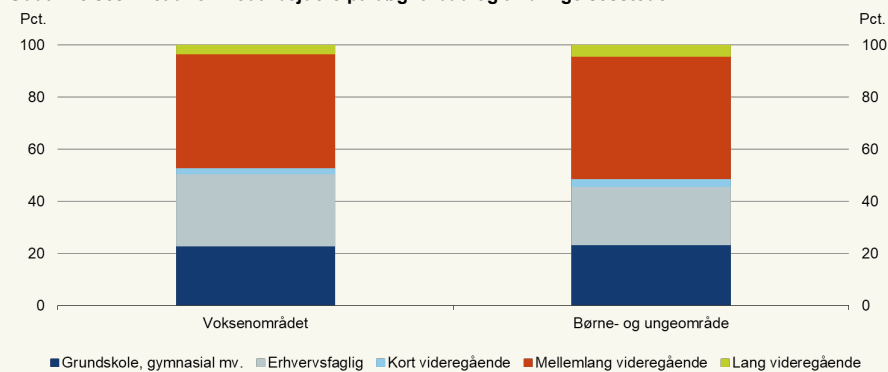
Uddannelsesniveau og -område er i analysen grupperet efter Danmarks Statistiks klassifikation af uddannelser efter hhv. hovedområde og fagområde. Uddannelsesområdet *pædagogisk arbejde med børn og unge* omfatter blandt andet pædagogiske grunduddannelser, skole- og fritidspædagogik, dagtilbudspædagogik og social- og specialpædagogik. I analysen benyttes Danmarks Statistiks terminologi, selvom kategorien *pædagogisk arbejde med børn og unge* ikke kun omfatter uddannelser, der er relevante på børne- og ungeområdet.

2.1 Medarbejdernes uddannelsesniveau

Grupperes medarbejdernes højeste fuldførte uddannelser efter uddannelsesniveau, fremgår det, at knap halvdelen af medarbejderne har en mellemlang videregående uddannelse. Det gælder både blandt medarbejdere på voksenområdet, hvor det er 44 pct. af medarbejderne, og på børne- og ungeområdet, hvor 47 pct. af medarbejderne har en mellemlang videregående uddannelse. Omkring 23 pct. af medarbejderne har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv. som højeste fuldførte uddannelse, mens 28 pct. af medarbejderne på voksenområdet og 22 pct. af medarbejderne på børne- og ungeområdet har en erhvervsfaglig uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Derudover har 2-3 pct. af medarbejdere en kort videregående uddannelse, mens 3-4 pct. har en lang videregående uddannelse, jf. figur 1.

Figur 1

Uddannelsesniveau for medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder

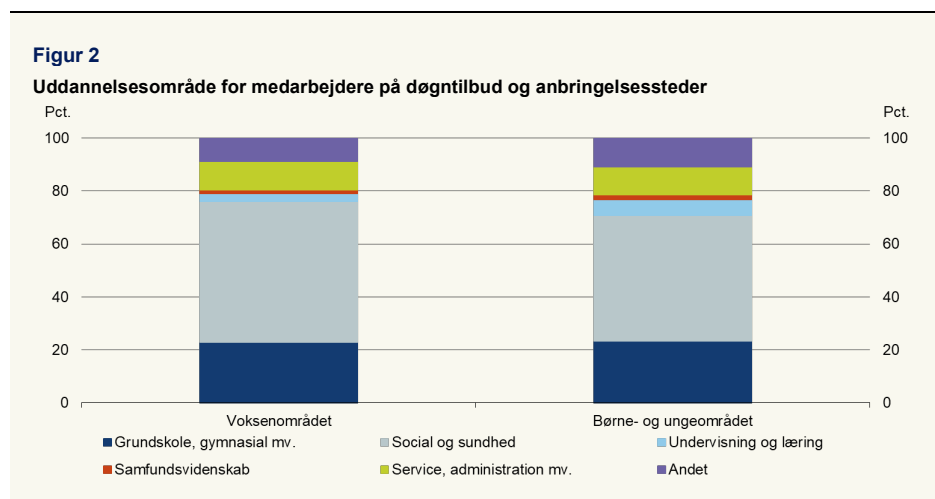


Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Kategorien "Grundskole, gymnasial mv." omfatter grundskole, gymnasiale uddannelse, adgangsgivende uddannelsesforløb samt uoplyst uddannelsesniveau. Det er 0,5 pct. af analysepopulationen, der har uoplyst uddannelsesniveau. "Lang videregående" omfatter lange videregående uddannelser samt ph.d. og forskeruddannelser. Mellemlang videregående omfatter mellemlange videregående uddannelse og bacheloruddannelser. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

2.2 Medarbejdernes uddannelsesområde

Inddeles medarbejdernes højeste fuldførte uddannelser efter fagområde, fremgår det, at omkring halvdelen af medarbejderne har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Blandt medarbejdere på voksenområdet gælder det 53 pct., mens det blandt medarbejdere på børne- og ungeområdet er 48 pct., jf. figur 2.



Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Kategorien "Grundskole, gymnasial mv." omfatter grundskole, gymnasiale uddannelser samt uoplyst uddannelsesområde. Det er 0,6 pct. af analysepopulationen, der har uoplyst uddannelsesområde. Kategorien samfundsvidenskab omfatter bl.a. psykologi, som i alt udgør 0,6 pct. på voksenområdet og 1,2 pct. på børne- og ungeområdet. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

På børne- og ungeområdet har 6 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for undervisning og læring, mens det på voksenområdet er 3 pct. Samtidig har 1-2 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for samfundsvidenskab, herunder psykologi, og ca. 11 pct. har uddannelser inden for service, administration mv. Derudover har omkring 10 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for andre områder, som bl.a. omfatter bygge- og anlæg, teknik, teknologi og industriel produktion m.fl., jf. figur 2. Grundskole og de fleste gymnasiale uddannelser mv. kan ikke kategoriseres efter fagområde og fremgår derfor som en kategori for sig.

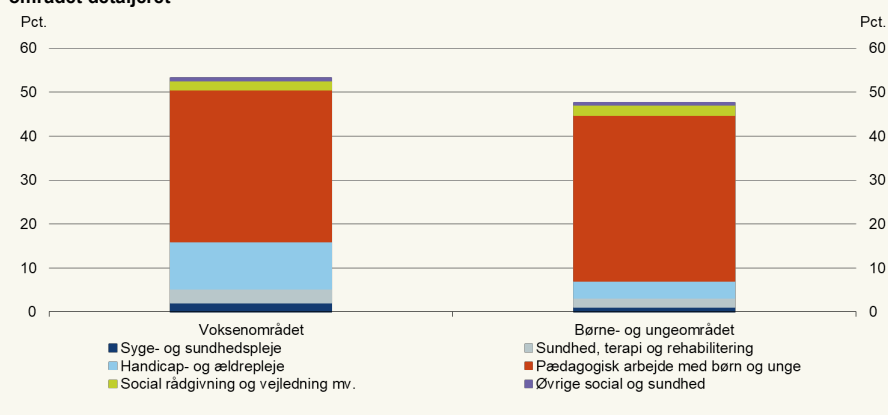
Som fremhævet ovenfor skal man ved tolkningen af resultaterne være opmærksom på, at analysen omfatter alle medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Nogle af medarbejderne med uddannelser inden for eksempelvis service, administration mv. arbejder formentlig i service- og administrationsfunktioner på tilbuddene, men det kan ikke afgøres på baggrund af analysen.

Udfoldes uddannelserne inden for social- og sundhedsområdet ses det, at medarbejderne især har uddannelser inden for pædagogisk arbejde med børn og unge. Uddannelser inden for pædagogisk arbejde med børn og unge omfatter bl.a. pædagogiske grunduddannelser,

social- og specialpædagogik samt skole- og fritidspædagogik. På voksenområdet har 35 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens ca. 10 pct. af medarbejderne har en uddannelse inden for handicap- og ældrepleje, som bl.a. omfatter social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. På børne- og ungeområdet har 38 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens 4 pct. har en uddannelse inden for handicap- og ældrepleje, jf. figur 3.

Figur 3

Uddannelsesområdet for medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder, social- og sundhedsområdet detaljeret



Anm.: Højeste fuldførte uddannelse inden for social- og sundhedsområdet blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 2. Andelen er beregnet på baggrund af den samlede gruppe af medarbejdere, hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 pct. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Figuren viser også, at blandt medarbejdere på voksenområdet har 2 pct. en uddannelse inden for syge- og sundhedspleje, mens 3 pct. har en uddannelse inden for sundhed, terapi og rehabilitering, herunder ergo- og fysioterapi. Blandt medarbejdere på børne- og ungeområdet er det hhv. 1 og 2 pct. Både på voksenområdet og børne- og ungeområdet har 2 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for social rådgivning og vejledning mv., mens under 1 pct. af medarbejderne har uddannelser inden for øvrige områder under social og sundhedsområdet, jf. figur 3 ovenfor.

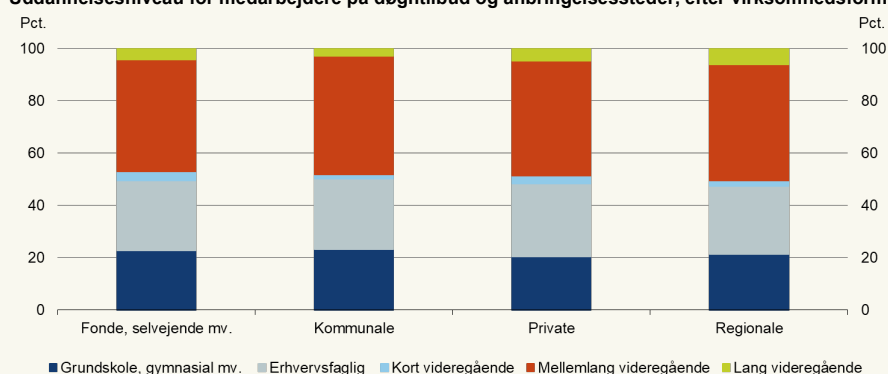
3. Medarbejdernes uddannelse efter virksomhedsform

På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet er tilbuddene enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i hhv. de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I denne analyse bruges begrebet private om de kommercielle private tilbud, mens de ikke-kommercielle private tilbud benævnes fonde, selvejende mv.

Analysen viser, at der er meget få forskelle i det overordnede uddannelsesniveau mellem virksomhedsformerne. For alle fire virksomhedsformer gælder det, at omkring 45 pct. af medarbejderne har en mellemlang videregående uddannelse. Blandt tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., har 43 pct. af medarbejderne således en mellemlang videregående uddannelse, mens det gælder 44 pct. af medarbejderne på private tilbud, og 45 pct. af medarbejderne på kommunale og regionale tilbud, jf. figur 4.

Figur 4

Uddannelsesniveau for medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder, efter virksomhedsform



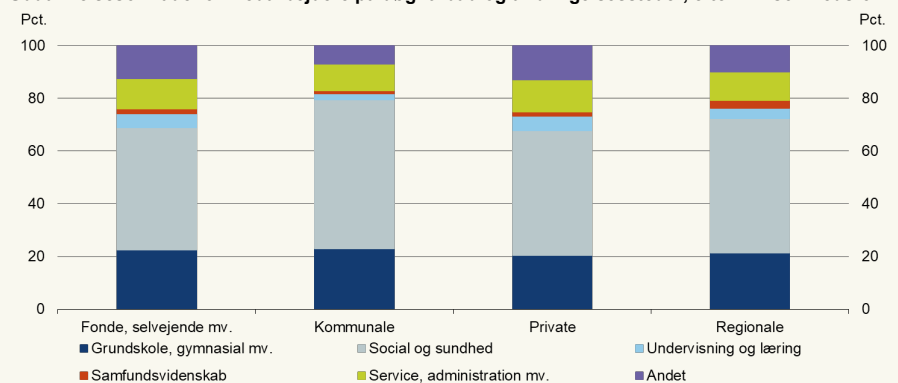
Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Virksomhedsform er baseret på oplysninger fra CVR. Er samme person ansat på flere tilbud med forskellige virksomhedsformer, vil personen indgå i opgørelsen for hver af de forskellige virksomhedsformer og indgår dermed flere gange. Uddannelsesniveau er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1 og afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Blandt medarbejdere på de kommunale tilbud og på tilbud, der er ejet af fonde eller er selvejende mv., har ca. 23 pct. af medarbejderne grundskole eller gymnasiale uddannelse mv. som højest fuldførte uddannelse. På de regionale tilbud er det 21 pct. af medarbejderne, mens det er 20 pct. på de private tilbud, jf. figur 4 ovenfor.

Ser man på uddannelsesområder er der nogle forskelle mellem virksomhedsformerne, som dog ikke er meget markante. En større del af medarbejderne på de kommunale tilbud har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, mens færre har en uddannelse inden for undervisning og læring, sammenlignet med medarbejdere på tilbud med øvrige virksomhedsformer. Mens 56 pct. af medarbejderne på kommunale tilbud har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, gælder det 51 pct. af medarbejderne på regionale tilbud, og 46-47 pct. af medarbejderne på tilbud, der er ejet af hhv. fonde, selvejende mv. eller er private, jf. figur 5 nedenfor.

Figur 5

Uddannelsesområde for medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder, efter virksomhedsform



Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Virksomhedsform er baseret på oplysninger fra CVR. Er samme person ansat på flere tilbud med forskellige virksomhedsformer, vil personen indgå i opgørelsen for hver af de forskellige virksomhedsformer og indgår dermed flere gange. Uddannelsesområde er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2 og afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

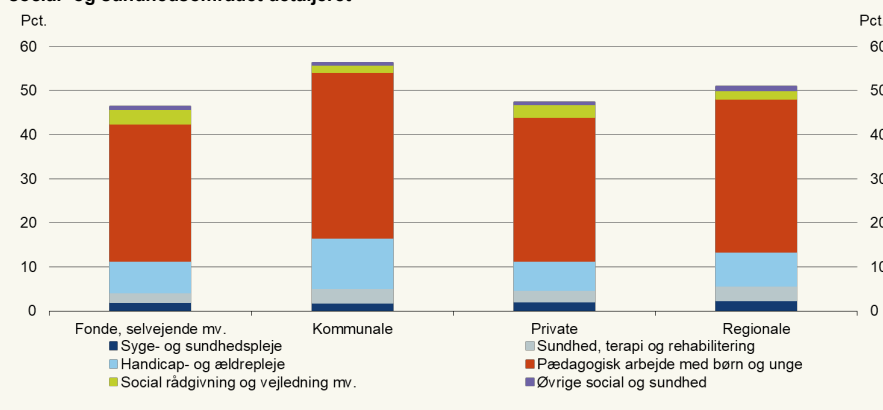
Omkring 7 pct. af medarbejderne på kommunale tilbud har en uddannelse i kategorien "Andet", mens det er 13 pct. af medarbejderne på tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv. eller er private, og 10 pct. for de regionale tilbud, jf. figur 5 ovenfor.

Ved tolkning af resultaterne skal man være opmærksom på, at analysen omfatter en række forskellige tilbudstyper på både børne- og ungeområdet samt voksenområdet, eksempelvis botilbud efter serviceloven, herberger og forsorgshjem, socialpædagogiske opholdssteder til børn og unge, døgninstitutioner mv. Der er store variationer i virksomhedsformen for enkelte tilbudstyper. Grundet diskretionshensyn, har det i analysen ikke været muligt at opdele på både tilbudstype og virksomhedsform samtidigt.

Når uddannelserne inden for social- og sundhedsområdet udfoldes, ses det, at i størrelsesordenen en tredjedel af medarbejderne har en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge. Blandt medarbejdere på tilbud, der er ejet af fonde, er selvejende mv., er det 31 pct. af medarbejderne, der har en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens det er 33 pct. af medarbejderne på private tilbud, 35 pct. af medarbejderne på regionale tilbud, og 38 pct. af medarbejderne på kommunale tilbud. For alle fire virksomhedsformer har ca. 2 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for syge- og sundhedspleje. Samtidig har 2-3 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for social rådgivning og vejledning, jf. figur 6.

Figur 6

Uddannelsesområde for medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder, efter virksomhedsform, social- og sundhedsområdet detaljeret



Anm.: Højeste fuldførte uddannelse inden for social- og sundhedsområdet blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Virksomhedsform er baseret på oplysninger fra CVR. Er samme person ansat på flere tilbud med forskellige virksomhedsformer, vil personen indgå i opgørelsen for hver af de forskellige virksomhedsformer og indgår dermed flere gange. Uddannelsesområde er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 2. Andelen er beregnet på baggrund af den samlede gruppe af medarbejdere, hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 pct. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

4. Medarbejdernes uddannelse efter tilbudstype

I dette afsnit præsenteres fordelingen af medarbejdernes uddannelsesniveau og -område efter tilbudstyper. En medarbejder kan være ansat på flere tilbud med forskellige tilbudstyper, og samtidig kan ét tilbud være godkendt som mere end én tilbudstype. Hvis samme person er ansat på flere tilbud, vil medarbejderen indgå i opgørelserne for hver af de forskellige tilbudstyper, som tilbuddene er godkendt som. Tilsvarende hvis et tilbud er godkendt som flere tilbudstyper, vil tilbuddets medarbejdere indgå i opgørelserne for hver af de forskellige tilbudstyper. Når tilbud omtales som fx "botilbud til længerevarende ophold" er det et udtryk for, at tilbuddet er godkendt som tilbudstypen længerevarende botilbud, § 108. Tilbuddet kan dog godt samtidigt være godkendt som andre tilbudstyper, fx midlertidigt botilbud, § 107.

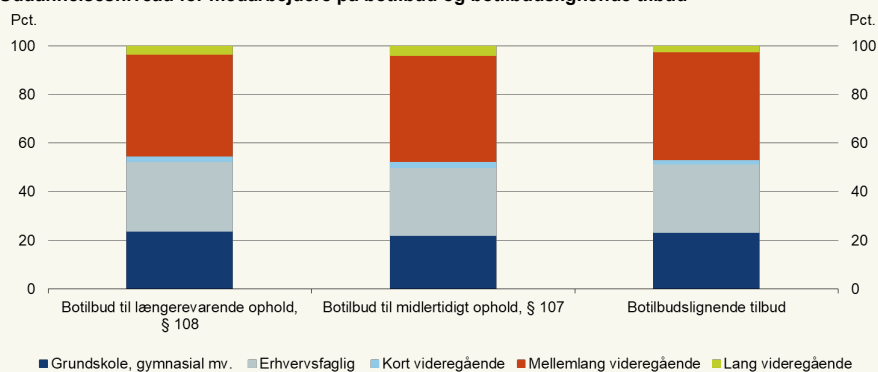
4.1 Botilbud og botilbudslignende tilbud

Medarbejdernes uddannelsesniveau er forholdsvis ens på hhv. botilbud til længerevarende ophold, botilbud til midlertidigt ophold og botilbudslignende tilbud. Mens 42 pct. af medarbejderne på botilbud til længerevarende ophold har en mellemlang videregående uddannelse, gælder det 44 pct. af medarbejderne på hhv. botilbud til midlertidigt ophold og botilbudslignende tilbud. Omkring 2 pct. af medarbejderne har en kort videregående uddannelse, 2-4

pct. har en lang videregående uddannelse, omkring 28 pct. har en erhvervsfaglig uddannelse, mens 22-24 pct. af medarbejderne har grundskole, gymnasiale uddannelse mv. som højeste fuldførte uddannelse, jf. figur 7.

Figur 7

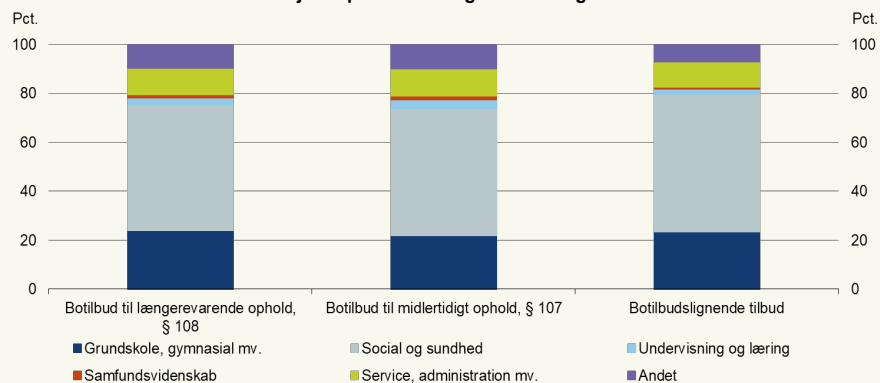
Uddannelsesniveau for medarbejdere på botilbud og botilbudslignende tilbud



Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som botilbud, §§107 og 108, eller botilbudslignede tilbud ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1 og afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Mere end halvdelen af medarbejderne på botilbud og botilbudslignende tilbud har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Blandt medarbejdere på botilbud til længerevarende og midlertidigt ophold gælder det 52 pct., mens det på botilbudslignede tilbud er 56 pct. af medarbejderne, der har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Mellem 2 og 4 pct. af medarbejderne har uddannelser inden for undervisning og læring, 1-2 pct. har uddannelser inden for samfundsvidenskab, mens 10-11 pct. har uddannelser inden for service, administration mv., og 7-10 pct. har uddannelser inden for øvrige områder, jf. figur 8.

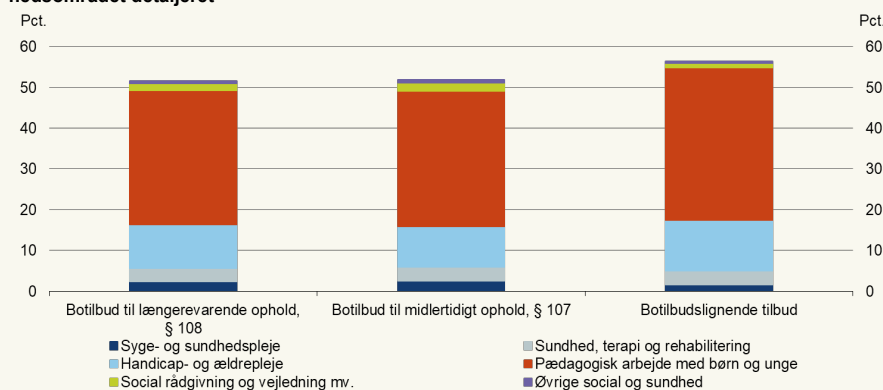
Figur 8**Uddannelsesområde for medarbejdere på botilbud og botilbudslignende tilbud**

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som botilbud, §§ 107 og 108, eller botilbudslignende tilbud ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2 og afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Ser man detaljeret på medarbejderne med en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, har 38 pct. af medarbejderne på botilbudslignende tilbud en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens 12 pct. har en uddannelse inden for handicap- og ældrepleje. Blandt medarbejdere på botilbud til længerevarende og midlertidige ophold har 33 pct. en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, mens ca. 10 pct. har en uddannelse inden for handicap- og ældrepleje. Omkring 2 pct. af medarbejderne på botilbud og botilbudslignende tilbud har en uddannelse inden for syge- og sundhedspleje, og ca. 3 pct. har en uddannelse inden for sundhed, terapi og rehabilitering, jf. figur 9.

Figur 9

Uddannelsesområde for medarbejdere på botilbud og botilbudslignende tilbud, social- og sundhedsområdet detaljeret



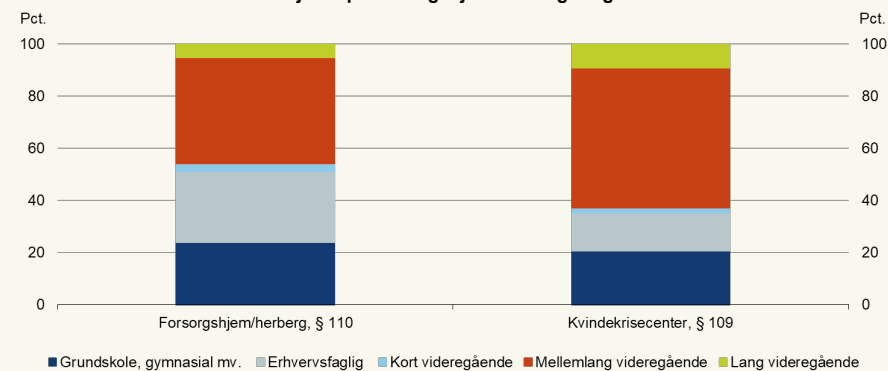
Anm.: Højeste fuldførte uddannelse inden for social- og sundhedsområdet blandt medarbejdere på tilbud godkendt som botilbud, §§ 107 og 108, eller botilbudslignende tilbud ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 2. Andelene er beregnet på baggrund af den samlede gruppe af medarbejdere, hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 pct. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

4.2 Kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger

Blandt medarbejdere på forsorgshjem og herberger har ca. 40 pct. af medarbejderne en mellemlang videregående uddannelse. 27 pct. af medarbejderne har en erhvervsfaglig uddannelse, ca. 24 pct. har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv. som højeste fuldførte uddannelse, mens 3 og 5 pct. har hhv. en kort og lang videregående uddannelse.

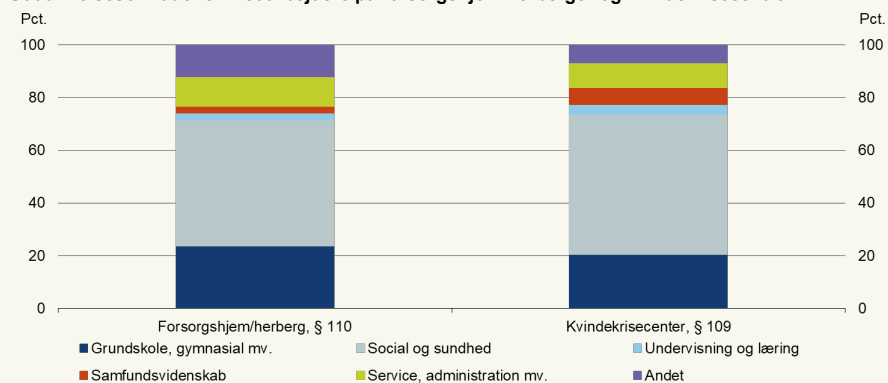
På kvindekrisecentrene har mere end halvdelen af medarbejderne en mellemlang videregående uddannelse. 54 pct. af medarbejderne har en mellemlang videregående uddannelse, mens ca. 20 pct. har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv. som højeste fuldførte uddannelser, 15 pct. har en erhvervsfaglig uddannelse, 2 pct. har en kort videregående uddannelse og 9 pct. har en lang videregående uddannelse, jf. figur 10.

Figur 10**Uddannelsesniveau for medarbejdere på forsorgshjem/herberger og kvindekrisecentre**

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som forsorgshjem/herberger, § 110, og kvindekrisecentre, § 109 ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Social- og sundhedsområdet er også det mest udbredte uddannelsesområde blandt medarbejdere på forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre. På forsorgshjem og herberger har 48 pct. af medarbejderne en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, mens det gælder 53 pct. blandt medarbejdere på kvindekrisecentre. På kvindekrisecentre har 6 pct. af medarbejderne en samfundsvidenskabelig uddannelse, herunder uddannelser inden for psykologi. For medarbejdere på forsorgshjem og herberger er det 2 pct. Derudover har 12 pct. af medarbejderne på forsorgshjem og herberger en uddannelse i gruppen andet, som blandt andet omfatter uddannelser inden for bygge- og anlæg samt teknik, teknologi og industriel produktion. Blandt medarbejdere på kvindekrisecentre er det ca. 7 pct., jf. figur 11.

Figur 11**Uddannelsesområde for medarbejdere på forsorgshjem/herberger og kvindekrisecentre**

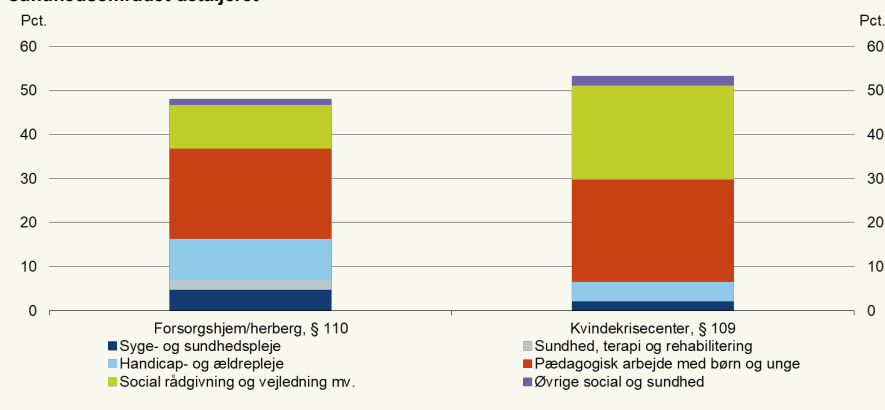
Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som forsorgshjem/herberg, § 110, og kvindekrisecenter, § 109 ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Deler man social- og sundhedsområdet yderligere op, ser man, at omkring hver femte medarbejder på kvindekrisecentre har en uddannelse inden for social rådgivning og vejledning mv., som bl.a. omfatter professionsbachelor som socialrådgiver. Det gælder hver tiende medarbejder på forsorgshjem og herberger. Derudover har 21-23 pct. af medarbejderne på forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre en uddannelse inden for pædagogisk arbejde med børn og unge, 5 pct. af medarbejdere på forsorgshjem og herberger en uddannelse inden for syge- og sundhedspleje, mens det gælder 2 pct. af medarbejderne på kvindekrisecentre, jf. figur 12.

Figur 12

Uddannelsesområde for medarbejdere på forsorgshjem/herberger og kvindekrisecentre, social- og sundhedsområdet detaljeret



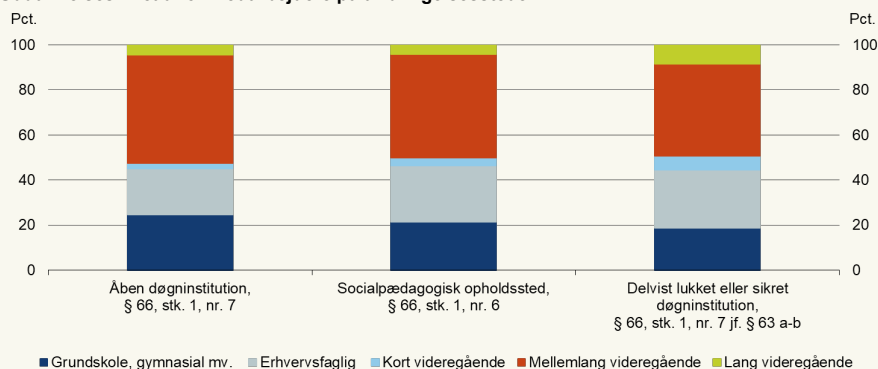
Anm.: Højeste fuldførte uddannelse inden for social- og sundhedsområdet blandt medarbejdere på tilbud godkendt som forsorgshjem/herberg, § 110, og kvindekrisecenter, § 109 ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 2. Grundet diskretionshensyn indgår kategorien sundhed, terapi og rehabilitering for medarbejdere på kvindekrisecentre i kategorien øvrige social og sundhed. Andelen er beregnet på baggrund af den samlede gruppe af medarbejdere, hvorfor søjlerne ikke summerer til 100 pct. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

4.3 Anbringelsessteder

I dette afsnit er medarbejdere på anbringelsessteder inddelt efter medarbejdere på hhv. åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder samt delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner.

Blandt medarbejderne på åbne døgninstitutioner har 25 pct. grundskole eller gymnasiale uddannelser mv. som højeste fuldførte uddannelse, mens det gælder 22 pct. af medarbejderne på socialpædagogiske opholdssteder og 19 pct. af medarbejderne på delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner. Samtidig har hhv. 48 og 46 pct. af medarbejderne på åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder en mellemlang videregående uddannelse, hvor det gælder 41 pct. blandt medarbejderne på delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner, jf. figur 13.

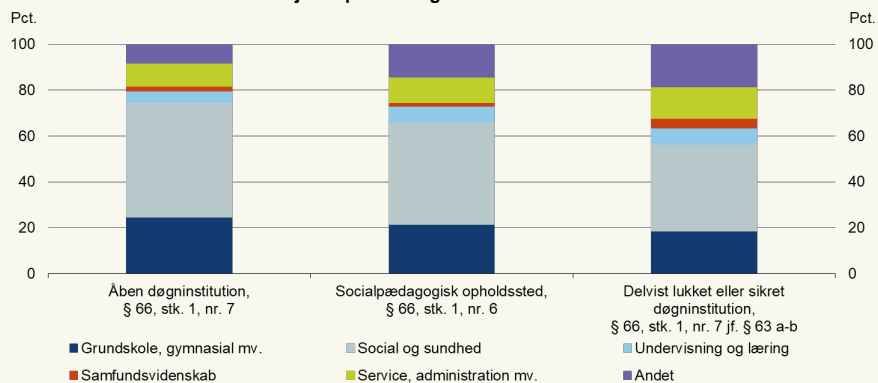
Figur 13**Uddannelsesniveaue for medarbejdere på anbringelsessteder**

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6 og delvist lukket eller sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 a-b ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

På delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner har medarbejderne i højere grad en lang videregående uddannelse sammenlignet med medarbejdere på åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder. Der er således 9 pct. af medarbejderne på delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner, der har en lang videregående uddannelse, mens det gælder 4 pct. blandt medarbejdere på åbne døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, jf. figur 13 ovenfor.

Halvdelen af medarbejderne på åbne døgninstitutioner har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, mens det gælder 45 pct. af medarbejderne på socialpædagogiske opholdssteder og 38 pct. af medarbejderne på delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner. På delvist lukkede eller sikrede døgninstitutioner har 18 pct. en uddannelse i kategorien andet. Blandt medarbejdere på socialpædagogiske opholdssteder har 14 pct. en uddannelse i kategorien andet og på åbne døgninstitutioner er det 8 pct., jf. figur 14. Grundet diskretionshensyn opgøres uddannelser inden for social- og sundhedsområdet ikke detaljeret for anbringelsesstederne.

Figur 14**Uddannelsesområde for medarbejdere på anbringelsessteder**

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på tilbud godkendt som åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr.7, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6 og delvist lukket eller sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7, jf. § 63 a-b ultimo 2019. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

5. Databehandling og opmærksomhedspunkter

Der er med analysen for første gang foretaget en kobling af data om sociale tilbud fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks registerdata om beskæftigelse for lønmodtagere og uddannelsesniveau. Af en række forskellige årsager er denne kobling kompleks. Dette afsnit indeholder en detaljeret gennemgang af de afgrænsninger og valg, der er truffet i forbindelse med analysen. Afsnittet er henvendt til den datainteresserede læser, der vil forstå hvert skridt i bearbejdningen af data, og analysen ovenfor kan forstås uden dette afsnit. Boks 2 opsummerer de væsentligste opmærksomhedspunkter og forbehold.

Boks 2**Opsummering af væsentligste opmærksomhedspunkter og forbehold**

- Analysen er baseret på lønmodtagere og omfatter ikke selvstændige og frivillige.
- Der er ikke taget højde for lønmodtagernes arbejdsfunktion. Lønmodtagernes uddannelsesniveau og område kan derfor afspejle, at de arbejder i service- og administrationsfunktioner.
- Der er i ikke taget højde for lønmodtagernes arbejdstid. Fuldtids- og deltidsansatte vægter således lige meget i opgørelserne.
- Vikarer, service- og administrationspersonale ansat i vikarbureauer eller andre eksterne virksomheder indgår ikke i analysen.
- Kun lønmodtagere i brancher i kategorien institutionsophold (DB07=87) indgår i analysen.
- Analysen tager udgangspunkt i lønmodtageres højeste fuldførte uddannelse. Lønmodtagerne kan have uddannelser på et lavere niveau, der er inden for et andet fagområde, som ikke fremgår af analysen.
- Enhederne i analysen kan være godkendt som flere forskellige tilbudstyper. Det er ikke muligt at koble lønmodtagere til den enkelte tilbudstype. Lønmodtagere vil indgå i opgørelser for alle tilbudstyper, som enheden er godkendt som, selvom lønmodtagerens primære arbejdsopgave ikke vedrører alle tilbudstyperne.
- Alle lønmodtagere vægter ens i opgørelserne og enheder med mange lønmodtagere vægter derfor mere i fordelingen af lønmodtageres uddannelse, sammenlignet med enheder med få lønmodtagere.

I analysen er medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder identificeret ved at koble data fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Analysen er således baseret på lønmodtagere og omfatter ikke selvstændige og frivillige.

Der er taget udgangspunkt i godkendte tilbud pr. 31. december 2019 og lønmodtagere, der er registreret i BFL i januar 2020. Lønmodtagere indgår i analysen, hvis de fremgår af befolkningsregisteret pr. 31. december 2019, og deres højeste fuldførte uddannelse er med udgangspunkt i oplysninger gældende pr. 1. oktober 2019. Følgende afsnit indeholder en detaljeret beskrivelse af dataafgrænsningen og opmærksomhedspunkter herved. De væsentligste opmærksomhedspunkter er opsummeret i boks 2 ovenfor.

5.1 Afgrænsning af tilbud i Tilbudsportalen

Konvertering af produktionsenhedsnummer til arbejdsstedsnummer

For at identificere medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder i BFL konverteres tilbuddenes produktionsenhedsnumre i Tilbudsportalen først til arbejdsstedsnumre via Danmarks Statistiks register E_PROARB (Nøgle mellem produktionsenheder og arbejdssteder fra ESR). Arbejdsstedsnumre er identifikationsnumre for et arbejdssted og er Danmarks Statistiks version af produktionsenhedsnumre. Ofte er der en direkte relation mellem produktionsenhedsnummer og arbejdsstedsnummer. Der kan dog også være både en-til-mange og mange-til-en relationer. Dvs. at ét produktionsenhedsnummer fra Tilbudsportalen kan dække over flere arbejdsstedsnumre, og flere forskellige produktionsenhedsnumre fra Tilbudsportalen kan være knyttet til det samme arbejdsstedsnummer.

Der kan for et tilbud med flere afdelinger på Tilbudsportalen være angivet samme produktionsenhedsnummer for alle tilbuddets afdelinger, og de forskellige afdelinger vil dermed også

have samme arbejdsstedsnummer. Det er i de tilfælde ikke muligt at knytte lønmodtagere til en enkelt afdeling, eftersom lønmodtagere identificeres i BFL via arbejdsstedsnummeret. Samtidig kan et tilbud med flere afdelinger have en række forskellige produktionsenhedsnumre og dermed forskellige arbejdsstedsnumre.

Der er eksempler på, at tilbud, der i Tilbudsportalen er organiseret som to selvstændige tilbud, har samme eller overlappende arbejdsstedsnumre. Når arbejdsstedsnummeret ikke er unikt for det enkelte tilbud, er det ikke muligt at knytte lønmodtagere til det enkelte tilbud. Derfor betragtes tilbud, der har mindst ét overlappende arbejdsstedsnummer, som en samlet enhed af tilbud, når lønmodtagere i analysen skal grupperes på baggrund af tilbuddenes karakteristika. Hvis eksempelvis et tilbud, der er godkendt som botilbud til længerevarende ophold, § 108, har samme arbejdsstedsnummer som et tilbud, der er godkendt som botilbud til midlertidigt ophold, § 107, vil lønmodtagere på det pågældende arbejdsstedsnummer indgå både i opgørelser for tilbud efter § 107 og § 108. Af formidlingsmæssige årsager omtales enhederne i analysen som tilbud, selvom nogle enheder dækker over to eller flere tilbud.

Frasortering på baggrund af tilbudstyper

I analysen indgår kun enheder, der på Tilbudsportalen er godkendt som en eller flere af følgende tilbudstyper:

- Midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107
- Rehabiliteringstilbud efter servicelovens § 107
- Længerevarende botilbud efter servicelovens § 108
- Sikret botilbud efter servicelovens § 108
- Botilbudslignende tilbud
- Kvindekrisecenter efter servicelovens § 109
- Forsorgshjem/herberg efter servicelovens § 110
- Åben døgninstitution efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7
- Socialpædagogisk opholdssted efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6
- Delvist lukket døgninstitution efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a
- Sikret døgninstitution efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b

Lønmodtagere, der er ansat på tilbud eller enheder af tilbud (jf. afsnit ovenfor), der er godkendt som andre tilbudstyper end ovenstående, indgår kun, hvis enheden samtidig er godkendt som en eller flere af ovenstående tilbudstype. I bilag 1 vises antallet af tilbud og enheder, der frasorteres hvert trin i databehandlingen. Af bilag 4 ses en oversigt over antallet af lønmodtagere på enheder, der er godkendt som de enkelte tilbudstyper.

Enheder indgår ikke i analysen, hvis de udelukkede er registreret som friplejebolig, Friplejeboligloven, beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103, aktivitets- og samværstilbud, § 104, særlige dagtilbud, § 32, særlige klubtilbud, § 36, skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6, socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8, socialpædagogisk kostskole, § 66, stk. 1 nr. 8, behandling af stofmisbrug, § 101, eller behandling af alkoholmisbrug, SUL § 141. Enheder, der udelukkede er godkendt som skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6, socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8 eller socialpædagogisk kostskole, § 66, stk. 1 nr. 8, er frasorteret, da det for disse typer af tilbud er sværere at afgrænse lønmodtagere på arbejdsstedet til personer, der

indgår i arbejdet med de anbragte børn og unge. Det vil eksempelvis være tilfældet, hvis der på en kostskole, der er godkendt som socialpædagogisk efterskoletilbud, også bor børn og unge, der ikke er anbragt.

5.2 Lønmodtagere identificeret i BFL

På baggrund af arbejdsstedsnummeret for enheder, der er godkendt som udvalgte tilbudstyper, identificeres lønmodtagere, der var registreret i BFL i januar 2020. Alle lønmodtagere registreret i løbet af januar tælles med, og der tages hverken højde for arbejdstid eller arbejdsfunktion.

I opgørelserne over lønmodtageres uddannelsesniveau vægter alle lønmodtagere lige meget, og der tages ikke højde for enhedernes størrelse. Dermed vil sammensætningen af lønmodtagere på enheder med mange lønmodtagere vægte tilsvarende mere end sammensætningen på enheder med få lønmodtagere. Af bilag 2 ses antallet af enheder i analysen, fordelt efter antallet af lønmodtagere.

Koblingen af lønmodtagere på baggrund af arbejdsstedsnumre betyder, at det kun er medarbejdere, der får udbetalt løn fra arbejdsstedet, der indgår i analysen. Det skyldes, at Danmarks Statistiks register BFL er baseret på indberetninger fra arbejdsgivere. Dvs. at det er det firma, som udbetaler lønnen, som laver indberetningerne på lønmodtagerne. Hvis et tilbud eksempelvis anvender vikarbureauer eller service- og administrationspersonale fra eksterne virksomheder, hvor lønnen udbetales til medarbejderne fra de eksterne virksomheder, vil dette personale ikke blive identificeret via tilbuddenes arbejdsstedsnumre og dermed ikke indgå i analysen. Hvis en medarbejder blot har fået formidlet jobbet via en ekstern virksomhed, mens tilbuddet udbetaler lønnen, vil medarbejderen indgå i analysen.

Afgrænsning ift. brancher

For at undgå, at der indgår lønmodtagere, der ikke arbejder på tilbud på det specialiserede socialområde, er der foretaget en frasortering af lønmodtagere, der ifølge BFL ikke er ansat i brancher i kategorien *institutionsoophold* (DB07=87). Frasorteringen er foretaget for den enkelte lønmodtager og ikke for hele enheden. Er der eksempelvis et socialpædagogisk opholdssted, der har en intern skole tilknyttet kan opholdsstedet og den interne skole have forskellige arbejdsstedsnumre. Har opholdsstedet en branche i kategorien *institutionsoophold* (DB07=87) og den interne skole en branche i kategorien *undervisning* (DB07=85), frasorteres kun lønmodtagere på den interne skole og ikke ansatte på opholdsstedet. Af bilag 3 fremgår tabeller, der viser brancheafgrænsningens betydning for analysepopulationen.

5.3 Uddannelsesgruppering

Analysen tager udgangspunkt i lønmodtageres højeste fuldførte uddannelse pr. 1. oktober 2019. Hvis lønmodtagerne har flere uddannelser, vil kun den højeste fuldførte uddannelse fremgå af analysen. Der kan være lønmodtagerne med uddannelser på et lavere niveau, der er inden for et andet fagområde og som ikke fremgår af analysen.

Uddannelserne er grupperet ift. niveau og område med udgangspunkt i Danmarks Statistiks DISCED-15 uddannelsesklassifikationer. Grupperingen af uddannelser ift. uddannelsesniveau følger Danmarks Statistiks DISCED-15, hovedområdeklassifikation, mens inddelingen

ift. uddannelsesområde er foretaget med udgangspunkt i Danmarks Statistiks DISCED-15, fagområdeklassifikation. Grupperingen fremgår af tabel 2 og 3.

Tabel 2

Gruppering af uddannelsesniveau ift. Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation

Uddannelsesniveau	DISCED-15 hovedområdeklassifikation (niveau 1)
Grundskole, gymnasial mv.	<ul style="list-style-type: none"> • Grundskole (10) • Gymnasiale uddannelse (20) • Adgangsgivende uddannelsesforløb (35) • Uoplyst
Erhvervsfaglig	<ul style="list-style-type: none"> • Erhvervsfaglige uddannelse (30)
Kort videregående	<ul style="list-style-type: none"> • Korte videregående uddannelser, KVU (40)
Mellemlang videregående	<ul style="list-style-type: none"> • Mellemlange videregående uddannelser, MVU (50) • Bacheloruddannelse, BACH (60)
Lang videregående	<ul style="list-style-type: none"> • Lange videregående uddannelse, LVU (70) • Ph.d. og forskeruddannelser (80)

Anm.: Analysens gruppering af uddannelsesområde følger DISCED-15, hovedområde, afsluttede uddannelse, v1:2020. Klassifikationens niveau 1 er angivet i parentes.

Kilde: Danmarks Statistiks uddannelsesklassifikation (DISCED-15), afsluttede uddannelse, v1:2020

Tabel 3

Gruppering af uddannelsesområde ift. Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation

Uddannelsesområde	DISCED-15 fagområdeklassifikation (niveau 1-3)
Grundskole, gymnasial mv.	<ul style="list-style-type: none"> • Grundskole (10) • Gymnasiale uddannelse (12) • Uoplyst
Social og sundhed	<ul style="list-style-type: none"> • Social og sundhed (65)
- Syge- og sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> • Syge- og sundhedspleje (6525)
- Sundhed, terapi og rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Sundhed, terapi og rehabilitering (6545), herunder ergo- og fysioterapi (654515)
- Handicap- og ældrepleje	<ul style="list-style-type: none"> • Handicap- og ældrepleje (6560), herunder social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent
- Pædagogisk arbejde med børn og unge	<ul style="list-style-type: none"> • Pædagogisk arbejde med børn og unge (6565), herunder social- og specialpædagogik og socialpædagoguddannelser
- Social rådgivning og vejledning mv.	<ul style="list-style-type: none"> • Social rådgivning og vejledning mv. (6570)
- Øvrige social og sundhed	<ul style="list-style-type: none"> • Social og sundhed, uden nærmere angivelse (6510) • Tandpleje og tandbehandling (6515) • Lægevidenskab (6520) • Sundhedsteknik- og hjælpemidler (6535) • Hospitalslaboratorieteknik (6540) • Farmakonom- og apoteksuddannelser (6550) • Sundhed, tværfaglige uddannelse (6555)
Undervisning og læring	<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning og læring (20)

Samfundsvidenskab	<ul style="list-style-type: none"> • Samfundsvidenskab (35), herunder psykologi (3530)
Service, administration mv.	<ul style="list-style-type: none"> • Erhvervsøkonomi, administration og jura (40) • Service (70)
Andet	<ul style="list-style-type: none"> • Humanistisk (25) • Audio-visuel teknik og medieproduktion (27) • Kunstnerisk (30) • Naturvidenskab (45) • Informations- og kommunikationsteknologi, IKT (50) • Teknik, teknologi og industriel produktion (55) • Mekanik, jern og metal (57) • Bygge- og anlægsteknik (58) • Jordbrug, skovbrug og fiskeri (60) • Forsvar, politi og sikkerhed (75) • Transport (80) • Stedefag uoplyst (98)

Anm.: Analysens gruppering af uddannelsesområde følger DISCED-15, fagområde, afsluttede uddannelse, v1:2020. Klassifikationens niveau 1, 2 eller 3 er angivet i parentes med hhv. 2, 4 eller 6 cifre.

Kilde: Danmarks Statistiks uddannelsesklassifikation (DISCED-15), afsluttede uddannelse, v1:2020.

5.4 Gruppering af lønmodtagere efter tilbudstype

Enhederne i analysen kan være godkendt som flere forskellige tilbudstyper. Det er ikke muligt at koble lønmodtagere til den enkelte tilbudstype. Når lønmodtagere i analysen grupperes på baggrund af tilbudstyper samt hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet, medtages alle lønmodtagere på enheden således i hver opgørelse. Det betyder, at en lønmodtager, der arbejder på en enhed, der er godkendt som både botilbud til midlertidigt ophold, § 107, og botilbud til længerevarende ophold, § 108, vil indgå både i opgørelserne over lønmodtagere på botilbud til midlertidigt ophold og på botilbud til længerevarende ophold. Alle lønmodtagere, der er ansat på enheder, der er godkendt som eksempelvis botilbud til midlertidigt ophold, § 107 og til aktivitets- og samværstilbud, § 104, vil indgå i opgørelser for botilbud til midlertidigt ophold, selvom lønmodtagerens primære arbejdsopgave vedrører aktivitets- og samværstilbuddet. Det skyldes bl.a. at de to tilbudstyper kan være registreret med det samme produktionsenhedsnummer og/eller det samme arbejdsstedsnummer, jf. afsnittet om konvertering af produktionsenhedsnummer til arbejdsstedsnummer ovenfor. Af bilag 4 fremgår en oversigt over antallet af lønmodtagere på enheder, der er godkendt som de enkelte tilbudstyper.

I analysen er grupperingen af lønmodtagere på hhv. voksenområdet samt børne- og ungeområdet baseret på de tilbudstyper, som indgår i analysen. Dvs. at lønmodtagere på enheder, der eksempelvis er godkendt som botilbud til midlertidigt ophold, § 107, og ambulante stofmisbrugsbehandling – børn og unge, § 101, kun indgår i opgørelserne på voksenområdet, mens medarbejdere, på et tilbud, der er godkendt som botilbud til midlertidigt ophold, § 107, samt socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1 nr. 6, indgår i opgørelserne for både voksenområdet samt børne- og ungeområdet.

Lønmodtagere kan være ansat på mere end en enhed i løbet af januar 2020. Lønmodtagere vil i de tilfælde, hvor enhederne tilhører forskellige brancher, har forskellige virksomhedsformer eller er godkendt som forskellige tilbudstyper, indgå en gang pr. unik kombination af lønmodtager og hhv. branche, virksomhedsform og tilbudstype. Er en lønmodtager eksempelvis

ansat på to enheder, der begge er godkendt som midlertidig botilbud, § 107, indgår lønmodtageren kun én gang i fordelingen af uddannelsesniveau og -område for lønmodtagere på botilbud til midlertidigt ophold. Er de to enheder hhv. et privat og kommunalt tilbud, vil lønmodtageren indgå både i opgørelser over fordelingen af lønmodtageres uddannelsesniveau og -område for private såvel som kommunale enheder.

Bilag 1 – Frasortering af tilbud som følge af databehandling

Af tabel 4 fremgår det, hvor mange tilbud eller enheder, der frasorteres, som følge af de enkelte databehandlingsstrin beskrevet i afsnit 5.

Pr. 31. december 2019 var der i alt 2.453 tilbud registreret på Tilbudsportalen (ekskl. friplejeboliger), heraf havde 2.437 angivet mindst ét produktionsenhedsnummer. 145 tilbud havde et produktionsenhedsnummer, der ikke kan konverteres til et arbejdsstedsnummer. Det resulterer i 2.292 tilbud, som sammenlægges til i alt 2.183 enheder. Sammenlægningen til enheder skal ses på baggrund af, at der er eksempler på, at tilbud, der i Tilbudsportalen er organiseret som to selvstændige tilbud, har samme eller overlappende arbejdsstedsnumre. Derfor betragtes tilbud, der har mindst ét overlappende arbejdsstedsnummer, som en samlet enhed af tilbud, jf. ovenfor.

Afgrænsningen til enheder, der er godkendt som de udvalgte tilbudstyper, der indgår i analysen, resulterer i 1.681 enheder, hvoraf 1.566 enheder har mindst ét arbejdsstedsnummer, der findes i BFL og i alt 1.369 enheder indgår i analyse, idet de har lønmodtagere, der ansat i brancher i kategorien *institutionsophold*, jf. tabel 4.

Tabel 4

Antal tilbud og enheder, der frasorteres som følge af databehandling

Databehandlingsstrin	Frasorteres	Tilbageværende
	----- Antal -----	
Tilbud i alt, ekskl. friplejeboliger	-	2.453
Tilbud, der ikke har angivet produktionsenhedsnummer	16	2.437
Tilbud, der har et p-nummer, der ikke kan konverteres til arbejdsstedsnummer	145	2.292
Antal enheder efter sammenlægning af tilbud med sammenfaldende arbejdsstedsnumre	-	2.183
Enheder, der ikke er godkendt som tilbudstyper, der indgår i analysen	502	1.681
Enheder, der ikke har arbejdsstedsnummer, der findes i BFL	115	1.566
Enheder, der ikke har medarbejdere i udvalgte brancher	197	1.369

Anm.: Oversigt over antallet af tilbud og enheder, der frasorteres i de enkelte dele af databehandlingen. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Bilag 2 – Antal lønmodtagere på enhederne

I analysen indgår i alt 1.368 enheder. Størstedelen (ca. 80 pct.) af enhederne har 50 eller færre lønmodtagere, mens 6 pct. har over 100 lønmodtagere, jf. tabel 5.

Tabel 5

Antal enheder, fordelt efter antal lønmodtagere

Antal lønmodtagere	Antal enheder	Pct.	Kumuleret frekvens
1-5	115	8,4	8,4
6-10	203	14,8	23,2
11-15	185	13,5	36,7
16-20	158	11,5	48,3
21-25	107	7,8	56,1
26-40	221	16,1	72,2
41-45	50	3,7	75,9
46-50	45	3,3	79,2
51-60	61	4,5	83,6
61-70	46	3,4	87,0
71-80	40	2,9	89,9
81-90	23	1,7	91,6
91-100	35	2,6	94,2
101-200	68	5,0	99,1
201-800	12	0,9	100,0
I alt	1.369	100,0	100,0

Anm.: Antal enheder, der indgår i analysen, fordelt efter antallet af lønmodtagere på enheden. Lønmodtagere kan være ansat på mere end én enhed og vil indgå i opgørelsen over antallet af lønmodtagere for alle enheder, hvor de er ansat. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Bilag 3 – Brancheafgrænsningen

Som beskrevet i afsnit 5.2 er analysepopulationen afgrænset til lønmodtagere, der er ansat i brancher i kategorien *institutionsophold* (DB07=87). Det resulterer i en population på omkring 47.000 lønmodtagere, fordelt på 1.369 enheder.

I BFL var der i alt 153.800 lønmodtagere i brancher i kategorien *institutionsophold* i januar 2020. Dermed indgår ca. 30 pct. af lønmodtagerne i disse brancher i analysen.

Blandt lønmodtagere i branchen plejehjem er det blot 2 pct. af lønmodtagerne, der er koblet med data fra Tilbudsportalen. Det er forventeligt, eftersom plejehjem ikke fremgår af Tilbudsportalen. I brancherne døgninstitutioner for personer med psykiske og fysiske handicap samt døgninstitutioner for børn og unge og andre former for institutionsophold kan 65-77 pct. af lønmodtagerne kobles med data fra Tilbudsportalen, jf. tabel 6. Når det ikke alle lønmodtagere i disse brancher, der kobles til tilbud i Tilbudsportalen, kan det skyldes mangelfulde oplysninger i Tilbudsportalen, i BFL eller at der indgår typer af døgninstitutioner i disse brancher, som ikke er omfattet af § 3 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen.

Tabel 6

Antal lønmodtagere i brancher i kategorien institutionsophold og heraf lønmodtagere, der kan kobles med døgntilbud og anbringelsessteder i Tilbudsportalen

Branche (DB07-kode)	Lønmodtagere i alt	Lønmodtagere i branchen, der kan kobles til data i Tilbudsportalen	
	----- Antal -----		Pct.
Plejhjem (87.10.10)	75.200	1.200	1,6
Institutionsophold med sygepleje i.a.n. (87.10.20)	4.800	300	5,9
Døgninstitutioner for personer med psykiske handicap (87.20.10)	33.000	21.600	65,4
Behandlingshjem for stofmisbrugere og alko- holskadede (87.20.20)	2.200	700	33,5
Døgninstitutioner for personer med fysisk handicap (87.30.10)	15.600	12.100	77,4
Beskyttede boliger o.l. (87.30.20)	600	100	18,0
Døgninstitutioner for børn og unge (87.90.10)	10.400	7.200	69,3
Familiepleje (87.90.20)	9.400	400	4,7
Andre former for institutionsophold (87.90.90)	5.800	4.200	72,3
I alt	153.800	47.000	30,6

Anm.: Antal lønmodtagere i alt angiver antallet af lønmodtagere i BFL med ansættelse i branchen januar 2020, som har oplyst arbejdsstedsnummer og indgår i befolkningsregisteret pr. 31. december 2019. Lønmodtagere i branchen, der kan kobles til data i Tilbudsportalen, angiver antallet af lønmodtagere i branchen, der har et arbejdsstedsnummer, der kan knyttes til en af de 1.369 enheder der indgår i analysen. Samme person kan være ansat i forskellige brancher i løbet af januar, og summen på tværs af brancher svarer derfor ikke til i alt. Antal er afrundet til nærmeste 100. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Hvis der ikke var foretaget en frasortering af lønmodtagere, der er ansat i brancher uden for kategorien *institutionsophold*, ville analysepopulationen bestå af ca. 53.400 lønmodtagere. Størstedelen af de lønmodtagere, der frasorteres, er ansat i brancher i kategorierne undervisning (DB07=85) og sociale foranstaltninger uden institutionsophold (DB07=88), jf. tabel 7. Det kan skyldes fejlregistreringer i BLF eller på Tilbudsportalen, eller at døgntilbuddet eller anbringelsesstedet ikke er den primære aktivitet på arbejdsstedet.

Tabel 7**Antal lønmodtagere koblet med Tilbudsportalsdata, fordelt på branche og dataafgrænsning**

Branche (DB07-kode)	Analysepopulation	Population uden afgrænsning ift. branche
	----- Antal -----	-----
Plejehjem (87.10.10)	1.200	1.200
Institutionsophold med sygepleje i.a.n. (87.10.20)	300	300
Døgninstitutioner for personer med psykiske handicap (87.20.10)	21.600	21.600
Behandlingshjem for stofmisbrugere og alkoholskadede (87.20.20)	700	700
Døgninstitutioner for personer med fysisk handicap (87.30.10)	12.100	12.100
Beskyttede boliger o.l. (87.30.20)	100	100
Døgninstitutioner for børn og unge (87.90.10)	7.200	7.200
Familiepleje (87.90.20)	400	400
Andre former for institutionsophold (87.90.90)	4.200	4.200
Plante- og husdyravl, jagt og serviceydelse i forbindelse hermed (01)		100
Overnatningsfaciliteter (55)		100
Fast ejendom (68)		100
Hovedsæders virksomhed; virksomhedsrådgivning (70)		200
Arbejdsformidlingskontorer (78)		<50
Serviceydelser i forbindelse med ejendomme samt landskabspleje (81)		<50
Administrationservice, kontorservice og anden forretningsservice (82)		<50
Offentlig forvaltning, forsvar og socialsikring (84)		500
Undervisning (85)		1.700
Sundhedsvæsen (86)		300
Sociale foranstaltninger uden institutionsophold (88)		3.700
Organisationer og foreninger (94)		100
I alt	47.000	53.400

Anm.: Antal lønmodtagere i branche registreret i BFL i januar 2020, som kan kobles med udvalgte enheder i Tilbudsportalen. Afrundet til nærmeste 100. Samme person kan være ansat i forskellige brancher i løbet af januar og summen på tværs af brancher svarer derfor ikke til i alt. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Bilag 4 – Lønmodtagere fordelt efter tilbudstype

I analysen indgår enheder, der er godkendt som udvalgte tilbudstyper som beskrevet i afsnit 5.1. Enheder, der er godkendt som øvrige tilbudstyper indgår dermed kun, hvis enheden samtidig er godkendt som de udvalgte tilbudstyper. Det samme gælder for lønmodtagere. Det betyder, at alle lønmodtagere på enheder, der eksempelvis er godkendt som botilbud til midlertidigt ophold, § 107, og aktivitets- og samværstilbud, § 104, indgår i analysen, også selvom lønmodtagerens primære arbejdsopgave vedrører aktivitets- og samværstilbuddet.

Af tabel 8 fremgår det, hvor mange lønmodtagere, der er på enheder, der er godkendt som de forskellige tilbudstyper, hvor der her indgår alle de tilbudstyper, som tilbuddene omfatter. Eksempelvis er der ca. 14.100 af lønmodtagerne i analysen, der er ansat på døgntilbud og anbringelsessteder, der også er godkendt til aktivitets- og samværstilbud.

Tabel 8**Antal enheder og ansatte i analysepopulationen, efter tilbudstype**

Tilbudstype	Antal enheder	Andel enheder	Antal lønmodtagere	Andel lønmodtagere
Botilbud til længerevarende ophold, § 108 (inkl. sikret botilbud)	314	22,9	16.500	35,1
Botilbud til midlertidigt ophold, § 107 (inkl. rehabiliteringstilbud)	646	47,2	24.200	51,5
Botilbudslignende tilbud	532	38,9	23.000	48,8
Forsorgshjem/herberg, § 110	68	5,0	2.800	5,9
Kvindekrisecenter, § 109	39	2,8	600	1,2
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	198	14,5	14.100	30,0
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	69	5,0	4.400	9,4
Behandlingstilbud – Stofmisbrug, § 101 (inkl. ambulant stofmisbrugsbehandling - børn og unge)	22	1,6	800	1,7
Behandlingstilbud – Alkoholmisbrug, SUL §141	10	0,7	400	0,9
Delvist lukket døgninstitution eller sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a og b	7	0,5	500	1,1
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	320	23,4	6.100	13,0
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	146	10,7	8.300	17,6
Socialpædagogisk efterskoletilbud, kostskoletilbud og skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6 og 8	*	*	*	*
Særlige dag- eller klubtilbud, §§ 32 og 36	6	0,4	500	1,1
I alt	1.369	100,0	47.000	100,0

Note: *) Antallet af enheder og lønmodtagere indgår ikke grundet diskretionshensyn.

Anm.: Antal lønmodtagere, der indgår i analysepopulationen, fordelt efter hvilke tilbudstyper, enheden er godkendt som. Enheder kan være godkendt som flere tilbudstyper, og summen på tværs af tilbudstyper svarer derfor ikke til det samlede antal lønmodtagere. Antal lønmodtagere er afrundet til nærmeste 100. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Bilag 5 – Dataafgrænsningens betydning for uddannelsesfordelingen

Analysepopulationen er afgrænset til lønmodtagere, der ifølge BFL er ansat i brancher i kategorien institutionsophold (DB07=87), og som kan kobles med enheder, der er godkendt til Tilbudsportalen, jf. afsnit 5. Af tabellerne nedenfor vises dataafgrænsningens betydning for uddannelsesfordelingen ved at sammenligne følgende fire populationer:

- 1) Analysepopulationen
- 2) Analysepopulationen, hvor lønmodtagere i branchen plejehjem (DB07=87.10.10) ikke indgår.
- 3) Analysepopulationen, hvor der ikke foretages en afgrænsning til lønmodtagere i brancher i kategorien institutionsophold (DB07=87).
- 4) Lønmodtagere i BFL, der er ansat i brancher i kategorien institutionsophold (DB07=87) uden at betinge på, at lønmodtagere kan knyttes til enheder registeret på Tilbudsportalen.

Overordnet set ligner fordelingen af medarbejdernes uddannelsesniveau hinanden for population 1-3. I population 4 har en større andel af medarbejdere en erhvervsfaglig uddannelse og færre har mellemlange videregående uddannelser sammenlignet med population 1-3, jf. tabel 9.

Tabel 9**Uddannelsesniveau blandt lønmodtagere, fordelt efter forskellige dataafgrænsninger**

	Analyse population (1)	Analysepopula- tion ekskl. pleje- hjemsbranchen (2)	Alle brancher købet med Tilbudsportalen (3)	Hele branchen uden kobling med Tilbudsportalen (4)
Uddannelsesniveau	----- Pct. -----			
Uoplyst	0,5	0,5	0,5	0,5
Grundskole	11,1	11,1	11,1	11,5
Gymnasiale uddannelser mv.	11,1	11,2	10,6	9,3
Erhvervsfaglige uddannelser	26,9	26,2	26,3	44,8
Korte videregående uddannelser, KVU	2,3	2,3	2,4	2,1
Mellemlange videregående uddannelser, MVU	44,6	45,2	45,1	29,1
Lange videregående uddannelser, LVU	3,5	3,5	4,0	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	----- Antal -----			
Lønmodtagere i alt	47.000	45.900	53.400	153.800

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedområdeklassifikation niveau 1. Kategorien "Gymnasiale uddannelser mv." omfatter gymnasiale uddannelse og adgangsgivende uddannelsesforløb. "Lange videregående uddannelser, LVU" omfatter lange videregående uddannelser samt ph.d. og forskeruddannelser. "Mellemlang videregående uddannelser, MVU" omfatter mellemlange videregående uddannelse og bacheloruddannelser. Lønmodtagere kan være ansat på flere tilbud i løbet af januar 2020, hvorfor differencen mellem population 1 og 2 ikke svarer til antallet af ansatte i plejehjemsbranchen i tabel 6. Antal er afrundet til nærmeste 100. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

I forhold til medarbejdernes overordnede uddannelsesområde er ligner fordelingen af medarbejdernes uddannelse hinanden på tværs af de fire populationer. Der er dog nogle mindre forskelle, bl.a. ift. social- og sundhedsområdet samt undervisning og læring, jf. tabel 10.

Tabel 10**Uddannelsesområde blandt medarbejdere, fordelt efter forskellige dataafgrænsninger**

	Analyse population (1)	Analysepopula- tion ekskl. pleje- hjembranchen (2)	Alle brancher købet med Tilbudsportalen (3)	Hele branchen uden kobling med Tilbudsportalen (4)
Uddannelsesområde	----- Pct. -----			
Uoplyst	0,6	0,6	0,6	0,6
Grundskole	11,0	11,0	11,0	11,4
Gymnasiale uddannelser	11,1	11,2	10,6	9,3
Social og sundhed	53,0	52,8	51,8	54,6
Undervisning og læring	3,4	3,5	4,2	2,2
Samfundsvidenskab	1,4	1,5	1,7	1,0
Erhvervsøkonomi, administra- tion og jura	8,2	8,2	8,6	9,6
Service	2,4	2,4	2,4	3,1
Andet	8,9	9,0	9,2	8,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	----- Antal -----			
Antal i alt	47.000	45.900	53.400	153.800

Anm.: Højeste fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 fagområdeklassifikation niveau 1. Lønmodtagere kan være ansat på flere tilbud i løbet af januar 2020, hvorfor differencen mellem population 1 og 2 ikke svarer til antallet af ansatte i plejehjemsbranchen i tabel 6. Antal er afrundet til nærmeste 100. Se i øvrigt afsnit 5 om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

27.
**Variation i uddannelsesniveau blandt
medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder**

Kort fortalt

17-09-2021

Variation i uddannelsesniveau blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder

Social- og Ældreministeriet har udarbejdet en større analyse om uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Denne analyse følger op og ser nærmere på variationen i medarbejdernes uddannelsesniveau. Analysen viser blandt andet, at mere end 70 pct. af medarbejderne har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse på størstedelen af tilbuddene. Det gælder både døgntilbud og anbringelsessteder.

Social- og Ældreministeriet har i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet analysen *Velfærdspolitisk Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Analysen giver et første indblik i uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Analysen omfatter både det borgerrettede og ikke-borgerrettede personale og kun lønmodtagere, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår.

Analysen viser blandt andet, at 77 pct. af medarbejderne på døgntilbud og anbringelsessteder har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse. De resterende 23 pct. af medarbejderne har grundskole eller gymnasiale uddannelser mv. som højest fuldførte uddannelse.

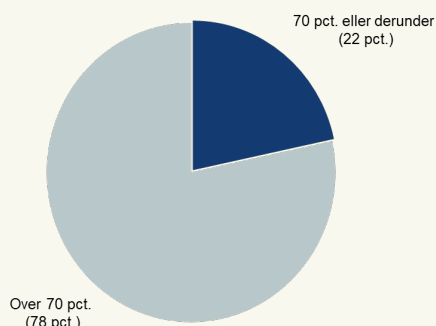
Databehandling og opmærksomhedspunkter omkring data og opgørelsen er nærmere beskrevet i boks 1 på s. 6.

Denne analyse ser nærmere på variationen i medarbejdernes uddannelsesniveau på døgntilbud på voksenområdet og på anbringelsessteder for børn og unge.

På langt størstedelen af døgntilbuddene på voksenområdet har over 70 pct. af medarbejderne en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Det gælder 78 pct. af tilbuddene, jf. figur 1.

**Figur 1**

Døgntilbud på voksenområdet efter andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Resultaterne indikerer, at de fleste borgere i døgntilbud på voksenområdet i overvejende grad modtager en indsats, der varetages af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse.

Tabel 1 viser en mere detaljeret opdeling af døgntilbud på voksenområdet efter andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse.

Tabel 1

Døgntilbud på voksenområdet efter andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.

Andel medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse	Andel tilbud
	Pct.
50 pct. eller under	3
51-60 pct.	6
61-70 pct.	13
71-80 pct.	25
81-90 pct.	29
91-100 pct.	24
I alt	100

Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Når medarbejdernes uddannelsesniveau opgøres, ses der på højest fuldførte uddannelse. Det siger noget om deres formelle uddannelsesniveau. Medarbejderne kan have taget mere eller mindre formelle efteruddannelser og supplerende kurser, som ikke vil indgå i denne opgørelse.

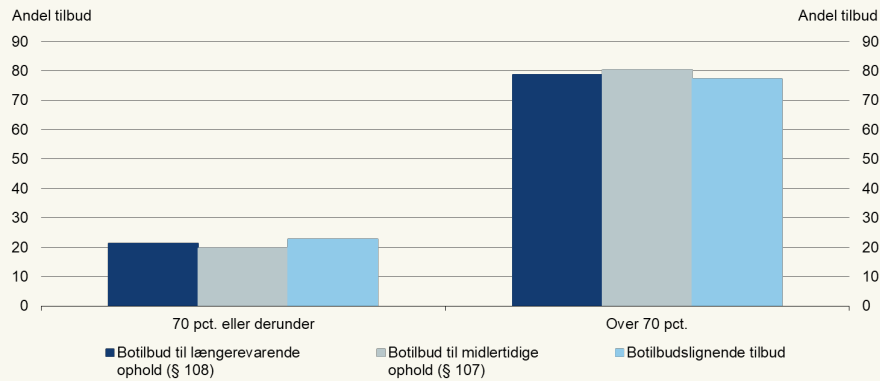
Hvis der ses nærmere på variationen mellem botilbud til længerevarende ophold, botilbud til midlertidige ophold samt botilbudslignende tilbud, er der umiddelbart begrænset variation i medarbejdernes uddannelsesniveau.



Andelen af tilbud, hvor over 70 pct. medarbejdere har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, ligger på mellem 77 og 80 pct. for de tre tilbudstyper, jf. figur 2.

Figur 2

Botilbud og botilbudslignende tilbud efter om de har over 70 pct. medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



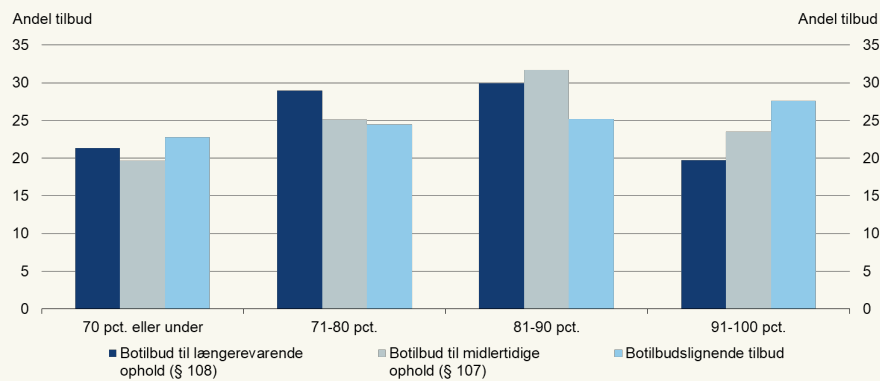
Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på botilbud ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Hvis der foretages en mere detaljeret opdeling, viser der sig lidt mere variation på tværs af de tre tilbudstyper, men det overordnede billede er, at der ikke er meget store forskelle, jf. figur 3.

Figur 3

Botilbud og botilbudslignende tilbud efter andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på botilbud ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

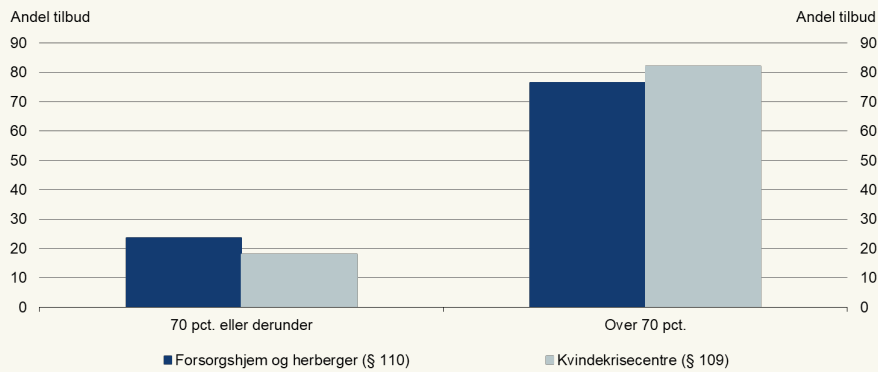
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Der ses en mindre variation i uddannelsesniveaet, når forsorgshjem og herberger sammenlignes med kvindekrisecentre. Hvor 82 pct. af kvindekrisecentre har en andel af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse på over 70 pct., gælder det 76 pct. af forsorgshjem og herberger, jf. figur 4.

Figur 4

Forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre efter om de har over 70 pct. medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



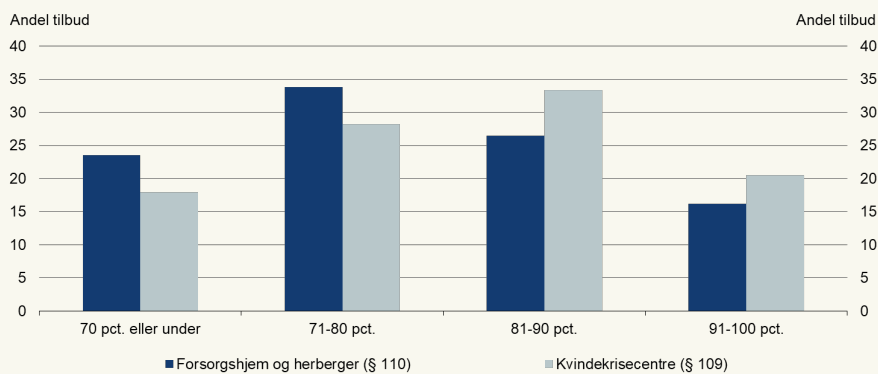
Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Hvis der foretages en mere detaljeret opdeling, ser man en tendens til, at kvindekrisecentre oftere end forsorgshjem og herberger har en andel af medarbejderne med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, der ligger i intervallerne 81-90 pct. eller 91-100 pct., jf. figur 5.

Figur 5

Forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre efter andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling.

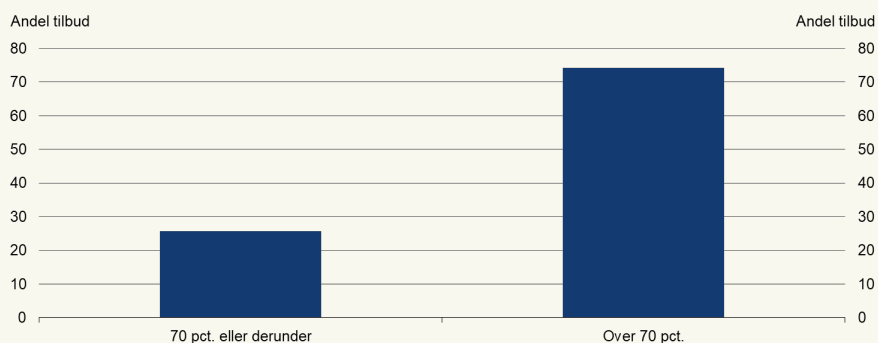
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

På forsorgshjem og herberger samt kvindekrisecentre er der ofte også frivilligt personale. De indgår ikke i opgørelsen, der kun omfatter lønmodtagerne på tilbuddene.

Ligesom tilbuddene på voksenområdet har størstedelen af anbringelsesstederne til børn og unge også en andel af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse på over 70 pct. Det gælder 74 pct. af tilbuddene, jf. figur 6.

**Figur 6**

Anbringelsessteder efter om de har over 70 pct. medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.



Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Som på voksenområdet indikerer resultaterne, at de fleste børn og unge på anbringelsesstederne i overvejende grad modtager en indsats, der varetages af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse.

Tabel 2 viser en mere detaljeret opdeling af anbringelsesstederne efter andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse.

Tabel 2

Anbringelsessteder efter andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, pct.

Andel medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse	Andel tilbud
	Pct.
50 pct. eller under	5
51-60 pct.	5
61-70 pct.	16
71-80 pct.	24
81-90 pct.	32
91-100 pct.	19
I alt	100

Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Boks 1

Datagrundlag og opmærksomhedspunkter

Afgrænsning af døgntilbud og anbringelsessteder

I analysen indgår lønmodtagere på tilbud, der pr. 31. december 2019 på Tilbudsportalen er godkendt som en eller flere af følgende tilbudstyper: midlertidigt botilbud, § 107, rehabiliteringstilbud, § 107, længerevarende botilbud, § 108, sikret botilbud, § 108, botilbudslignende tilbud, kvindekrisecentre, § 109, forsorgshjem/herberger, § 110, åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 70, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6, delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a og sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b.

Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Afgrænsning af lønmodtagere

Lønmodtagere er identificeret ved at koble data fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere betegnes i analysen som medarbejdere.

Metoden tager udgangspunkt i metoden anvendt i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*. Metoden er forbundet med usikkerhed. Bl.a. er det kun lønmodtagere, der indgår i opgørelsen, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår. Desuden indgår alle lønmodtagere uanset arbejdsfunktion. Der indgår således også personale, som ikke har borgerrettede funktioner. Tilbud, der ikke kan kobles med BFL via produktionsenhedsnummeret, indgår ikke i opgørelsen. Derudover er der foretaget en sammenlægning af tilbud, der har sammenfaldende produktionsenhedsnumre. Af formidlingsmæssige årsager omtales enhederne i analysen som tilbud, selvom nogle enheder dækker over to eller flere tilbud. Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 5 i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Gruppering af uddannelsesniveau og -område

Uddannelsesniveau og -område er baseret på højest fuldførte uddannelse pr. 1. oktober 2019 og er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedgruppe- og fagområdeklassifikation.

Medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse omfatter personer med en erhvervsfaglig uddannelse, kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse, herunder bacheloruddannelser, ph.d. og forskeruddannelser som højest fuldførte uddannelse. De resterende medarbejdere omfatter personer med grundskole, gymnasiale uddannelser eller adgangsgivende uddannelsesforløb som højest fuldførte uddannelse samt med uoplyst uddannelsesniveau. Medarbejdere med adgangsgivende uddannelsesforløb og uoplyst uddannelsesniveau udgør hhv. 0,1 og 0,5 pct. af analysepopulationen.

28.
**Geografisk variation i uddannelse blandt
medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder**

Kort fortalt

17-09-2021

Geografisk variation i uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder

Social- og Ældreministeriet har udarbejdet en større analyse om uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Denne analyse følger op og ser nærmere på den geografiske variation i medarbejdernes uddannelsesbaggrund. Analysen viser blandt andet, at andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, varierer mellem 75 og 84 pct. på tværs af regionerne, når det gælder døgntilbud på voksenområdet.

Social- og Ældreministeriet har i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet analysen *Velfærdspolitisk Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Analysen giver et første indblik i uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Analysen omfatter både det borgerrettede og ikke-borgerrettede personale og omfatter kun lønmodtagere, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår.

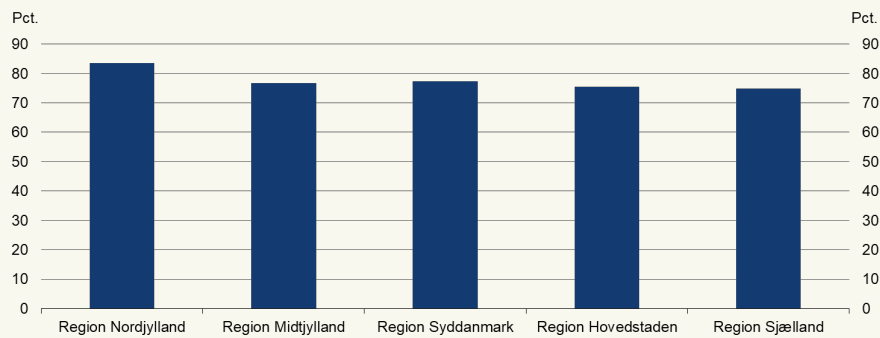
Analysen viser blandt andet, at 77 pct. af medarbejderne på døgntilbud og anbringelsessteder har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, og at omkring halvdelen har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet.

Databehandling og opmærksomhedspunkter omkring data og opgørelsen er nærmere beskrevet i boks 1 på s. 6.

Der ses nogen geografisk variation i uddannelsesniveaet blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet. På tværs af regioner varierer andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, mellem 75 og 84 pct. Andelen er højest i Region Nordjylland og lavest i Region Hovedstaden og Region Sjælland, jf. figur 1.

**Figur 1**

Andel medarbejdere på døgntilbud med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter region



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

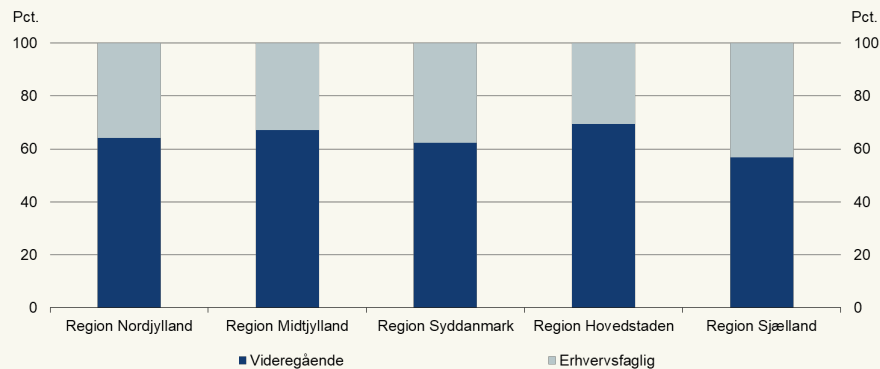
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

De resterende medarbejdere har grundskolen eller en gymnasial uddannelse mv. som højeste fuldførte uddannelse.

Hvis der ses nærmere på fordelingen på erhvervsfaglige og videregående uddannelser – inden for den samlede gruppe af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse – er der også variation mellem regionerne. Her varierer andelen med en videregående uddannelse mellem 57 og 69 pct. Hvor Region Hovedstaden har den højeste andel af medarbejdere med en videregående uddannelse og Region Sjælland den laveste, jf. figur 2.

Figur 2

Andel medarbejdere på døgntilbud med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter uddannelsesniveau og region



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

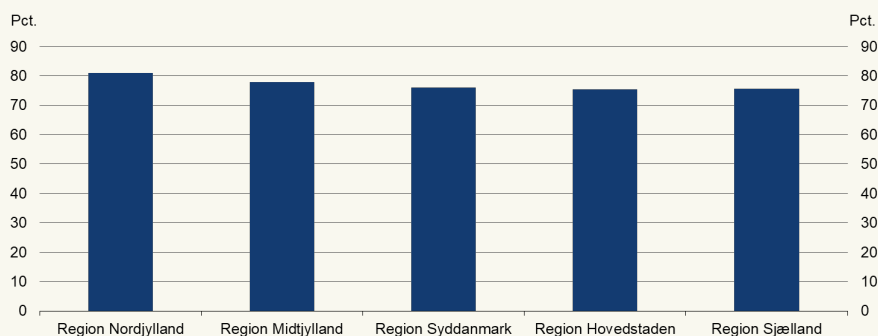
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Når medarbejdernes uddannelsesniveau opgøres, ses der på højest fuldførte uddannelse. Det siger noget om deres formelle uddannelsesniveau. Medarbejderne kan have taget mere eller mindre formelle efteruddannelser og supplerende kurser, som ikke vil indgå i denne opgørelse.

På anbringelsesstederne spænder andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, fra 75 til 81 pct. på tværs af regionerne. Som for døgntilbuddene på voksenområdet er det på anbringelsesstederne i Region Nordjylland, der er den højeste andel af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse. Andelen er lavest i Region Hovedstaden, men forskellene er generelt små, jf. figur 3.

**Figur 3**

Andel medarbejdere på anbringelsessteder med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter region



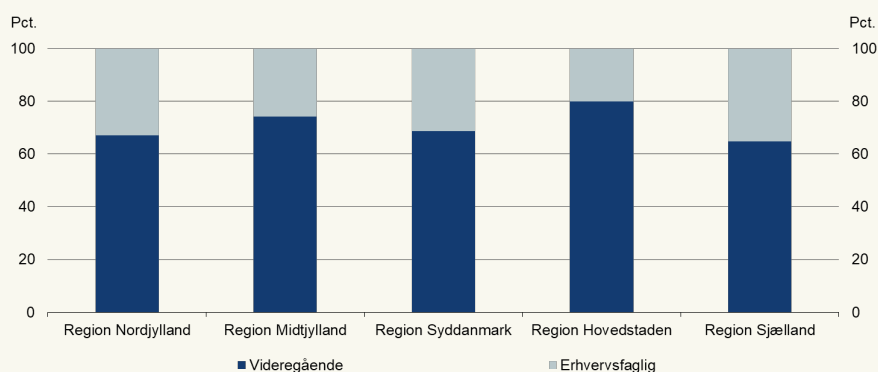
Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Hvis der ses nærmere på fordelingen af medarbejdere med henholdsvis erhvervsfaglige og videregående uddannelser, er der også variation på tværs af regioner. Her varierer andelen af medarbejdere med en videregående uddannelse fra 65 til 80 pct. Som for døgntilbuddene på voksenområdet er det i Region Hovedstaden, der findes den højeste andel af medarbejdere med en videregående uddannelse, mens Region Sjælland har den laveste andel, jf. figur 4.

Figur 4

Andel medarbejdere på anbringelsessteder med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter uddannelsesniveau og region



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

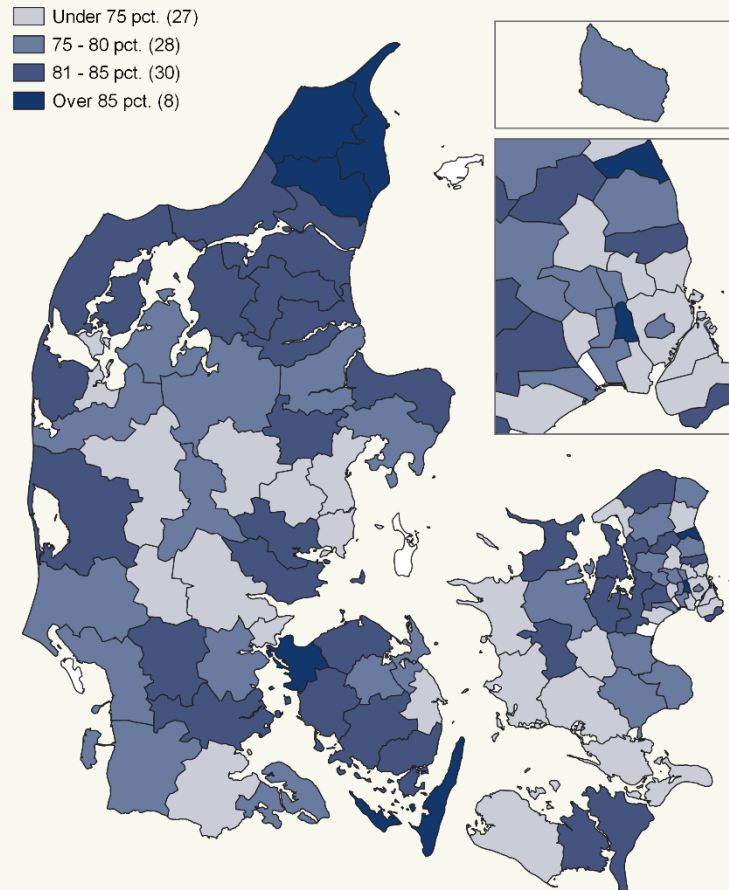
Variationen i andelen af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse på døgntilbud for voksne og anbringelsessteder for børn og unge er som forventeligt større på kommunalt end på regionalt niveau.



På kommunalt niveau spænder andelen med erhvervsfaglige og videregående uddannelser fra under 75 pct. til over 85 pct., når der ses samlet på anbringelsessteder og døgntilbud. I Nordjylland ligger andelen med erhvervsfaglige og videregående uddannelser dog over 80 pct. i næsten alle kommuner, jf. figur 5.

Figur 5

Andel medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter kommuner



Anm.: Opgjort som højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder ultimo 2019. Af datamæssige årsager er der medarbejdere, som ikke indgår i opgørelsen. Det kan have betydning for opgørelsen af den geografiske variation i medarbejdernes uddannelsesniveau, at nogle medarbejdere ikke indgår. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Den geografiske variation i medarbejdernes uddannelsesniveau kan blandt andet afspejle, at der mellem regionerne er forskelle i sammensætningen af tilbud. Tilbuddene kan være af forskellige tilbudstyper, ligesom de kan være mere eller mindre specialiserede. Variationen kan også være udtryk for forskelle i rekrutteringsmulighederne på tværs af regioner og kommuner, når det gælder rekruttering af uddannet personale.

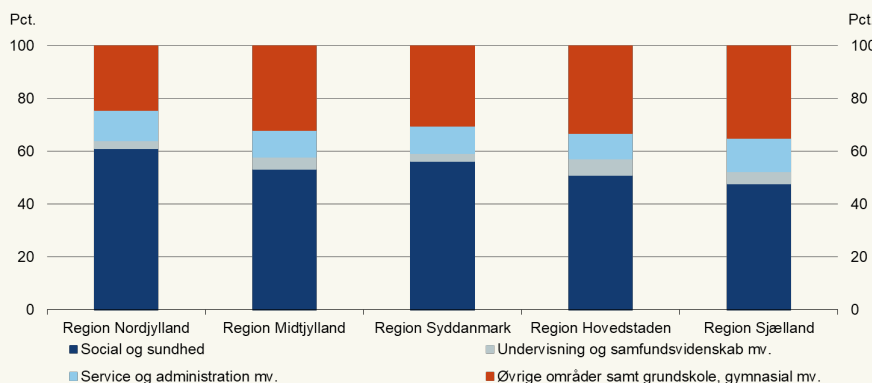
Der er ikke kun geografiske forskelle i forhold til medarbejdernes uddannelsesbaggrund, når der ses på uddannelsesniveau, men også når der ses på deres uddannelsesområde. Her kan der skelnes mellem følgende uddannelsesområder:



- Social og sundhed
- Undervisning og samfundsvidenskab mv.
- Service og administration mv.
- Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.

På døgntilbuddene varierer andelen af medarbejdere, der har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet, mellem 48 og 61 pct. Andelen er højest i Region Nordjylland og lavest i Region Sjælland, jf. figur 6.

Figur 6
Medarbejdere på døgntilbud opdelt på uddannelsesområder, efter region

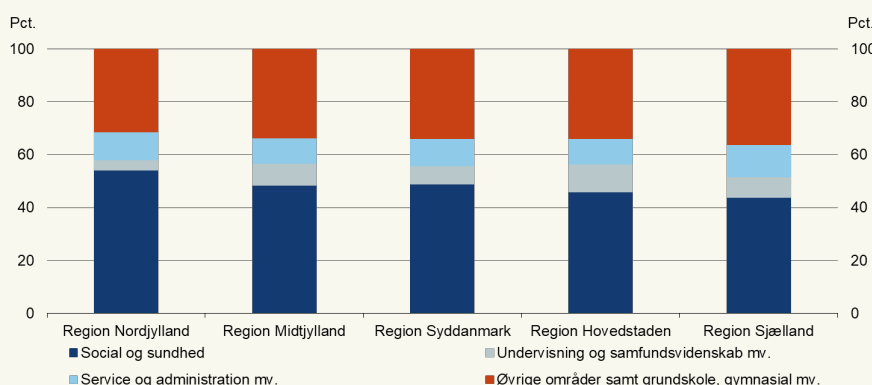


Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Af datamæssige årsager er der medarbejdere, som ikke indgår i opgørelsen. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

På anbringelsesstederne varierer andelen af medarbejdere, der er uddannet inden for social- og sundhedsområdet, mellem 44 og 54 pct. Her er andelen også højest i Region Nordjylland og lavest i Region Sjælland, jf. figur 7.

Figur 7
Medarbejdere på anbringelsessteder opdelt på uddannelsesområder, efter region



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Af datamæssige årsager er der medarbejdere, som ikke indgår i opgørelsen. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Boks 1

Datagrundlag og opmærksomhedspunkter

Afgrænsning af døgntilbud og anbringelsessteder

I analysen indgår lønmodtagere på tilbud, der pr. 31. december 2019 på Tilbudsportalen er godkendt som en eller flere af følgende tilbudstyper: midlertidigt botilbud, § 107, rehabiliteringstilbud, § 107, længerevarende botilbud, § 108, sikret botilbud, § 108, botilbudslignende tilbud, kvindekrisecentre, § 109, forsorgshjem/herberger, § 110, åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 70, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6, delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a og sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b.

Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Afgrænsning af lønmodtagere

Lønmodtagere er identificeret ved at koble data fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere betegnes i analysen som medarbejdere.

Metoden tager udgangspunkt i metoden anvendt i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*. Metoden er forbundet med usikkerhed. Bl.a. er det kun lønmodtagere, der indgår i opgørelsen, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår. Desuden indgår alle lønmodtagere uanset arbejdsfunktion. Der indgår således også personale, som ikke har borgerrettede funktioner. Tilbud, der ikke kan kobles med BFL via produktionsenhedsnummeret, indgår ikke i opgørelsen. Derudover er der foretaget en sammenlægning af tilbud, der har sammenfaldende produktionsenhedsnumre. Af formidlingsmæssige årsager omtales enhederne i analysen som tilbud, selvom nogle enheder dækker over to eller flere tilbud. Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 5 i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Alle lønmodtagere vægter ens i opgørelserne og enheder med mange lønmodtagere vægter derfor mere i fordelingen af lønmodtageres uddannelse, sammenlignet med enheder med få lønmodtagere.

Tilbuddets beliggenhed

Medarbejdere er grupperet efter tilbuddets beliggenhedskommune og -region. Grupperingen er baseret på tilbuddets hovedadresse. Hvis tilbuddet har flere afdelinger, der er placeret i forskellige kommuner eller regioner, vil medarbejderne dermed kun indgå for den kommune eller region, hvor tilbuddet har hovedadresse. Medarbejdere, der arbejder på flere tilbud, der ligger i hver deres kommune eller region, indgår en gang pr. kommune og region.

For nogle tilbud har det ikke været muligt at koble tilbudsportalsdata med BFL, hvorfor medarbejderne på disse tilbud ikke indgår i opgørelsen. Ligeledes er der medarbejdere, som arbejder på tilbud med uoplyst adresse, og som derfor heller ikke indgår i opgørelsen. Det kan have betydning for opgørelsen af den geografiske variation i medarbejdernes uddannelsesbaggrund, at nogle tilbud ikke indgår. Særligt kan det have betydning for kommuner, hvor der samlet set er få medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder.

Gruppering af uddannelsesniveau og -område

Uddannelsesniveau og -område er baseret på højest fuldførte uddannelse pr. 1 oktober 2019 og er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedgruppe- og fagområdeklassifikation.

Ved opgørelse af uddannelsesniveau omfatter kategorien "Grundskole, gymnasial mv." personer med grundskole, gymnasiale uddannelser eller adgangsgivende uddannelsesforløb som højest fuldførte uddannelse samt med uoplyst uddannelsesniveau. Medarbejdere med adgangsgivende uddannelsesforløb og uoplyst uddannelsesniveau udgør hhv. 0,1 og 0,5 pct. af analysepopulationen.

Ved opgørelse af uddannelsesområde omfatter kategorien "Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv." grundskole, gymnasiale uddannelser, uoplyst uddannelsesområde samt øvrige uddannelsesområder, som ikke er omfattet af de tre øvrige kategorier.

29.
**Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud
og anbringelsessteder til forskellige målgrupper**

Kort fortalt

17-09-2021

Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper

Social- og Ældreministeriet har udarbejdet en større analyse om uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder. Denne analyse følger op og ser nærmere på variationen i medarbejdernes uddannelsesbaggrund på tilbud til forskellige målgrupper. Analysen viser blandt andet, at andelen af medarbejdere på døgntilbud, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, varierer mellem 74 pct. til 81 pct., afhængigt af målgruppe. Blandt medarbejdere på anbringelsessteder varierer andelen fra 71 pct. til 80 pct., alt efter hvilken målgruppen tilbuddene henvender sig til.

Social- og Ældreministeriet har i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde udarbejdet analysen *Velfærdspolitisk Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Analysen giver et første indblik i uddannelsesbaggrunden blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemer. Analysen omfatter både det borgerrettede og ikke-borgerrettede personale og omfatter kun lønmodtagere, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår.

Denne analyse er baseret på samme data fra Tilbudsportalen og samme metode og ser nærmere på forskelle i medarbejdernes uddannelsesbaggrund på tilbud til forskellige målgrupper.

Tilbuddene kan være godkendt til en eller flere af 46 forskellige målgrupper, som på Tilbudsportalen er inddelt i følgende seks overordnede målgruppekategorier:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Intellektuel/kognitiv forstyrrelse
- Udviklingsforstyrrelse
- Psykiske vanskeligheder
- Socialt problem
- Øvrige målgrupper¹

I analysen tages der udgangspunkt i de overordnede målgruppekategorier, mens opgørelser for de enkelte målgrupper fremgår af bilag 1-4.

Databehandling og opmærksomhedspunkter omkring data og opgørelsen er nærmere beskrevet i boks 1 på s. 5.

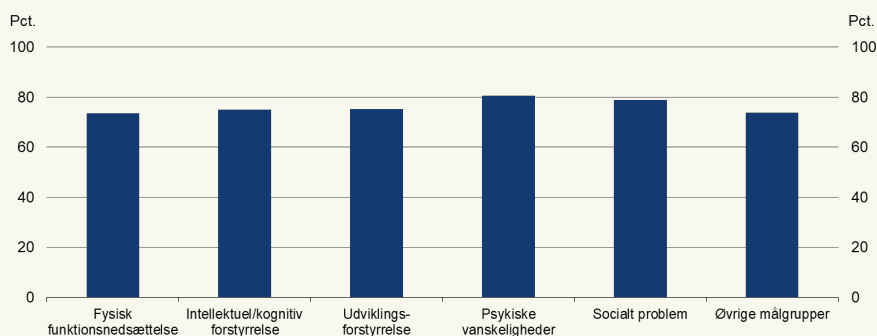
¹ Øvrige målgrupper dækker over målgrupper til personer dømt til strafferetlig foranstaltning, flygtninge, krigsve-
teraner, personer med multipel funktionsnedsættelse og personer med sjældent forekommende funktions-
nedsættelse.



Der ses en vis variation i uddannelsesniveautet blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet, afhængigt af tilbuddenes målgruppe. Andelen af medarbejdere, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse varierer fra 74 pct. til 81 pct. på tværs af de seks målgruppekategorier. Andelen med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse er højest på tilbud til personer med psykiske vanskeligheder og lavest på tilbud til personer med fysisk funktionsnedsættelse og øvrige målgrupper, men forskellene er generelt ikke store, jf. figur 1.

Figur 1

Andel medarbejdere på døgntilbud med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter målgruppekategori



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Tilbuddene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

De resterende medarbejdere har grundskolen eller en gymnasial uddannelse mv. som højeste fuldførte uddannelse.

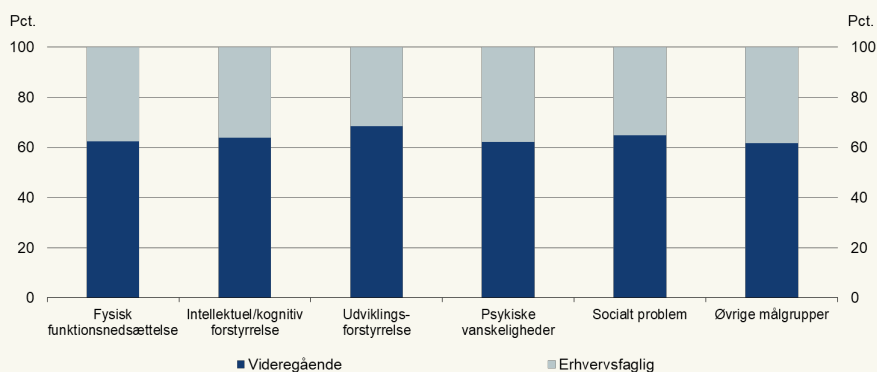
Når medarbejdernes uddannelsesniveau opgøres, ses der på højest fuldførte uddannelse. Det siger noget om deres formelle uddannelsesniveau. Medarbejderne kan have taget mere eller mindre formelle efteruddannelser og supplerende kurser, som ikke vil indgå i opgørelsen.

Når der ses nærmere på fordelingen på erhvervsfaglige og videregående uddannelser – inden for den samlede gruppe af medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse – er der også en vis variation mellem målgruppekategorierne.

Her varierer andelen med en videregående uddannelse mellem 62 pct. og 69 pct. På tilbud til personer med udviklingsforstyrrelse er andelen højest, mens den er lavest på tilbud til personer med fysisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder og øvrige målgrupper, jf. figur 2.

**Figur 2**

Andel medarbejdere på døgntilbud med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter uddannelsesniveau og målgruppekategori



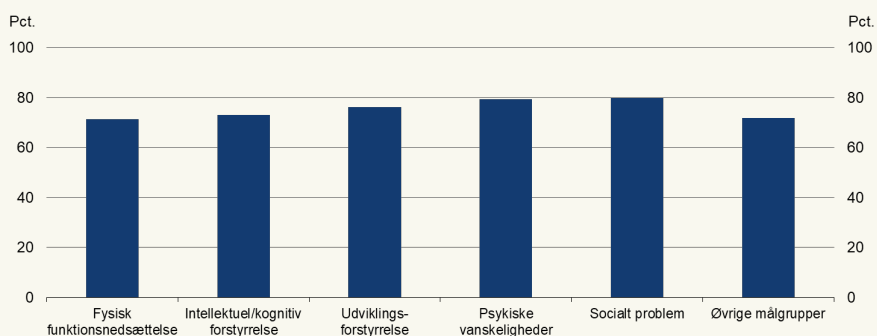
Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

På anbringelsessteder er der ligeledes forskelle i, hvor stor en andel af medarbejderne der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse på tværs af målgruppekategorier. Her varierer andelen mellem 71 pct. og 80 pct. På tilbud til personer med sociale problemer er andelen med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse højest, mens andelen er lavest på tilbud til personer med fysiske vanskeligheder, jf. figur 3.

Figur 3

Andel medarbejdere på anbringelsessteder med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter målgruppekategori



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

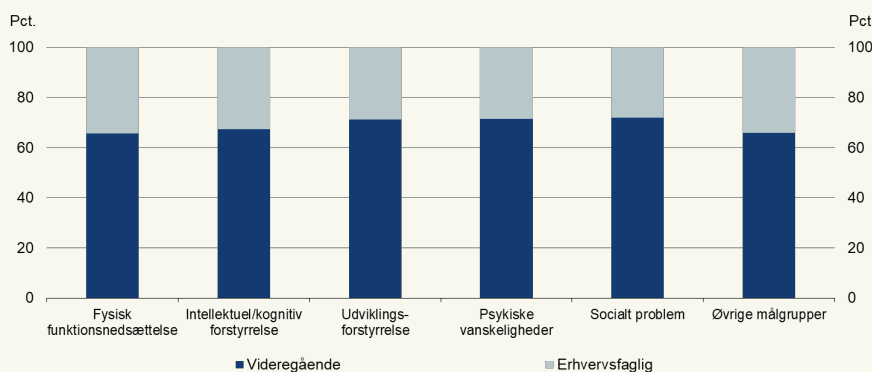
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Hvis der ses nærmere på fordelingen mellem erhvervsfaglige og videregående uddannelser for medarbejdere på anbringelsessteder, ses der også nogen variation på tværs af målgruppekategorier. Andelen, der har en videregående uddannelse blandt medarbejdere med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, varierer fra 66 pct. til 72 pct. Den højeste andel findes på tilbud til personer med sociale problemer og den laveste andel på tilbud til personer med fysisk funktionsnedsættelse samt øvrige målgrupper. Det overordnede billede er dog igen, at forskellene ikke er meget store, jf. figur 4.



Figur 4

Andel medarbejdere på anbringelsessteder med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, efter uddannelsesniveau og målgruppekategori



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

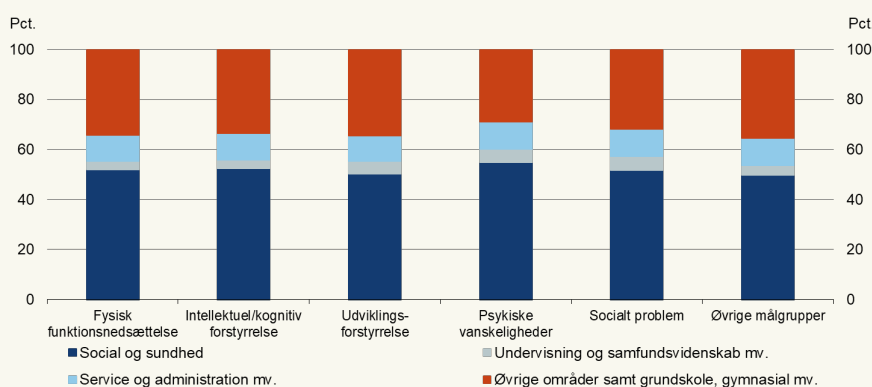
Ud over forskelle i medarbejdernes uddannelsesniveau kan der være forskellene i medarbejdernes uddannelsesområde, når der ses på deres uddannelsesbaggrund. Her kan der skelnes mellem følgende uddannelsesområder:

- Social og sundhed
- Undervisning og samfundsvidenskab mv.
- Service og administration mv.
- Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.

På døgntilbud på voksenområdet varierer andelen af medarbejdere med en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet eksempelvis fra 50 til 55 pct., afhængigt af målgruppe. Andelen er højest på tilbud til personer med psykiske vanskeligheder og lavest på tilbud til personer med udviklingsforstyrrelse og tilbud til øvrige målgrupper, jf. figur 5.

Figur 5

Medarbejdere på døgntilbud opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

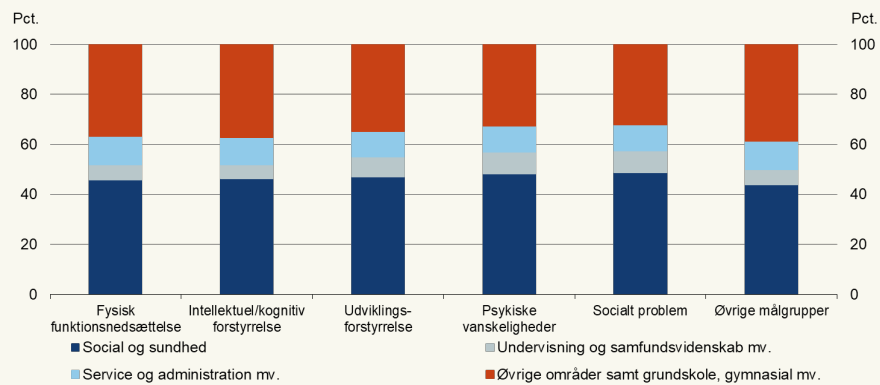
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

Blandt medarbejdere på anbringelsessteder varierer andelen med en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet eksempelvis mellem 44 og 49 pct. Andelen er højest på tilbud til personer med sociale problemer og lavest på tilbud til øvrige målgrupper, jf. figur 6.



Figur 6

Medarbejdere på anbringelsessteder opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori



Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Tilbuddene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Boks 1

Datagrundlag og opmærksomhedspunkter

Afgrænsning af døgntilbud og anbringelsessteder

I analysen indgår lønmodtagere på tilbud, der pr. 31. december 2019 på Tilbudsportalen er godkendt som en eller flere af følgende tilbudstyper: midlertidigt botilbud, § 107, rehabiliteringstilbud, § 107, længerevarende botilbud, § 108, sikret botilbud, § 108, botilbudslignende tilbud², kvindekrisecentre, § 109, forsorgshjem/herberger, § 110, åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 70, socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6, delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a og sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b.

Afgrænsning af lønmodtagere

Lønmodtagere er identificeret ved at koble data fra Tilbudsportalen med Danmarks Statistiks register over beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere betegnes i analysen som medarbejdere.

Metoden tager udgangspunkt i metoden anvendt i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*. Metoden er forbundet med usikkerhed. Bl.a. er det kun lønmodtagere, der indgår i opgørelsen, mens eksempelvis selvstændige, frivillige og vikarer fra eksterne bureauer ikke indgår. Derudover indgår alle lønmodtagere uanset arbejdsfunktion. Der indgår således også personale, som ikke har borgerrettede funktioner. Tilbud, der ikke kan kobles med BFL via produktionsenhedsnummeret, indgår ikke i opgørelsen. Derudover er der foretaget en sammenlægning af tilbud, der har sammenfaldende produktionsenhedsnumre. Af formidlingsmæssige årsager omtales enhederne i analysen som tilbud, selvom nogle enheder dækker over to eller flere tilbud. Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 5 i *Velfærdspolitik Analyse – Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder*.

Gruppering af lønmodtagere efter målgruppe

Grupperingen af lønmodtagere efter målgruppe og målgruppekategori tager udgangspunkt i, hvilke målgrupper enheden er godkendt til. Enhederne i analysen kan være godkendt som flere forskellige målgrupper. Det er ikke muligt at koble lønmodtagere til den enkelte målgruppe. Lønmodtagere vil indgå i opgørelser for alle målgrupper, som enheden er godkendt som, selvom lønmodtagerens primære arbejdsopgave ikke vedrører alle målgrupper. Alle lønmodtagere vægter ens i opgørelserne og enheder med mange lønmodtagere vægter derfor mere i fordelingen af lønmodtageres uddannelse, sammenlignet med enheder med få lønmodtagere.

200 medarbejdere på døgntilbud og 13 medarbejdere på anbringelsessteder arbejder på tilbud med uoplyst målgruppe og indgår ikke i opgørelsen.

Gruppering af uddannelsesniveau og -område

Uddannelsesniveau og -område er baseret på højest fuldførte uddannelse pr. 1 oktober 2019 og er grupperet på baggrund af Danmarks Statistiks DISCED-15 hovedgruppe- og fagområdeklassifikation.

Ved opgørelse af uddannelsesniveau omfatter kategorien "Grundskole, gymnasial mv." personer med grundskole, gymnasiale uddannelser eller adgangsgivende uddannelsesforløb som højest fuldførte uddannelse samt med uoplyst uddannelsesniveau. Medarbejdere med adgangsgivende uddannelsesforløb og uoplyst uddannelsesniveau udgør hhv. 0,1 og 0,5 pct. af analysepopulationen.

Ved opgørelse af uddannelsesområde omfatter kategorien "Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv." grundskole, gymnasiale uddannelser, uoplyst uddannelsesområde samt øvrige uddannelsesområder, som ikke er omfattet af de tre øvrige kategorier.

² Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.



Bilag 1 – Uddannelsesniveau blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet, efter målgruppekategori

Tabel 1

Medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervs- faglig	Videregående uddannelse	I alt	I alt
Målgruppe	----- Pct. -----				Antal
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	26,5	27,6	45,9	100,0	11.193
Døvblindhed, erhvervet	33,6	28,1	38,3	100,0	545
Døvblindhed, medfødt	25,5	20,9	53,6	100,0	1.016
Hørenedsættelse	24,1	27,4	48,5	100,0	2.257
Kommunikationsnedsættelse	25,0	30,8	44,2	100,0	6.400
Mobilitetsnedsættelse	25,1	29,6	45,3	100,0	6.576
Synsnedsættelse	27,3	25,9	46,8	100,0	2.776
Anden fysisk funktionsnedsættelse	24,8	31,0	44,2	100,0	2.978
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	25,1	27,0	47,9	100,0	30.795
Demens	21,0	33,1	45,9	100,0	3.267
Hjerneskode, erhvervet	22,2	33,8	44,0	100,0	7.295
Hjerneskode, medfødt	25,4	27,6	46,9	100,0	5.635
Udviklingshæmning	26,5	24,3	49,2	100,0	24.733
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	23,2	30,3	46,5	100,0	5.966
Udviklingsforstyrrelse i alt	24,9	23,7	51,5	100,0	17.657
Autismespektrum	25,2	22,8	52,0	100,0	14.351
Opmærksomhedsforstyrrelse	22,2	25,6	52,2	100,0	7.916
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	22,4	26,3	51,3	100,0	2.097
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	20,5	25,8	53,7	100,0	1.283
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	24,3	25,2	50,5	100,0	3.321
Anden udviklingsforstyrrelse	22,8	25,5	51,7	100,0	4.460
Psykiske vanskeligheder i alt	19,4	30,5	50,1	100,0	18.702
Angst	16,2	33,2	50,6	100,0	9.157
Depression	14,8	34,7	50,5	100,0	6.909
Forandret virkelighedsopfattelse	15,3	34,5	50,2	100,0	9.297
Personlighedsforstyrrelse	15,8	34,2	50,0	100,0	9.823
Spiseforstyrrelse	17,2	29,6	53,2	100,0	2.704
Stressbelastning	17,5	29,2	53,4	100,0	3.600
Tilknytningsforstyrrelse	19,2	28,4	52,4	100,0	6.277
Anden psykisk vanskelighed	19,8	30,9	49,3	100,0	9.932



Tabel 1 (fortsat)

Medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

Målgruppe	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervs- faglig	Videregående uddannelse	I alt	I alt
	----- Pct. -----				Antal
Socialt problem i alt	21,0	27,7	51,2	100,0	16.866
Alkoholmisbrug	17,8	34,6	47,6	100,0	3.487
Hjemløshed	23,5	27,8	48,7	100,0	2.924
Indadreagerende adfærd	18,9	25,4	55,7	100,0	3.701
Kriminalitet, ikke-personfarlig	19,8	32,6	47,7	100,0	2.140
Kriminalitet, personfarlig	22,1	30,2	47,7	100,0	2.024
Omsorgssvigt	21,1	27,2	51,7	100,0	4.958
Overgreb, andet	18,0	24,1	57,9	100,0	822
Seksuelt krænkende adfærd	19,7	28,0	52,3	100,0	807
Prostitution	23,4	32,9	43,7	100,0	167
Seksuelt overgreb	18,2	25,3	56,5	100,0	1.614
Selvskadende adfærd	18,2	25,5	56,3	100,0	5.956
Stofmisbrug	18,7	32,5	48,8	100,0	3.890
Udadreagerende adfærd	22,6	27,5	50,0	100,0	7.852
Voldeligt overgreb	19,7	19,2	61,0	100,0	1.226
Andet socialt problem	20,6	29,4	50,0	100,0	3.381
Øvrige målgrupper i alt	26,2	28,2	45,6	100,0	11.214
Dømt til strafferetlig foranstaltning	21,1	32,4	46,5	100,0	4.132
Flygtning	22,9	20,2	56,9	100,0	327
Krigsveteran	*	38,8	*	100,0	85
Multipel funktionsnedsættelse	29,8	25,6	44,6	100,0	6.428
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	28,0	26,9	45,2	100,0	1.828

Note: *) Andelen vises ikke grundet diskretionshensyn.

Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Bilag 2 – Uddannelsesniveau blandt medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge, efter målgruppe

Tabel 2

Medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

Målgruppe	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervs- faglig	Videregående uddannelse	I alt	I alt
	----- Pct. -----				Antal
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	28,7	24,5	46,8	100,0	2.782
Døvblindhed, erhvervet	37,1	31,0	31,9	100,0	116
Døvblindhed, medfødt	23,5	21,6	54,9	100,0	264
Hørenedsættelse	28,4	24,0	47,6	100,0	571
Kommunikationsnedsættelse	29,5	28,5	42,0	100,0	1.621
Mobilitetsnedsættelse	29,2	28,3	42,5	100,0	1.014
Synsnedsættelse	33,5	29,4	37,0	100,0	853
Anden fysisk funktionsnedsættelse	31,1	24,8	44,1	100,0	891
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	27,0	23,8	49,2	100,0	7.710
Hjerneskade, erhvervet	24,4	26,6	49,1	100,0	1.178
Hjerneskade, medfødt	29,5	24,3	46,3	100,0	1.979
Udviklingshæmning	28,9	23,2	47,9	100,0	5.985
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	24,3	26,0	49,7	100,0	3.178
Udviklingsforstyrrelse i alt	23,8	21,9	54,3	100,0	9.648
Autismespektrum	25,2	21,5	53,3	100,0	6.668
Opmærksomhedsforstyrrelse	22,7	21,8	55,4	100,0	6.893
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	25,2	26,8	48,1	100,0	942
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	20,0	22,1	57,8	100,0	1.058
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	21,6	26,9	51,5	100,0	870
Anden udviklingsforstyrrelse	23,1	22,4	54,5	100,0	2.351
Psykiske vanskeligheder i alt	20,7	22,7	56,6	100,0	8.303
Angst	18,2	22,1	59,7	100,0	3.567
Depression	16,6	21,0	62,4	100,0	2.146
Forandret virkelighedsopfattelse	15,7	22,2	62,1	100,0	2.029
Personlighedsforstyrrelse	17,9	22,3	59,8	100,0	3.428
Spiseforstyrrelse	17,9	23,5	58,6	100,0	1.514
Stressbelastning	20,2	23,0	56,8	100,0	1.714
Tilknytningsforstyrrelse	20,3	22,0	57,7	100,0	5.881
Anden psykisk vanskelighed	20,5	24,5	54,9	100,0	3.329



Tabel 2 (fortsat)

Medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesniveau, efter målgruppekategori

	Grundskole, gymnasial mv.	Erhvervs- faglig	Videregående uddannelse	I alt	I alt
Målgruppe	----- Pct. -----				Antal
Socialt problem i alt	20,2	22,4	57,4	100,0	9.274
Alkoholmisbrug	18,4	20,0	61,6	100,0	190
Hjemløshed	31,7	11,0	57,3	100,0	82
Indadreagerende adfærd	19,6	20,8	59,6	100,0	3.098
Kriminalitet, ikke-personfarlig	20,8	25,9	53,3	100,0	1.436
Kriminalitet, personfarlig	20,7	26,8	52,5	100,0	1.226
Omsorgssvigt	20,1	21,8	58,1	100,0	6.600
Overgreb, andet	18,7	20,7	60,6	100,0	834
Seksuelt krænkende adfærd	21,3	24,0	54,7	100,0	738
Prostitution	36,4	27,3	36,4	100,0	22
Seksuelt overgreb	19,6	22,8	57,6	100,0	1.400
Selvskadende adfærd	17,5	21,6	60,8	100,0	3.289
Stofmisbrug	19,9	24,3	55,8	100,0	1.088
Udadreagerende adfærd	21,8	24,1	54,1	100,0	4.304
Voldeligt overgreb	19,7	21,8	58,5	100,0	920
Andet socialt problem	19,5	22,9	57,6	100,0	2.475
Øvrige målgrupper i alt	28,3	24,4	47,3	100,0	4.663
Dømt til strafferetlig foranstaltning	22,4	28,8	48,8	100,0	1.505
Flygtning	19,4	18,6	61,9	100,0	725
Multipel funktionsnedsættelse	33,5	23,4	43,2	100,0	2.607
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	30,5	25,8	43,6	100,0	855

Note: *) Andelen vises ikke grundet diskretionshensyn.

Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Tilbuddene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Bilag 3 – Uddannelsesområde blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet, efter målgruppe

Tabel 3

Medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori

Målgruppe	Social og sundhed	Undervisning og samfundsvidenskab mv.	Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.	I alt	I alt
	----- Pct. -----			Antal	
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	51,9	3,5	44,6	100,0	11.193
Døvblindhed, erhvervet	*	*	51,4	100,0	545
Døvblindhed, medfødt	54,7	3,1	42,2	100,0	1.016
Hørenedsættelse	55,7	3,8	40,5	100,0	2.257
Kommunikationsnedsættelse	53,8	2,8	43,4	100,0	6.400
Mobilitetsnedsættelse	54,1	3,2	42,7	100,0	6.576
Synsnedsættelse	51,9	4,1	43,9	100,0	2.776
Anden fysisk funktionsnedsættelse	51,7	3,4	44,9	100,0	2.978
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	52,3	3,6	44,1	100,0	30.795
Demens	59,4	2,6	38,0	100,0	3.267
Hjerneskade, erhvervet	56,2	3,0	40,8	100,0	7.295
Hjerneskade, medfødt	52,7	3,2	44,1	100,0	5.635
Udviklingshæmning	51,3	3,7	45,0	100,0	24.733
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	50,7	4,2	45,0	100,0	5.966
Udviklingsforstyrrelse i alt	50,2	5,2	44,6	100,0	17.657
Autismespektrum	50,3	5,2	44,5	100,0	14.351
Opmærksomhedsforstyrrelse	49,5	6,5	44,0	100,0	7.916
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	54,3	4,3	41,4	100,0	2.097
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	46,7	8,0	45,4	100,0	1.283
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	53,3	3,4	43,2	100,0	3.321
Anden udviklingsforstyrrelse	50,9	4,8	44,3	100,0	4.460
Psyriske vanskeligheder i alt	55,0	5,2	39,9	100,0	18.702
Angst	58,0	5,5	36,5	100,0	9.157
Depression	59,2	5,5	35,2	100,0	6.909
Forandret virkelighedsopfattelse	59,9	4,9	35,1	100,0	9.297
Personlighedsforstyrrelse	58,0	5,1	36,9	100,0	9.823
Spiseforstyrrelse	54,7	7,7	37,6	100,0	2.704
Stressbelastning	54,6	6,5	38,9	100,0	3.600
Tilknytningsforstyrrelse	52,0	6,5	41,5	100,0	6.277
Anden psykisk vanskelighed	55,0	5,0	40,0	100,0	9.932



Tabel 3 (fortsat)

Medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori

	Social og sundhed	Undervisning og samfundsvidenskab mv.	Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.	I alt	I alt
Målgruppe	----- Pct. -----				Antal
Socialt problem i alt	51,8	5,6	42,6	100,0	16.866
Alkoholmisbrug	55,1	4,6	40,2	100,0	3.487
Hjemløshed	48,9	4,5	46,6	100,0	2.924
Indadreagerende adfærd	50,4	8,3	41,3	100,0	3.701
Kriminalitet, ikke-personfarlig	49,2	5,5	45,3	100,0	2.140
Kriminalitet, personfarlig	46,6	5,0	48,4	100,0	2.024
Omsorgssvigt	47,6	6,6	45,7	100,0	4.958
Overgreb, andet	51,7	8,4	39,9	100,0	822
Seksuelt krænkende adfærd	51,8	4,7	43,5	100,0	807
Prostitution	51,5	4,8	43,7	100,0	167
Seksuelt overgreb	52,7	7,7	39,7	100,0	1.614
Selvskadende adfærd	54,2	7,0	38,8	100,0	5.956
Stofmisbrug	51,7	5,4	42,9	100,0	3.890
Udadreagerende adfærd	51,3	4,9	43,9	100,0	7.852
Voldeligt overgreb	51,5	10,4	38,0	100,0	1.226
Andet socialt problem	50,6	5,5	43,9	100,0	3.381
Øvrige målgrupper i alt	49,7	4,0	46,4	100,0	11.214
Dømt til strafferetlig foranstaltning	49,1	4,8	46,1	100,0	4.132
Flygtning	44,3	9,8	45,9	100,0	327
Krigsveteran	*	*	69,4	100,0	85
Multipel funktionsnedsættelse	50,1	3,2	46,7	100,0	6.428
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	52,7	2,8	44,5	100,0	1.828

Note: *) Andelen vises ikke grundet diskretionshensyn.

Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud på voksenområdet ultimo 2019. Tilbudene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.



Bilag 4 – Uddannelsesområde blandt medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge, efter målgruppe

Tabel 4

Medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori

Målgruppe	Social og sundhed	Undervisning og samfundsvidenskab mv.	Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.	I alt	I alt
	----- Pct. -----				Antal
Fysisk funktionsnedsættelse i alt	45,9	5,9	48,2	100,0	2.782
Døvblindhed, erhvervet	*	*	54,3	100,0	116
Døvblindhed, medfødt	59,8	1,9	38,3	100,0	264
Hørenedsættelse	52,0	3,7	44,3	100,0	571
Kommunikationsnedsættelse	46,8	3,5	49,7	100,0	1.621
Mobilitetsnedsættelse	46,8	5,4	47,7	100,0	1.014
Synsnedsættelse	43,0	5,2	51,8	100,0	853
Anden fysisk funktionsnedsættelse	41,4	5,4	53,2	100,0	891
Intellektuel/kognitiv forstyrrelse i alt	46,3	5,7	48,0	100,0	7.710
Hjerneskade, erhvervet	51,1	4,9	44,0	100,0	1.178
Hjerneskade, medfødt	47,0	4,4	48,5	100,0	1.979
Udviklingshæmning	45,4	5,4	49,3	100,0	5.985
Anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse	47,2	6,1	46,6	100,0	3.178
Udviklingsforstyrrelse i alt	47,0	7,9	45,1	100,0	9.648
Autismespektrum	46,8	7,7	45,5	100,0	6.668
Opmærksomhedsforstyrrelse	46,5	8,9	44,7	100,0	6.893
Udviklingsforstyrrelse af sansemotoriske færdigheder	47,2	6,2	46,6	100,0	942
Udviklingsforstyrrelse af skolefærdigheder	44,4	11,3	44,2	100,0	1.058
Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	52,2	5,3	42,5	100,0	870
Anden udviklingsforstyrrelse	46,3	8,5	45,2	100,0	2.351
Psykiske vanskeligheder i alt	48,2	8,7	43,1	100,0	8.303
Angst	49,8	10,9	39,3	100,0	3.567
Depression	50,1	12,3	37,6	100,0	2.146
Forandret virkelighedsopfattelse	52,7	11,3	36,0	100,0	2.029
Personlighedsforstyrrelse	50,5	9,9	39,6	100,0	3.428
Spiseforstyrrelse	49,7	11,0	39,3	100,0	1.514
Stressbelastning	46,4	10,3	43,3	100,0	1.714
Tilknytningsforstyrrelse	47,8	9,0	43,2	100,0	5.881
Anden psykisk vanskelighed	47,6	9,0	43,4	100,0	3.329



Tabel 4 (fortsat)

Medarbejdere på anbringelsessteder til børn og unge opdelt på uddannelsesområder, efter målgruppekategori

	Social og sundhed	Undervisning og samfundsvidenskab mv.	Øvrige områder samt grundskole, gymnasial mv.	I alt	I alt
Målgruppe	----- Pct. -----			Antal	
Socialt problem i alt	48,6	8,7	42,6	100,0	9.274
Alkoholmisbrug	50,5	5,8	43,7	100,0	190
Hjemløshed	48,8	*	*	100,0	82
Indadreagerende adfærd	47,9	10,8	41,3	100,0	3.098
Kriminalitet, ikke-personfarlig	41,2	9,2	49,6	100,0	1.436
Kriminalitet, personfarlig	42,0	8,7	49,3	100,0	1.226
Omsorgssvigt	48,5	8,8	42,7	100,0	6.600
Overgreb, andet	47,5	11,2	41,4	100,0	834
Seksuelt krænkende adfærd	46,2	7,6	46,2	100,0	738
Prostitution	*	*	63,6	100,0	22
Seksuelt overgreb	47,0	10,1	42,9	100,0	1.400
Selvskadende adfærd	49,6	10,5	39,9	100,0	3.289
Stofmisbrug	42,7	8,9	48,3	100,0	1.088
Udadreagerende adfærd	46,2	8,4	45,5	100,0	4.304
Voldeligt overgreb	47,4	11,7	40,9	100,0	920
Andet socialt problem	50,2	8,8	41,1	100,0	2.475
Øvrige målgrupper i alt	44,0	5,9	50,1	100,0	4.663
Dømt til strafferetlig foranstaltning	39,7	7,4	53,0	100,0	1.505
Flygtning	47,7	10,5	41,8	100,0	725
Multipel funktionsnedsættelse	45,2	4,1	50,7	100,0	2.607
Sjældent forekommende funktionsnedsættelse	49,5	3,0	47,5	100,0	855

Note: *) Andelen vises ikke grundet diskretionshensyn.

Anm.: Højest fuldførte uddannelse blandt medarbejdere på anbringelsessteder ultimo 2019. Tilbuddene kan være godkendt til flere målgrupper. Se boks 1 for yderligere om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og data fra Tilbudsportalen.

**30.
Omkostninger til vikarer på døgntilbud og
anbringelsessteder**

Kort fortalt

22-09-2021

Omkostninger til vikarer på døgntilbud og anbringelsessteder

Nogle døgntilbud og anbringelsessteder benytter sig af vikarer, som blandt andet kan dække ind for det faste personale i forbindelse med sygdom, ferie samt kurser eller efteruddannelse. Denne analyse belyser tilbuddenes anvendelse af vikarer ved at se på, hvor stor en andel af de samlede lønomkostninger, der går til vikarer. Analysen viser blandt andet, at andelen af døgntilbud med omkostninger til vikarer på over 10 pct. af de samlede lønomkostninger varierer mellem 22 og 31 pct. på tværs af de forskellige virksomhedsformer og mellem 11 og 29 pct. på tværs af de forskellige tilbudstyper.

På Tilbudsportalen findes der oplysninger om sociale tilbuds lønomkostninger til forskellige personalegrupper. Denne analyse belyser, hvor stor en andel af de samlede lønomkostninger, der anvendes til vikarer, herunder vikarbureauer, på døgntilbud til voksne og anbringelsessteder for børn og unge. Vikarer kan både være faguddannede og ufaglærte.

Se boks 1 på s. 9 for en oversigt over tilbudstyper, som indgår i analysen.

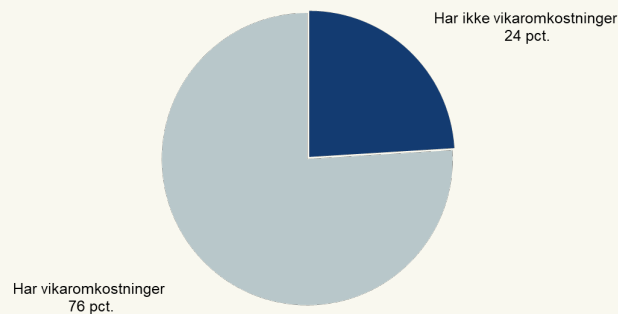
Tilbudsportalens oplysninger om vikaromkostninger indeholder oplysninger fra tilbuddene om deres lønomkostninger til personale, der er ansat for en kortere periode, og som supplerer det fastansatte personale. Her er det muligt, at det kan variere mellem tilbuddene, hvad der præcist forstås som vikarer, og derfor hvad de medregner som vikaromkostninger. Der kan eksempelvis være tilbud, der har løst ansat personale, som de ikke medregner i omkostningerne til vikarer. Oplysninger om vikaromkostninger vil således kunne give en indikation af, i hvor høj grad tilbuddene anvender vikarer, men de er forbundet med usikkerhed og skal derfor også tolkes med varsomhed.

Døgntilbud på voksenområdet

Blandt de 1.327 døgntilbud på voksenområdet, som indgår i analysen, har størstedelen af tilbuddene angivet på Tilbudsportalen, at de har lønomkostninger til vikarer. Det gælder 76 pct. af tilbuddene, mens de resterende 24 pct. ikke har lønomkostninger til vikarer, jf. figur 1.

**Figur 1**

Døgntilbud på voksenområdet efter, om de har lønomkostninger til vikarer, pct.



Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

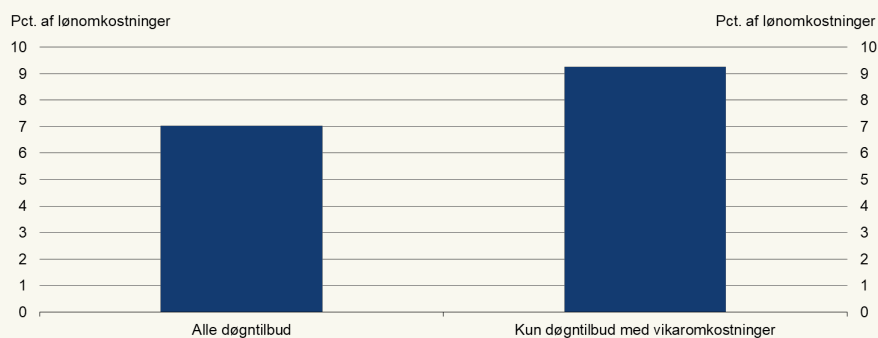
Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

I analysen er tilbud, der har meget lave lønomkostninger til vikarer (under 0,5 pct.), opgjort som ikke havende lønomkostninger til vikarer. Derudover kan der indgå tilbud, som har anvendt vikarer, men som ikke har indberettet oplysninger herom på Tilbudsportalen.

Hvis der ses samlet på alle døgntilbuddene, dvs. både tilbud med og uden lønomkostninger til vikarer, udgør vikaromkostninger i gennemsnit 7 pct. af de samlede lønomkostninger. Ses der udelukkende på døgntilbud med vikaromkostninger, udgør omkostninger til vikarer i gennemsnit lidt over 9 pct. af lønomkostningerne, jf. figur 2.

Figur 2

Gennemsnitlige vikaromkostninger på døgntilbud på voksenområdet efter, om de har lønomkostninger til vikarer



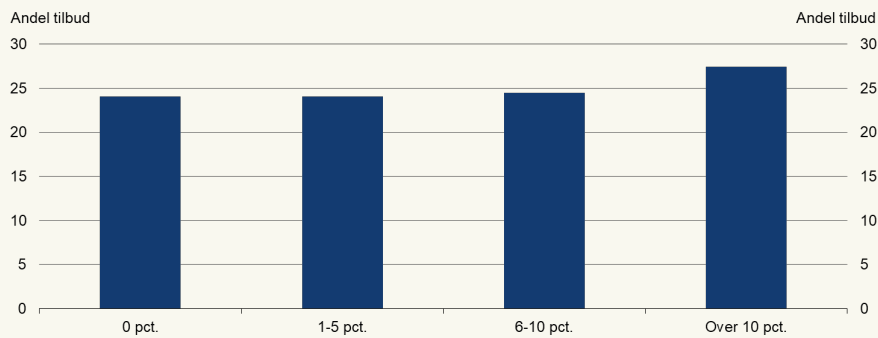
Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Inddeles tilbuddene i intervaller efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, er der en nogenlunde lige stor andel tilbud, som har vikaromkostninger på hhv. 0 pct., 1-5 pct., 6-10 pct. og over 10 pct. af de samlede lønomkostninger, idet hvert interval omfatter i størrelsesordenen 25 pct. af tilbuddene, jf. figur 3.

**Figur 3**

Døgntilbud på voksenområdet efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, pct.



Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Vikarer kan blandt andet dække ind for det faste personale i forbindelse med sygdom, ferie samt kurser eller efteruddannelse. Når tilbud har en lav andel af vikaromkostninger kan det for nogle være udtryk for, at de har et lavt sygefravær eller ved sygdom og andet fravær har mulighed for at dække vagterne ind ved brug af det faste personale. Det kan dog også være et udtryk for, at de ikke prioriterer vikardækning ved fravær blandt det faste personale.

Ses der nærmere på de døgntilbud, som har vikaromkostninger for over 10 pct. af de samlede lønomkostninger, har størstedelen vikaromkostninger for 11-15 pct. af lønomkostningerne. For 17 pct. af døgntilbuddene udgør vikaromkostninger 11-15 pct. af de samlede lønomkostninger, mens 6 og 4 pct. har vikaromkostninger for henholdsvis 16-20 pct. og over 20 pct. af lønomkostningerne, jf. tabel 1.

Tabel 1

Døgntilbud på voksenområdet efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, pct.

Andel vikaromkostninger ud af lønomkostninger	Pct.	Antal
10 pct. og derunder	73	963
11-15 pct.	17	219
16-20 pct.	6	86
Over 20 pct.	4	59
I alt	100	364

Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

På Tilbudsportalen er tilbuddenes virksomhedsform (ejerforhold) angivet. Her kan tilbuddene overordnet inddeles i følgende virksomhedsformer:

- Regionale
- Kommunale
- Private
- Fonde eller selvejende mv.

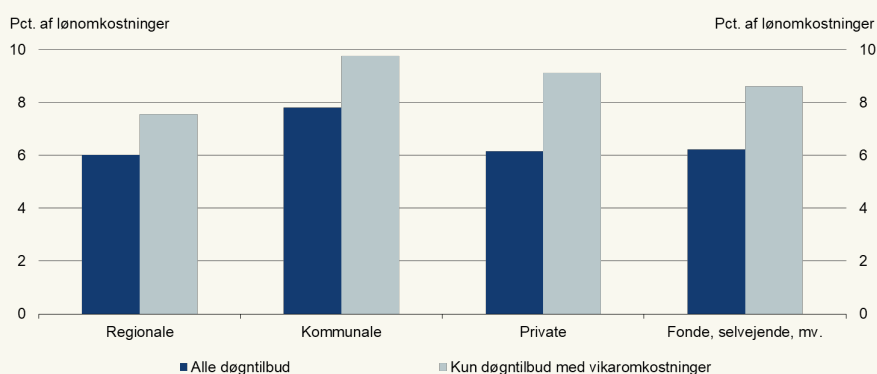


De private tilbud kan opdeles i henholdsvis de kommercielle private som ApS, A/S mv. og de ikke-kommercielle private som fonde, selvejende mv. I denne analyse bruges begrebet private om de kommercielle private.

Vikaromkostningerne varierer i nogen grad efter tilbuddenes virksomhedsform. Hvis der ses på alle tilbud, både med og uden vikaromkostninger, udgør lønomkostninger til vikarer i gennemsnit mellem 6 og 8 pct. af de samlede lønomkostninger. Ses der udelukkende på tilbud med vikaromkostninger, udgør vikaromkostningerne i gennemsnit mellem 8 og 10 pct. af de samlede lønomkostningerne, jf. figur 4.

Figur 4

Gennemsnitlige vikaromkostninger på døgntilbud på voksenområdet efter virksomhedsformer, og om de har lønomkostninger til vikarer



Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

De kommunale tilbud har de højeste gennemsnitlige vikaromkostninger, hvilket blandt andet skal ses i lyset af, at en større andel af de kommunale tilbud har vikaromkostninger i intervallet over 10 pct. Dette gør sig gældende for 31 pct. af de kommunale tilbud, sammenholdt med 22-24 pct. af tilbuddene under de øvrige virksomhedsformer, jf. tabel 2.

Tabel 2

Døgntilbud på voksenområdet efter virksomhedsformer, og hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, pct.

Andel vikaromkostninger ud af lønomkostninger	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.
	----- Pct. af tilbuddene -----			
0 pct.	20	20	33	28
1-5 pct.	39	22	23	26
6-10 pct.	18	27	20	23
Over 10 pct.	22	31	24	23
I alt	100	100	100	100

Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

De højere vikaromkostninger på kommunale tilbud kan muligvis afspejle, at flere af tilbuddene har deres eget vikarkorps, hvormed det vil være de samme vikarer, borgerne møder i hverdagen.



Døgntilbuddene på voksenområdet består af en række forskellige tilbudstyper. Her kan tilbudstyperne overordnet inddeles i følgende kategorier:

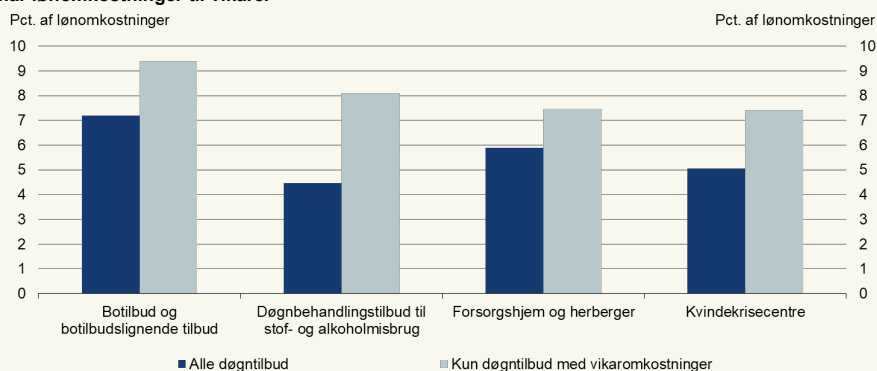
- Botilbud og botilbudslignende tilbud
- Døgnbehandlingstilbud til stof- og alkoholmisbrug
- Forsorgshjem og herberger
- Kvindekrisecentre

Se boks 1 for yderligere om, hvad der er omfattet i kategorierne.

Det varierer også efter tilbudstype, hvor meget omkostninger til vikarer udgør af de samlede lønomkostninger. De gennemsnitlige vikaromkostninger ligger på mellem 4 og 7 pct. af de samlede lønomkostninger, når der ses på alle tilbuddene, både med og uden vikaromkostninger. Ses der udelukkende på tilbuddene med vikaromkostninger, spænder det mellem 7 og 9 pct.

Figur 5

Gennemsnitlige vikaromkostninger på døgntilbud på voksenområdet efter tilbudstyper, og om de har lønomkostninger til vikarer



Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Det er botilbuddene og de botilbudslignende tilbud, som har de højeste gennemsnitlige lønomkostninger til vikarer. Ligeledes udgør vikaromkostninger blandt disse tilbud oftere over 10 pct. af de samlede lønomkostninger, end det er tilfældet for de øvrige tilbudstyper. For 29 pct. af botilbuddene og 11-15 pct. af de øvrige tilbudstyper udgør omkostninger til vikarer over 10 pct. af de samlede lønomkostninger, jf. tabel 3.

**Tabel 3**

Døgntilbud på voksenområdet efter tilbudstyper, og hvor stor en andel vikarkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, pct.

Andel vikarkostninger ud af lønomkostninger	Botilbud og botilbudslignende tilbud	Døgnbehandlings tilbud til stof- og alkoholmisbrug	Forsorgshjem og herberger	Kvindekrisecentre
----- Pct. af tilbuddene -----				
0 pct.	23	45	21	32
1-5 pct.	24	35	30	30
6-10 pct.	24	5	33	28
Over 10 pct.	29	15	15	11
I alt	100	100	100	100

Anm.: Døgntilbud på voksenområdet pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

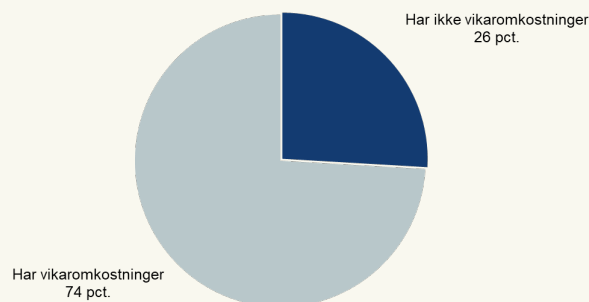
Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Anbringelsessteder til børn og unge

Ses der på omkostninger til vikarer på de 517 anbringelsessteder for børn og unge, som indgår i analysen, er billedet overordnet det samme som for døgntilbud på voksenområdet. Der er 74 pct. af tilbuddene, som har angivet, at de har lønomkostninger til vikarer, mens de resterende 26 pct. ikke har vikarkostninger, jf. figur 6.

Figur 6

Anbringelsessteder efter, om de har lønomkostninger til vikarer, pct.



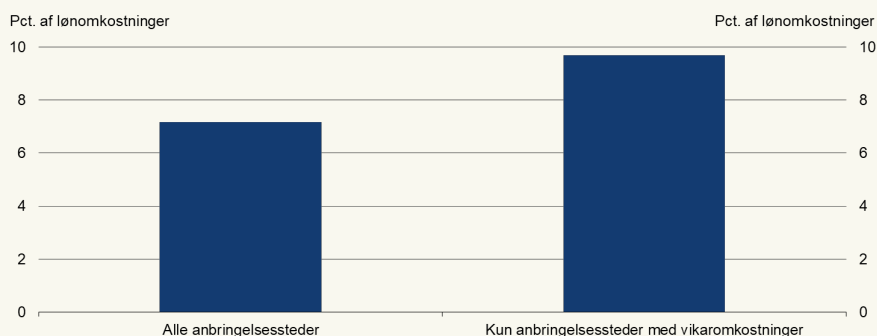
Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Ses der samlet på anbringelsesstederne – både dem med og uden lønomkostninger til vikarer – udgør vikarkostninger i gennemsnit 7 pct. af de samlede lønomkostninger. Ses der udelukkende på de tilbud, som har vikarkostninger, udgør lønomkostninger til vikarer i gennemsnit 10 pct. af de samlede lønomkostninger, jf. figur 7.

**Figur 7**

Gennemsnitlige vikaromkostninger på anbringelsessteder efter, om de har lønomkostninger til vikarer



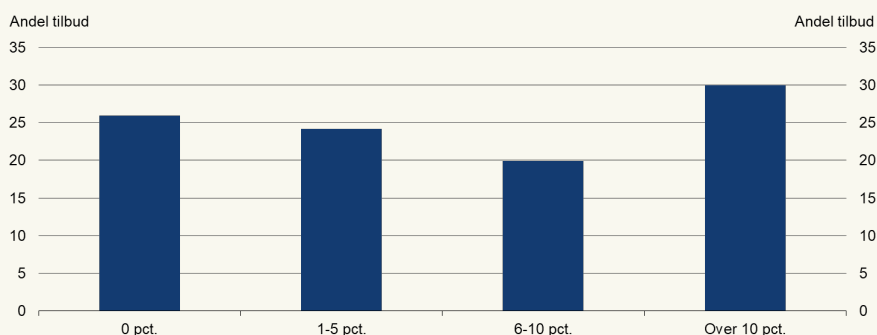
Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Inddeles anbringelsesstederne i intervaller efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, ligger der flest tilbud i intervallet over 10 pct. Det gælder 30 pct. af tilbuddene. De øvrige intervaller, hhv. 0 pct., 1-5 pct. og 6-10 pct., omfatter hver i størrelsesordenen 20-25 pct. af tilbuddene, jf. figur 8.

Figur 8

Anbringelsessteder efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger, pct.



Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Ligesom for døgntilbud på voksenområdet har anbringelsessteder med vikaromkostninger for over 10 pct. af lønomkostningerne, oftest vikaromkostninger for 11-15 pct. af de samlede lønomkostninger. For 18 pct. af anbringelsesstederne ligger vikaromkostningerne på mellem 11 og 15 pct. af de samlede lønomkostninger, mens og 5 pct. har vikaromkostninger for henholdsvis 16-20 og over 20 pct. af lønomkostningerne, jf. tabel 4.

**Tabel 4**

Anbringelsessteder efter, hvor stor en andel vikarkostninger udgør af de samlede lønomkostninger.

Andel vikarkostninger ud af lønomkostninger	Pct.	Antal
10 pct. og derunder	70	362
11-15 pct.	18	94
16-20 pct.	6	33
Over 20 pct.	5	28
I alt	100	517

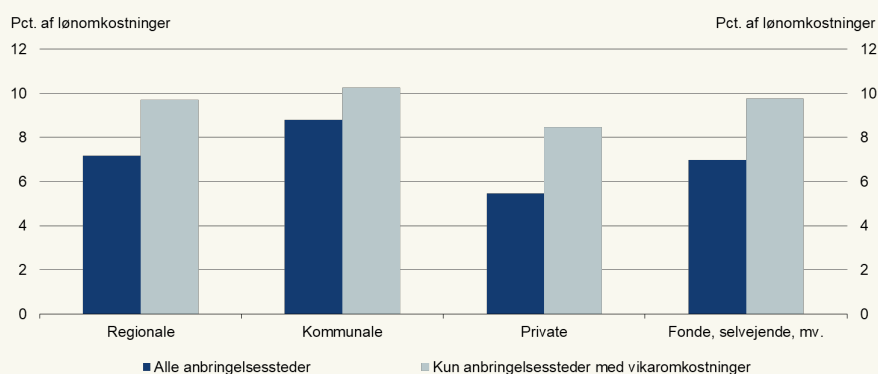
Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Det varierer efter virksomhedsform, hvor meget lønomkostninger til vikarer udgør af de samlede lønomkostninger. Ses der samlet på anbringelsesstederne, hvor både tilbud med og uden vikarkostninger medtages, udgør omkostninger til vikarer i gennemsnit mellem 5 og 9 pct. af de samlede lønomkostninger. Ses der udelukkende på tilbud med vikarkostninger, ligger det på mellem 8 og 10 pct., jf. figur 9.

Figur 9

Gennemsnitlige vikarkostninger på anbringelsessteder efter, virksomhedsformer og om de har lønomkostninger til vikarer



Anm.: Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

De gennemsnitlige vikarkostninger er højest på de kommunale tilbud og lavest på de private tilbud. De kommunale tilbud har sjældnere vikarkostninger på 0 pct. og oftere på over 10 pct. end tilbud under de øvrige virksomhedsformer. Det er 39 pct. af de kommunale tilbud og 22-30 pct. af tilbuddene under de øvrige virksomhedsformer, som har vikarkostninger på over 10 pct. af de samlede lønomkostninger, jf. tabel 5.



Tabel 5

Anbringelsessteder efter, hvor stor en andel vikaromkostninger udgør af de samlede lønomkostninger og virksomhedsformer, pct.

Andel vikar- omkostninger ud af lønomkostninger	Regionale	Kommunale	Private	Fonde, selvejende mv.	----- Pct. af tilbuddene -----				
0 pct.	26	14	35	28					
1-5 pct.	22	21	28	24					
6-10 pct.	22	26	14	19					
Over 10 pct.	30	39	22	28					
I alt	100	100	100	100					

Anm Anbringelsessteder til børn og unge pr. 31. december 2020, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr. Se boks 1 for yderligere om datagrundlag og opgørelsesmetode.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.



Boks 1

Datagrundlag og opgørelsesmetode

Tilbud omfattet i analysen

Analysen omfatter døgntilbud på voksenområdet og anbringelsessteder for børn og unge pr. 31. december 2020. Der er medtaget tilbud, som har angivet oplysninger om omsætning og lønomkostninger for 2019 eller 2020, og som har en omsætning på over 10.000 kr.

Tilbudstyper på voksenområdet

Botilbud og botilbudslignende tilbud omfatter botilbud til længerevarende ophold, § 108; sikret botilbud, § 108; Botilbud målrettet unge mellem 18 og 35 år, §108a, jf. §108; botilbud til midlertidigt ophold, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107 og botilbudslignende tilbud. Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3.

Døgnbehandlingstilbud til stof- og alkoholmisbrug omfatter døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107 og døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL §141.

Kvindekrisecentre omfatter kvindekrisecentre, § 109.

Forsorgshjem og herberger omfatter forsorgshjem og herberger, § 110.

Tilbudstyper på børne- og ungeområdet

Anbringelsessteder omfatter åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b; skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Vikaromkostninger

Tilbudsportalens oplysninger om omkostninger til vikarer/vikarbureauer indeholder oplysninger fra tilbuddene om deres lønomkostninger til personale, der er ansat for en kortere periode, og som supplerer det fastansatte personale. Vikarer kan både være faguddannede og ufaglærte. Omkostninger til vikarer omfatter også omkostninger til vikarbureauer. Det er muligt, at det kan variere mellem tilbuddene, hvad der præcist forstås som vikarer, og derfor hvad de medregner som vikaromkostninger. Der kan eksempelvis være tilbud, der har løst ansat personale, som de ikke medregner i omkostningerne til vikarer. Oplysninger om vikaromkostninger vil således kunne give en indikation af, i hvor høj grad tilbuddene anvender vikarer, men de er forbundet med usikkerhed og skal derfor også tolkes med varsomhed.

De samlede lønomkostninger er beregnet som summen af omkostningerne til den øverste ledelse, borgerrelateret personale, administrativt og teknisk personale samt til vikarer/vikarbureauer og bestyrelseshonorar.

Blandt tilbud, hvor vikaromkostninger udgør 0 pct. af de samlede lønomkostninger, indgår også tilbud, som har lønomkostninger til vikarer for under 0,5 pct. af de samlede lønomkostninger pga. afrunding. Derudover kan der indgå tilbud, som har anvendt vikarer, men som ikke har indberettet oplysninger herom på Tilbudsportalen.

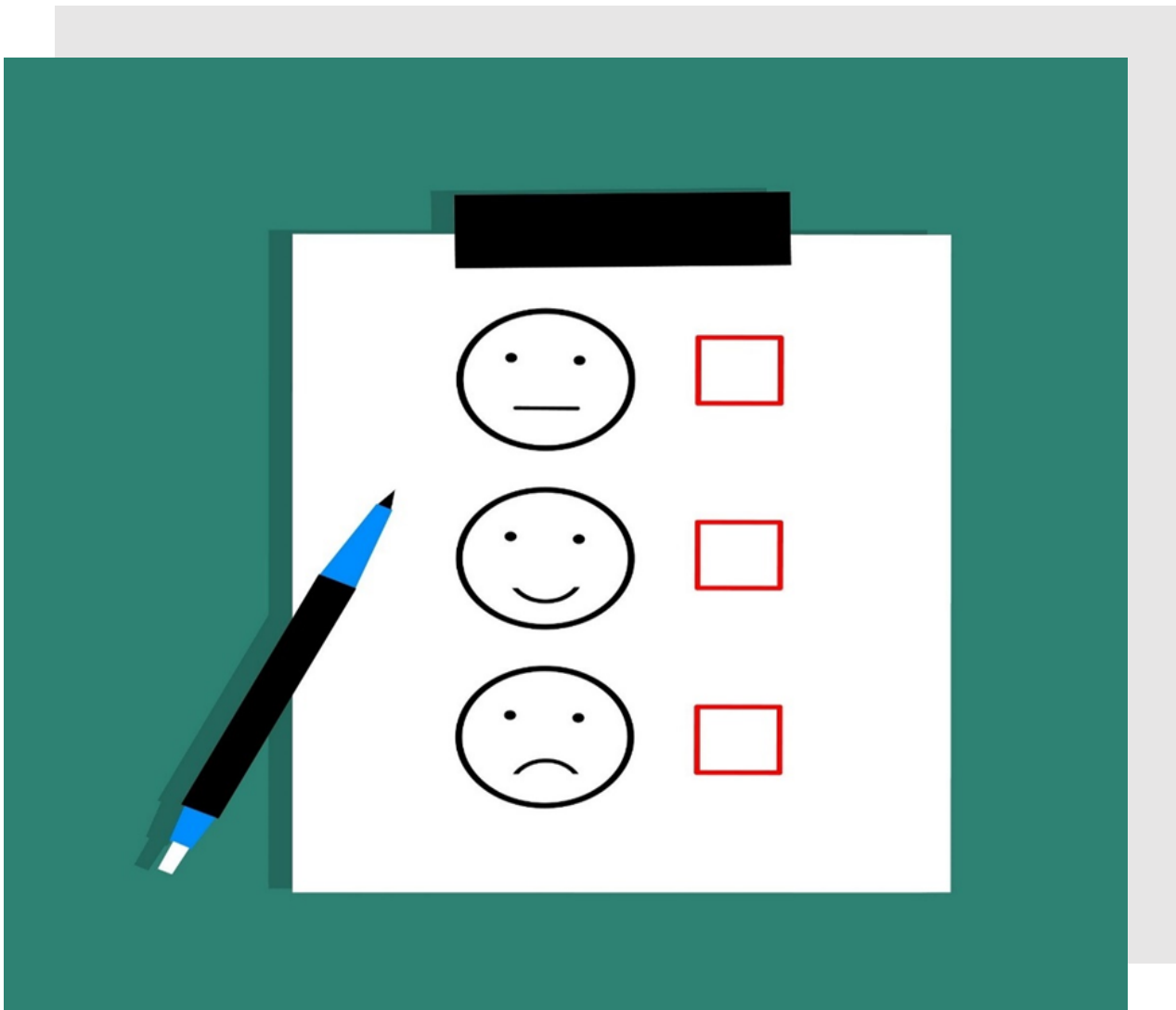
Virksomhedsformer

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

**31.
Brugertilfredshedsundersøgelse på det
specialiserede voksenområde – tilfredshed med den
socialpædagogiske støtte på botilbud,
botilbudslignende tilbud eller i eget hjem**

Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde

Tilfredshed med den socialpædagogiske støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem



Didde Cramer Jensen, Morten Holm Enemark, Maria Røgeskov og Lars Fynbo

Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde – Tilfredshed med den socialpædagogiske støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-980-2

Forsidegrafik: Mohamed Hassan/Pixabay

Projekt: 301915

Finansiering: Social- og Ældreministeriet

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Velfærdsstaten skal sikre, at mennesker i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap får den hjælp og støtte, de har behov for. Selvom der gennem de senere år har været adskillige eksempler på udviklingen af nye specialiserede indsatsmetoder, der skal sikre borgerne kvalificerede og virkningsfulde indsatser på det sociale område, så ved vi kun lidt om, hvordan borgerne selv oplever den støtte, de får. Mange kommuner arbejder imidlertid med brugertilfredshedsundersøgelser, men på nationalt plan er der hidtil ikke gennemført en undersøgelse af borgernes tilfredshed på det specialiserede socialområde.

Der er på den baggrund taget initiativ til, at der gennemføres en national brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde. Undersøgelsens primære formål er at give et overblik over borgernes tilfredshed med den socialpædagogiske støtte samt deres oplevelse af visitationsprocessen, når de tildeles støtte.

Undersøgelsen bygger på en webbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt borgere, som modtager socialpædagogisk støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem. Undersøgelsen har således et sekundært formål om at få erfaring med brugertilfredshedsundersøgelser blandt disse grupper af borgere, og hvor datamaterialet tilvejebringes på denne måde. Vi vil gerne takke alle de borgere, som tog sig tid til at svare på spørgeskemaet, og de pårørende, medarbejdere og ledere, som har støttet borgerne i processen.

Undersøgelsen indgår i Social- og Ældreministeriets igangværende evaluering af det specialiserede socialområde i Danmark. Derudover vil undersøgelsens resultater have interesse for kommunale politikere, ledere og medarbejdere, som leverer sociale indsatser under serviceloven, og kan bruges til styrke og forbedre indsatserne for målgruppen og understøtte det lokale kvalitetsudviklingsarbejde i kommuner og på botilbud.

Undersøgelsen er gennemført af forsker Didde Cramer Jensen (projektleder), analytiker Morten Holm Enemark, forsker Maria Røgeskov og seniorforsker Lars Fynbo. Danmarks Statistik har stået for dataindsamlingen. Rapporten har været i eksternt review hos to eksperter på området, som vi takker for nyttige kommentarer.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Social- og Ældreministeriet.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	12
1.1 Baggrund og formål	12
1.2 Data og metode.....	13
1.3 Målgruppe og støttebehov.....	14
1.4 Måling af tilfredshed	15
1.5 Læsevejledning	16
2 Metode, datagrundlag og databearbejdning	17
2.1 Undersøgelsens metode og datagrundlag	17
2.1 Udvikling af spørgeskemaet	18
2.2 Pilottest af spørgeskema.....	20
2.3 Population, stikprøvedesign og vægtning	21
2.4 Respondent karakteristik	23
2.5 Frafaldsanalyse	27
2.6 Response bias – hjælp til besvarelse af undersøgelsen.....	33
3 Brugertilfredshed på det specialiserede voksenområde i Danmark	40
3.1 Oplevelse af visitation	41
3.2 Oplevelsen af handleplaner	45
3.3 Opfyldelse af støttebehov.....	48
3.4 Udbytte af støtten.....	51
3.5 Kontakten til fagprofessionelle	55
3.6 Leveforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud.....	59
3.7 Generel tilfredshed med støtten.....	62
4 Konklusion og perspektivering	66
4.1 Konklusioner omkring borgernes generelle tilfredshed	67
4.2 Tilfredshed med kontakten til fagprofessionelle og leveforholdene på botilbud/botilbudslignende tilbud.....	69
4.3 Konklusioner omkring variationer i borgernes tilfredshed	70
4.4 Perspektivering	73
Litteratur	76
Bilag 1 Spørgeskema om brugertilfredshed	79
Bilag 2 Undersøgelse af betydning af vægtning.....	89
Bilag 3 Sammenlignende analyser	92

Sammenfatning

Brugertilfredshedsundersøgelser indgår i stadig større omfang som et element i den måde, hvorpå man forvalter de offentlige serviceområder i de nordiske lande. I Danmark har man siden 2000 gennemført nationale brugertilfredshedsundersøgelser på de store velfærdsområder. Det specialiserede socialområde er imidlertid endnu ikke blevet undersøgt.

Social- og Ældreministeriet har med afsæt heri bedt VIVE gennemføre en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse blandt borgere, som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, på botilbud eller botilbudslignende tilbud. Undersøgelsen indgår i Social- og Ældreministeriets igangværende evaluering af det specialiserede socialområde i Danmark.

Formålet med undersøgelsen er at få viden om borgernes tilfredshed med den støtte, de modtager, deres generelle trivsel på botilbud og botilbudslignende tilbud samt deres tilfredshed med visitationsprocessen og kontakt til visitationsmyndigheder. Ønsket er, at viden fra undersøgelsen kan bruges til at styrke kvaliteten i indsatser for målgruppen.

Brugertilfredshedsundersøgelsen er gennemført som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt ydelsesmodtagere på området. Designet skal ses som en slags pilot-test, hvor det undersøges, om brug af spørgeskemaundersøgelser fungerer blandt målgruppen. Dataindsamlingen er foretaget af Danmarks Statistik i sommeren 2021 blandt borgere, som var ydelsesmodtagere i 2019. Populationen udgøres af 47.115 personer, der er tildelt ydelser via SL § 85 i eget hjem og §§ 107-108 samt § 85 i botilbudslignende tilbud i Danmark. Blandt personer, der modtager § 85 i eget hjem, er der udtrukket en tilfældig stikprøve på 6.516 personer, og for borgere i botilbud (§§ 107-108) samt borgere i botilbudslignende tilbud (§ 85 i botilbudslignende tilbud) er alle personer i populationen valgt, da opnåelsesprocenten for denne gruppe blev forventet at være lav. I alt deltog 5.040 borgere i undersøgelsen, svarende til en samlet svarprocent på 21,9 %. Ser vi på svarprocenten isoleret for borgere i eget hjem, ligger den på 32,7 %, mens den for borgere i botilbud og botilbudslignende tilbud ligger noget lavere på 17,2 %.

Den lave svarprocent kan skabe bekymring omkring undersøgelsens repræsentativitet, altså om resultaterne fra stikprøven kan generaliseres til at gælde hele populationen af borgere i målgruppen. Samtidig viser en frafaldsanalyse, at frafaldet er skævt fordelt i forhold til de borgere, som har valgt at deltage i undersøgelsen. I analyserne benytter vi "vægte" til at give et mere retvisende billede af tilfredsheden i gruppen af respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem samt målgruppen som helhed. På den måde tager vi i nogen grad højde for en lav svarprocent samt et skævt frafald.¹ Resultaterne bør imidlertid fortsat kun ses i perspektivet af disse forhold og kan ikke med sikkerhed siges at være repræsentative for hele målgruppen.

Svarprocenten skal ses i lyset af, at det generelt er svært at gennemføre undersøgelser blandt borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse grundet handicaprelaterede og kontekstmæssige barrierer (Marpasat & Razafindratsima, 2010; Mitchell et al., 2006;

¹ Bemærk, at der er anvendt populationsdata for borgere i eget hjem til at vægte resultaterne for borgere i eget hjem, og at der anvendes populationsdata for borgere i botilbud til at vægte resultaterne for borgere i botilbud.

Parsons, Baum & Johnson, 2000). En betragtelig del af målgruppen lever med så komplekse sociale, psykiske og/eller fysiske problemstillinger, at de ikke har mulighed for at deltage i en survey. For fremtidige brugertilfredshedsundersøgelser kan det derfor være formålstjenesteligt at supplere et survey-design med besøgsinterview. Grundet corona-restriktioner var dette ikke muligt i denne undersøgelse.

Spørgeskemaet er udviklet dels med afsæt i eksisterende surveys med validerede spørgebatterier, dels via to pilottests. Danmarks Statistik har testet spørgeskemaet telefonisk med relevante borgere, og VIVE har gennemført kvalitative interviews med tre borgere med komplekse sociale og psykiske problemstillinger, som boede på et botilbud. På baggrund af de to pilottest er spørgeskemaets struktur og sprogbrug tilpasset målgruppen for at sandsynliggøre, at borgerne forstår spørgsmålene ens og kan afgive valide svar.

Spørgeskemaundersøgelsen giver et sjældent indblik i, hvordan nogle af samfundets mest socialt udsatte borgere, inkl. borgere med komplekse problemstillinger (såsom mange års hjemløshed, stofmisbrug og svære psykiske lidelser), oplever kvaliteten i de sociale tilbud, som de modtager.

Resultaterne fra undersøgelsen afrapporteres separat for borgere i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem. Årsagen hertil er, at tilfredsheden potentielt kan variere mellem de to grupper grundet variation med hensyn til borgernes støttebehov, funktionsevne, sociale problemstillinger og boligforhold. Nedenfor er undersøgelsens resultater opsummeret.

Brugertilfredshed blandt modtagere af socialpædagogisk støtte i Danmark

Generel tilfredshed med den støtte, som borgerne modtager

Borgerne er generelt meget tilfredse med den støtte, de modtager fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud. 77 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 86 % af borgerne i eget hjem er tilfredse eller meget tilfredse med den støtte, de får. Blot 8 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 6 % af borgerne i eget hjem er utilfredse eller meget utilfredse med støtten.

Den høje brugertilfredshed gælder også for de specifikke ydelser, borgerne er blevet tildelt. Mere end 70 % af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem er tilfredse med den specifikke støtte, de får, mens under 5 % ikke er tilfredse. Undersøgelsen viser, at tilfredsheden i begge grupper er størst i forhold til hjælp til at opretholde kontakt til behandlere, mens den for borgere i eget hjem er lavest i forhold til at være sammen med andre. For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er tilfredsheden lavest i forhold til hjælp til at klare personlig pleje (70 %).

Borgere, der bor i eget hjem, er signifikant mere tilfredse med støtten sammenlignet med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Den største andel af borgere, som er utilfredse med støtten, findes blandt modtagere af SL §§ 107-108.

Moderat tilfredshed med samarbejde med myndighedssagsbehandler

Cirka halvdelen af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (49 %) og eget hjem (57 %) finder, at samarbejdet med deres sagsbehandler fungerer godt. Henholdsvis 17 % (eget hjem) og 19 % (botilbud) vurderer, at samarbejdet med myndighedssagsbehandler hverken fungerer godt eller dårligt. Til sammenligning vurderer 14 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 13 % af borgerne i eget hjem, at samarbejdet fungerer dårligt eller meget dårligt.

Borgere, som bor i eget hjem, er mere tilfredse med samarbejdet end borgere, som bor på botilbud/botilbudslignende tilbud. Borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem, samt borgere, som modtager SL § 107, er signifikant mere tilfredse end borgere, som modtager § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108. Ældre borgere (60+ år) er mere kritiske over for samarbejdet med deres sagsbehandler end unge borgere (18-39 år). Desuden viser undersøgelsen, at i jo større omfang borgerne (både på botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem) oplever at have sociale vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de vurderer, at samarbejdet med deres sagsbehandler ikke er velfungerende. Samtidig viser undersøgelsen, at jo flere forskellige typer vanskeligheder borgeren oplever, jo dårligere opleves samarbejdet med deres sagsbehandler. Køn har ingen betydning for oplevelsen af samarbejdet, hverken blandt borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud eller eget hjem.

Moderat tilfredshed med udredning

Der er en moderat tilfredshed med kommunens udredning af borgernes støttebehov. Cirka halvdelen af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (46 %) og i eget hjem (52 %) oplever, at kommunen har undersøgt deres støttebehov grundigt. Samtidig oplever lidt over en fjerdedel af borgerne (26 %) i både botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem, at der ikke har fundet en grundig udredning sted.

59 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 67 % af borgerne i eget hjem oplever at være blevet inddraget i den kommunale sagsbehandlers sammensætning af tilbud om støtte. Til sammenligning oplever 14 % af borgerne i eget hjem og 15 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud, at sagsbehandleren enten kun i begrænset grad eller slet ikke lytter til deres ønsker.

Borgere bosiddende i eget hjem oplever i højere grad end borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, at deres støttebehov er undersøgt grundigt. Borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem samt SL § 107, er mere tilfredse end borgere, som modtager § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108. Køn har ingen signifikant betydning for oplevelsen af udredning af støttebehov, hverken blandt borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud eller eget hjem. For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er der imidlertid forskel på aldersgrupper, hvor unge borgere (18-39 år) i mindre grad end ældre (60+ år) føler sig grundigt udredte.

Endelig viser undersøgelsen, at sandsynligheden for, at en borger føler sig grundigt udredt, falder, i jo højere grad borgeren oplever at have enten kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder, samt jo flere af disse vanskeligheder borgeren oplever. Resultatet er statistisk signifikant for borgere i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem.

Generel tilfredshed med § 141-handleplaner

Undersøgelsen viser, at ca. to tredjedele af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (66 %) og eget hjem (57 %) har en § 141-handleplan. Sandsynligheden for at have en § 141-handleplan er signifikant højere blandt borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud end i eget hjem. Samtidig er der ca. en fjerdedel af borgerne, som angiver, at de ikke ved, om de har en § 141-handleplan. Tallet er henholdsvis 25 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % for borgere i eget hjem. Kun en mindre andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (3 %) og i eget hjem (6 %) har frabedt sig handleplanen. Flere mænd end kvinder fravælger en handleplan.

Blandt gruppen af borgere, som har en § 141-handleplan, vurderer langt størstedelen af borgere både i botilbud/botilbudslignende tilbud (70 %) og eget hjem (72 %), at handleplanen i nogen grad eller høj grad er virksom for dem. Borgere, som modtager SL § 107, er mindre tilbøjelige til at opleve, at handleplanen virker for dem i sammenligning med borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem samt § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108. Unge borgere (18-39 år) i både eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud er desuden mindre tilbøjelige til at opleve, at handleplanen virker i sammenligning med ældre borgere (40+ år).

Mindre tilfredshed med støttens omfang

En væsentlig andel af borgerne oplever, at deres støttebehov ikke er ordentligt dækket. Henholdsvis 39 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem oplever, at de mangler støtte til hverdagslige gøremål. De aktiviteter, som flest respondenter – både i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem – angiver at mangle støtte til, er henholdsvis støtte til at deltage i fritidsaktiviteter og have nogen at tale med om, hvordan de har det.

Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er også signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de mangler støtte i sammenligning med borgere i eget hjem. Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er desuden signifikant mere tilbøjelige til at mangle støtte til personlig pleje og deltagelse i fritidsaktiviteter end borgere i eget hjem. Borgere, der modtager SL § 107 og § 85 i botilbudslignende tilbud, efterspørger i højere grad disse ydelser i sammenligning med borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem samt SL § 108. Unge borgere (18-39 år) på både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem er signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet end voksne borgere (40+ år).

Endelig viser undersøgelsen, at i jo højere grad borgerne oplever at have vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at støtten ikke er dækkende. Borgere, som føler, at deres støttebehov ikke i tilstrækkelig grad er blevet udredt, og borgere, som føler, at samarbejdet med deres sagsbehandler ikke fungerer, har en større sandsynlighed for at opleve, at deres støtte ikke er dækkende. Resultatet er signifikant for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem.

Variierende tilfredshed med udbytte af støtten

Undersøgelsen viser, at mange borgere er tilfredse med udbyttet af den støtte, de modtager. Mere end to tredjedele af borgerne oplever, at støtten i nogen grad eller i høj grad

hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen. Tallet er 71 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 69 % for borgere i eget hjem. 13 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 12 % af borgerne i eget hjem oplever derimod i mindre grad eller slet ikke, at støtten bidrager til deres oplevelse af at klare flere ting i hverdagen. Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt end borgere i eget hjem.

Mere end 70 % af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem oplever, at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at trives. 11 % af borgerne i eget hjem og 9 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud finder derimod ikke, at støtten understøtter deres trivsel. Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at støtten hjælper dem til at trives, end borgere i eget hjem. Jo længere tid, man som borger har modtaget støtte, jo bedre føler man sig støttet i at trives.

Endelig oplever færre, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv. 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv. Borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud oplever i højere grad end borgere i eget hjem, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv. For begge grupper falder oplevelsen af, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv, i jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder.

Overvejende tilfredshed med kontakten til fagprofessionelle

84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 89 % af borgerne i eget hjem svarer, at de oplever kontakten til deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet som god eller meget god. 84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 92 % af borgerne i eget hjem oplever, at der i nogen grad eller i høj grad bliver lyttet til dem.

I forhold til oplevelsen af, om der er tid nok, er billedet mere broget. 70 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 80 % af borgerne i eget hjem oplever, at der er tid nok, mens 20 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 11 % af borgerne i eget hjem oplever, at der i mindre grad eller slet ikke er tid nok til dem. Oplevelsen af at have en god kontakt til de fagprofessionelle, at der er tid nok, og at man som borger bliver lyttet til, er signifikant højere for borgere i eget hjem end i botilbud/botilbudslignende tilbud. Samtidig daler oplevelsen af, at der er tid nok (for både borgere i eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud), i jo højere grad borgerne oplever at have kognitive og psykiske vanskeligheder, samt jo flere vanskeligheder borgeren oplever at have samtidigt.

Variierende tilfredshed med levetilstandene på botilbud/botilbudslignende tilbud

En høj andel af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud oplever at trives på botilbuddet (80 %), mens 8 % oplever, at de i mindre grad eller slet ikke trives. Der er også en udbredt tilfredshed med de regler, der gælder for beboernes lejligheder på botilbuddene, fx vedrørende rygning eller besøg. 76 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med de pågældende regler. Blot 6 % angiver, at de er utilfredse eller meget utilfredse med reglerne.

Mange borgere oplever imidlertid i nogen grad eller høj grad forstyrrelser fra andre beboere (44 %). Dog angiver 42 % af borgerne, at de kun i mindre grad eller slet ikke oplever forstyrrelser fra andre på botilbuddet. Yngre borgere (18-39 år) føler sig signifikant mere forstyrret end ældre borgere (40-60+ år), og kvinder føler sig signifikant mere forstyrret end mænd. Borgere, som modtager SL § 108, føler sig i højre grad forstyrret end borgere, der modtager SL § 107 og § 85 i botilbudslignende tilbud. Endelig stiger sandsynligheden for at føle sig forstyrret proportionalt med borgernes oplevelse af at være plaget af kognitive, psykiske og sociale vanskeligheder.

Perspektivering

Til trods for, at resultaterne i undersøgelsen ikke med sikkerhed kan siges at være repræsentative, peger brugertilfredshedsundersøgelsen på en række tendenser, som udgør opmærksomhedspunkter i forhold til fremadrettet at tilrettelægge den socialpædagogiske støtte målrettet borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem. Disse opmærksomhedspunkter er beskrevet nedenfor.

Sociale relationer og deltagelse

Adspurgt om, hvorvidt de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud, svarer henholdsvis 39 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem, at de mangler støtte til hverdagslige gøremål. Af disse borgere angiver flest borgere i både eget hjem og i botilbud/botilbudslignende tilbud, at de mangler støtte til at deltage i fritidsaktiviteter samt at have nogen at snakke med. Af de borgere, som angiver at mangle støtte til noget, svarer henholdsvis 45 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 36 % af borgerne i eget hjem, at de synes, at de mangler støtte til at deltage i fritidsaktiviteter, mens ca. 40 % i begge grupper angiver, at de mangler støtte til at have nogen at snakke med om, hvordan de har det. Selvom respondenterne også peger på andre forhold (sætte mål for det kommende år, personlig pleje, kontakt til myndighedssagsbehandler mv.), som de oplever at mangle støtte til, er det værd at bemærke, at de to væsentligste oplevede mangler relaterer sig til sociale aspekter af støtten. Henholdsvis 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever desuden, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv.

Forskning peger på, at det at være socialt forbundet til andre og deltage i samfundslivet spiller en positiv rolle for menneskers trivsel og helbred. Samtidig ved vi også, at fysiske, psykiske og sociale vanskeligheder kan udgøre en begrænsende faktor for netop deltagelse i sociale netværk og aktiviteter. Det er derfor et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgernes sociale behov opfyldes, og at de støttes i at indgå i meningsfulde fællesskaber.

Relationelt samarbejde med sagsbehandler

Undersøgelsen finder en række signifikant statistisk sammenhænge, der gælder for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og borgere i eget hjem. Det gælder dels sammenhængen mellem borgernes oplevelse af samarbejdet med deres sagsbehandler, dels vurdering af deres tilfredshed med støtten. Vi finder også en positiv sammenhæng mellem oplevelse af samarbejdet med sagsbehandleren og oplevelsen af, hvorvidt ens

støttebehov er opfyldt. Desuden er der en positiv sammenhæng mellem borgernes oplevelse af tilfredshed med støtten, og hvorvidt de føler sig grundigt udredte eller ej. Endelig er der også en positiv sammenhæng mellem, hvorvidt borgeren føler sig lyttet til af sin sagsbehandler, og oplevelsen af, at ens støttebehov er grundigt undersøgt.

Selvom vores analyser ikke gør det muligt at sige noget om årsagssammenhænge, så vidner de signifikant statistisk sammenhænge om, at det er vigtigt at interessere sig for de relationelle aspekter af brugertilfredsheden. Ikke mindst set i lyset af, at andre undersøgelser finder, at borgere i høj grad forbinder god kvalitet med det at blive lyttet til og mødt i øjenhøjde.

Hånd om de mest udsatte borgere

Undersøgelsen viser (for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem), at sandsynligheden for, at en borger føler sig grundigt udredt, falder, i jo højere grad borgeren oplever kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder. I jo højere grad man som borger oplever at have vanskeligheder (og jo flere vanskeligheder man oplever at have), jo større er sandsynligheden desuden for, at man oplever, at støtten ikke er dækkende. For borgere med kognitive og psykiske vanskeligheder gælder desuden, at jo flere vanskeligheder man føler at have, jo større er sandsynligheden for, at man oplever, at de fagprofessionelle ikke har tid nok til en. I jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo mindre er sandsynligheden desuden for, at borgerne oplever, at sagsbehandleren lytter til deres ønsker om støtte, og i jo mindre grad oplever de, at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen samt opretholde et socialt liv.

Forskning peger på, at borgere med handicap og/eller sociale problemstillinger ofte oplever større vanskeligheder ved at indgå i samspillet med offentlige myndigheder, i lavere grad føler sig inddraget og sommetider modtager en service af ringere karakter (i sammenligning med borgere uden disse vanskeligheder). Et vigtigt opmærksomhedspunkt er derfor at sikre, at de mest sårbare og udsatte borgergrupper modtager den nødvendige støtte.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

Siden 1980'erne har brugerinddragelse medvirket til måden, hvorpå man i de nordiske lande har arbejdet med effektivisering og udvikling af velfærdsydelser (Egilson, Dybbroe & Olsen, 2018). Foranlediget af New Public Governance som styringsparadigme er borgerinddragelse og samskabelse i dag en del af måden, hvorpå de offentlige velfærdsområder forvaltes (Krogsgaard & Rod, 2018). Brugertilfredshedsundersøgelser anvendes bl.a. til at vurdere, hvor tilstrækkelig, målrettet og rimelig en service opleves, samt til at vurdere den brugeroplevede kvalitet og effekt (Dalsgaard & Jørgensen, 2010).

I Danmark er der siden 2000 foretaget systematiske nationale tilfredshedsundersøgelser blandt brugere af en række velfærdsområder. I regionalt regi gennemføres årligt Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP), hvor borgernes tilfredshed og oplevelser med sundhedsvæsenets instanser vurderes. Siden 2007 har Sundhedsministeriet desuden gennemført landsdækkende undersøgelser af brugertilfredshed i ældreplejen, og fra 2019-2022 gennemfører Indenrigs- og Boligministeriet brugertilfredshedsundersøgelser på en række velfærdsområder i de danske kommuner: folkeskole og SFO, dagtilbud og genoptræning.

Brugertilfredsheden blandt ydelsesmodtagere på det specialiserede socialområde er hidtil ikke blevet systematisk belyst på tværs af alle kommuner. Vi ved derfor relativt lidt om den generelle brugertilfredshed blandt ydelsesmodtagere af socialfaglig støtte.

Der er på den baggrund taget initiativ til at igangsætte en national brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde. Social- og Ældreministeriet har bedt VIVE om at gennemføre en sådan undersøgelse. Undersøgelsen indgår i Social- og Ældreministeriets igangværende evaluering af det specialiserede socialområde i Danmark.

Tilfredshedsundersøgelsen har til formål at belyse brugertilfredsheden med en række specifikke borgerrettede ydelser, der leveres i forbindelse med den socialpædagogiske støtte til borgere i eget hjem, på botilbud eller botilbudslignende tilbud. Desuden belyser undersøgelsen borgernes tilfredshed med visitationsprocessen og kontakt til de respektive visitationsmyndigheder. Undersøgelsen er igangsat, fordi vi i Danmark ved relativt lidt om borgernes oplevelse af den socialfaglige støtte og visitationsprocessen, når de tildeles støtte. Endelig tjener undersøgelsen som en slags pilottest med hensyn til fremadrettet at anvende spørgeskemaer i forhold til målgruppen.

Ønsket er, at resultaterne fra undersøgelsen vil bidrage til det kommunale udviklingsarbejde med at sikre en høj kvalitet i ydelser til målgruppen. Konkret belyser undersøgelsen følgende temaer omkring borgernes tilfredshed:

- Borgernes tilfredshed med den støtte, de modtager
- Borgernes oplevelse af, om støtten er dækkende
- Borgernes relation til sagsbehandler og fagprofessionelle
- Borgernes udbytte af den tildelte støtte
- Borgernes oplevelse af visitationsprocessen

- Borgernes vurdering af deres handleplan (§ 141)
- Borgernes oplevelse af leveforholdene på botilbud/botilbudslignende tilbud.

Temaerne er udvalgt, dels fordi de afspejler anbefalinger til vurdering af brugeroplevet kvalitet af ydelser formuleret i internationale vurderingsværktøjer (se afsnit 2.2), dels har en følgegruppe nedsat af Social- og Ældreministeriet, bestående af relevante aktører og organisationer på området, peget på væsentlige emner af betydning for borgernes tilfredshed.

1.2 Data og metode

Brugertilfredshedsundersøgelsen er gennemført som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse med telefoninterviewopfølgning ved manglende besvarelser. Spørgeskemaet er udarbejdet af VIVE, og dataindsamlingen er foretaget af Danmarks Statistik. Målgruppen for undersøgelsen er borgere 18+ år, som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, på botilbud eller botilbudslignende tilbud.

I alt deltog 5.040 borgere i undersøgelsen. Populationen udgøres af 47.115 personer, der er tildelt ydelser via SL §85 + §§ 107-108 i Danmark. Blandt personer, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, er der tilfældigt udtrukket en stikprøve på 6.516 personer, og for borgere i botilbud og botilbudslignende tilbud er alle personer i populationen valgt, da opnåelsesprocenten i denne gruppe forventedes at være lav. Danmarks Statistik har genereret begge grupper via HANDIC-registret fra 4. kvartal 2019. 730 respondenter svarede, at de ikke modtager støtte, hvorfor vi har valgt at lade dem udgå af undersøgelsen og populationen. Det efterlader os med 4.310 gennemførte besvarelser, svarende til en samlet svarprocent på 21,9 %. Ser vi på svarprocenten isoleret for borgere med § 85-støtte i eget hjem, ligger den på 32,7 %, mens den for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud (§§ 107-108 + § 85 i botilbudslignende tilbud) ligger noget lavere på 17,2 %. Før vi dropper de 730 respondenter, der har svaret, at de ikke modtager en relevant ydelse, ligger svarprocenten for personer med registreret § 85-støtte i eget hjem på 39,9 %, mens den for personer registreret i botilbud/botilbudslignende tilbud ligger på 17,6 %.

Det er kendt, at det er vanskeligt at gennemføre undersøgelser blandt borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, og at målgruppen derfor ofte er underrepræsenteret (Marpasat & Razafindratsima, 2010; Mitchell et al., 2006; Parsons, Baum & Johnson, 2000). Vi har i vores design taget højde for den forventede lavere svarprocent blandt personer, der bor på botilbud/botilbudslignende tilbud i forhold til personer, der bor i eget hjem. I analyserne benytter vi statistiske "vægte" til at give et mere retvisende billede i gruppen af respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem samt målgruppen som helhed og tager således – i nogen grad – højde for den lave svarprocent og et skævt frafald.² Resultaterne bør imidlertid fortsat kun ses i perspektivet af den lave deltagelse og det skæve frafald, hvorfor vi ikke med sikkerhed kan konkludere, at de er repræsentative for hele målgruppen (se kapitel 2 for en gennemgang af

² Bemærk, at der er anvendt populationsdata for borgere i eget hjem til at vægte resultaterne for borgere i eget hjem, og at der anvendes populationsdata for borgere i botilbud til at vægte resultaterne for borgere i botilbud.

undersøgelsens metode og datagrundlag). Imidlertid bør resultaterne kun ses i perspektivet af den lave deltagelse og det skæve frafald og kan ikke med sikkerhed siges at være repræsentative.

Generelt er spørgeskemaundersøgelser blandt brugere på det psykosociale felt meget lidt udbredte (Weigelt et al., 2016), og denne undersøgelse kan betragtes som en slags pilottest, der undersøger muligheden for overhovedet at gennemføre spørgeskemaundersøgelser blandt borgere på det specialiserede socialområde.

Social- og Ældreministeriet og VIVE er bevidste om, at det er udfordrende at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt gruppen af ydelsesmodtagere bl.a. på grund af kommunikative og kognitive udfordringer blandt borgergruppen. Imidlertid har det ikke været muligt at gennemføre en landsdækkende undersøgelse på anden måde inden for undersøgelsens tidsramme, bl.a. på grund af covid-19-pandemien, der har forhindret gennemførelse af interview ansigt-til-ansigt. Fremadrettet anbefales det, at brugertilfredshedsundersøgelser i deres design i højere grad tager højde for borgernes (psykiske og kognitive) vanskeligheder, særligt gældende for borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. Dette kunne eventuelt gøres ved at sammensætte et repræsentativt sample og gennemføre besøgsinterview med disse borgere (eventuelt som supplement til survey).

1.3 Målgruppe og støttebehov

De borgere, som er omdrejningspunktet for denne undersøgelse, modtog på undersøgelsestidspunktet et tilbud via servicelovens § 107 (midlertidigt ophold på boform), § 108 (permanent ophold på boform) eller § 85 i eget hjem eller § 85 på botilbudslignende tilbud (for yderligere karakteristik af respondentgruppen se afsnit 2.5). Nedenfor er de forskellige ydelsestyper beskrevet.

Serviceloven § 107

§ 107 er et tilbud om midlertidigt ophold i boformer til borgere, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemstillinger har behov for det. Tilbuddet er rettet mod borgere, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte.

Tilbuddet er målrettet borgere, hvis behov for et botilbud ikke er varigt. Det vil sige, at det ved visitationen vurderes, at vedkommende har et progressionspotentiale af en størrelsesorden, som betyder, at borgeren efter en korterevarende indsats på et antal år kan mestre eget liv med mindre indgribende støtte.

Serviceloven § 108

§ 108 vedrører ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold. Tilbuddet er målrettet borgere, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Serviceovens § 85

§ 85 vedrører socialpædagogisk bistand, som ydes til personer, der på grund af betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor. Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter borgeren i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. Indsatsen tager således sigte på, at den enkelte kan bevare eller forbedre sine psykiske, fysiske eller sociale funktioner.

Formålet med støtten kan være udvikling og vedligeholdelse af personlige færdigheder, bl.a. med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen mv., således at personen bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud. For personer, der på grund af betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne reelt ikke har mulighed for at tage vare på egne interesser, er formålet med den socialpædagogiske bistand også at yde en særlig hjælp, så den pågældende kan opnå og fastholde egen identitet samt opnå en mere aktiv livsudfoldelse.

Socialpædagogisk bistand kan ydes som et element i et samlet tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til personer uanset deres bopæl. I denne undersøgelse ser vi på § 85 tildelt til henholdsvis borgere i eget hjem samt botilbudslignende tilbud.

Ydelsestyper i afrapporteringen

I afrapporteringen af undersøgelsens resultater (se kapitel 3) opdeler vi analyserne og ser på tilfredsheden blandt borgere i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud (§ 107, § 108, § 85 i botilbudslignende tilbud) versus eget hjem (§ 85 i eget hjem). Vi har valgt at se på brugertilfredsheden i grupperne separat, idet borgerne i de to grupper (jf. afsnit 2.4) har forskellige karakteristika vedrørende deres støttebehov, funktionsevne, sociale problemstillinger og boligforhold, som potentielt kan påvirke deres tilfredshed med den modtagende støtte. Hvor der er variation i resultaterne på tværs af ydelsestyperne, vil det ligeledes fremgå af resultaterne.

1.4 Måling af tilfredshed

Tilfredshedsundersøgelser er et både udbredt og populært værktøj til at give politikere og beslutningstagere et billede af, hvordan det går med den service, de tilbyder borgerne (Miller, Kobayashi & Hayden, 2009; Rasmussen, Olsen og Brogaard, 2014). Brugertilfredshedsundersøgelser er imidlertid også et udkældt værktøj og kritiseres for ikke at kunne sætte lighedstegn mellem brugertilfredshed og offentlig servicekvalitet – noget, som tilfredshedsundersøgelser ofte implicit antages at kunne (Hjortskov, 2018).

Et kritikpunkt er, at når man kun spørger aktuelle brugere af en bestemt velfærdsservice om deres tilfredshed, så er målingen ikke et repræsentativt billede på kvalitet af ydelsen, fordi man med undersøgelsen alene giver en stemme til de borgere, som faktisk er blevet tildelt og har valgt at tage imod ydelsen, men ikke de borgere, som har fravalgt den eller ikke er blevet visiteret hertil (Mazor et al., 2002).

Et andet kritikpunkt er, at spørgeskemaundersøgelser med deres prædefinerede svar-kategorier ikke tegner et nuanceret billede af borgernes oplevelser med den service, de modtager, og derfor notorisk tegner et for positivt billede af brugernes tilfredshed. Af-dækkes brugernes oplevelser via fx kvalitative metoder, indfanges langt flere facetter af brugeroplevelsen, og der tegnes derfor et mere retvisende og nuanceret billede af servicekvaliteten (Gill & White, 2009). Et tredje kritik punkt er, at brugerundersøgelser forveksler brugernes erfaringer eller ønsker med tilfredshed (Danielsen, Garrat & Kornør, 2007). Erfaringer og ønsker til service kan potentielt trække brugernes vurderinger i en mere positiv eller mere negativ retning og afspejler ikke den reelle tilfredshed.

I denne undersøgelse antager vi, at der ikke findes en lineær sammenhæng mellem tilfredshed og kvalitet. Vi ønsker også at formidle til læserne, at rapportens resultat ikke kan læses som en objektiv kendsgerning omkring kvalitet. Samtidig er det dog efterstræbelsesværdigt at give en stemme til de borgere, som ofte betegnes som "svære at nå" (hard to reach) (Taylor, Pooley & Carragher, 2016) og formidle deres oplevelse af den socialpædagogiske støtte.

Spørgsmålene indeholder i udgangspunktet fem forskellige svarmuligheder, hvoraf to er positive, to er negative og én er neutral. Denne måde at sammensætte svarmuligheder på er en ofte anvendt standard i tilfredshedsundersøgelser, som gør det mere sandsynligt at respondenterne vælger det svar, som passer bedst til dem. På grund af den lave deltagelseskvotient vurderer vi i analysen imidlertid oftest svarene ud fra, om de har været enten positive eller negative, således at de to muligheder for at svare henholdsvis positivt eller negativt sammenfattes til en enkelt ytring. I tabellerne fremstiller vi borgernes svarafgivelser præcist, men ofte vil vi i teksten ikke gå i dybden med nuancerne mellem fx tilfreds og meget tilfreds, fordi antallet af borgere i de respektive svarkategorier er relativt lav.

Som det vil fremgå af analyserne, har mange respondenter desuden valgt at svare "ved ikke" til spørgsmål, som vi ellers ville formode, at de måtte have en holdning til. Vi vurderer denne svarafgivelse som et tegn på, at undersøgelsesformen har udfordret målgruppen kognitivt.

1.5 Læsevejledning

Rapporten er bygget op, således at vi i kapitel 2 gennemgår undersøgelsens metode, datagrundlag og databearbejdning.

I kapitel 3 giver vi et overblik over brugertilfredsheden på det specialiserede voksenområde i 2021. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen er det muligt at se på tilfredsheden blandt borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem og på botilbud/botilbudslignende tilbud.

I kapitel 4 konkluderer og perspektiverer vi undersøgelsens resultater.

I bilagsdelen findes det spørgeskema, som respondenterne har besvaret (Bilag 1), undersøgelse af betydningen af brug af vægtet data (Bilag 2) samt en række sammenlignende analyser, introduceret i kapitel 3 (Bilag 3).

2 Metode, datagrundlag og databearbejdning

I dette kapitel gennemgår vi tilfredshedsundersøgelsens metode, datagrundlag og databearbejdning.

2.1 Undersøgelsens metode og datagrundlag

Brugertilfredshedsundersøgelsen er gennemført som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse med telefoninterviewopfølgning for at højne svarprocenten (Silva, Smith & Bammer, 2002). Spørgeskemaet er udarbejdet af VIVE, og dataindsamlingen er foretaget af Danmarks Statistik.

Målgruppen for undersøgelsen er borgere 18+ år, som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem (§ 85), på botilbud (SL §§ 107-108) eller botilbudslignende tilbud (§ 85 i botilbudslignende tilbud) i Danmark. Danmarks statistik har, på vegne af registre, udtrukket en stikprøve blandt borgere, der bor i eget hjem, mens hele populationen af borgere, som bor i botilbud og botilbudslignende tilbud, indgår i undersøgelsen. Variationer i målgruppepopulationen mellem de forskellige ydelsesmodtagere skyldes en forventning om en lavere svarprocent blandt borgere i botilbud og botilbudslignende tilbud. Danmarks Statistik har genereret begge grupper via HANDIC-registret fra 4. kvartal 2019. Dette register indeholder oplysninger om udvalgte ydelser i Lov om social service, som gives til voksne med handicap eller anden udsathed. Formålet med statistikken er at opgøre antallet af ydelsesmodtagere og at tilkoble informationer om deres baggrund og levevilkår i øvrigt. Populationen består af ca. 50.000 personer på baggrund af data fra 75 kommuner.³

Spørgeskemaet er udsendt via borgernes e-Boks eller brevpost, hvis borgeren er undtaget fra e-Boks. Undersøgelsen blev gennemført i perioden fra den 11. maj 2021 til den 27. juni 2021. I besvarelsen af spørgeskemaet har respondenterne kunnet gøre brug af henholdsvis 'speak' (hvor spørgsmål og svarkategorier læses højt) samt 'forstørret tekst'. Desuden har der i undersøgelsesperioden været mulighed for at kontakte teknisk support. De interviewpersoner, som ikke selvstændigt kunne besvare et spørgeskema, har desuden haft mulighed for at bede pårørende, hjemmevejleder eller personale på botilbuddet om støtte til at besvare spørgeskemaet.

Forud for undersøgelsen er borgerne blevet orienteret om undersøgelsen via et følgebrev. Også botilbuddene er blevet orienteret om undersøgelsen via en skrivelse fra Social- og Ældreministeriet. Borgerne modtog i undersøgelsesperioden to skriftlige påmindelser om at besvare undersøgelsen. Borgere, der bor i eget hjem, og som ikke havde besvaret spørgeskemaet over web, blev kontaktet og tilbudt opfølgende telefoninterview. Af etiske årsager blev det besluttet *ikke* at tilbyde borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud telefoninterviews (hvilket ellers oprindeligt var tænkt), da en pilottest (se afsnit 2.3) havde vist, at det potentielt kunne stresser borgerne unødigt.

³ <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/handicap-og-udsatte--voksne->

Dataindsamling ved brug af spørgeskemaer til udsatte borgere medfører altid frafald (Rådet for Socialt Udsatte, 2009). Danske undersøgelser har dog vist en positiv effekt af præmier som motiverende faktor for at deltage i spørgeskemaundersøgelser for borgere med begrænsede økonomiske midler.⁴ For at højne svarprocenten blev der udloddet 15 gavekort til "SuperGavekortet" til en værdi af 500 kr. som gevinster i undersøgelsen. Af etiske årsager blev det besluttet, at gavekortet blev udstedt til dagligvarer frem for pengegaver.

Der deltog i alt 5.040 borgere i undersøgelsen. 730 personer har måtte udgå af undersøgelsen (og populationen), fordi de svarede, at de ikke modtog den pågældende ydelse. Datagrundlaget består herefter af 4.310 gennemførte besvarelser, svarende til en samlet svarprocent på 21,9 %. Ser vi svarprocenten for borgere i eget hjem, ligger den på 32,7 %⁵, mens den for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud ligger på 17,2 %. Resultaterne er derfor ikke med sikkerhed repræsentative for den samlede brugergruppe. Svarprocenterne før vi dropper de 730 respondenter, der ikke modtager en relevant ydelse, er for borgere i eget hjem 39,9 %, mens den for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud er 17,6 %.

Den høje andel (14 %) af respondenter, som svarer, at de ikke modtager den pågældende ydelse, kan potentielt skyldes den tidsmæssige forskydning mellem de anvendte registeroplysninger (4. kvartal 2019) og dataindsamlingen (2. kvartal 2021), hvor borgeren potentielt ikke længere modtager den pågældende ydelse. Der kan imidlertid også være tale om fejloplysninger fra respondenternes side, grundet eventuelle kognitive udfordringer eller et manglende ønske om at deltage i undersøgelsen (opt out).

Data fra surveyen er koblet til en række registre via Danmarks Statistiks Forskerservice⁶. Disse baggrundsvARIABLE vedrørende a) type af funktionsnedsættelse, b) demografi, c) arbejdsmarkedstilknytning, d) uddannelse, e) indkomst og f) psykiatrihistorik. Koblingen til baggrundsvARIABLE foretages, fordi de pågældende forhold potentielt kan have indflydelse på borgerens oplevelse af tilfredshed med de tildelte ydelser. Med information om de pågældende variable kan vi således teste for variation i tilfredshed mellem undergrupper af hovedpopulationen. I sammenlignende analyser har vi anvendt en χ^2 -test til samtlige variable suppleret med en Wilcoxon-Mann-Whitney test for ordinale skalerede variable. I alle test har vi anvendt et signifikansniveau på 5 %.

2.1 Udvikling af spørgeskemaet

Internationale undersøgelser af kvaliteten i tilbud på det specialiserede socialområde anvender ofte spørgeskemaer med validerede spørgsmålsbatterier. Fælles for disse validerede metoder er, at de kan lægges til grund for udregning af specifikke mål for, hvordan borgerne oplever kvaliteten i de sociale tilbud. Imidlertid indebærer metoderne, at borgerne er indstillede på (og i stand til) at gennemføre et relativt omfattende spørgeskema. Det er blevet besluttet, at vi i denne danske brugertilfredshedsundersøgelse på

⁴ <https://www.dst.dk/ext/2219282424/0/interview/Metodenotat-om-praemiers-effekt--docx>.

⁵ Svarprocenten er ifølge oplysninger fra Danmarks Statistik højere end for lignende undersøgelser, hvilket formodentlig skyldes de opfølgende telefoninterviews.

⁶ VIVE har som forskningsinstitution lovhjemmel til at benytte de pågældende data med henvisning til §§ 10 og 11, stk. 1 i Lov om behandling af personoplysninger (persondataloven) til forskningsmæssig brug.

det specialiserede voksenområde alene henter inspiration i de validerede spørgsmålsbatterier (se nedenstående liste), men at spørgeskemaet målrettes konkrete støtteordninger efter servicelovens § 85 og §§ 107 og 108 samt SL § 85 i botilbudslignende tilbud. Målsætningen er at kunne levere deskriptive analyser af de centrale områder, men ikke at kunne gennemføre de mest avancerede statistiske analyser. Spørgeskemaet indeholder derfor spørgsmålsbatterier, som kan levere et simpelt overblik over borgernes tilfredshed med den støtte, som de modtager, og beregning af mere specifikke mål for bestemte områder af støtten (og visitationsprocessen).

Spørgeskemaet er udarbejdet med henblik på at være relativt kort, af hensyn til målgruppen, og indeholder 40 spørgsmål. VIVE har hentet inspiration i nedenstående validerede spørgsmålsbatterier for måling af oplevet kvalitet i sociale tilbud i udviklingen af spørgsmål anvendt i denne undersøgelse (se figur 2.1). Hovedinspirationen kommer fra redskabet CQI-SCCS, som er et valideret instrument til at vurdere den brugeroplevede kvalitet af støtte leveret i botilbud/botilbudslignende tilbud samt andre omsorgstjenester i samfundet. Desuden er der hentet inspiration i den danske undersøgelse "livet på hjemløseboformer", som er udarbejdet til brugerundersøgelser på § 110 boformer (Benjaminson, Dyrvig & Gliese 2015).

Det endelige spørgeskema, udsendt til respondenterne, fremgår af Bilag 1.

Figur 2.1 Validerede spørgsmålsbatterier til måling af brugertilfredshed

Report card score

Nabitz UW, Aarsse HR, van den Brink W (2005). Consumer satisfaction as a quality indicator for mental health and addiction treatment services in the Netherlands. <https://hdl.handle.net/11245/1.260581>.

CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)

Weech-Maldonado R, Carle A, Weidmer B, Hurtado M, Ngo-Metzger Q, Hays RD (2012). The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Cultural Competence (CC) Item set. *Medical Care*, 50(9): S22-S31.

QUOTE (Quality Of care Through the patient's Eyes)

Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, Peters L (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing*, (29): 173-178.

TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication)

Vermersch P, Hobart J, Dive-Pouletty C, Bozzi S, Hass S, Coyle PK (2017). Measuring treatment satisfaction in MS: Is the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication fit for purpose? *Mult Scler*, 23(4):604-613.

CQI (Consumer Quality Index)

Altena AM, Beijersbergen MD, Wolf JRLM (2014). Homeless youth's experiences with shelter and community care services: Differences between service types and the relationship to overall service quality. *Children and Youth Services Review*, 46: 195-202.

I formuleringen af karakteren af spørgsmål og svarkategorier har vi tilstræbt brug af korte, klare sætninger med et lavt lixtal, at ord og formuleringer er tilstrækkeligt klare og tydelige, og at spørgsmålenes indhold opleves som vedkommende og meningsfulde for målgruppen. Vi har desuden arbejdet med det visuelle udtryk. Likert-skalaer, til at måle

tilfredshed, understøttes af humørikoner (smiley ideogrammer), som indikerer respondentens holdning.

2.2 Pilottest af spørgeskema

I marts 2021 blev spørgeskemaet pilottestet af Danmarks Statistik. Til pilottesten anvendte Danmarks Statistik en stikprøve blandt borgere over 18 år med tilbud efter SL § 85, SL §§ 107-108 og § 85 i botilbudslignende tilbud. Stikprøven bestod af 231 borgere og blev udtrukket på baggrund af 'HANDIC-registret'. Pilottesten blev gennemført som telefoninterview.

Pilottesten havde dels til formål at teste respondenternes forståelse af spørgsmålene, fx ved at lade respondenterne besvare og genfortælle spørgsmålet, dels at få respondenternes respons på spørgsmålene, fx ved at lade dem beskrive deres umiddelbare reaktion herpå. Pilottesten viste, at spørgsmålene generelt var meningsfulde og intuitive for respondenterne, men at der var behov for ændring af enkelte ord, formuleringer og placering af hjælpepetekster. På baggrund af pilottesten blev spørgsmålene tilpasset målgruppen. For eksempel blev det præciseret, at respondenterne kunne tænke på den hjemmevejleder eller det personale, som vedkommende ofte modtager støtte fra, når de besvarede spørgsmålene, da nogle respondenter havde svært ved at svare generelt med udgangspunkt i en større personkreds af personale.

Pilottesten havde en lav svarprocent (7 %). Der blev udført i alt 16 fulde interviews med personer i aldersgruppen 20-62 år med en gennemsnitsalder på 42,9 år. Kønsfordelingen i pilotundersøgelsen var nogenlunde lige fordelt, men med en lille overrepræsentation af mænd: 9 ud af de 16 interviewede. 6 af de interviewede respondenter bor på et midlertidigt botilbud, hvoraf 3 er diagnosticeret med en sindslidelse og 3 personer med en intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Der er 5 personer, som bor på et længerevarende botilbud, hvoraf 3 er diagnosticeret med sindslidelse og 2 med en intellektuel/kognitiv forstyrrelse. Endvidere er der 5 personer, som modtager socialpædagogisk støtte, hvoraf 2 er diagnosticeret med sindslidelse og 3 med en intellektuel/kognitiv forstyrrelse.

Parallelt til Danmarks Statistiks pilottest besøgte VIVE et større botilbud på Lolland-Falster, som huser borgere både med midlertidigt og permanent ophold. På botilbuddet interviewede vi 3 borgere og gennemgik spørgeskemaet, dels for at kunne skærpe spørgsmålenes formuleringer yderligere, dels for at observere, hvordan borgere med komplekse sociale og psykiske problemstillinger forholdt sig til spørgeskemaet. Denne kvalitative pilottest viste også, at spørgsmålene fremstod forståelige for målgruppen, dog med få vanskelige betegnelser. Eksempelvis fremhævede alle 3 pilotrespondenter, at de omtaler og forstår personalet som "bostøtter", selvom dette ikke er den formelle betegnelse. Vi har således valgt at benytte betegnelserne "*bostøtte, hjemmevejleder og personalet på botilbuddet*" i spørgsmålene i undersøgelsen.

Interviewene understregede også, at den del af målgruppen, som opholder sig på botilbud/botilbudslignende tilbud, kunne have vanskeligt ved at bevare koncentrationen til at besvare et online spørgeskema. Samtidig har det været vigtigt for undersøgelsen at få så mange borgere som muligt til at deltage i undersøgelsen, inkl. borgere med komplekse

problemstillinger. I forlængelse af pilotinterviewene, hvor VIVEs forskere bl.a. observerede udfordringer for borgere på botilbud, besluttede vi derfor at lade det være op til borgerne selv eventuelt at bede pårørende, hjemmevejledere eller personalet fra botilbuddet om støtte til at besvare spørgeskemaet. For denne undersøgelse har vi således vurderet, at potentiel støtte fra pårørende eller personale har været nødvendig for ikke at ekskludere en del af målgruppen. Da vi samtidig anerkender, at støtte fra pårørende eller personale kan påvirke borgernes svar, har vi foretaget analyser for at belyse såkaldt 'response bias' (se afsnit 2.6). Analysen viser, at hjælp fra henholdsvis pårørende og personale har en signifikant betydning for respondenternes svar. Sammenlignet med de respondenter, der ikke har modtaget hjælp, har respondenter, som har fået hjælp fra pårørende, en tendens til at angive en lavere tilfredshed, mens respondenter, der har fået hjælp fra personalet, har en tendens til at angive en højere tilfredshed.

Pilottestene (både den kvantitative og den kvalitative) viste desuden, at nogle borgere med psykiske og kognitive udfordringer samt intellektuelle forstyrrelser, på botilbud/botilbudslignende tilbud, blev nervøse over at blive kontaktet over telefonen. Enkelte havde desuden svært ved at overkomme samtalen. På den baggrund blev det forud for gennemførelsen af den endelige spørgeskemaundersøgelse besluttet at kontakte lederne af botilbud/botilbudslignende tilbud med information om undersøgelsen og bede dem informere borgere og deres pårørende herom. I den endelige spørgeskemaundersøgelse blev det desuden besluttet ikke at gennemføre opfølgende telefoninterview blandt borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud, der ikke havde besvaret den første henvendelse om deltagelse i undersøgelsen. Fordi der ikke blev gennemført opfølgende telefoninterview blandt borgere på botilbud og botilbudslignende former – og for at få besvarelser fra så mange borgere så muligt på botilbud, blev det besluttet at anvende et totaludtræk blandt hele populationen. Blandt borgere i eget hjem blev der udtrukket en stikprøve og anvendt telefonopfølgning.

Pilottestene gav anledning til en drøftelse af det formålstjenestelige i, at fremtidige brugertilfredshedsundersøgelser i deres design, i højere grad tager højde for borgernes (psykiske og kognitive) vanskeligheder, særligt gældende for borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. Dette kunne eventuelt gøres ved at sammensætte et repræsentativt sample og gennemføre besøgsinterview (eventuelt som supplement til survey) med disse borgere frem for at sende et spørgeskema ud til den samlede population. Ved at interviewe borgerne på deres bopæl er det muligt at støtte borgerne og gøre opgaven med at svare på spørgsmålene overskuelig. Fordelen ved besøgsinterview er, at borgerne mødes i deres miljø og på deres præmisser, hvilket sandsynligvis vil hæve deltagelseskvotienten. Udfordringen er, at en sådan metode er mere omkostningstung (Taylor, Pooley & Carragher, 2016). Grundet undersøgelsens tidsmæssige ramme samt restriktioner i forbindelse med covid-19-pandemien har besøgsinterview ikke været mulige at gennemføre i denne undersøgelse.

2.3 Population, stikprøvedesign og vægtning

Population og stikprøvedesign

Populationen i 2021 udgøres af 47.115 personer, der i 4. kvartal 2019 er tildelt ydelser via SL § 85 + §§ 107-108 i Danmark. Stikprøven er designet på en måde, så vi kan sikre så

godt et datagrundlag som muligt. Derfor er populationen og stikprøven stratificeret i 2 strata (se tabel 2.1). Stratum 1 er personer, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, mens Stratum 2 er personer, som modtager socialpædagogisk støtte i botilbud eller botilbudslignende tilbud. I Stratum 1 er der tilfældigt udtrukket en stikprøve på 6.516 personer; for Stratum 2 er alle personer i populationen valgt, da opnåelsesprocenten for dette strata forventedes at være lav.

Tabel 2.1 Stikprøvedesign

	1. Svar	2. Nettostik	3. Bruttostik	4. Population
	Antal			
I alt	5.040	20.364	21.288	47.115
Strata				
1. § 85 i eget hjem	2.603	6.516	6.850	32.328
2. Botilbud og botilbudslignende tilbud	2.437	13.848	14.438	14.787

Kilde: Danmarks Statistik.

Vægtning (opregning)

Bortfaldet for undersøgelsen fordeler sig ikke jævnt over forskellige karakteristika. Dette betyder, at undersøgelsens svar muligvis ikke er repræsentative for populationen. I et forsøg på at genskabe repræsentativiteten og korrigere for det skæve bortfald (på kendte parametre), har vi lavet en bortfaldsanalyse, der danner grundlag for en opregning til populationen med brug af statistiske vægte, så det i et vist omfang er muligt at udtale sig om populationen som helhed og for hvert stratum for sig.

Bortfaldsanalysen udføres ved hjælp af "Proc Logistic" i SAS. Analysen viser, at registeroplysningerne for alder, uddannelsesniveau (højeste fuldførte uddannelse), herkomst og region har signifikant betydning for bortfaldet i begge strata. Vi har valgt at bruge alder, køn, uddannelsesniveau, herkomst og region i opregningen.

Opregningen er foretaget for hvert stratum for sig, og summen af vægtene i hvert stratum udgør populationsstørrelsen i stratummet, og summen af vægtene totalt udgør den totale population. Da hvert strata opregnes for sig selv, tages der højde for, at der er forskellige udvælgelses sandsynligheder for de to strata.

I opregningen har vi foretaget en analyse af, hvor mange personer der repræsenterer besvarelserne i hver celle. Analysen viser, at der i alle celler er et tilstrækkeligt datagrundlag til at foretage en opregning. Desuden er der foretaget Gi-test, som viser, at vi ikke tildeler nogen en vægt, der er for stor eller for lav (negativ).

I analyserne benytter vi disse vægte med henblik på at give et mere retvisende billede af tilfredsheden i målgruppen som helhed samt for gruppen af respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem og tager således – i nogen grad – højde for den lave svarprocent og det skæve frafald blandt respondenter. Vægtningen giver mulighed for at beregne den samlede fordeling på de forskellige indikatorer for den samlede gruppe af respondenter samt fordelt på de to strata.

Da der tale om relativt lave svarprocenter i begge strata, har vi undersøgt, i hvilken grad vægtningen medfører signifikante ændringer i nogen af resultaterne. I det følgende viser

vi fordelingerne på en række variable for vægtet og uvægtet data, både for den samlede data og opdelt i borgere i eget hjem og borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud.

Ser vi på fordelingerne på alle undersøgte surveysspørgsmål, er svarfordelingerne meget ens på tværs af vægtet og uvægtet data, både når vi ser på borgere i eget hjem og borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og data samlet (se udvalgte analyser i Bilagsfigur 2.1-Bilagsfigur 2.5). Vi har endvidere udført signifikanstest på både vægtet og uvægtet data på de krydstabuleringer, der er vist i rapporten og her finder vi ingen forskelle i, hvilke resultater, der er signifikante og hvilke, der ikke er, uanset om vi bruger vægtet data eller ej. Imidlertid bør resultaterne kun ses i perspektivet af den lave deltagelse, og undersøgelsens resultater kan ikke med sikkerhed generaliseres til at gælde for hele målgruppen.

2.4 Respondent karakteristik

Målgruppen for brugertilfredshedsundersøgelsen er borgere på 18 år eller derover med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemstillinger, som modtager støtte efter SL § 85, § 85 i botilbudslignende tilbud samt SL §§ 107-108. Nedenfor er afbilledet en række deskriptive oplysninger om målgruppen.

Tabel 2.2 indeholder en række baggrundsfaktorer for målgruppen. Af tabellen fremgår det, at der i datamaterialet er en nogenlunde lige fordeling mellem køn og alder, mens fordelingen på støtteparagraf afspejler den lavere svarprocent blandt borgere på botilbud og botilbudslignende tilbud.

Tabel 2.2 Fordeling på baggrundsfaktorer. Procent (vægtet)

	Eget hjem		Botilbud/botilbudslignende tilbud		Samlet	
	Stik-prøve	Popula-tion	Stik-prøve	Popula-tion	Stik-prøve	Popula-tion
Køn						
Mænd	52	52	60	60	55	54
Kvinder	48	48	40	40	45	46
Aldersgruppe						
18-29 år	22	24	25	25	23	25
30-39 år	23	21	17	17	21	20
40-49 år	20	19	16	16	18	18
50-59 år	20	19	19	19	20	19
60-69 år	12	12	15	15	13	13
70+ år	4	4	8	8	5	5
Strata						
§ 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem	100	100	-	-	62	69
Botilbud/botilbudslignende tilbud	-	-	100	100	38	31
Støtte-paragraf						
§ 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud	-	-	57	53	22	17
§ 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem	100	100	-	-	62	69
§ 107 Midlertidigt botilbud	-	-	22	22	8	7
§ 108 Længerevarende botilbud	-	-	21	26	8	8
N i alt	1.930	32.328	2.380	14.787	4.310	47.115

Kilde: Survey- og registeroplysninger.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt respondenterne, om de selv oplever at have kognitive, fysiske, psykiske eller sociale udfordringer. Tabel 2.3 viser et billede af respondenternes besvarelser. Af tabellen fremgår det, at respondenterne i nogen grad og i høj grad oplever både kognitive, fysiske, psykiske eller sociale udfordringer.

Tabel 2.3 Fordeling på baggrundsfaktorer, del 2. Procent (vægtet)

	Eget hjem	Botilbud/botilbudslignende tilbud	Samlet
Kognitive udfordringer			
Jeg har/oplever ikke disse problemer	13	10	12
I høj grad	24	36	28
I nogen grad	35	30	33
Hverken eller	5	3	4
I mindre grad	14	12	14
Slet ikke	7	5	6
Ved ikke	3	4	3
Fysiske vanskeligheder			
Jeg har/oplever ikke disse problemer	23	23	23
I høj grad	23	23	23
I nogen grad	29	30	29
Hverken eller	3	3	3
I mindre grad	13	14	13
Slet ikke	6	6	6
Ved ikke	3	2	3
Psykiske vanskeligheder			
Jeg har/oplever ikke disse problemer	11	15	12
I høj grad	40	27	35
I nogen grad	28	31	29
Hverken eller	3	4	3
I mindre grad	9	11	10
Slet ikke	5	8	6
Ved ikke	4	5	5
Sociale vanskeligheder			
Jeg har/oplever ikke disse problemer	25	34	28
I høj grad	15	9	13
I nogen grad	26	20	24
Hverken eller	5	5	5
I mindre grad	12	11	12
Slet ikke	12	14	13
Ved ikke	3	6	4
N i alt	1.930	2.380	4.310

Kilde: Survey-oplysninger.

Tabel 2.4 viser en række yderligere baggrundsfakta omkring respondentgruppen, trukket via nationale registre. Tabellen viser, at der i undersøgelsen indgår borgere fra alle 5 regioner, og som har modtaget støtte fra under et 1 til mere end 5 år. Desuden ses det, at den procentvise andel af borgere med forskellige typer af udfordringer fordeler sig

anderledes i de officielle registre kontra borgernes egen vurdering af deres væsentligste udfordringer oplyst i tilfredshedsundersøgelsen (Tabel 2.3).

Tabel 2.4 Fordeling på baggrundsfaktorer, del 3. Procent (vægtet)

	Eget hjem		Botilbud/botilbudslignende tilbud		Samlet	
	Stik-prøve	Popula-tion	Stik-prøve	Popula-tion	Stik-prøve	Popula-tion
Periode modtaget ydelse						
< 1 år	21	25	11	13	17	21
1-2 år	15	16	12	11	14	15
2-3 år	25	24	25	25	25	24
3-5 år	22	20	25	25	23	22
5+ år	18	14	27	27	21	18
Region						
Region Nordjylland	15	14	14	14	15	14
Region Midtjylland	29	27	20	20	25	25
Region Syddanmark	23	23	20	20	22	22
Region Hovedstaden	17	20	27	27	21	22
Region Sjælland	15	16	19	19	17	17
Vanskelighed						
Fysisk funktionsnedsættelse	9	9	16	17	11	11
Kognitiv funktionsnedsættelse	48	43	63	58	54	48
Sindslidelse	38	41	20	22	31	35
Socialt problem	-	6	-	2	3	5
Ukendt	-	0	-	0	0	0
Uddannelse						
MVU eller højere	7	7	2	2	5	5
Gymnasial / Erhvervsfaglig / KVU	25	26	9	9	19	21
Grundskole / Uoplyst	68	67	89	89	76	74
N i alt	1.930	32.328	2.380	14.787	4.310	47.115

Anm.: - = disse celler overholder ikke diskretionskravet

Kilde: Survey- og registeroplysninger.

I Tabel 2.5 kan vi se, hvad borgerne får støtte til, opdelt på om borgerne bor i botilbud/botilbudslignende tilbud eller eget hjem. Det ses, at der er en statistisk signifikant variation i typen af støtte fordelt blandt eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud. En væsentlig større andel af borgerne får fx hjælp til personlig pleje og til at planlægge sin dag på botilbud/botilbudslignende tilbud. Det ses også, at hovedparten af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem modtager støtte til at tale om, hvordan de har det.

Tabel 2.5 Støttebehov særskilt for boligforhold. Procent (vægtet)

	Eget hjem	Botilbud/botilbudslign. tilbud	I alt	Sig.
at planlægge din dag	40	70	51	***
at klare personlig pleje	12	49	26	***
at være sammen med andre	26	47	34	***
at tale om, hvordan du har det	84	73	80	***
at sætte mål op for det næste år	57	63	59	***
at holde kontakt til sagsbehandler	52	54	52	***
at holde kontakt til behandlere	51	78	61	***
at deltage i fritidsaktiviteter	38	62	48	***
at udføre praktiske opgaver	36	64	47	***
at være i uddannelse eller beskæftigelse	26	39	31	***
N i alt	1.930	2.380	4.310	

Kilde: Survey-oplysninger.

Tabel 2.6 viser, hvilken støtte borgerne er visiteret til fordelt på typen af tilbud. Igen ses der en statistisk signifikant forskel i fordeling af ydelsestyper på tværs af § 85 i eget hjem og § 85 i botilbudslignende tilbud samt SL §§ 107-108.

Tabel 2.6 Støttebehov særskilt for støtte-paragraf. Procent (vægtet).

	§ 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud	§ 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem	§ 107 Midlertidigt botilbud	§ 108 Længerevarende botilbud	I alt	Sig.
at planlægge din dag	68	40	71	73	51	***
at klare personlig pleje	55	12	26	59	26	***
at være sammen med andre	50	26	37	52	34	***
at tale om, hvordan du har det	73	84	77	70	80	***
at sætte mål op for det næste år	62	57	67	62	59	***
at holde kontakt til sagsbeh.	53	52	59	50	52	***
at holde kontakt til behandlere	78	51	73	82	61	***
at deltage i fritidsaktiviteter	62	38	60	66	48	***
at udføre praktiske opgaver	63	36	62	71	47	***
at være i udd. eller beskæft.	40	26	43	32	31	***
N i alt	1.296	1.930	621	463	4.310	

Kilde: Survey-oplysninger.

2.5 Frafaldsanalyse

I dette afsnit behandler vi undersøgelsens svarprocenter og frafald. Ved at sammenligne respondenter, der indgår i undersøgelsen, med besvarelser fra hele populationen, får vi en indikation af undersøgelsens repræsentativitet.

Tabel 2.7 viser svarprocenter særskilt for personer, der får § 85-støtte i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud, fordelt på baggrundsvARIABLE.

Tabel 2.7 Antal personer i stikprøven, antal respondenter og svarprocent fordelt på baggrundskarakteristika. Særskilt for personer, der bor i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud. Antal og procent.

	Andel af stikprøven	Andel respondenter	Svarprocent		Andel af stikprøven	Andel respondenter	Svarprocent	
Antal i alt	5.906	1.930	32,7	-	13.813	2.380	17,2	-
Køn				**				***
Mænd	53	49	30,7		60	56	16,2	
Kvinder	47	51	34,9		40	44	18,7	
Aldersgruppe				***				***
18-29 år	25	20	26,2		24	32	22,6	
30-39 år	21	21	32,8		17	22	21,8	
40-49 år	18	19	35,2		16	18	19,0	
50-59 år	19	21	36,4		19	15	13,4	
60-69 år	13	14	34,4		15	10	11,3	
70+ år	4	5	37,4		8	4	8,3	
Herkomst				***				***
Dansk	93	97	34,1		94	96	17,6	
Indvandrere/Efterkommere	7	3	14,7		6	4	11,4	
Familietype								
Par	18	19	34,4		1	1	16,7	
Enlig	82	81	32,3		99	99	17,2	
Uddannelse				***				***
MVU eller højere	6	9	48,5		2	2	19,4	
Gymnasial/Erhvervsfaglig/KVU	25	29	37,3		10	9	18,6	
Grundskole/Uoplyst	69	62	29,5		88	89	17,0	
Arbejdsmarkedstilknøytning								***
Ikke i beskæftigelse/under uddannelse	93	93	32,7		98	97	17,0	
I beskæftigelse/under uddannelse	7	7	32,4		2	3	30,3	
Støtte-paragraf				-				***
§ 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem	100	100	32,7		-	-	-	
§ 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud	-	-	-		54	54	17,2	
§ 107 Midlertidigt botilbud	-	-	-		20	26	22,7	
§ 108 Længerevarende botilbud	-	-	-		26	19	13,0	

Kilde: Registeroplysninger.

Sammenligner vi de to grupper (personer i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud) ser vi, at svarprocenten adskiller sig markant. For personer med i eget hjem ligger den generelle svarprocent på 32,7 %, mens den for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud ligger på 17,2 %.

For begge grupper er svarprocenten for kvinder signifikant højere end svarprocenten for mænd.

Svarprocenten er stigende med alder for personer med § 85-støtte i eget hjem og går fra 26,2 % for de 18-29-årige til 37,4 % for de 70+-årige. I modsætning hertil er svarprocenten faldende for personer med § 85-støtte i eget hjem – fra 22,6 % for den yngste aldersgruppe til 8,3 % for den ældste. Forskellen er signifikant for begge grupper.

Ser vi på svarprocenterne opdelt på etnisk oprindelse, er forskellen signifikant for begge grupper, og for begge grupper er det personer med dansk oprindelse, der har den højeste svarprocent.

Svarprocenterne varierer ikke signifikant for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvis vi opdeler på familietype, men for personer med § 85-støtte i eget hjem er svarprocenten for personer, der bor i parfamilier, signifikant højere end de enlige respondenter i denne gruppe.

I forhold til uddannelse ligger svarprocenten for personer med § 85-støtte mellem 26,2 % (Uoplyst) og 48,7 % (MVU). Overordnet set ser vi en tendens mod en højere svarprocent, jo højere uddannelse personer i denne gruppe har. For personer i botilbud/botilbudslignende tilbud ligger svarprocenten mellem 12,1 % (Uoplyst) og 22,2 % (Gymnasial uddannelse). For denne gruppe finder vi ikke nogen overordnet tendens, men her er forskellen mellem kategorierne signifikant.

Ser vi på svarprocenterne opdelt på arbejdsmarkedstilknytning, har personer i beskæftigelse eller under uddannelse en højere svarprocent end personer, der hverken er i beskæftigelse eller under uddannelse for begge grupper. Det er dog kun for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud, at denne forskel er signifikant.

For personer i botilbud/botilbudslignende tilbud kan vi skelne mellem de paragraffer, støtten er givet efter. Her ligger svarprocenten mellem 13,0 % for personer i § 108-betilbud og 22,7 % for personer i § 107-betilbud.

Tabel 2.8 Antal personer i stikprøven fordelt på status for undersøgelsen. Særskilt for personer, der får § 85-støtte i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud. Antal og procent

	Eget hjem		Botilbud/botilbudslignende tilbud		I alt		
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	
Status for undersøgelse							***
Svar	2.603	39,9	2.437	17,6	5.040	24,7	
Delvist gennemført	110	1,7	158	1,1	268	1,3	
Nægter	302	4,6	437	3,2	739	3,6	
Øvrigt bortfald	119	1,8	0	0,0	119	0,6	
Sprogvanskeligheder	28	0,4	0	0,0	28	0,1	
Forkert telefonnummer	154	2,4	0	0,0	154	0,8	
Ikke fundet telefonnummer	2.111	32,4	6.598	47,6	8.709	42,8	
Ikke svaret	1.089	16,7	4.218	30,5	5.307	26,1	
I alt	6.516	100,0	13.848	100,0	20.364	100,0	

Kilde: Survey-oplysninger.

Tabel 2.8 viser stikprøven fordelt på status for undersøgelsen. Her ser vi årsagen til bortfaldet, hvor de primære årsager til manglende svar for begge grupper er "Ikke fundet telefonnummer" og "Ikke svaret". For personer i botilbud/botilbudslignende tilbud er det tilfældet for hele 47,6 % af bortfaldet, at det ikke har været muligt at finde et telefonnummer. Den tilsvarende andel for personer, der bor i eget hjem, er 32,4 %. Nægterandelen ligger på 4,6 og 3,2 % for henholdsvis personer, der bor i eget hjem, og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Tabel 2.9 Antal respondenter og antal personer i populationen fordelt på baggrundskarakteristika. Særskilt for personer, der bor i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud. Antal og procent

	Respondenter			Populationen		Respondenter			Populationen			
	Antal	Uvægtet andel	Vægtet andel	Antal	Andel	Antal	Uvægtet andel	Vægtet andel	Antal	Andel		
Alle	1.930	100,0	100,0	32.328	100,0	-	2.380	100,0	100,0	14.787	100,0	-
Køn												
Mænd	952	49,3	52,2	16.751	51,8		1.343	56,4	59,9	8.854	59,9	
Kvinder	978	50,7	47,8	15.577	48,2		1.037	43,6	40,1	5.933	40,1	
Aldersgruppe												
18-29 år	386	20,0	22,3	7.840	24,3		758	31,8	24,6	3.719	25,2	
30-39 år	410	21,2	22,7	6.949	21,5		515	21,6	17,5	2.557	17,3	
40-49 år	375	19,4	19,5	6.102	18,9		423	17,8	16,1	2.382	16,1	
50-59 år	408	21,1	19,7	6.256	19,4		359	15,1	19,4	2.830	19,1	
60-69 år	262	13,6	11,9	3.934	12,2		233	9,8	14,6	2.152	14,6	
70+ år	89	4,6	3,9	1.247	3,9		92	3,9	7,8	1.147	7,8	
Herkomst						*						
Dansk	1.865	96,6	94,2	29.936	92,6		2.286	96,1	94,0	13.875	93,8	
Indvandrere/Efterkommere	65	3,4	5,8	2.392	7,4		94	3,9	6,0	912	6,2	
Familietype												
Par	370	19,2	18,6	6.048	18,7		23	1,0	0,8	180	1,2	
Enlig	1.560	80,8	81,4	26.272	81,3		2.357	99,0	99,2	14.607	98,8	
Uddannelse												
MVU eller højere	181	9,4	7,1	461	6,8		12	2,3	2,1	80	2,1	
Gymnasial / Erhvervsfaglig / KVU	552	28,6	24,9	5.371	25,7		122	9,8	9,2	811	9,3	
Grundskole / Uoplyst	1.197	62,0	68,0	20.470	67,4		1.929	87,9	88,7	11.696	88,7	
Arbejdsmarkedstilknytning												
Ikke i beskæftigelse/under uddannelse	1.798	93,2	92,9	30.007	92,8		2.316	97,3	98,0	14.518	98,2	
I beskæftigelse/under uddannelse	132	6,8	7,1	2.321	7,2		64	2,7	2,0	269	1,8	
Støtte-paragraf						-						***
§ 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem	1.930	100,0	100,0	32.328	100,0		-	-	-	-	-	
§ 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud	-	-	-	-	-		1.296	54,5	57,1	7.779	52,6	
§ 107 Midlertidigt botilbud	-	-	-	-	-		621	26,1	21,7	3.194	21,6	
§ 108 Længerevarende botilbud	-	-	-	-	-		463	19,5	21,1	3.814	25,8	

Kilde: Registeroplysninger.

Tabel 2.9 viser fordelingen på en række baggrundskarakteristika for respondenterne, der har deltaget i undersøgelsen, både uvægtet og vægtet og hele populationen af personer, der får støtte i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud. Sammenligner vi disse fordelinger, kan vi se, om de vægtede andele for respondenterne adskiller sig signifikant fra populationen på forskellige baggrundskarakteristika.

Ser vi på køn, er kvinder overrepræsenterede i forhold til populationen for både personer, der bor i eget hjem og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud. Den højere andel kvinder er samtidig signifikant højere blandt respondenterne end i populationen i begge grupper for de uvægtede andele, men vægter vi data, adskiller andelen sig ikke længere signifikant fra hinanden.

Fordelingen på alder for personer, der modtager støtte i eget hjem, viser, at de to yngste aldersgrupper (18-29- og 30-39-årige) er underrepræsenteret blandt respondenterne i forhold til hele populationen. Samtidig er særligt respondenter i alderen 50-69 år overrepræsenteret blandt respondenterne i forhold til populationen. For personer i botilbud/botilbudslignende tilbud er situationen omvendt. Her er det de to yngste aldersgrupper, der er overrepræsenterede blandt respondenterne i forhold til populationen, men de tre ældste aldersgrupper er underrepræsenterede i forhold til populationen. Samlet set adskiller respondenterne for begge grupper sig signifikant fra de to populationer for de uvægtede andele, men vægter vi data, adskiller andelen sig ikke længere signifikant fra hinanden.

Ser vi på respondenternes herkomst, er personer af dansk herkomst signifikant overrepræsenteret i forhold til indvandrere og efterkommere for både personer, der bor i eget hjem, og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud for de uvægtede andele. For de vægtede data er personer af dansk herkomst stadig signifikant overrepræsenterede for borgere i eget hjem, mens dette ikke længere er tilfældet for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Hvorvidt respondenter er enlige eller er del af en parfamilie, adskiller sig for de uvægtede andele kun signifikant for populationen for personer, der bor i eget hjem, hvor enlige er signifikant underrepræsenterede blandt respondenterne i forhold til populationen. For personer i botilbud/botilbudslignende tilbud adskiller respondenter og population sig ikke signifikant fra hinanden. Anvender vi vægtede data, adskiller respondenterne og populationen sig ikke signifikant fra hinanden for hverken borgere i eget hjem eller i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Personer med gymnasial uddannelse eller højere som højest fuldført uddannelse er overrepræsenterede, mens personer med grundskole eller uoplyst uddannelse er underrepræsenterede blandt respondenterne i forhold til populationen for personer, der bor i eget hjem. For personer på botilbud/botilbudslignende tilbud finder vi de største forskelle mellem respondenterne og populationen for personer med grundskole eller uoplyst uddannelse som højest fuldført uddannelse, hvor førstnævnte kategori er overrepræsenteret blandt respondenterne i forhold til populationen, mens personer med uoplyst uddannelse er underrepræsenterede. Forskellene mellem respondenter og population er for begge grupper signifikant for de uvægtede andele, men for de vægtede data finder vi ikke længere denne signifikante forskel.

Ser vi på de uvægtede andele for arbejdsmarkedstilknytning, adskiller respondenter og population sig kun signifikant fra hinanden for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor personer i beskæftigelse eller under uddannelse er overrepræsenterede i forhold til personer, der ikke er nogen af delene. For personer, der modtager § 85-støtte, er der ikke signifikant forskel mellem respondenter og population. De vægtede andele adskiller sig ikke længere signifikant for andelene af populationen, hverken for borgere i eget hjem og borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Ser vi på støtteparagraffen for personer i botilbud/botilbudslignende tilbud, er forskellen mellem respondenter og population også signifikant, hvor personer, der modtager § 85-støtte i botilbud og § 107-støtte (Midlertidigt botilbud), er overrepræsenterede blandt respondenterne i forhold til populationen, mens personer, der modtager § 108-støtte (Længerevarende botilbud) er underrepræsenterede. Vægtningen af data får rettet op på nogle af disse skævheder, men personer, der modtager § 85-støtte i botilbud, er overrepræsenterede, mens personer, der modtager § 108-støtte (Længerevarende botilbud) er underrepræsenterede. Samlet set adskiller de vægtede andele for stikprøven og andelene for populationen sig stadig signifikant fra hinanden.

For hovedparten af de undersøgte baggrundskarakteristika finder vi signifikante forskelle mellem respondenterne og populationen for både personer, der modtager § 85-støtte i eget hjem, og personer i botilbud/botilbudslignende tilbud for de uvægtede andele. Samlet set ser vi en tendens til, at det er de mere ressourcestærke personer i populationen, der indgår i undersøgelsen som respondenter. Vægtningen af data retter dog op på stort set alle disse forskelle og bidrager således til at øge undersøgelsens repræsentativitet.

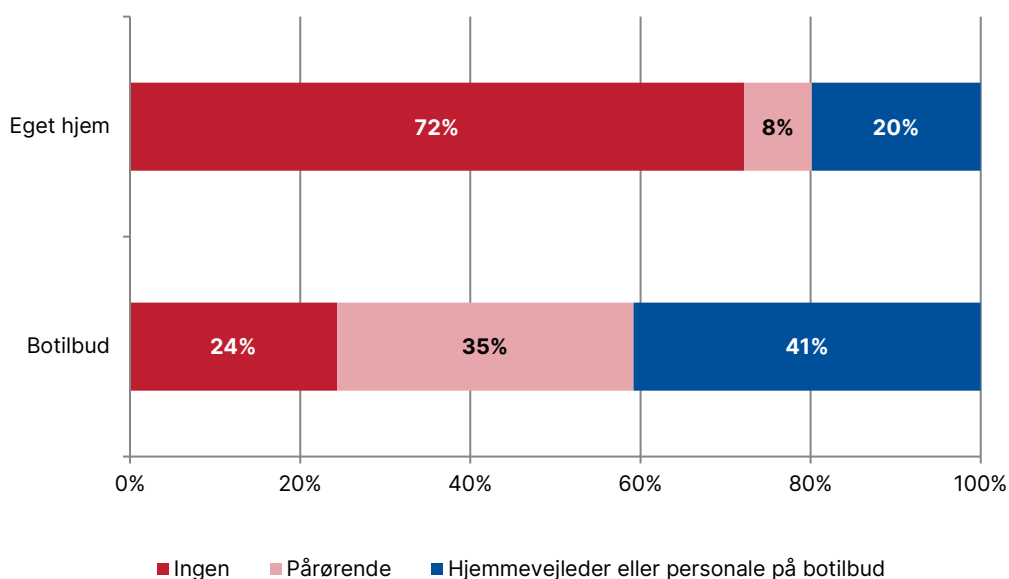
2.6 Response bias – hjælp til besvarelse af undersøgelsen

Respondenterne har i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen kunnet vælge at modtage hjælp til at besvare spørgsmålene i spørgeskemaet fra henholdsvis en pårørende eller det fagprofessionelle personale, som leverer støtten. I dette afsnit undersøger vi, om hjælp til besvarelse af spørgeskemaet fra personale eller pårørende har medført til systematiske forskelle i måden, hvorpå respondenterne vurderer deres tilfredshed med den modtagne støtte.

Potentielt kan man forestille sig, at respondenter, som modtager hjælp til at besvare spørgsmålene med støtte fra personale, kan have sværere ved at udtrykke sig kritisk omkring den modtagne støtte fra personalet. Omvendt kan man forestille sig, at pårørende ønsker det allerbedste for borgeren, hvorfor støtten eventuelt vurderes mere mangelfuld.

Resultaterne af analyserne gennemgås nedenfor.

Figur 2.2 Fordeling på hjælp til udfyldning af spørgeskemaet – særskilt for borgere i eget hjem og på botilbud/botilbudslignende tilbud



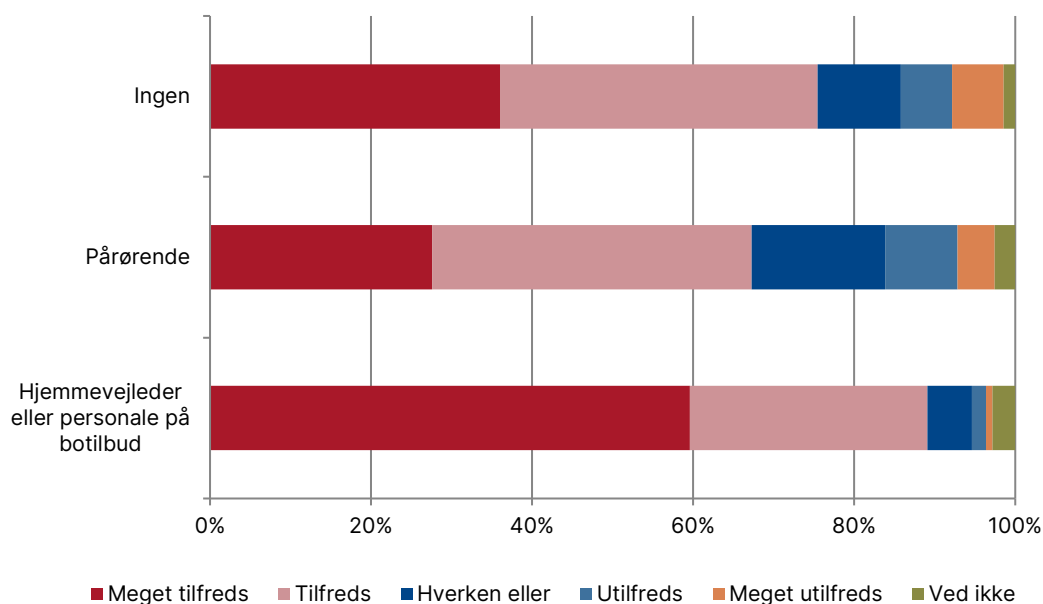
Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.358. Eget hjem n = 1.905

Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på fordelingen af hjælp til udfyldning af spørgeskemaet fremgår det af Figur 2.2, at borgere i eget hjem i mindre grad har modtaget hjælp til at udfylde spørgeskemaet. 72 % af de adspurgte har ikke modtaget hjælp til udfyldning, mens 20 % har modtaget hjælp fra hjemmevejleder/personalet på botilbud/botilbudslignende tilbud, og de resterende 8 % har modtaget hjælp fra pårørende. For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er det 24 % af de adspurgte, der ikke har modtaget hjælp, mens de resterende 76 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud har modtaget hjælp til udfyldning af spørgeskemaet. 41 % har modtaget hjælp fra personalet på tilbuddet, mens 35 % har modtaget hjælp fra pårørende.

Borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud er således overrepræsenterede i forhold til borgere i eget hjem blandt både hjælp fra pårørende og hjælp fra hjemmevejleder eller personale på botilbud. I det følgende vil vi se på svarfordelinger på en række survey-spørgsmål for de ovenstående tre kategorier af hjælp til udfyldning (Ingen; Pårørende; og Hjemmevejleder eller personale på botilbud) for at undersøge, om der er forskelle i disse. For at tage højde for den ovenstående skæve fordeling mellem borgere i eget hjem og på botilbud/botilbudslignende tilbud vil vi ligeledes analysere disse separat.

Figur 2.3 Fordeling på generel tilfredshed med støtte – særskilt for hjælp til udfyldning af spørgeskemaet



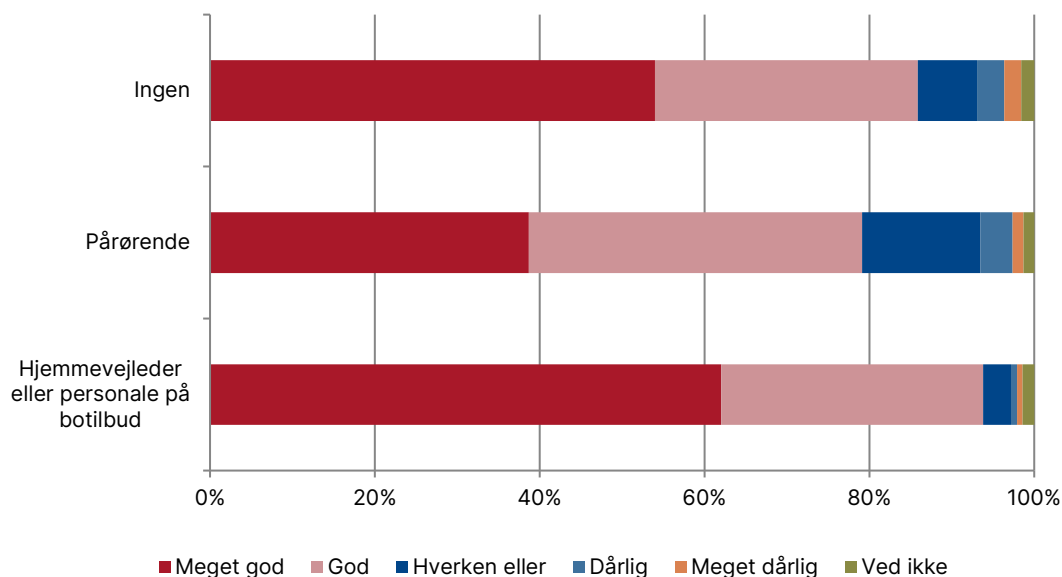
Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på den generelle tilfredshed, fremgår det af Figur 2.3, at borgere, der har modtaget hjælp til udfyldning fra pårørende, har en signifikant lavere andel tilfredse og meget tilfredse sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldning af hjemmevejleder eller personale på botilbud, men også sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Tilsvarende er en signifikant højere andel af borgere, der har modtaget hjælp fra hjemmevejleder eller personalet på botilbud, tilfredse eller meget tilfredse sammenlignet med de borgere, der ikke har fået hjælp til udfyldning.

Ser vi på borgere i eget hjem og i botilbud/botilbudslignende tilbud separat, er der tendenser til, at det samme billede gør sig gældende for begge grupper.

Figur 2.4 Fordeling på borgerens oplevelse af kontakten med hjemmevejleder/personale på botilbud – særskilt for hjælp til udfyldning af spørgeskemaet



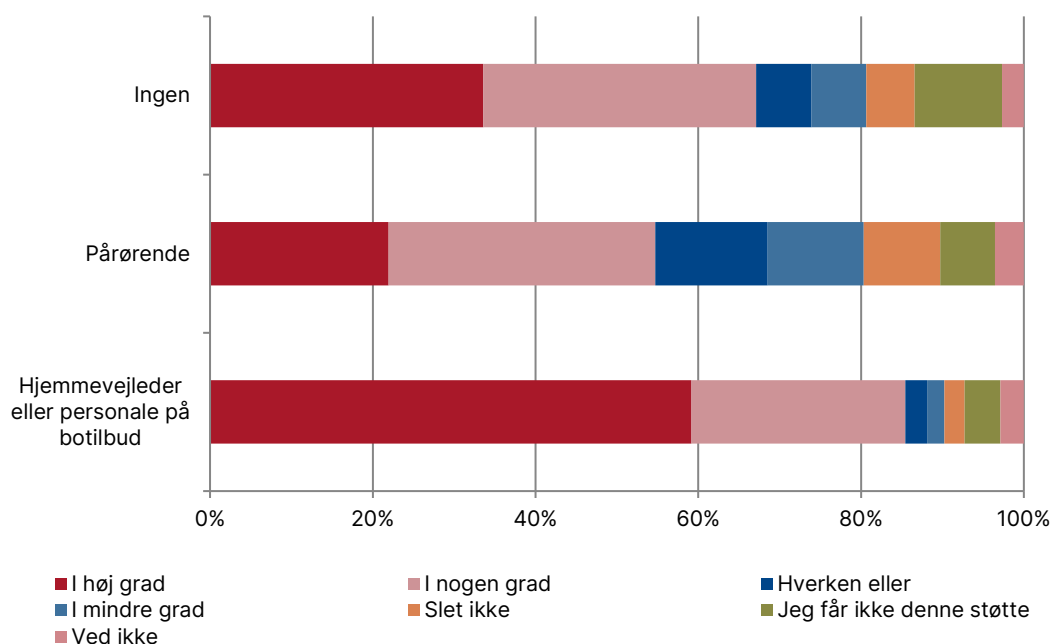
Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på oplevelsen af kontakten med hjemmevejleder eller personale på botilbuddet, fremgår det af Figur 2.4, at borgere, der har modtaget hjælp til udfyldning fra pårørende, har en signifikant lavere andel med en god eller meget god oplevelse sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldning af hjemmevejleder eller personalet på botilbuddet, men også sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Tilsvarende har en signifikant højere andel af borgere, der har modtaget hjælp fra hjemmevejlederen eller personalet på botilbuddet, en god eller meget god oplevelse af kontakten sammenlignet med de borgere, der ikke har fået hjælp til udfyldning.

Ser vi på borgere i eget hjem og i botilbud/botilbudslignende tilbud separat, er der tendenser til, at det samme billede gør sig gældende for begge grupper.

Figur 2.5 Fordeling på borgerens oplevelse af hjælp fra hjemmevejleder/personale på botilbud til at klare flere ting i hverdagen – særskilt for hjælp til udfyldning af spørgeskemaet



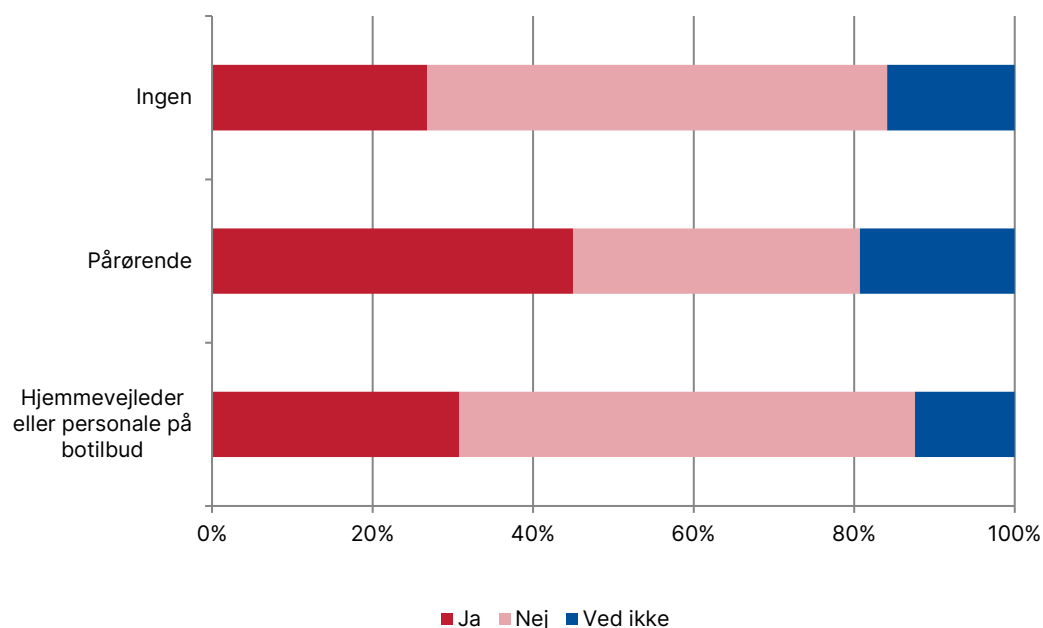
Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på oplevelsen af hjælp fra hjemmevejleder eller personale på botilbuddet til at klare flere ting i dagligdagen, fremgår det af Figur 2.5, at borgere, der har modtaget hjælp til udfyldning fra pårørende, har en signifikant lavere andel, der oplever dette i høj eller nogen grad sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldning af hjemmevejleder eller personale på botilbuddet, men også sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Tilsvarende har en signifikant højere andel af borgere, der har modtaget hjælp til udfyldningen fra hjemmevejleder eller personalet på botilbud i høj eller nogen grad en oplevelse af, at støtten hjælper borgeren i hverdagen sammenlignet med de borgere, der ikke har fået hjælp til udfyldning.

Ser vi på borgere i eget hjem og i botilbud/botilbudslignende tilbud separat, er der tendenser til, at det samme billede gør sig gældende for begge grupper.

Figur 2.6 Fordeling på, hvorvidt borgeren mangler støtte til noget fra hjemmevejleder/personale på botilbud – særskilt for hjælp til udfyldning af spørgeskemaet

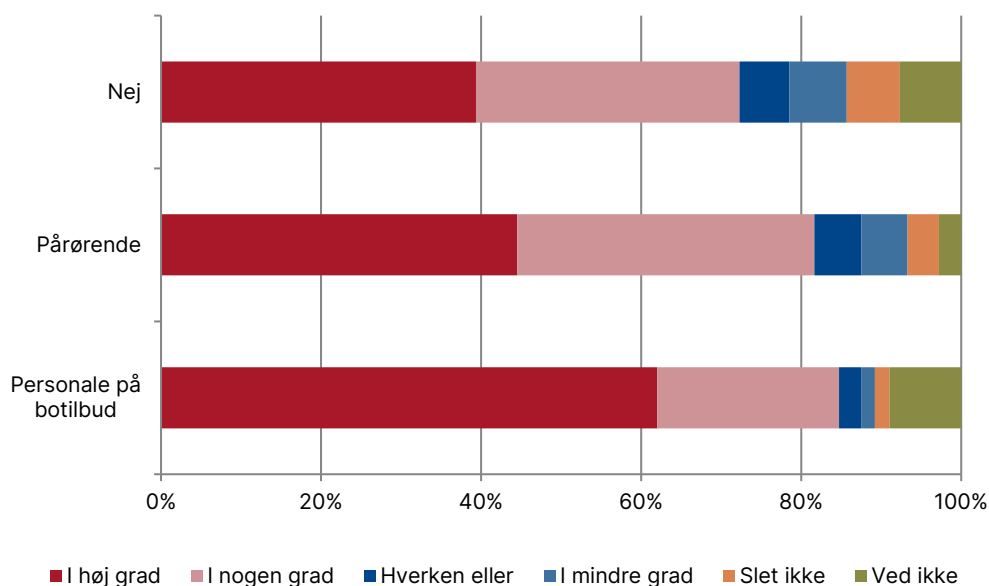


Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185
 Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på, hvorvidt borgeren mangler støtte til noget, fremgår det af Figur 2.6, at borgere, der har modtaget hjælp til udfyldning fra pårørende, har en signifikant højere andel, der mangler støtte sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldning af hjemmevejleder eller personale på botilbuddet, men også sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Blandt borgere, der har fået hjælp til udfyldning fra hjemmevejleder/personale på botilbud, er der også en signifikant højere andel, der mangler støtte til noget sammenlignet med borgere, der ikke har fået hjælp til udfyldning.

Fokuserer vi udelukkende på borgere i eget hjem, er der en signifikant højere andel, der mangler støtte til noget blandt borgere, der har fået hjælp af pårørende sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldning af hjemmevejleder eller personale på botilbuddet, men også sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Forskellen på denne andel mellem borgere, der har fået hjælp fra personalet og de borgere, der ikke har fået hjælp, er ikke signifikant. Resultaterne er de samme, hvis vi analyserer borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud for sig selv.

Figur 2.7 Fordeling på, hvorvidt borgeren trives på botilbuddet – særskilt for hjælp til udfyldning af spørgeskemaet



Anm.: Ingen n = 657, Pårørende n = 879, Personale på botilbud n = 822

Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på, hvorvidt borgeren på botilbud/botilbudslignende tilbud trives på botilbuddet, ses det i Figur 2.7, at borgere, der har modtaget hjælp til udfyldning af spørgeskemaet fra enten pårørende eller personalet på botilbud, har en signifikant højere andel, der trives på botilbuddet sammenlignet med de borgere, der ikke har modtaget hjælp. Andelen, der trives på botilbuddet blandt borgere, der har fået hjælp til udfyldningen fra personalet, er ligeledes signifikant højere sammenlignet med borgere, der har fået hjælp til udfyldningen fra pårørende.

Betydningen af 'response bias'

De ovenstående analyser af, om hjælp til at besvare spørgeskemaet fra henholdsvis pårørende eller hjemmevejleder/personale har medført systematiske forskelle i måden, hvorpå respondenterne vurderer deres tilfredshed med den modtagne støtte viser, at hjælp til besvarelsen har en signifikant betydning for respondenternes svar. Sammenlignet med de respondenter, der ikke har modtaget hjælp, har respondenter, som har fået hjælp fra pårørende, en tendens til at angive en lavere tilfredshed, mens respondenter, der har fået hjælp fra personalet, har en tendens til at angive en højere tilfredshed. Vi kan derfor ikke udelukke en vis bias i undersøgelsens resultater. Denne usikkerhed er størst for borgere i botilbud/botilbudslignende forhold, hvor den største andel af borgere har modtaget hjælp til besvarelsen.

3 Brugertilfredshed på det specialiserede voksenområde i Danmark

I dette kapitel giver vi et kvantitativt overblik over brugertilfredsheden på det specialiserede socialområde i Danmark. Alle data i kapitlet stammer fra vores spørgeskemaundersøgelse blandt borgere, som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem eller på botilbud/botilbudslignende tilbud. Resultaterne bør ses i perspektivet af en lav deltagelse blandt respondenter i undersøgelsen samt et skævt frafald og kan derfor ikke med sikkerhed siges at være repræsentative for målgruppen.

Kapitlet er bygget tidskronologisk op i forhold til borgernes kontakt til de offentlige myndigheder og tildeling af støtte. Vi starter således med at belyse a) borgernes oplevelse af visitationsprocessen, b) kontakt til de respektive visitationsmyndigheder samt c) brug af handleplaner. Herefter beskriver kapitlet d) borgernes oplevelse af, om den tildelte støtte er dækkende, og e) om de oplever et udbytte af støtten. Dernæst ser vi på, f) hvordan borgerne oplever kontakten til deres hjemmevejleder/personale på botilbud, og g) hvordan borger på botilbud/botilbudslignende tilbud oplever leveforholdene på stedet. Kapitlet afsluttes med at belyse h) borgernes generelle tilfredshed med den støtte, de modtager, og de forhold, som har indflydelse herpå.

Kapitlet er struktureret således, at brugertilfredsheden er afrapporteret separat for henholdsvis a) *borgere i eget hjem* og b) *borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud*. Opdelingen skyldes, at støttebehov, ydelser og rammer varierer væsentligt mellem de to grupper, hvorfor grupperne er relativt forskellige, hvilket potentielt kan skabe variation i den oplevede brugertilfredshed (se afsnit 2.5). Borgere i eget hjem dækker over personer, som modtager socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, mens borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud dækker over personer i midlertidigt ophold eller længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107-108 samt borgere, der er bevilget en socialpædagogisk indsats efter § 85 i botilbudslignende tilbud.

Kapitlet afrapporterer dels en række deskriptive analyser samt et antal sammenlignende analyser, som belyser signifikante forskelle mellem forskellige grupper af borgere (fx køn, alder, ydelsestype, støttebehov, familietype). De sammenlignende analyser afrapporteres dels separat for borgere i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem samt for hele respondentgruppen samlet.

Hovedresultater vedrørende brugertilfredsheden er repræsenteret i kapitel 3. Sammenlignende analyser for hele respondentgruppen fremgår af Bilag 3. Sammenlignende analyser opgjort på gruppen af borgere i eget hjem versus botilbud/botilbudslignende tilbud afrapporteres alene i prosa for at undgå identifikation af borgere grundet få respondenter i enkelte celler. Alle resultater afrapporteret i kapitlet er statistisk signifikante.

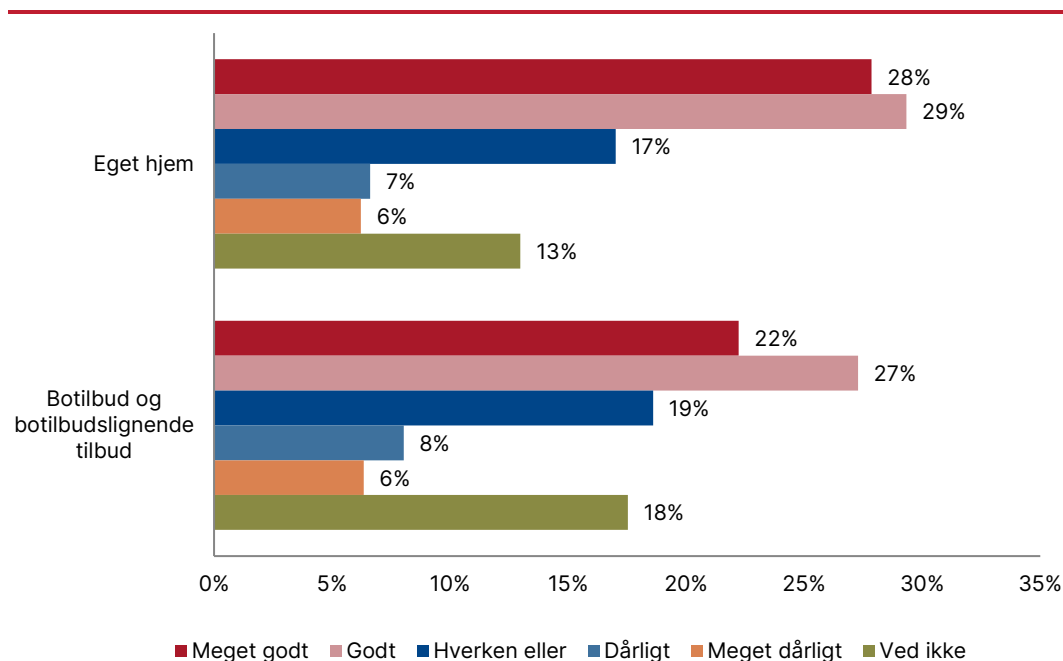
3.1 Oplevelse af visitation

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem oplever visitationen, når de tildeles støtte. Afsnittet belyser dels borgernes oplevelse af samarbejdet med deres sagsbehandler, herunder oplevelsen af at blive lyttet til, dels ser vi på, om borgerne oplever, at deres støttebehov bliver opfyldt på basis af den tildelte hjælp.

3.1.1 Oplevelsen af samarbejde med sagsbehandler

Vi har i spørgeskemaundersøgelsen bedt borgerne vurdere samarbejdet med deres sagsbehandler ved kommunen. Som det fremgår af Figur 3.1, angiver ca. halvdelen af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (49 %) og eget hjem (57 %), at de synes, at samarbejdet med deres sagsbehandler fungerer godt eller meget godt. I sammenligning svarer 14 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 13 % af borgerne i eget hjem, at de oplever, at samarbejdet fungerer dårligt eller meget dårligt. Oplevelserne af samarbejdet med myndighedssagsbehandler er således ikke entydigt positive.

Figur 3.1 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Borgere, som bor i eget hjem, er signifikant mere tilfredse med samarbejdet med deres sagsbehandler end borgere, som bor på botilbud/botilbudslignende tilbud. I begge grupper er der signifikant forskel mellem aldersgrupper, hvor ældre borgere (60+ år) er mere kritiske over for samarbejdet med deres sagsbehandler end unge borgere (18-39 år). Køn har derimod ingen signifikant betydning for oplevelsen af samarbejdet. For både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud samt borgere i eget hjem gælder desuden, at

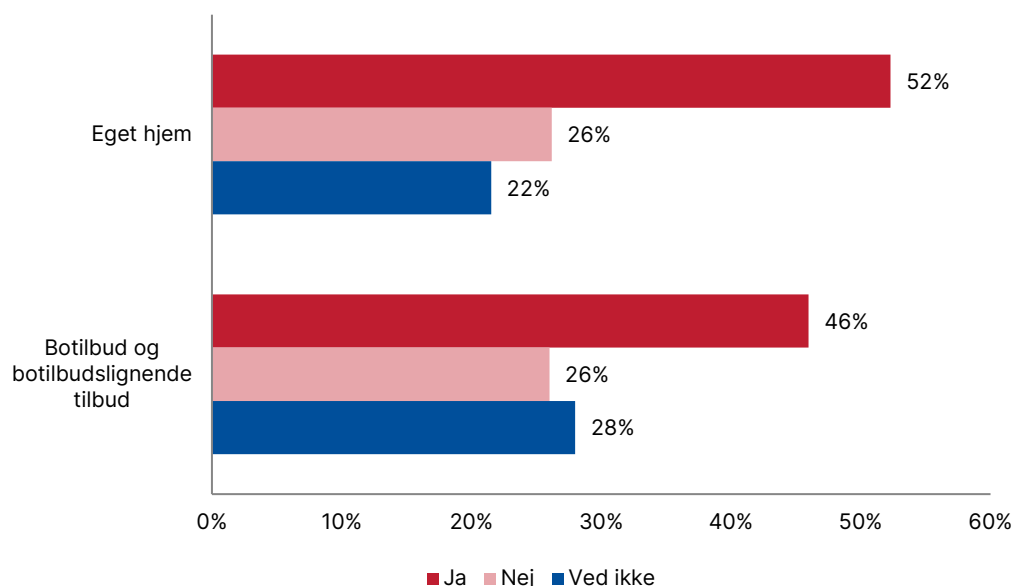
oplevelsen af et godt samarbejde med sin sagsbehandler afhænger af, hvorvidt borgerne oplever at have sociale vanskeligheder eller ej. I jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at samarbejdet med deres sagsbehandler ikke er velfungerende. Samtidig viser vores analyser, at jo flere forskellige typer af vanskeligheder, borgeren oplever, jo dårligere opleves samarbejdet med deres sagsbehandler.

Udfører vi analyserne for den samlede borgergruppe, får vi samme resultater som beskrevet ovenfor, for de to grupper separat. Analyser på det fulde datamateriale viser også, at der er statistisk signifikant forskel i oplevelsen af samarbejdet på tværs af borgere, som modtager forskellige typer af støtte. Borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem, samt borgere, som modtager SL § 107, er signifikant mere tilfredse med samarbejdet med deres sagsbehandler end borgere, som modtager § 85 i botilbudslignende tilbud og SL §108. (De sammenlignende analyser er afbilledet i Bilag 3: Oplevelse af visitation: Bilagsfigur 3.1-Bilagsfigur 3.5).

3.1.2 Oplevelsen af udredningen

Vi har også spurgt respondenterne, hvorvidt de oplever, at der har fundet en grundig udredning sted i forhold til deres støttebehov. Her svarer ca. halvdelen af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (46 %) og i eget hjem (52 %) *ja* til, at kommunen har undersøgt deres støttebehov grundigt. Lidt over en fjerdedel af de adspurgte borgere i begge grupper (26 %) oplever imidlertid ikke, at der har fundet en grundig udredning sted. Billedet er, som det fremgår af Figur 3.2, således ikke entydigt.

Figur 3.2 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

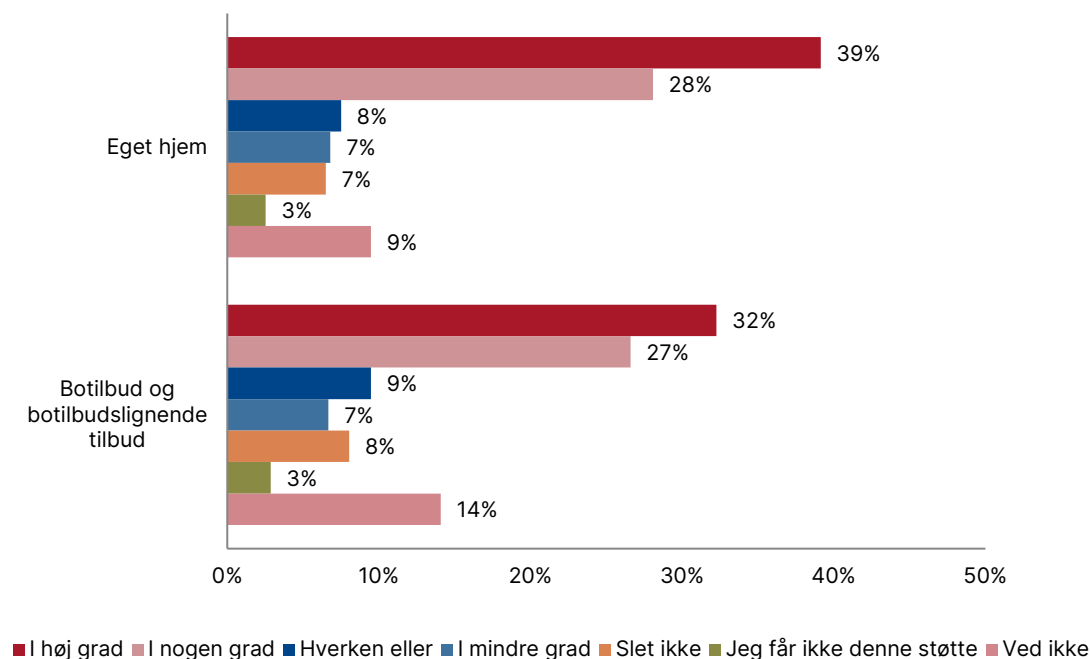
Ser vi på variationer i respondentgruppen, finder vi en statistisk signifikant forskel mellem borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem, hvor borgere bosiddende i

eget hjem i højere grad end borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud oplever, at deres støttebehov er undersøgt grundigt af kommunen. For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er der en statistisk signifikant forskel mellem aldersgrupper, hvor unge borgere (18-39 år) i mindre grad end ældre (60+ år) føler sig grundigt udredte. Desuden oplever en signifikant større andel af borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem, samt borgere, som modtager SL § 107, at deres støttebehov er ordentligt undersøgt end borgere, som modtager § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108.

Vi har også set på, om borgernes egen oplevelse af at have kognitive, fysiske, psykiske og sociale vanskeligheder har betydning for deres oplevelse af, at kommunen har undersøgt deres støttebehov grundigt. Her viser der sig for begge grupper at være en statistisk signifikant sammengæng, således at sandsynligheden for, at en borger føler sig grundigt udredt, falder, jo mere borgeren oplever at have enten kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder. Tendensen er stærkest for borgere med psykiske og sociale vanskeligheder. Samtidig viser analyserne, at der er statistisk signifikant sammenhæng mellem borgerens oplevede vanskeligheder og følelsen af at være blevet grundigt udredt. Jo flere oplevede vanskeligheder, jo højere andel føler sig ikke grundigt udredt. Undersøgelsen viser også, at oplevelsen af, om man som borger har et godt samarbejde med sin sagsbehandler, er associeret med oplevelsen af, om man er blevet ordentligt udredt. Jo dårligere man som borger oplever samarbejdet med sagsbehandleren, jo større er sandsynligheden for, at borgeren oplever, at kommunen ikke har undersøgt vedkommendes støttebehov tilstrækkeligt grundigt. Resultaterne gælder ligeledes for den samlede borgergruppe, hvor sammenhængene også er signifikante (se Bilag 3 for en oversigt over sammenlignende analyser: Oplevelsen af udredning: Bilagsfigur 3.6-Bilagsfigur 3.14).

3.1.3 Oplevelsen af at blive lyttet til

For at belyse borgernes oplevelse af visitationsprocessen har vi også spurgt respondenterne, om de oplevede, at deres sagsbehandler lyttede til deres ønsker om støtte i forbindelse med udredningen af støttebehov. Som det fremgår af Figur 3.3, oplever ca. to tredjedele af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (59 %) og eget hjem (67 %), at deres sagsbehandler i nogen grad eller i høj grad lyttede til deres ønsker om støtte. 15 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 14 % af borgerne i eget hjem angav derimod, at de i mindre grad eller slet ikke følte sig lyttet til. Hovedparten af borgerne har således følt sig inddraget i kommunens vurdering af deres støttebehov.

Figur 3.3 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte?

Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Analyserne viser en statistisk signifikant forskel mellem borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem i forhold til oplevelsen af, at blive lyttet til af sin sagsbehandler. Her oplever signifikant flere borgere i eget hjem at blive lyttet til i sammenligning med borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. Der er for begge grupper desuden en statistisk signifikant forskel mellem aldersgrupper, hvor oplevelsen af at blive lyttet til er lavest blandt de unge. Køn og etnisk herkomst har derimod ingen signifikant betydning for oplevelsen af, om sagsbehandleren lytter til ens ønsker om støtte i forbindelse med udredningen. Til gengæld har det en signifikant betydning, om borgerne oplever at have sociale vanskeligheder eller ej. For både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og borgere i eget hjem er det sådan, at i jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo mindre er sandsynligheden for, at de oplever at sagsbehandleren lytter til deres ønsker om støtte. Undersøgelsen finder også en statistisk signifikant sammenhæng mellem oplevelsen af, om ens sagsbehandler har lyttet til ens ønsker om støtte og oplevelsen af, at blive grundig udredt. Bemærk her, at vi på baggrund af vores analyser ikke kan konkludere, om der er en årsagssammenhæng.

Analyserne viser også en statistisk signifikant forskel mellem typen af ydelsesmodtagere, hvor borgere som modtager SL § 85 i eget hjem samt borgere som modtager SL § 107 i højere grad oplever at deres sagsbehandler lytter til dem, i sammenligning med modtager af § 85 i botilbudslignende tilbud og SL §108.

Udfører vi analyserne for de to grupper samlet, finder vi samme resultater som for grupperne separat. (De sammenlignende analyser er afbillede i Bilag 3: Oplevelsen af at blive lyttet til: Bilagsfigur 3.15-Bilagsfigur 3.20).

3.2 Oplevelsen af handleplaner

Borgernes tilfredshed med samspillet med kommunale myndigheder og fagprofessionelle afspejles også i deres oplevelse af anvendelsen af handleplaner.

Kommunerne er forpligtede til at tilbyde sociale handleplaner § 141 til borgere med betydeligt nedsatte fysiske og/eller psykiske funktionsevner eller væsentlige sociale problemstillinger. Formålet med en social handleplan er at fastsætte målet med indsatsen, at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, og at tydeliggøre forpligtigelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltninger. Samtidig skal den sociale handleplan medvirke til at styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen.⁷

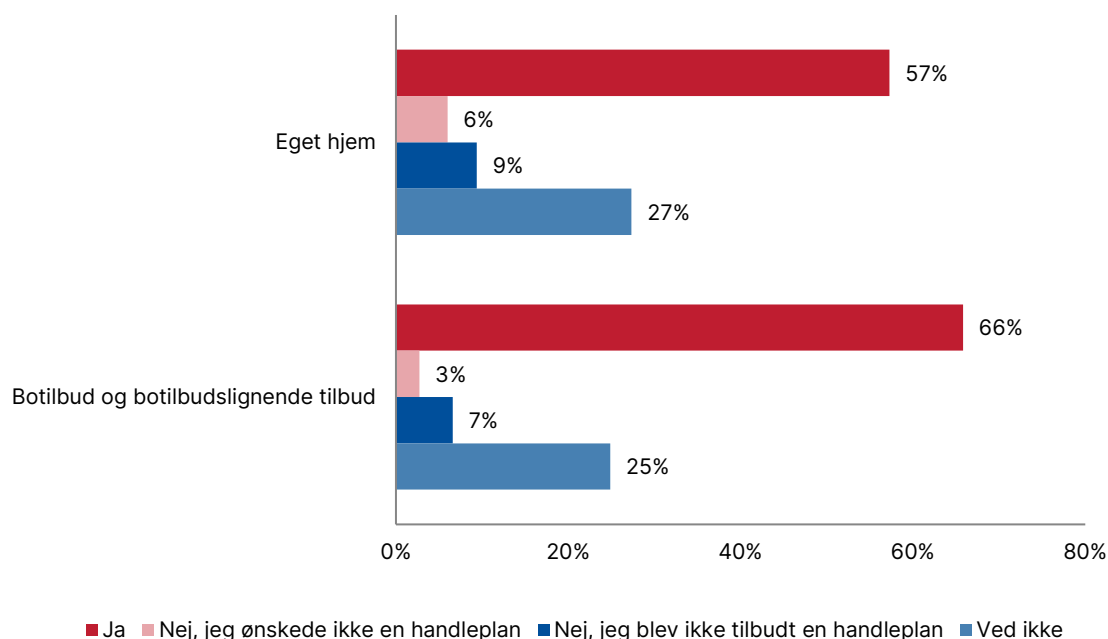
I dette afsnit belyser vi borgernes tilfredshed med deres § 141-handleplan og giver et overblik over, hvor mange borgere, som har en sådan.

3.2.1 Udbredelse af handleplaner

§ 141-handleplanen er et tilbud til den enkelte borger. Det er derfor ikke sikkert, at alle borgere har taget imod kommunens tilbud om en handleplan. Figur 3.4 giver et overblik over, hvor mange borgere der har taget imod tilbuddet, hvor mange der har fravalgt planen, og hvor mange der ikke oplever at være blevet tilbudt en § 141-handleplan eller ikke er klar over, om de har en.

Som det fremgår af Figur 3.4, så har ca. to tredjedele af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (66 %) og eget hjem (57 %) en § 141-handleplan. Samtidig angiver en væsentlig andel af respondenterne, at de ikke ved, om de har en § 141-handleplan. Tallet er henholdsvis 25 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % for borgere i eget hjem. Kun en mindre andel af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (3 %) og i eget hjem (6 %) har selv frabedt sig en handleplan.

⁷ https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/udbredelses-og-forankringsprojektet-1/copy_of_udbredelse-af-hjemlosestrategien/lovgivning/serviceloven

Figur 3.4 Har du en handleplan (§ 141-handleplan)?

Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Der er en statistisk signifikant forskel på svarfordelingerne fra respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem. Respondenterne fra botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt i forhold til, at de har en handleplan, i sammenligning med borgere i eget hjem. Der også en signifikant forskel mellem borgere i forskellige aldersgrupper. For borgere i eget hjem er det ældre borgere (60+ år), som er signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de ikke er blevet tildelt en handleplan i forhold til yngre borgere (18-39 år). For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er det borgere i alderen 40-59 år, der har den højeste andel med en handleplan. Køn har ingen signifikant betydning for de to grupper, når vi analyserer dem hver for sig.

Endelig er der i begge grupper en statistisk signifikant sammenhæng mellem, hvordan borgerne oplever henholdsvis a) samarbejdet med deres sagsbehandler, b) at blive grundigt udredt og c) blive lyttet til i forhold til støttebehov og det at have en handleplan. Jo bedre man som borger oplever samarbejdet med sin sagsbehandler, jo bedre en udredning, og jo mere man føler sig lyttet til, jo større er sandsynligheden for, at man har en handleplan. Jo ringere, man oplever samarbejdet, udredningen, og at sagsbehandleren lytter, jo større er sandsynligheden for, at borgeren oplever ikke at være blevet tilbudt en handleplan.

Samarbejdet med sagsbehandler, at blive grundigt udredt og at blive lyttet til i forhold til støttebehov har også signifikant betydning for gruppen af respondenter, hvis vi analyserer dem samlet. I den samlede respondentgruppe finder vi imidlertid, at ældre borgere (60+ år) er signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de ikke er blevet tildelt en handleplan i forhold til yngre borgere (18-39 år). Også køn har en signifikant betydning for, hvorvidt man har en handleplan eller ej, hvor mænd er mere tilbøjelige end kvinder til aktivt at

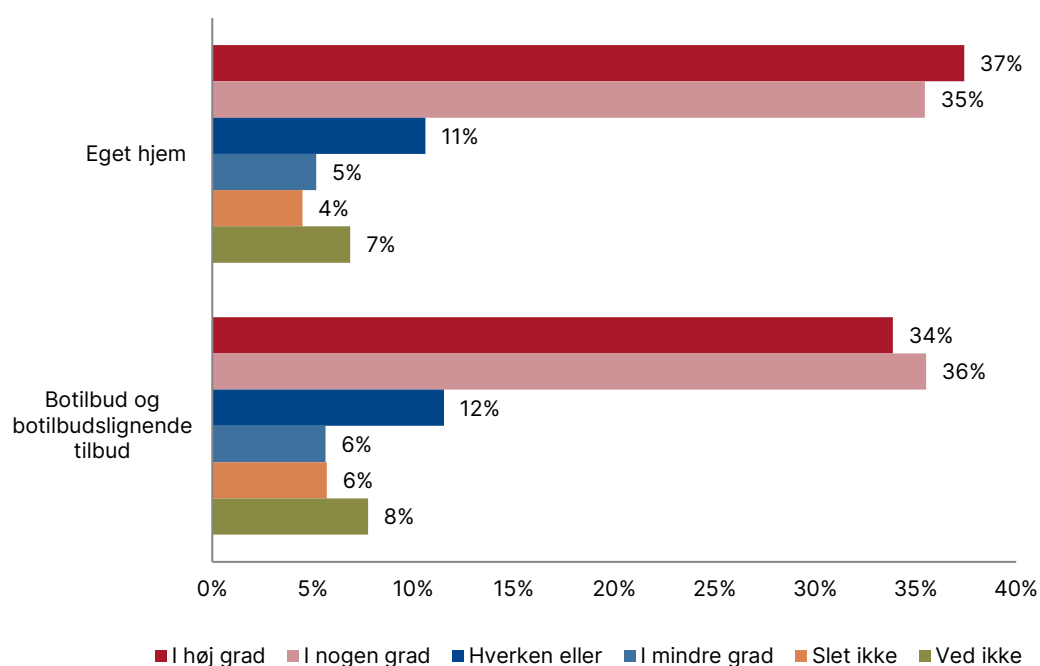
have fravalgt handleplanen. (De sammenlignende analyser for den samlede borgergruppe er afrapporteret i Bilag 3: Oplevelsen af handleplaner: Bilagsfigur 3.21-Bilagsfigur 3.26).

3.2.2 Tilfredshed med handleplaner

Formålet med handleplanen er at fastsætte et fælles mål for, hvad indsatsen sigter mod. Handleplanen skal således beskrive, hvordan der i praksis arbejdes på, at den enkelte borger kan bevare eller forbedre sine psykiske eller sociale funktioner eller udvikle eller vedligeholde personlige færdigheder.

I forbindelse hermed har vi spurgt respondenterne om, hvorvidt de føler, at handleplanen er et virkningsfuldt værktøj for dem i forhold til at målrette den socialpædagogiske støtte. Den præcise spørgsmålsformulering og svarfordeling fremgår af Figur 3.5. Som det ses af figuren, angiver 70 % af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem, at de i nogen grad eller høj grad oplever, at handleplanen er virksom for dem. 12 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 9 % af borgerne i eget hjem oplever, at handleplanen i mindre grad eller slet ikke virker for dem. Der er ingen signifikant forskel mellem borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem. Generelt synes borgerne således at være godt tilfredse med anvendelsen af handleplaner.

Figur 3.5 Oplever du, at handleplanen virker for dig?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 1.576, Eget hjem n = 1.100

Kilde: Survey-oplysninger.

For begge grupper finder vi derimod en statistisk signifikant forskel mellem aldersgrupper, hvor unge borgere (18-39 år) er mindre bøjelige til at opleve, at handleplanen virker for dem i sammenligning med ældre borgere (40+ år). Køn har ingen signifikant betydning for nogen af de to grupper, når vi analyserer dem separat. For både borgere i botil-

bud/botilbudslignende tilbud og eget hjem finder vi derimod en statistisk signifikant sammenhæng mellem oplevelsen af, om kommunen har undersøgt ens støttebehov grundigt og oplevelsen af, om handleplanen er virksom. Vores analyser kan derimod ikke slå fast, om der er en årsagssammenhæng.

Endelig viser undersøgelsen, at der er en signifikant forskel på svarfordelingerne mellem borgere, der modtager forskellige ydelsestyper. Borgere, som modtager SL § 107, er mindre tilbøjelige til at opleve, at handleplanen virker for dem i sammenligning med ydelsesmodtagere af SL § 85 i eget hjem samt § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108.

Vi finder de samme resultater for alder og køn, hvis vi ser på de to grupper samlet. Endelig finder vi også de samme signifikante resultater for den samlede borgergruppe angående sammenhængen mellem, at kommunen har undersøgt borgerens støttebehov grundigt og borgerens oplevelse af handleplanens virksomhed. (Sammenlignende analyser kan ses i Bilag 3: Tilfredshed med handleplaner: Bilagsfigur 3.27-Bilagsfigur 3.29).

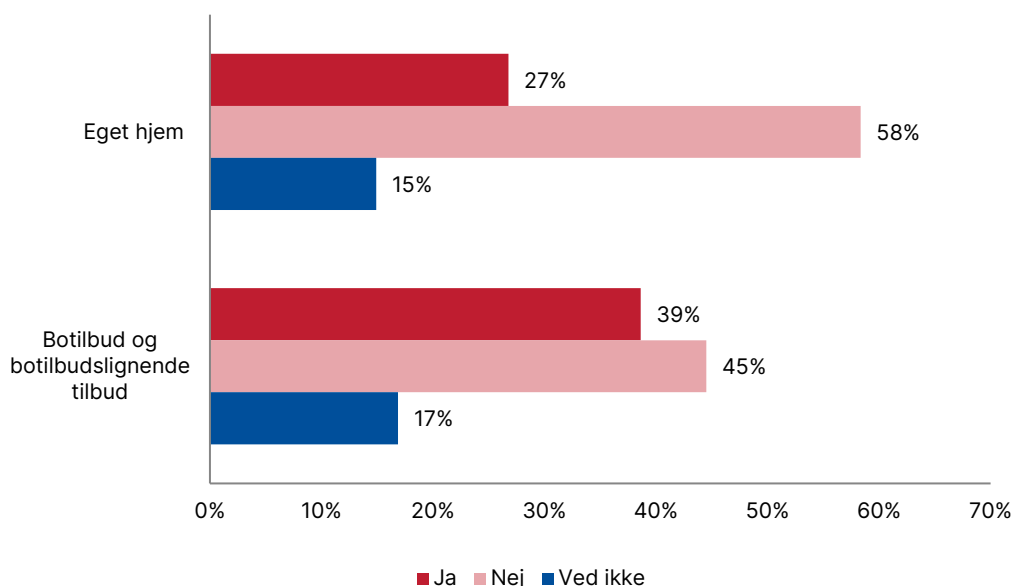
3.3 Opfyldelse af støttebehov

I dette afsnit undersøger vi, om borgerne oplever, at den støtte, de modtager, er dækkende i forhold til deres behov. Vi har spurgt respondenterne, hvorvidt de oplever at mangle støtte til noget, samt hvad de i givet fald oplever at mangle støtte til.

3.3.1 Er støtten dækkende?

Af Figur 3.6 fremgår, om respondenterne oplever, at de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personalet på deres botilbud. Her svarer 45 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 58 % af borgerne i eget hjem, at de *ikke* mangler støtte til noget. Modsat svarer 39 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem, at de oplever at mangle støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personalet på deres botilbud. Der er således en væsentlig andel af borgerne, som ikke oplever, at deres aktuelle støtte er dækkende. Undersøgelsen viser, at der er en signifikant forskel mellem borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem, hvor borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de oplever at mangle støtte til noget i sammenligning med borgere i eget hjem.

Figur 3.6 Mangler du støtte til noget fra din hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud/botilbudslignende tilbud?



Anm.: Botilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Undersøgelsen viser, at for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud samt eget hjem har alder signifikant betydning for oplevelsen af at mangle støtte til noget. Her er gruppen af unge borgere (18-39 år) signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet end voksne borgere (40+ år). Køn har derimod kun har signifikant betydning for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor kvinder i højere grad end mænd oplever at mangle støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet. For begge grupper gælder imidlertid, at borgernes oplevelse af at have kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder alle har signifikant betydning for oplevelsen af at føle at mangle støtte til noget. I jo højere grad, borgeren oplever at have disse vanskeligheder (samt flere vanskeligheder samtidigt), jo større er sandsynligheden for, at borgeren oplever at mangle støtte.

Endelig er en række forhold (i både eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud) associeret med oplevelsen af om ens støttebehov er opfyldte. Det gælder oplevelse af samarbejde med ens sagsbehandler samt oplevelsen af en grundig udredning. Der er her en signifikant statistisk sammenhæng, uden at vi dog kan sige om det ene forårsager det andet.

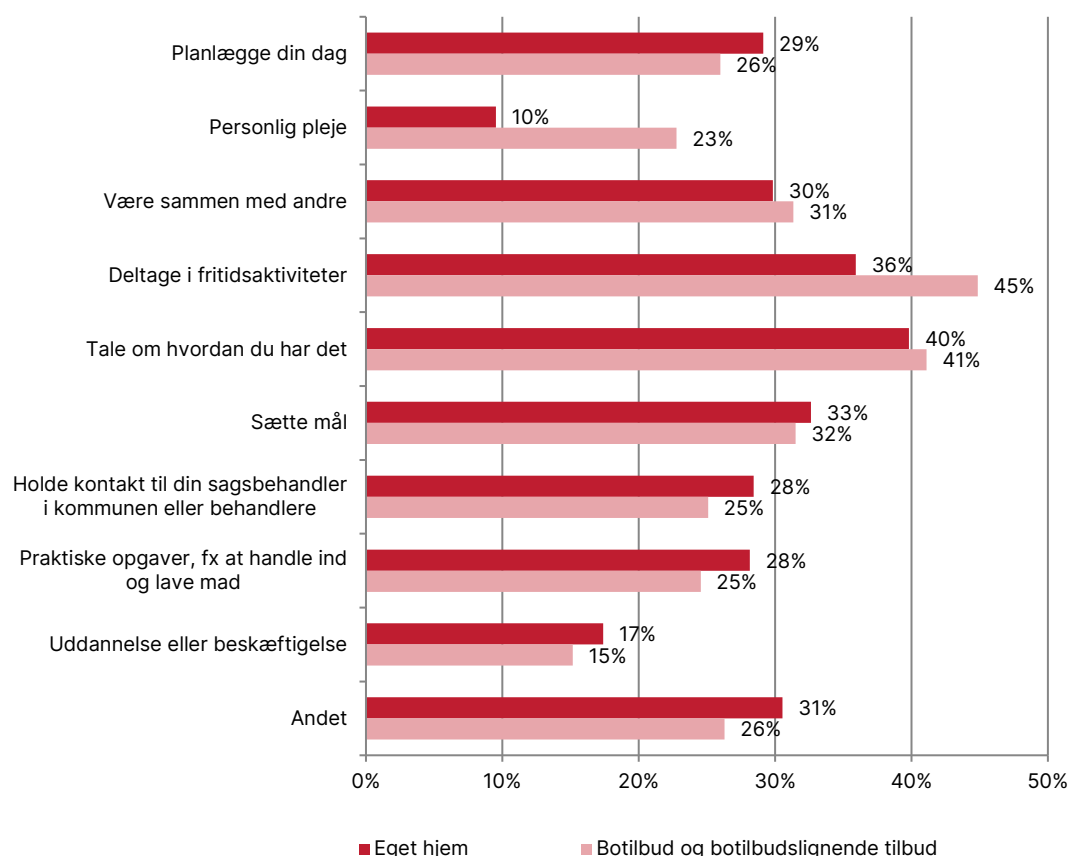
Hvis vi analyserer de to grupper samlet, finder vi samme resultater med hensyn til alder, mens køn også har signifikant betydning for den samlede borgergruppe. Her er kvinder signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet end mænd. For den samlede gruppe finder vi desuden samme resultat, hvad angår betydningen af borgernes egen oplevelse af at have kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder, samt for de forhold, som

er associeret med oplevelsen af at ens støttebehov ikke er opfyldte. (Sammenlignende analyser fremgår af Bilag 3: Opfyldelse af støttebehov, Bilagsfigur 3.30-Bilagsfigur 3.38).

3.3.2 Hvad mangler der støtte til?

Borgere, som har angivet, at de oplever at mangle støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud, er blevet spurgt til, hvad de specifikt oplever at mangle støtte til. De forskellige ydelser, som respondenterne har kunnet angive at mangle støtte til, fremgår af Figur 3.7. For borgere både på botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem svarer flest respondenter, at de mangler støtte til *at deltage i fritidsaktiviteter* samt det at *have nogle at tale med om, hvordan man har det*. Som det fremgår af figuren, peger respondenterne også på andre forhold, hvor de oplever, at støtten ikke er dækkende (hjælp til at sætte mål, planlægge sin dag, personlig pleje mv.). Dog er det bemærkelsesværdigt, at de største afsavn i relation til støtte synes at være relateret til den del af støtten, som vedrører et socialt aspekt. Bemærk også, at støtte til at være sammen med andre udgør det fjerde vigtigste aspekt for både borgere i eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud.

Figur 3.7 Mangler du støtte til en eller flere af disse ting?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 950, Eget hjem n = 524
Respondenter kunne vælge flere svarmuligheder.

Kilde: Survey-oplysninger.

Analyserne viser en statistisk signifikant forskel på svarfordelingerne for respondenter i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem på flere af aktiviteterne. Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de mangler støtte til personlig pleje og deltagelse i fritidsaktiviteter. Køn har kun signifikant betydning i forhold til at mangle støtte til at deltage i fritidsaktiviteter eller at tale om, hvordan borgeren har det. For begge disse spørgsmål er det i højere grad kvinder end mænd, der mangler støtte til disse ting. Alder har for borgere i eget hjem kun statistisk signifikant betydning for oplevelsen af manglende støtte til at planlægge sin dag, at holde kontakt med sin sagsbehandler eller andet. For borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud har alder kun signifikant betydning for oplevelsen af manglende støtte til at være sammen med andre og deltage i fritidsaktiviteter. I begge grupper er unge borgere (18-39 år) signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de savner støtte til disse forhold end voksne borgere (40+ år).

Vi finder også en signifikant forskel i oplevelsen af manglende støtte til personlig pleje og deltagelse i fritidsaktiviteter, hvor borgere, der modtager § 85 i botilbudslignende tilbud samt SL § 108, i højere grad efterspørger støtte til disse ydelser i sammenligning med borgere, som modtager SL § 107 og SL § 85 i eget hjem. Endelig er borgere, der modtager SL § 107, mere tilbøjelige end de andre ydelsesmodtagere til at savne støtte til uddannelse og beskæftigelse.

Ser vi på resultaterne for den samlede respondentgruppe, er unge borgere (18-39 år) signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de savner støtte end voksne borgere (40+ år). Køn har derimod kun signifikant betydning for oplevelsen af at mangle støtte til personlig pleje. (For en oversigt over analyser, se Bilag 3: Hvad mangler der støtte til: Bilagsfigur 3.39-Bilagsfigur 3.41).

3.4 Udbytte af støtten

I dette afsnit ser vi nærmere på borgernes oplevelse af udbyttet af den støtte, de modtager fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud.

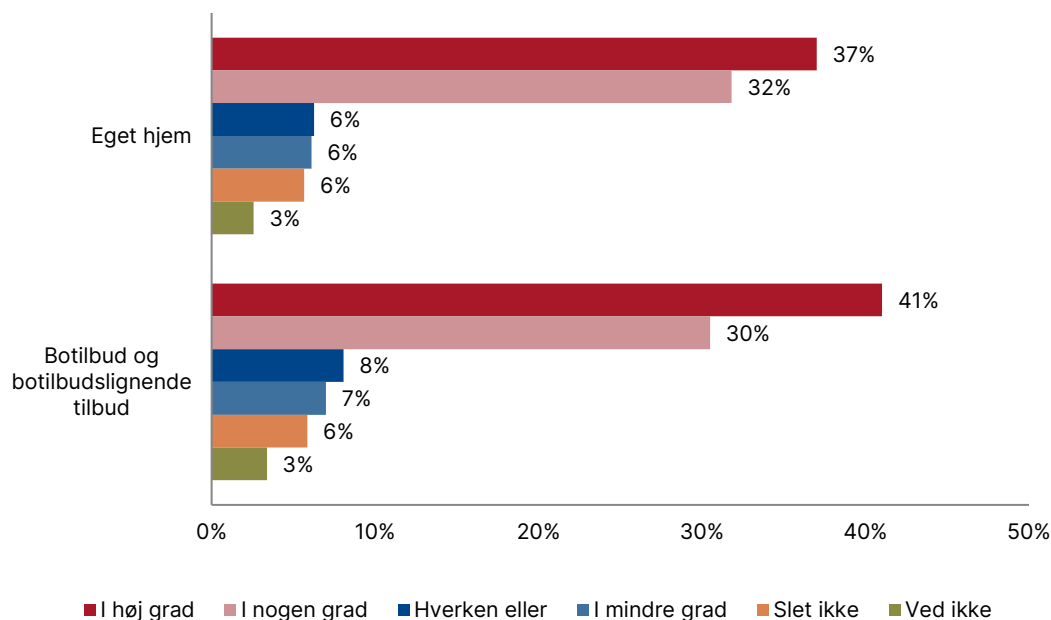
Formålet med servicelovens §§ 85, 107 og 108 er, at borgerne får mulighed for at udvikle deres færdigheder, så det er muligt at leve et liv på egne præmisser. I undersøgelsen har vi spurgt borgerne, om de selv oplever, at støtten er virksom. Spørgeskemaundersøgelsen afdækker i den forbindelse borgernes egne oplevelser af, om støtten gør dem bedre i stand til: a) at klare flere ting i hverdagen, b) at have et socialt liv og c) at trives som menneske.

3.4.1 Oplevelsen af at kunne klare ting i hverdagen

Vi har spurgt respondenterne om, i hvor høj grad de oplever, at den støtte, de modtager, hjælper dem til selv at klare flere ting i hverdagen. Figur 3.8 viser, at mere end to tredjedele af respondenterne oplever, at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen. De tilsvarende tal er 71 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 69 % for borgere i eget hjem. Det typiske billede er således, at støtten er virksom i forhold til borgernes oplevelse af at kunne klare praktiske opgaver i hverdagen. Dog svarer henholdsvis 13 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud

og 12 % af borgerne i eget hjem, at de i mindre grad eller slet ikke oplever, at støtten hjælper dem til bedre at klare flere ting i hverdagen.

Figur 3.8 Hjælper støtten fra din hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud/botilbudslignende tilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

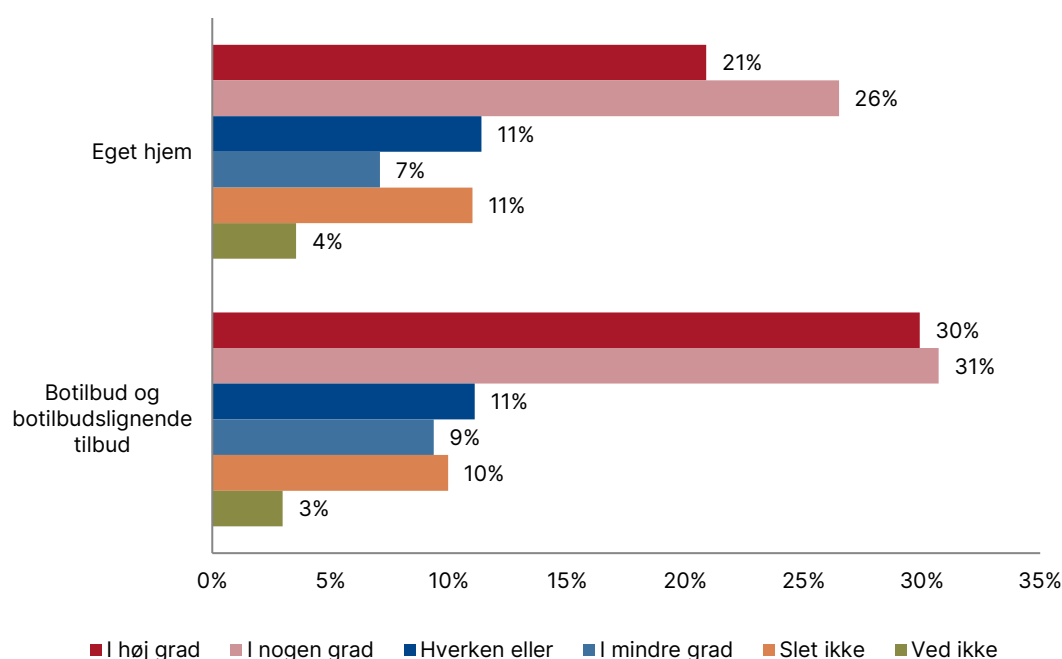
Analyserne viser, at der er statistisk signifikant forskel mellem borgere i eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt i forhold til, at støtten fra personalet på deres botilbud har hjulpet dem til at klare flere ting i hverdagen. For både borger i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem er der også statistisk signifikant forskel mellem borgere i forskellige aldersgrupper. Ældre borgere (60+ år) oplever i højere grad, at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Endelig har det statistisk signifikant betydning, i hvilken grad borgeren selv oplever at have sociale vanskeligheder. For begge borgergrupper gælder, at i jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, i jo mindre grad oplever de, at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen. For begge borgergrupper gælder det desuden, at køn, familietype (enlig/samboende) og tid, man som borger har modtaget støtte, ingen signifikant betydning har for oplevelsen af, om støtten hjælper borgeren til at klare flere ting i hverdagen eller ej.

Udfører vi analyserne for den samlede borgergruppe, finder vi de samme resultater, som hvis vi ser på de to grupper separat. (De sammenlignende analyser er afbilledet i Bilag 3, Udbytte af støtten (hjælp til at klare flere ting i hverdagen): Bilagsfigur 3.42-Bilagsfigur 3.47).

3.4.2 Oplevelsen af at kunne have et socialt liv

Vi har også spurgt respondenterne om, i hvor høj grad de oplever, at støtten fra deres hjemmevejleder eller personalet på botilbuddet hjælper dem til at have et socialt liv. Som det fremgår af Figur 3.9, så oplever hovedparten af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (61 %) og eget hjem (47 %), at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at have et socialt liv. Henholdsvis 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever derimod, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv. Billedet er således ikke entydigt, og flere borgere føler sig ikke hjulpet til at opretholde et socialt liv.

Figur 3.9 Hjælper støtten fra hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Der er en statistisk signifikant forskel mellem borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem. Borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud er mere tilbøjelige til at opleve, at støtten hjælper til at have et socialt liv end borgere i eget hjem. Alder har kun signifikant betydning for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Borgere over 60 år føler sig signifikant bedre hjulpet i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Hverken køn eller familietype har statistisk signifikant betydning, hvis vi ser på de to grupper separat. Borgernes oplevelse af at have sociale vanskeligheder har derimod signifikant betydning for oplevelsen af at blive hjulpet til at have et socialt liv for begge grupper. Jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo lavere grad føler de sig hjulpet til et socialt liv.

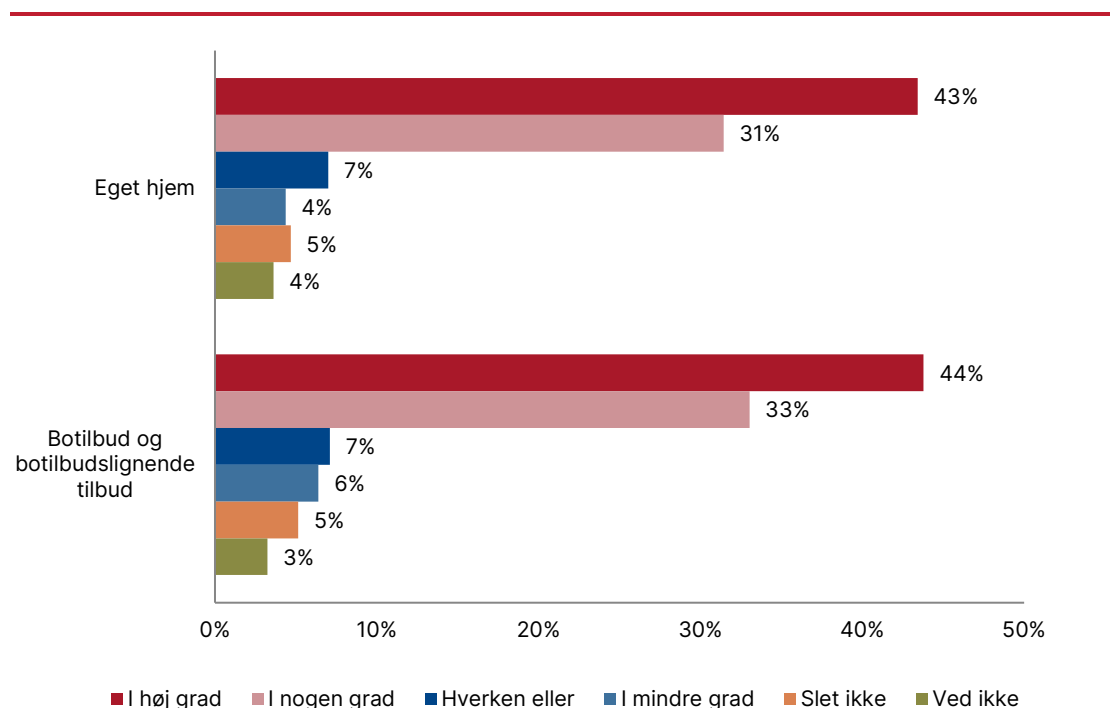
Ser vi på respondentgruppen samlet, finder vi, at borgernes alder har betydning for oplevelsen af, om hjælpen bidrager til at opretholde et socialt liv. Borgere over 60 år føler sig signifikant bedre hjulpet i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Også her har

borgernes oplevelse af at have sociale vanskeligheder signifikant betydning for oplevelsen af at blive hjulpet til at have et socialt liv. I jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, i jo lavere grad føler de sig hjulpet til et socialt liv. Endelig har familietype (enlig/samboende) også betydning for oplevelsen af at blive hjulpet til et socialt liv for den samlede respondentgruppe. Borgere, som er enlige, føler sig signifikant mere tilbøjelige til at svare, at de i høj grad er blevet hjulpet til et socialt liv end borgere, som er samboende. (For en oversigt over sammenlignende analyser, se Bilag 3: Udbytte af støtten (hjælp til at opretholde et socialt liv): Bilagsfigur 3.48-Bilagsfigur 3.51).

3.4.3 Oplevelsen af trivsel

En sidste parameter, vi har undersøgt med henblik på at belyse borgernes udbytte af den støtte, de får, er følelsen af, om støtten opleves at hjælpe borgerne til at trives. Figur 3.10 viser her, at en stor andel af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (77 %) og i eget hjem (74 %) i nogen grad eller i høj grad oplever, at den støtte, de modtager, hjælper dem at bedre at trives. Kun en mindre andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (11 %) og i eget hjem (9 %) oplever i mindre grad eller slet ikke, at støtten hjælper dem til at trives. Generelt har støtten således væsentlig betydning for borgernes trivsel i hverdagen.

Figur 3.10 Hjælper støtten fra din hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at trives?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Der er signifikant forskel mellem borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud og borgere i eget hjem i forhold til deres tilbøjelighed til at opleve, at støtten hjælper dem til at trives. Her er borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at hjælpen understøtter deres trivsel end borgere i eget hjem. Køn har kun signifikant

betydning for borgere i eget hjem, hvor kvinder i højere grad føler sig hjulpet til at trives end mænd. Alder har til gengæld kun signifikant betydning for borgere i botilbud/ botilbudslignende tilbud, hvor ældre borgere (60+ år) har en større sandsynlighed for at opleve, at den støtte, de modtager, er vigtig for deres trivsel. Den tid, man som borger har modtaget støtte, har signifikant betydning for begge grupper, men særligt for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Jo længere tid, man har modtaget støtten, jo højere andel føler sig hjulpet til at trives.

Ser vi på resultaterne for den samlede borgergruppe, finder vi en statistisk signifikant forskel mellem ældre (60+ år) og yngre (18-59 år) borgere. Ældre borgere har en større sandsynlighed for at opleve, at den støtte, de modtager, hjælper dem til at trives. Køn og familietype (enlig/samboende) har ingen signifikant betydning for oplevelsen af, om støtten bidrager til ens trivsel. Den tid, man som borger har modtaget støtte, har derimod signifikant betydning, således at jo længere tid man har modtaget støtte, jo højere andel føler, at den støtte, de modtager, hjælper dem til at trives. (For en oversigt over sammenlignende analyser, se Bilag 3, Udbytte af støtten (hjælp til at trives): Bilagsfigur 3.52-Bilagsfigur 3.55).

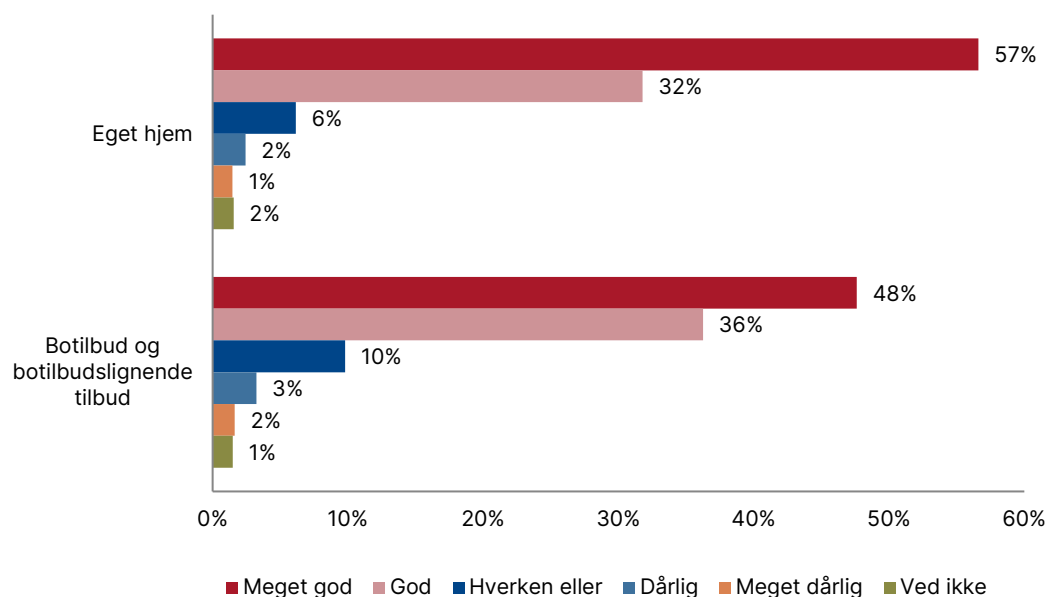
3.5 Kontakten til fagprofessionelle

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvor tilfredse borgerne er med deres relation til det fagprofessionelle personale, de har kontakt til. Vi belyser borgernes oplevelse af selve relationen samt oplevelsen af, om deres hjemmevejleder eller personale lytter og har tid nok til dem.

3.5.1 Oplevelsen af kontakt til hjemmevejleder/personale på botilbud

I undersøgelsen har vi bedt respondenterne vurdere kontakten til deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet. Figur 3.11 viser fordelingen af respondenternes svar. Som det fremgår af figuren, så er opfattelsen af relationen generelt meget positiv. 84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 89 % af borgerne i eget hjem svarer således, at de oplever kontakten til deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet som god eller meget god. Svarene er signifikant forskellige mellem borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem, sådan at sandsynligheden for at have en positiv kontakt stiger, hvis borgeren er bosiddende i eget hjem.

Figur 3.11 Hvordan oplever du kontakten til din hjemmevejleder/personalet på dit botilbud?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Køn og længde af den tid, som borgeren har modtaget støtten i, har ingen betydning, hvis vi analyserer de to grupper separat. Alder har signifikant betydning for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor en signifikant højere andel af ældre borgere (60+ år) har god kontakt til deres hjemmevejleder eller personalet på botilbud sammenlignet med yngre borgere (18-39 år). Etnisk herkomst har ligeledes betydning for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor en højere andel af borgere af dansk herkomst sammenlignet med indvandrere og efterkommere har en god kontakt til personalet.

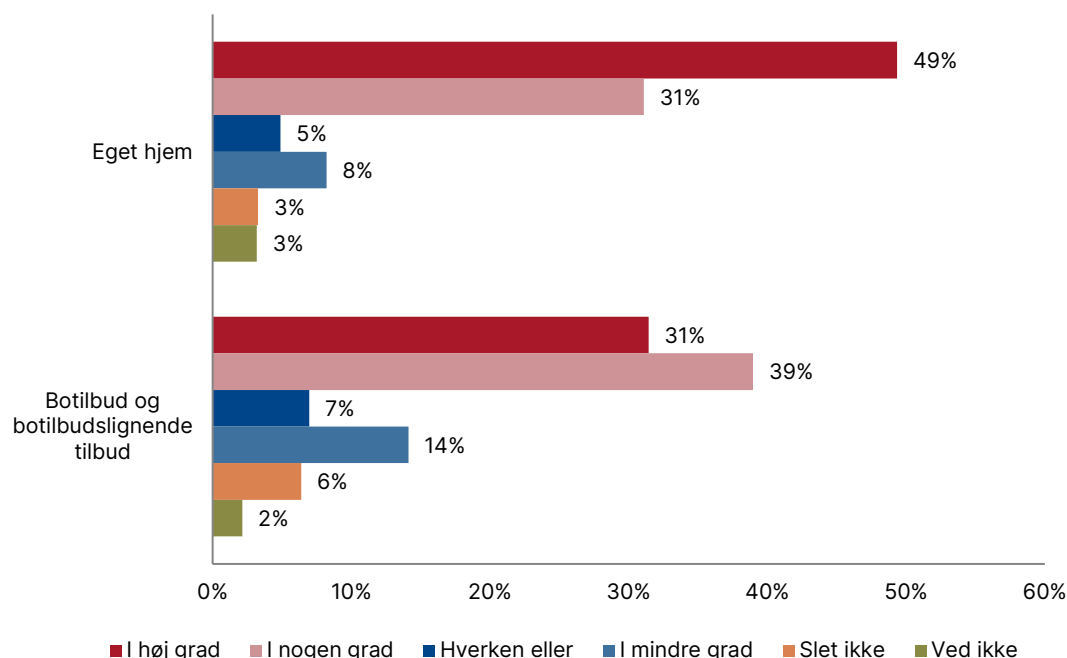
Ser vi på resultaterne for den samlede gruppe af respondenter, viser undersøgelsen, at alder har signifikant betydning for borgernes oplevelse af kontakten til de fagprofessionelle. Blandt ældre borgere (60+ år) har en signifikant højere andel god kontakt til deres hjemmevejleder eller personalet på botilbud i sammenligning med yngre borgere (18-39 år). Der er også en signifikant forskel i oplevelsen blandt familietyper (enlig/samboende), hvor sandsynligheden for at have en positiv opfattelse af kontakten stiger, hvis borgeren er enlig frem for samboende. Borgernes køn, herkomst og den længde tid, de har modtaget støtte i, har imidlertid ingen signifikant betydning for oplevelsen af kontakten til det fagprofessionelle personale, når vi ser på den samlede respondentgruppe. (Samtlige analyser er at finde i Bilag 3, Kontakt til fagprofessionelle: Bilagsfigur 3.56-Bilagsfigur 3.60).

3.5.2 Oplevelsen af, om der er tid nok

Vi har også undersøgt borgernes oplevelse af, om deres hjemmevejleder eller personale på botilbud har tid nok til dem. Af Figur 3.12 fremgår det, at borgerne generelt oplever, at der er tid nok til dem i kontakten med de fagprofessionelle. 70 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 80 % af borgerne i eget hjem svarer, at de i nogen grad

eller i høj grad oplever, at deres hjemmevejleder eller personale på botilbud har tid nok til dem. Henholdsvis 20 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 11 % af borgerne i eget hjem oplever imidlertid, at der i mindre grad eller slet ikke er tid nok til dem.

Figur 3.12 Har din hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Igen ser vi en signifikant forskel mellem svarene blandt borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem. Oplevelsen af, at der er tid nok, er signifikant højere blandt borgere i eget hjem i sammenligning med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Analyserne viser, at køn ingen signifikant betydning har for nogen af grupperne. Alder har til gengæld signifikant betydning for begge grupper. For borgere i eget hjem oplever en højere andel af de yngre borgere (18-40 år), at personalet har tid nok sammenlignet med de ældre borgere, mens det forholder sig omvendt for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Familietype har signifikant betydning for borgere i eget hjem, hvor samboende borgere har en højere tilbøjelighed til at have en positiv oplevelse af, at personalet har tid nok sammenlignet med enlige borgere. Også oplevelsen af at have kognitive og psykiske vanskeligheder påvirker borgernes oplevelse af, om deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet har tid nok til dem. For begge grupper gælder, at jo mere borgerne oplever at være plaget af kognitive og psykiske vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at der ikke er tid nok til dem. Ligeledes gælder det for begge grupper, at jo flere vanskeligheder borgerne oplever, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at der ikke er tid nok til dem.

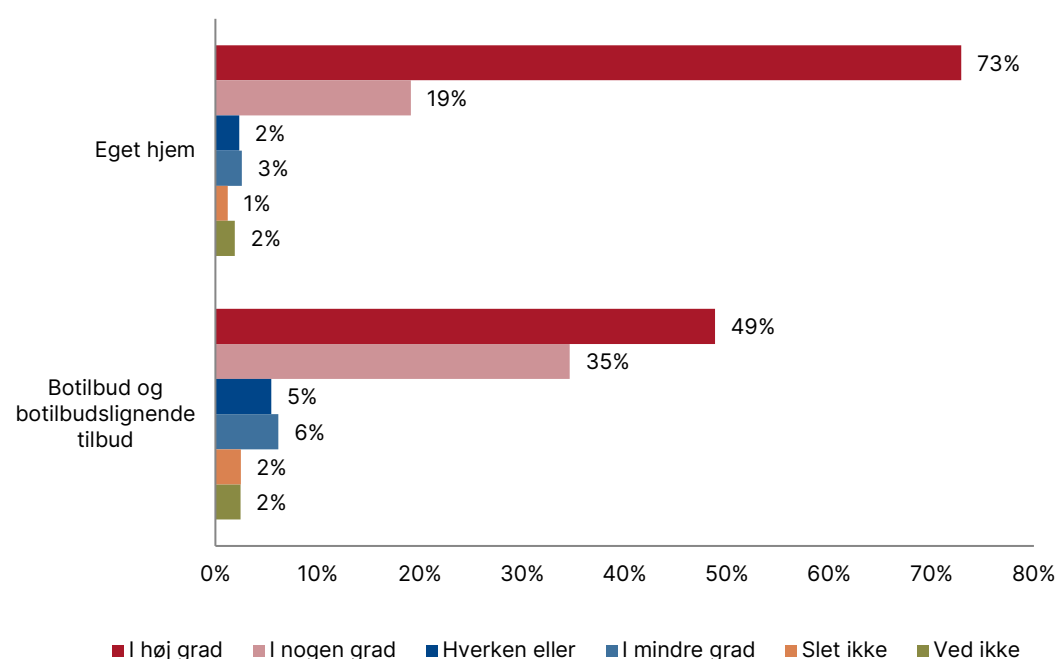
Ser vi på resultaterne for den samlede respondentgruppe, finder vi, at alder har signifikant betydning for borgernes oplevelse. Ældre borgere (60+ år) oplever i højere grad end yngre borgere (18-59 år), at de fagprofessionelle har tid nok til dem. Endelig har

også familietype (enlig/samboende) signifikant betydning, hvor borgere, som er samboende har en signifikant højere tilbøjelighed til at svare positivt omkring oplevelsen af, at personalet har tid nok i sammenligning med enlige borgere. Endelig viser undersøgelsen, også at oplevelsen af at have kognitive og psykiske vanskeligheder påvirker borgernes oplevelse af, om deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet har tid nok til dem i den samlede respondentgruppe. Jo mere borgerne oplever at være plaget af kognitive og psykiske vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at der ikke er tid nok til dem. Også antallet af oplevede vanskeligheder har her signifikant betydning for borgerens oplevelse af, at deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet har tid nok til dem. Jo flere oplevede vanskeligheder, jo større er sandsynligheden for, at de oplever, at der ikke er tid nok til dem (Analyserne fremgår af Bilag 3, Oplevelse af tid nok: Bilagsfigur 3.61-Bilagsfigur 3.65).

3.5.3 Oplevelsen af at blive lyttet til

For at belyse borgernes oplevelse af relationen til det fagprofessionelle personale, har vi også spurgt respondenterne, om de oplever, at de bliver lyttet til. Fordelingen af svar fremgår af Figur 3.13, som viser at borgerne i høj grad oplever at der bliver lyttet til dem. 84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 92 % af borgerne i eget hjem oplever, at der i nogen grad eller i høj grad bliver lyttet til dem. 8 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 4 % af borgerne i eget hjem oplever, at de i mindre grad eller slet ikke bliver lyttet til af deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet. Oplevelsen er signifikant forskellig mellem borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og borgere i eget hjem, hvor sandsynligheden for i høj grad at føle sig lyttet til er højere blandt borgere i eget hjem end i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Figur 3.13 Lytter din hjemmevejleder/personalet på dit botilbud til dig?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Undersøgelsen viser, at der for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem er en statistisk signifikant forskel i oplevelsen mellem borgere i forskellige aldre. Ældre borgere (60+ år) føler sig signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt på, om de føler sig lyttet til i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Køn har imidlertid ingen signifikant betydning. Det samme billede gør sig gældende, hvis vi analyserer de to grupper samlet. (Analyserne findes i Bilag 3: Oplevelsen af at blive lyttet til: Bilagsfigur 3.67-Bilagsfigur 3.68).

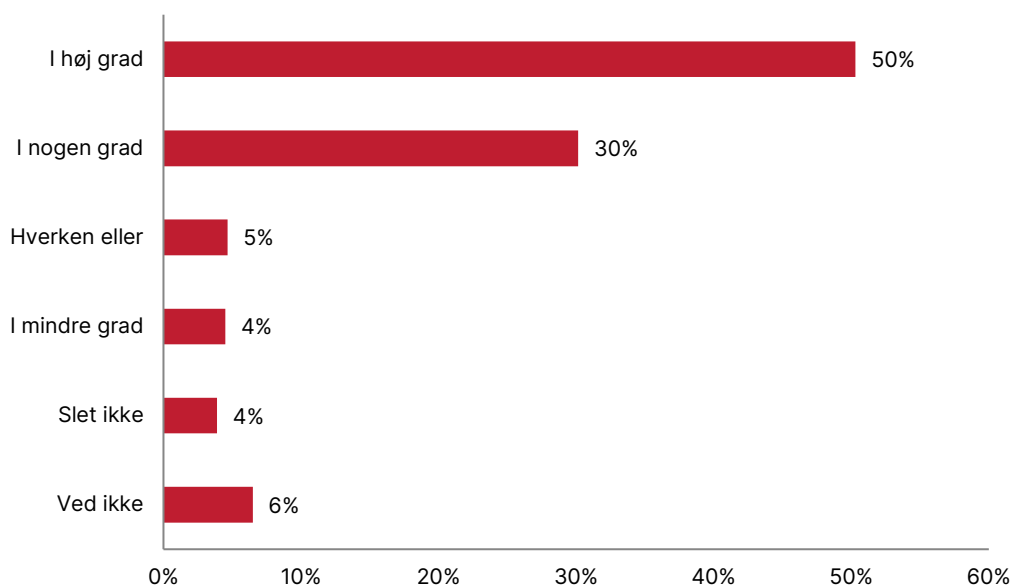
3.6 Leveforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud

I dette afsnit belyser vi borgernes tilfredshed med leveforholdene på botilbud/botilbudslignende tilbud. Vi har i undersøgelsen spurgt respondenter, som modtager socialpædagogisk støtte på botilbud (SL §§ 107-108) og botilbudslignende tilbud (SL § 85 i botilbudslignende tilbud), om hvorvidt de: a) trives på botilbuddet, b) i hvor høj grad de oplever gener fra andre beboere, og c) om de er tilfredse med de regler, som gælder i deres lejlighed på botilbuddet.

3.6.1 Oplevelsen af trivsel

Som en del af undersøgelsen af borgernes tilfredshed med leveforholdene på botilbud/botilbudslignende tilbud har vi spurgt borgerne, om de generelt trives på botilbuddet. Borgernes svar fremgår af Figur 3.14. Her kan vi se, at 80 % af borgerne svarer, at de i nogen grad eller høj grad oplever at trives på botilbuddet. 8 % af borgerne svarer, at de i mindre grad eller slet ikke oplever at trives på deres botilbud. Trivlsen på botilbuddene er således generelt høj blandt beboerne.

Figur 3.14 Trives du generelt på botilbuddet?



Anm.: N = 2.380

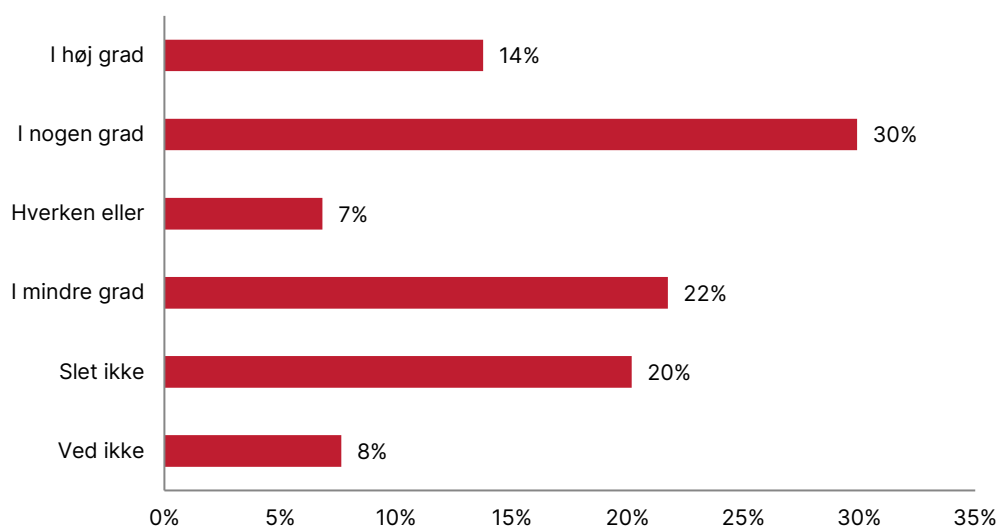
Kilde: Survey-oplysninger.

Ser vi på variationer i respondentgruppen, så viser undersøgelsen, at der er en signifikant forskel på svarfordelingerne mellem respondenter i forskellige aldersgrupper. Ældre borgere (60+ år) oplever en signifikant bedre trivsel på botilbuddene i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Der er også en signifikant forskel mellem typen af tilbud. Her viser undersøgelsen, at borgere i SL § 107-tilbud har en lavere trivsel i sammenligning med borgere i SL § 108-tilbud og § 85 i botilbudslignende tilbud. De pågældende analyser er afrapporteret i Bilag 3, Leforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud (oplevelse af trivsel), Bilagsfigur 3.69-Bilagsfigur 3.70.

3.6.2 Oplevelsen af forstyrrelser

I undersøgelsen har vi også afdækket borgernes oplevelse af at blive forstyrret på botilbud og botilbudslignende tilbud. Det gælder fx larm eller uønsket opførelse fra andre beboere. Den præcise spørgsmålsformulering og svarfordelingen fremgår af Figur 3.15. Figuren viser her, at 42 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud i mindre grad eller slet ikke oplever forstyrrelser fra andre beboere, mens 44 % af borgerne i nogen grad eller høj grad oplever forstyrrelser fra andre på botilbuddet. En væsentlig andel af borgerne oplever således at blive forstyrret af andre beboere.

Figur 3.15 Bliver du tit forstyrret af andre beboere?



Anm.: N = 2.380

Kilde: Survey-oplysninger.

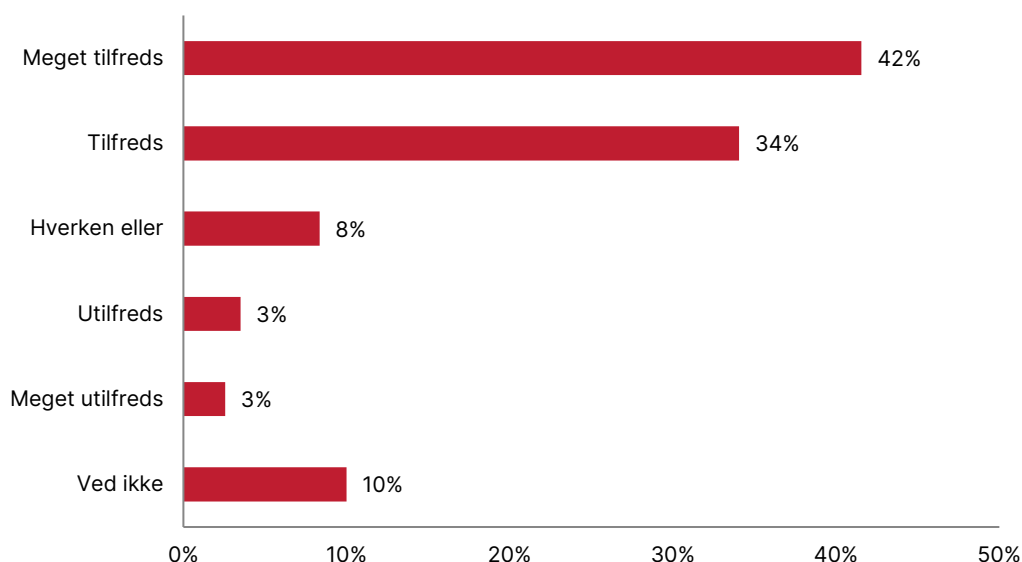
Ser vi på variationer i respondentgruppen, viser vores analyser (afbilledet i Bilag 3: Leforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud (oplevelse af forstyrrelser), Bilagsfigur 3.71-Bilagsfigur 3.76), at der er signifikant forskel mellem aldersgrupper, således at yngre borgere (18-39 år) føler sig signifikant mere generet af forstyrrelser fra andre beboere end ældre borgere (40-60+ år). Også køn har signifikant betydning for borgernes oplevelse af at blive forstyrret. Her føler kvinder sig i signifikant højere grad forstyrret end mænd. Der er også forskel blandt borgere i forskellige typer af tilbud. Borgere som modtager SL § 108, føler sig signifikant mere forstyrret end borgere, der modtager SL § 107 og § 85 i botilbudslignende tilbud. Endelig har borgernes egen oplevelse af at have

kognitive, psykiske og sociale vanskeligheder også signifikant betydning på oplevelsen af at føle sig forstyrret af andre beboere. Her stiger sandsynligheden for at føle sig forstyrret proportionalt med borgernes oplevelse af at være plaget af kognitive, psykiske og sociale vanskeligheder. Det samme gør sig gældende, hvis vi ser på antallet af oplevede vanskeligheder. Jo flere oplevede vanskeligheder, jo højere andel af borgerne føler sig forstyrret af andre beboere på botilbuddet.

3.6.3 Oplevelsen af regler

For at belyse borgernes leveforhold på botilbud og botilbudslignende tilbud har vi også spurgt respondenterne om deres tilfredshed med de regler, som gælder i deres lejlighed på botilbuddet. Det gælder fx regler i forhold til oprydning, rygning og besøg. Figur 3.16 viser borgernes besvarelser. Som det fremgår af figuren, er borgerne generelt meget tilfredse med de regler, der gælder i deres lejlighed. 76 % af borgerne svarer således, at de er tilfredse eller meget tilfredse med de pågældende regler. 6 % af borgerne angiver, at de er utilfredse eller meget utilfredse med reglerne.

Figur 3.16 Hvor tilfreds er du med de regler, der gælder i din lejlighed på botilbuddet?



Anm.: N = 2.380

Kilde: Survey-oplysninger.

Analyser vist i Bilag 3, Leveforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud (oplevelse af regler), Bilagsfigur 3.78-Bilagsfigur 3.79, viser, at der er signifikant forskel i borgernes tilfredshed med regler for adfærd i deres lejlighed på tværs af ydelsestyper. Borgere i SL § 108-tilbud er signifikant mere utilfredse med reglerne i deres lejlighed end borgere i SL § 107 og § 85 i botilbudslignende tilbud. Køn har ingen signifikant betydning for oplevelsen af tilfredshed med reglerne.

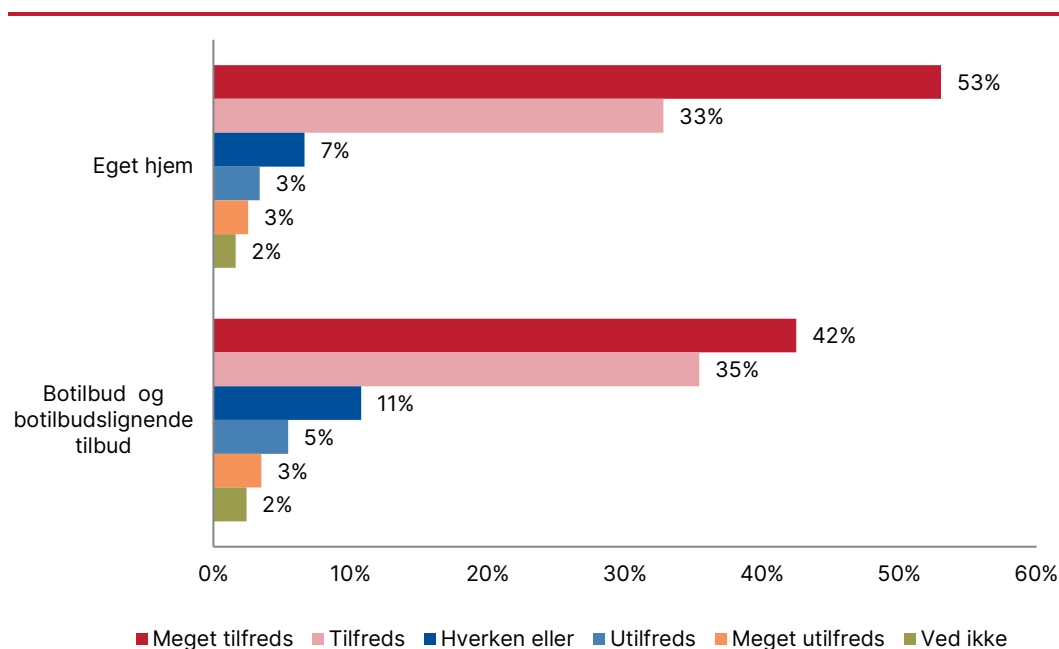
3.7 Generel tilfredshed med støtten

I dette sidste afsnit giver vi en indikation på den overordnede brugertilfredshed blandt ydelsesmodtagere på det specialiserede socialområde i Danmark. Afsnittet belyser dels borgernes generelle tilfredshed med den støtte, de er tildelt, dels tilfredsheden med specifikke ydelser. Endelig ser vi på forhold, som har betydning for borgernes oplevelse af tilfredshed med støtten.

3.7.1 Tilfredshed med støtten fra fagprofessionelle

Vi har spurgt respondenterne om, hvor tilfredse de generelt er med den støtte, de modtager fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud. Den præcise spørgsmålsformulering og svarfordelingen fremgår af Figur 3.17. Som det ses af figuren, så er borgerne generelt godt tilfredse med den støtte, de får. 77 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 86 % af borgerne i eget hjem svarer således, at de er tilfredse eller meget tilfredse med den støtte, de får fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud. Blot 5 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud har svaret, at de er utilfredse, og 3 % har svaret, at de er meget utilfredse med støtten. Det samme billede tegner sig for borgere i eget hjem, hvor blot 3 % er utilfredse med støtten og 3 % angiver, at de er meget utilfredse. Svarene indikerer således, at tilfredsheden med støtten blandt ydelsesmodtagere på det specialiserede socialområde generelt er høj.

Figur 3.17 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud?



Anm.: Botilbud/botilbudslignende tilbud n = 2.380, Eget hjem n = 1.930

Kilde: Survey-oplysninger.

Analyserne viser, at der er statistisk signifikant forskel på svarfordelingerne fra respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem. Respondenter, der bor i eget hjem, er signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt i forhold til, at de er tilfredse med støtten sammenlignet med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Køn

har ingen signifikant betydning, når vi ser på grupperne separat. Alder har derimod signifikant betydning for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, hvor de mest tilfredse borgere er ældre borgere (60+ år), mens de mindst tilfredse borgere er at finde i aldersgruppen 18-39 år. For borgere i eget hjem findes der også signifikant forskel på borgernes tilfredshed på tværs af region, hvor de mest tilfredse borgere er bosat i Region Nordjylland og mest utilfredse borgere findes i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Analyserne viser også, at den største andel af borgere, som er utilfredse eller meget utilfredse med støtten, findes blandt modagere af SL §§ 107-108. Her er tallet 11 % i sammenligning med henholdsvis 7 % for § 85 i botilbudslignende tilbud og 6 % for § 85 i eget hjem.

Ser vi på resultaterne for den samlede respondentgruppe, finder vi, at der er signifikant forskel på borgernes tilfredshed afhængig af region, hvor de mest tilfredse borgere er bosat i Region Nordjylland, og de mest utilfredse borgere findes i Region Hovedstaden. Endelig viser analyserne, at tilfredsheden med støtten stiger med borgernes alder, mens borgernes køn ingen betydning har. De mest tilfredse borgere findes i gruppen 60+ år, og de mindst tilfredse borgere er at finde i aldersgruppen 18-39 år. (Resultater for den samlede respondentgruppe er afbilledet i Bilag 3, Generel tilfredshed med støtten: Bilagsfigur 3.80-Bilagsfigur 3.83).

3.7.2 Tilfredshed med specifikke ydelser

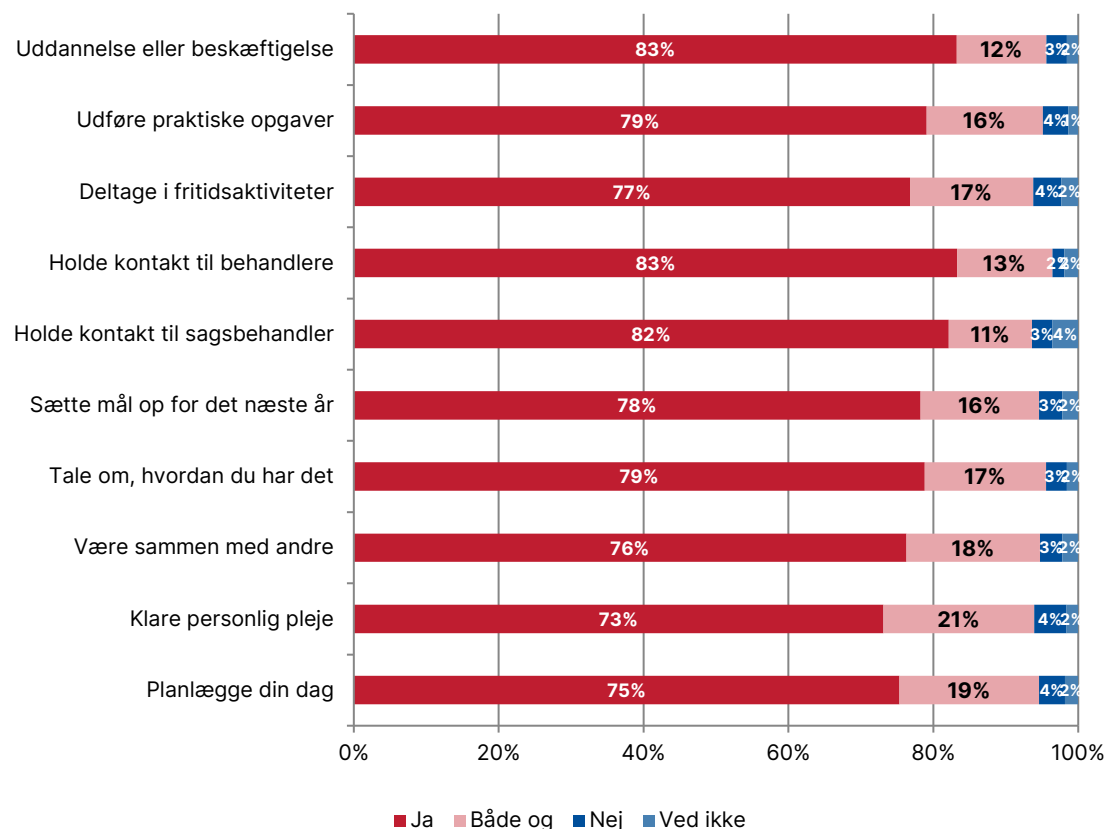
Borgernes tilfredshed afspejles også i, hvor tilfredse de er med de specifikke ydelser, de modtager. Vi spurgte også om dette i spørgeskemaundersøgelsen, og besparelserne herpå fremgår af Figur 3.18. Figuren viser, at mere end 70 % af respondenterne svarer *ja* til, at de er tilfredse med den specifikke støtte, de får, mens under 5 % svarer, at de ikke er tilfredse. Der er således en generelt høj tilfredshed blandt borgerne med de ydelser, som de er tildelt.

Sammenligner vi typen af ydelser, ses det at tilfredsheden er størst med støtten til at holde kontakt til behandlere (83 %) samt støtten til deltagelse i uddannelse og beskæftigelse (83 %), mens den er lavest i forhold til at klare personlig pleje (73 %). Ser vi på borgere i eget hjem separat, er over 75 % af borgerne tilfredse med de specifikke ydelser de får, mens under 4 % ikke er tilfredse. Tilfredsheden er størst med hensyn til hjælp til at holde kontakt til behandlere (86 %) og lavest med hensyn til hjælp til at være sammen med andre (77 %). For borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud er over 70 % af borgerne tilfredse med de specifikke ydelser de får, mens under 5 % ikke er tilfredse. Tilfredsheden er størst med hensyn til hjælp til at holde kontakt til behandlere (80 %) og lavest med hensyn til hjælp til at klare personlig pleje (70 %). For spørgsmålene vedrørende hjælp til at udføre praktiske opgaver og at være i uddannelse eller beskæftigelse har det ikke været muligt at udføre separate analyser for de to grupper borgere grundet diskretionskravet.

Borgere, der bor i eget hjem, er signifikant mere tilfredse med støtten sammenlignet med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Den største andel af borgere, som er utilfredse med støtten, findes blandt modagere af SL §§ 107-108. For både borgere i eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud gælder, at der ingen statistisk signifikant forskel er på svarfordelingerne mellem kønnene med undtagelse af respondenternes tilfredshed med støtten til *at tale om, hvordan de har det*, hvor mænd er signifikant mere

tilfredse med den specifikke ydelse end kvinder. Ovenstående sammenlignende analyser har desværre ikke været mulige at afrapportere i bilag, grundet hensynet til at undgå identifikation af borgere grundet få respondenter i enkelte celler.

Figur 3.18 Er du tilfreds med den specifikke støtte du får?



Anm.: n = 1.358–3.356
 Respondenter kunne vælge flere svarmuligheder
 Kilde: Survey-oplysninger.

3.7.3 Variation i tilfredshed med støtten

Via en række sammenlignende analyser (afbilledet i Bilag 3, Variation i tilfredshed med støtten: Bilagsfigur 3.84-Bilagsfigur 3.86), har vi undersøgt, hvilke forhold som er associeret med borgernes generelle tilfredshed med deres støtte. Resultaterne gælder både for borgere i eget hjem og borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Analyserne viser her, at borgernes oplevelse af samarbejdet med deres sagsbehandler er associeret med deres generelle tilfredshed med den tildelte støtte. Undersøgelsen viser også, at der er en signifikant statistisk sammenhæng mellem oplevelsen af at føle sig grundigt udredt og borgernes generelle tilfredshed med den støtte, de modtager. Endelig er der (ikke overraskende) en statistisk signifikant sammenhæng mellem oplevelsen af at mangle støtte til noget og borgernes generelle tilfredshed med den støtte, de får.

Bemærk, at analyserne ikke gør det muligt at slå fast, om der er en årsagssammenhæng. Resultaterne giver imidlertid en indikation af, at en god relationel kontakt mellem myndighedssagsbehandler og borger er et vigtigt element for at forstå borgernes tilfredshed.

4 Konklusion og perspektivering

I denne undersøgelse har vi taget temperaturen på brugertilfredsheden på det specialiserede socialområde i Danmark. Undersøgelsen er finansieret af Social- og Ældreministeriet og indgår i ministeriets igangværende evaluering af det specialiserede socialområde i Danmark. Undersøgelsen har haft til formål at kortlægge målgruppens tilfredshed med den sociale støtte, som de modtager via SL § 85 i eget hjem eller botilbudslignende tilbud samt SL §§ 107-108. Samtidig er undersøgelsen designet som en pilotundersøgelse i-sig-selv, som kan teste gennemførligheden af kvantitative tilfredshedsundersøgelser med målgruppen.

Undersøgelsen belyser brugertilfredsheden med den socialpædagogiske støtte, der leveres til borgere i botilbud, botilbudslignende former og i eget hjem (SL § 85). Desuden undersøges borgernes tilfredshed med visitationsprocessen og kontakten til de respektive visitationsmyndigheder i forbindelse med tildeling af støtte. Det er første gang, at der i Danmark gennemføres en national undersøgelse af brugertilfredsheden på det specialiserede socialområde⁸. Undersøgelsen er gennemført som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt ydelsesmodtagere på området. I alt deltog 5.040 borgere i undersøgelsen, hvilket svarer til en svarprocent på 32,9 % for borgere i eget hjem og 17,2 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Den samlede svarprocent for hele gruppen er 21,9 %.

Dataindsamlingen er foretaget af Danmarks Statistik i sommeren 2021 og har med sit survey-design udgjort en slags pilottest omkring brug af spørgeskemaundersøgelser i forhold til måling af brugertilfredshed blandt målgruppen af borgere på det specialiserede socialområde. En anbefaling er, at eventuelt fremtidige brugertilfredshedsundersøgelser på området supplerer spørgeskemaundersøgelser med besøgsinterviews, hvilket i højere grad vil imødekomme målgruppens behov. Et sådant design har ikke været muligt i denne undersøgelse grundet sikkerhedsrestriktioner i forbindelse med covid-19-pandemien.

Det er ingen nem opgave at undersøge brugertilfredshed (jf. afsnit 1.4). Rapportens resultat kan derfor ikke læses som en objektiv kendsgerning omkring kvaliteten på det specialiserede socialområde. Det er generelt svært at gennemføre undersøgelser blandt borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse grundet handicaprelaterede og kontekstmæssige barrierer. Udfordringen er afspejlet i undersøgelsens svarprocent og et skævt frafald. For at kompensere for det skæve frafald har Danmarks Statistik vægtet de deltagende borgere forud for analysen, hvilket kan give et mere retvisende billede af tilfredsheden i gruppen af respondenter i henholdsvis botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem samt målgruppen som helhed.⁹ Vægtningen tager således i nogen grad højde for en lav svarprocent og et skævt frafald. Trods vægtningen bør resultaterne imidlertid fortsat kun ses i lyset af disse udfordringer og kan ikke med sikkerhed antages at være repræsentative.

⁸ Undersøgelsen er baseret på data fra 75 kommuner.

⁹ Bemærk, at der er anvendt populationsdata for borgere i eget hjem til at vægte resultaterne for borgere i eget hjem, og at der anvendes populationsdata for borgere i botilbud til at vægte resultaterne for borgere i botilbud.

Med henvisning til målgruppens lave svarprocent, til en del af målgruppens udfordringer i forhold til at gennemføre online spørgeskemaer og til begrænsede muligheder for at gennemføre spørgeskemaet telefonisk (bl.a. fordi flere interviewpersoner ikke har et fast telefonnummer) anbefaler vi, at fremtidige undersøgelser også indeholder muligheden for at gennemføre besøgsinterviews, eventuelt til et repræsentativt udvalg af målgruppen frem for til den fulde population. Samtidig bemærker vi, at et kvalitativt undersøgelsesdesign fremstår som oplagt i forhold til denne målgruppe.

På et serviceområde, hvor det er vanskeligt at give robuste svar på turbulente udfordringer og problemstillinger, kan brugertilfredshed imidlertid bidrage med én stemme i debatten omkring servicekvalitet og dermed outcome af sociale indsatser. Ønsket er, at viden fra undersøgelsen kan være med til at styrke kvaliteten i indsatser til målgruppen, og at brugernes perspektiv således kan bidrage til samskabelse af velfærdsydelser på området.

Undersøgelsens hovedkonklusioner er sammenfattet og perspektiveret i dette kapitel.

4.1 Konklusioner omkring borgernes generelle tilfredshed

4.1.1 Generel tilfredshed med støtten

Der er generelt en høj tilfredshed blandt respondenterne med den støtte, de modtager fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud. 77 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 86 % af borgerne i eget hjem svarer således, at de er tilfredse eller meget tilfredse med den støtte, de får. 8 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud er enten utilfredse eller meget utilfredse, mens tallet er 6 % for borgere i eget hjem.

Den høje tilfredshed gælder også for de specifikke ydelser, som borgerne er blevet tildelt. Mere end 70 % af respondenterne (i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem) svarer ja til, at de er tilfredse med den specifikke støtte, de får, mens under 5 % svarer, at de ikke er tilfredse. Tilfredsheden er, for begge grupper, størst med hensyn til at opretholde kontakt til behandlere (over 80 %), mens tilfredsheden for borgere i eget hjem er lavest i forhold til at være sammen med andre (77 %), mens den for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er lavest i forhold til hjælp til personlig pleje (70 %).

Borgere, der bor i eget hjem, er signifikant mere tilfredse med støtten sammenlignet med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Den største andel af borgere, som er utilfredse med støtten, findes blandt modagere af SL §§ 107-108.

4.1.2 Tilfredshed med udredning og visitation

Tilfredsheden er mere moderat, hvad angår respondenternes oplevelse af samarbejde med myndighedssagsbehandler. Her er det ca. halvdelen af respondenterne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (49 %) og eget hjem (57 %), der oplever, at samarbejdet med deres sagsbehandler fungerer godt eller meget godt. Henholdsvis 17 % (eget hjem) og 19 % (botilbud) vurderer, at samarbejdet med myndighedssagsbehandler hverken fungerer godt eller dårligt. 14 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 13 % af borgerne i eget hjem oplever derimod, at samarbejdet fungerer dårligt eller meget dårligt. Samme billede tegner sig for kommunens udredning af deres støttebehov. Her

svarer halvdelen af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (46 %) og i eget hjem (52 %), at kommunen har undersøgt deres støttebehov grundigt. Samtidig oplever lidt over en fjerdedel af de adspurgte borgere (26 %) i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem, at der ikke har fundet en grundig udredning sted af deres støttebehov.

Hovedparten af borgerne føler sig imidlertid inddraget i kommunens vurdering af deres støttebehov. Cirka to tredjedele af respondenterne i både botilbud/botilbudslignende tilbud (59 %) og eget hjem (67 %) vurderer, at deres sagsbehandler i nogen grad eller i høj grad har lyttet til deres ønsker om støtte. 15 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 14 % af borgerne i eget hjem oplever imidlertid kun i mindre grad eller slet ikke at blive lyttet til.

4.1.3 Tilfredshed med § 141-handleplaner

En væsentlig andel af respondenterne har en § 141-handleplan. Cirka to tredjedele af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (66 %) og eget hjem (57%) har en § 141-handleplan. Samtidig er der dog ca. en fjerdedel, som angiver, at de ikke ved, om de har en sådan. Tallet er henholdsvis 25 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % for borgere i eget hjem. Kun en mindre andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (3 %) og i eget hjem (6 %) har frabedt sig handleplanen.

Blandt gruppen af borgere, som har en § 141-handleplan, vurderer størstedelen (70 %) af borgere både i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem, at handleplanen i nogen grad eller høj grad er virksom for dem. 12 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 9 % af borgerne i eget hjem oplever imidlertid, at handleplanen kun i mindre grad eller slet ikke er virksom for dem.

4.1.4 Tilfredshed med støttens omfang og udbytte

Henholdsvis 39 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem oplever, at de mangler støtte til noget i hverdagen. Modsat svarer 45 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 58 % af borgerne i eget hjem, at de ikke mangler støtte til noget. For gruppen af respondenter, som oplever at mangle støtte til noget, angiver flest respondenter (i både eget hjem og botilbud/botilbudslignende tilbud) at mangle støtte til at deltage i fritidsaktiviteter, samt det at have nogen at tale med om, hvordan de har det. Der er også respondenter, som angiver ikke at få tilstrækkelig støtte til fx praktiske opgaver, personlig pleje, at holde kontakt til sagsbehandler samt at planlægge sin dag.

Undersøgelsen viser også, at borgerne generelt er positivt stemt over for udbyttet af den støtte, de modtager. Mere end to tredjedele af respondenterne oplever, at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen. Tallet er 71 % for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og 69 % for borgere i eget hjem. Der er en mindre andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (13 %) og i eget hjem (12 %), som i mindre grad eller slet ikke oplever, at støtten hjælper dem til bedre at klare flere ting i hverdagen. Borgerne har også en positiv oplevelse af, at den støtte, de modtager, hjælper dem til at trives. Mere end 70 % af borgerne i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem oplever, at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at trives. Kun en mindre

andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (11 %) og i eget hjem (9 %) oplever i mindre grad eller slet ikke, at hjælpen understøtter deres trivsel.

Undersøgelsen viser, at oplevelsen af, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv, i mindre grad synes imødekommet blandt respondenterne, hvor 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv. 61 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 47 % i eget hjem oplever derimod, at støtten i nogen grad eller i høj grad hjælper dem til at have et socialt liv. Oplevelsen er således ikke så entydig, hvad angår dette aspekt af støtten.

4.2 Tilfredshed med kontakten til fagprofessionelle og leveforholdene på botilbud/botilbudslignende tilbud

Undersøgelsen viser, at borgernes tilfredshed med kontakten til deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet er høj. 84 % af respondenterne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 89 % af respondenterne i eget hjem svarer, at de oplever kontakten til deres hjemmevejleder eller personale på botilbuddet som god eller meget god.

Det samme billede tegner sig for oplevelsen af, at de fagprofessionelle lytter til borgeren. 84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 92 % af borgerne i eget hjem oplever, at der i nogen grad eller i høj grad bliver lyttet til dem. 8 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 4 % af borgerne i eget hjem oplever, at de i mindre grad eller slet ikke bliver lyttet til af deres hjemmevejleder eller personale på botilbud.

På spørgsmålet, hvorvidt borgerne oplever, at deres hjemmevejleder eller personale på botilbud har tid nok til dem, er billedet mere broget. Godt nok mener en stor andel af borgerne, at de fagprofessionelle har tid nok. Dette er tilfældet for 70 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 80 % af borgerne i eget hjem, men der er også en væsentlig andel af borgere, som ikke føler det sådan. 20 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 11 % af borgerne i eget hjem oplever således, at der i mindre grad eller slet ikke er tid nok til dem.

En stor andel af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud oplever at trives på botilbuddet (80 %), mens der blot er en mindre gruppe, som i mindre grad eller slet ikke føler de trives (8 %). Der er også en udbredt tilfredshed med de regler, der gælder for beboernes lejligheder på botilbuddene omkring fx rygning eller besøg. Her svarer 76 % af borgerne, at de er tilfredse eller meget tilfredse med de pågældende regler. 6 % angiver, at de er utilfredse eller meget utilfredse med reglerne.

Mange borgere oplever sig imidlertid i nogen grad eller i høj grad forstyrret af andre beboere (44 %). Dog angiver 42 % af borgerne, at de kun i mindre grad eller slet ikke oplever forstyrrelser fra andre på botilbuddet.

4.3 Konklusioner omkring variationer i borgernes tilfredshed

Vi har i undersøgelsen af brugernes tilfredshed haft mulighed for at foretage sammenligninger på tværs af respondentgruppen med henblik på at belyse potentielle signifikante forskelligheder i oplevelsen af brugertilfredshed blandt gruppen af ydelsesmodtagere. Nedenfor beskriver vi en række forhold, som har vist sig at have statistisk signifikant betydning for brugernes oplevelse af tilfredshed.

4.3.1 Forskelle mellem borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og i eget hjem

Undersøgelsen tegner et billede af, at der på en række områder er statistisk signifikant forskel på gruppen af borgere, der modtager § 85 i eget hjem, § 85 i botilbudslignende tilbud og gruppen af borgere, som modtager socialpædagogisk støtte på botilbud (SL §§ 107-108).

På en lang række områder er respondenter, der bor i eget hjem, signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt omkring deres tilfredshed i sammenligning med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Det gælder fx respondenternes generelle tilfredshed med den støtte, de modtager, hvor en signifikant højere andel af respondenter i eget hjem er tilfredse med støtten sammenlignet med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Borgere bosiddende i eget hjem angiver også i signifikant højere grad end borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, at de oplever, at deres støttebehov er grundigt undersøgt af kommunen. Borgere i eget hjem er også signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at de bliver lyttet til af deres sagsbehandler i sammenligning med borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. En signifikant højere andel af borgere i eget hjem er også tilfredse med samarbejdet med deres sagsbehandler end borgere, som bor på botilbud/botilbudslignende tilbud. Endelig er borgere i eget hjem også signifikant mindre tilbøjelige til at opleve, at de mangler støtte til noget i sammenligning med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

En signifikant højere andel af borgere i eget hjem oplever også en god kontakt til deres hjemmevejleder sammenlignet med borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. Også følelsen af at blive lyttet til og oplevelsen af, at der er tid nok i relationen, er signifikant højere blandt borgere i eget hjem.

Der tegner sig således et billede af, at interaktionen med myndighedssagsbehandler og fagprofessionelle medarbejdere er nemmere eller mere vellykket for borgere i eget hjem i sammenligning med borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud. Det er svært at vide, om årsagen kan beror på variation i borgernes ressourcer eller støttebehov, eller om medarbejderne måske agerer anderledes i interaktionen med borgere i eget hjem end på botilbud/botilbudslignende tilbud. Under alle omstændigheder er det et forhold, som er værd at lede opmærksomheden mod.

Omvendt oplever borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud et signifikant højere udbytte af støtten end borgere i eget hjem. Borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud er således signifikant mere tilbøjelige til at svare positivt i forhold til, at støtten fra personalet på deres botilbud har hjulpet dem til at klare flere ting i hverdagen. Borgere på

botilbud/botilbudslignende tilbud er mere tilbøjelige til at opleve, at støtten hjælper dem til at have et socialt liv og til at trives i hverdagen. Om den større tilfredshed potentielt er associeret med et større behov for professionel støtte blandt borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud, kan vi ikke sige noget om i denne undersøgelse.

4.3.2 Forskelle mellem aldersgrupper

Alder viser sig også at være statistisk signifikant associeret med tilfredshed både for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem. Analysen tegner et billede af, at ældre borgere (60+ år) generelt er mere tilbøjelige til at svare positivt omkring deres tilfredshed sammenlignet med yngre borgere (18-59 år).

Oplevelsen af at blive lyttet til af deres sagsbehandler er signifikant højere blandt de ældre borgere (60+ år) i sammenligning med de yngre (18-40 år), og det samme gælder for oplevelsen af, at § 141-handleplanen er virksom. Her er gruppen af borgere 40+ år mere tilbøjelige til at opleve, at handleplanen er virksom for dem i sammenligning med yngre borgere (18-39 år).

Undersøgelsen viser også, at yngre borgere (18-39 år) i både botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem er signifikant mere tilbøjelige til at opleve, at de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud i sammenligning med borgere i de ældre aldersgrupper (40+ år).

En signifikant højere andel af borgere over 60 år oplever, at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen i sammenligning med yngre borgere (18-59 år). Ældre borgere oplever i signifikant højere grad, at hjemmevejleder/personalet lytter til dem end yngre borgere. En potentiel forklaring kan være, at ældre borgere blandt fagprofessionelle generelt betragtes som en borgergruppe med en høj berettigelse til hjælp fra staten (Larsen 2015; van Oorschot, 2000).

Endelig viser undersøgelsen, at en signifikant højere andel af ældre borgere (60+ år) oplever en god trivsel på botilbuddene i sammenligning med yngre borgere (18-59 år), og at de i mindre grad oplever at blive forstyrret af andre beboere, end de yngre borgere gør (40-60+ år).

En række resultater gælder desuden alene for ældre borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud. For eksempel er ældre borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud (60+ år) mere tilfredse med støtten end yngre (18-39 år) på botilbud/botilbudslignende tilbud. De ældre føler sig også signifikant bedre hjulpet i forhold til at leve et socialt liv end de yngre. Også andelen af ældre borgere (60+ år), der oplever at have en god kontakt til deres hjemmevejleder eller personale på botilbud/botilbudslignende tilbud, er signifikant højere i sammenligning med yngre borgere (18-39 år).

4.3.3 Forskelle mellem ydelsestyper

Analyserne tegner også et billede af en række systematiske forskelle i den oplevede brugertilfredshed blandt modtagere af de forskellige ydelsestyper (SL § 85 i eget hjem, SL § 85 i botilbudslignende tilbud, SL § 107-108).

Den største andel af borgere, som er utilfredse eller meget utilfredse med støtten, findes blandt modagere af SL §§ 107-108. Her er tallet 11 % i sammenligning med henholdsvis 7 % for § 85 i botilbudslignende tilbud og 6 % for § 85 i eget hjem.

Undersøgelsen viser også, at en signifikant større andel af borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem, samt borgere, som modtager SL § 107, oplever, at deres støttebehov er ordentligt undersøgt, og at deres sagsbehandler lytter til dem sammenlignet med borgere, som modtager SL § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108. Samme billede tegner sig for oplevelsen af samarbejdet med sagsbehandlerne, hvor borgere, som modtager SL § 85 i eget hjem, samt borgere, som modtager SL § 107, i signifikant højere grad er tilfredse med samarbejdet med deres sagsbehandler end borgere, som modtager SL § 85 i botilbudslignende tilbud og SL § 108.

Der findes også en signifikant forskel i oplevelsen af manglende støtte til personlig pleje og deltagelse i fritidsaktiviteter, hvor borgere, der modtager SL § 107, i mindre grad efterspørger støtte til disse ydelser i sammenligning med øvrige ydelsesmodtagere. Borgere, der modtager SL § 107, er imidlertid mere tilbøjelige, end de andre ydelsesmodtagere, til at savne støtte til uddannelse og beskæftigelse.

Endelig viser undersøgelsen, at borgere i SL § 107-tilbud oplever en lavere trivsel i botilbud i sammenligning med borgere i SL § 108 og SL § 85 i botilbudslignende tilbud. Borgere, som modtager SL § 108 er, imidlertid de, som i væsentligt grad føler sig forstyrret af andre beboere på botilbud/botilbudslignende tilbuddet. Borgere i SL § 108-tilbud er også i signifikant højere grad utilfredse med reglerne i deres lejlighed end borgere i SL § 107 og § 85 i botilbudslignende tilbud.

4.3.4 Forskel mellem borgere med få og mange vanskeligheder

Respondenterne har i spørgeskemaundersøgelsen selv kunne angive, i hvor høj grad de oplever kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder. Analyserne finder en statistisk signifikant variation mellem borgere, som i høj eller lav grad oplever, at en eller flere af disse vanskeligheder karakteriserer deres liv. Resultaterne er signifikante for både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og borgere i eget hjem.

Undersøgelsen viser fx, at sandsynligheden for, at en borger føler sig grundigt udredt, falder, jo mere borgeren føler sig plaget af enten kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder. I jo højere grad, borgerne oplever at have vanskeligheder, jo større er sandsynligheden også for, at de oplever, at støtten ikke er dækkende. I jo højere grad, borgerne oplever kognitive- og psykiske vanskeligheder, jo større er sandsynligheden desuden for, at de oplever, at hjemmevejlederen eller personalet på botilbuddet ikke har tid nok til dem. Sandsynligheden for at føle sig forstyrret af andre beboere på botilbud/botilbudslignende tilbud stiger endvidere med borgernes oplevelse af at være plaget af kognitive, psykiske og sociale vanskeligheder.

Resultaterne viser også, at oplevelsen af et godt samarbejde med sin sagsbehandler afhænger af, hvorvidt borgerne oplever at have sociale vanskeligheder eller ej. Jo flere sociale vanskeligheder, jo dårligere oplever borgerne samarbejdet med myndigheds-sagsbehandler. I jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo min-

dre er sandsynligheden også for, at de oplever, at sagsbehandleren lytter til deres ønsker om støtte, og at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen eller have et socialt liv.

Undersøgelsen viser også, at antallet af oplevede vanskeligheder er signifikant sammenhængende med, hvorvidt borgeren føler sig grundigt udredt, at støtten er dækkende, at hjemmevejlederen eller personalet på botilbuddet ikke har tid nok, samarbejdet med sagsbehandler, samt hvorvidt borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud føler sig forstyrret af andre beboere på botilbud/botilbudslignende tilbud. Jo flere vanskeligheder, jo dårligere føler borgeren sig stillet med hensyn til disse oplevelser.

Billedet er i overensstemmelse med dansk (Kloppenborg & Lausten, 2020) og international litteratur på området (Bell et al. u.å; Christensen et al., 2020), som viser, at borgere med handicap og/eller sociale problemstillinger ofte oplever større vanskeligheder ved at indgå i samspelet med offentlige myndigheder, i lavere grad føler sig inddraget og somme tider modtager en service af ringere karakter (i sammenligning med borgere uden disse vanskeligheder).

4.3.5 Det gode relationelle samarbejde

Foruden forskelle i borgernes karakteristika viser der sig også at være en række andre forhold, som er associeret med borgernes oplevelse af tilfredshed. Disse gælder både for borgere i eget hjem og for borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud.

Resultaterne viser, at der er statistisk signifikant sammenhæng mellem borgernes oplevelse af samarbejdet med deres sagsbehandler og oplevelsen af, hvorvidt deres støttebehov er opfyldt. Der er også en positiv statistisk sammenhæng mellem oplevelsen af samarbejdet med sagsbehandleren og den oplevede tilfredshed med den tildelte støtte. Desuden er der en signifikant sammenhæng mellem, om man som borger føler, at sagsbehandleren har lyttet til ens ønsker for støtte og oplevelsen af at være grundigt udredt eller ej. Det samme gælder for oplevelsen af at være grundigt udredt og den generelle tilfredshed med den støtte, man får som borger. Selvom vores analyser ikke gør det muligt for os at udtale os om årsagssammenhænge, så peger resultaterne på vigtigheden af at interessere sig for det relationelle aspekt af brugertilfredsheden.

4.4 Perspektivering

Denne undersøgelse af brugertilfredsheden på det specialiserede voksenområde er den første nationale undersøgelse, som belyser brugertilfredsheden med en række specifikke borgerrettede ydelser, der leveres i forbindelse med den socialpædagogiske støtte i eget hjem, på botilbud eller botilbudslignende tilbud. Undersøgelsen kortlægger også borgernes tilfredshed med visitationsprocessen og kontakt til de respektive visitationsmyndigheder samt borgernes trivsel på botilbud/botilbudslignende tilbud.

Undersøgelsen udfordres dels af en lav deltagelse blandt gruppen af borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud, dels af skævt frafald. Undersøgelsens resultater bør derfor ses i perspektivet af disse forhold, og resultaterne kan derfor ikke med sikkerhed siges

at være repræsentative for den samlede borgergruppe. Ønsket er dog, at viden fra undersøgelsen fortsat kan bruges til at drøfte kvaliteten af indsatser for målgruppen.

Selvom undersøgelsen tegner et billede af en generelt høj brugertilfredshed, blandt både borgere i botilbud/botilbudslignende tilbud og eget hjem, hvor mere end 70 % af borgerne er tilfredse med den støtte, de modtager, så peger undersøgelsen også på en række opmærksomhedspunkter med hensyn til kvaliteten af den socialpædagogiske støtte. Disse opmærksomhedspunkter er beskrevet nedenfor.

Sociale relationer og deltagelse

En væsentlig andel af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud (26 %) og eget hjem (26 %) oplever ikke i tilstrækkelig grad, at kommunen har udredt deres behov for støtte. Adspurgt om, hvorvidt de mangler støtte til noget fra deres hjemmevejleder eller personale på botilbud, svarer henholdsvis 39 % af borgerne på botilbud/botilbudslignende tilbud og 27 % af borgerne i eget hjem, at de mangler støtte til hverdagslige gøremål. I gruppen af borgere som svarer, at de mangler støtte til noget, angiver flest respondenter i både botilbud/botilbudslignende tilbud (45 %) samt eget hjem (36 %), at de mangler støtte til at deltage i fritidsaktiviteter samt at have nogen at snakke med om, hvordan de har det (ca. 40 % i begge grupper). Selvom respondenterne også peger på andre områder, hvor de ikke oplever, at deres støttebehov bliver opfyldt, er det bemærkelsesværdigt, at netop forhold relateret til sociale aspekter udgør de væsentligste mangler for respondenterne. Henholdsvis 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever desuden, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv.

Disse fund udgør et opmærksomhedspunkt, da netop borgere med fysiske, psykiske og sociale problemstillinger kan opleve at stå uden for fællesskabet, da deres vanskeligheder kan udgøre en barriere for deltagelse. Undersøgelser har vist, at mange udsatte borgere lever relativt isolerede liv med skrøbelige netværk omkring sig, og de oftere oplever, at de er alene med deres problemer. Mange ønsker sig imidlertid et stærkere netværk, men at finde nye venner kræver ressourcer og overskud og kan være svært, når man slås med problemer i sit liv (Benjaminsen & Bom, 2018). Også i denne undersøgelse finder vi, at i jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, i jo lavere grad føler de sig hjulpet til et socialt liv. Det er derfor værd at være opmærksom på, hvordan borgere med handicap og/eller sociale vanskeligheder kan inddrages i sociale fællesskaber (se fx Webber & Fendt-Newlin, 2017; Neidel & Jensen, 2013).

Både i national og international lovgivning og praksis har der de senere år været fokus på inklusion af mennesker med handicap og sociale udfordringer. Internationalt gælder det fx FN's Handicapkonventions Artikel 19, der foreskriver, at lande skal sikre, at personer med funktionsnedsættelser har retten til at leve et selvstændigt liv og til at være inkluderet i samfundet. Endelig har et stigende fokus på psykosocial rehabilitering og recovery også ført til, at netop inklusion og deltagelse i nærmiljøets fællesskaber er blevet centrale pejlemærker for udviklingen af de sociale indsatser (Kirkegaard, 2019; Neidel & Jensen, 2013).

Relationelt samarbejde med sagsbehandler

Undersøgelsen peger også på væsentligheden af det gode relationelle samarbejde mellem fagprofessionelle og borgere. Undersøgelsen finder således en signifikant statistisk sammenhæng mellem borgernes oplevelse af samarbejde med deres sagsbehandler og deres generelle tilfredshed med den tildelte støtte. Det samme gælder oplevelsen af samarbejde med ens sagsbehandler og borgernes oplevelse af, at deres støttebehov er blevet opfyldt. Ligeledes er der en positiv sammenhæng mellem oplevelsen af, at sagsbehandleren har lyttet til ens ønsker og oplevelsen af at være blevet ordentligt udredt. Endelig er der også en statistisk signifikant sammenhæng mellem borgernes tilfredshed med den tildelte støtte og deres oplevelse af at være blevet grundigt udredt.

Det er vigtigt at påpege, at de pågældende sammenhænge alene er statistiske, og vi kan derfor ikke udtale os om årsagssammenhænge. Imidlertid peger andre undersøgelser på, at borgere i høj grad forbinder god kvalitet med det at blive lyttet til og mødt i øjenhøjde (Jensen & Hansen, 2017; Rasmussen et al., 2020). Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de relationelle aspekter af brugertilfredsheden.

Hånd om de mest udsatte borgere

Tilfredshedsundersøgelsen peger på, at de borgere, som har de største vanskeligheder – og dermed størst brug for støtte – også er de, der i laveste grad oplever at få det. Undersøgelsen dokumenterer således, at sandsynligheden for, at en borger føler sig grundigt udredt, falder, jo mere borgeren føler sig plaget af enten kognitive, fysiske, psykiske eller sociale vanskeligheder (eller flere af disse vanskeligheder samtidigt). I jo højere grad, man som borger oplever at have vanskeligheder (og jo flere vanskeligheder man har), jo større er sandsynligheden også for, at man oplever, at støtten ikke er dækkende. For borgere med kognitive- og psykiske vanskeligheder gælder også, at i jo højere grad disse vanskeligheder er tilstede, jo større er sandsynligheden desuden for, at borgeren oplever, at hjemmevejlederen eller personalet på botilbuddet ikke har tid nok til dem. Særligt de sociale vanskeligheder giver udfordringer i relation til myndigheds-sagsbehandler, hvor oplevelsen af et godt samarbejde falder proportionalt med oplevelsen af at have sociale vanskeligheder. I jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, jo mindre er sandsynligheden for, at borgerne oplever, at sagsbehandleren lytter til deres ønsker om støtte. Endelig forholder det sig sådan, at i jo højere grad borgerne oplever at have sociale vanskeligheder, i jo mindre grad oplever de, at støtten hjælper dem til at klare flere ting i hverdagen samt opretholde et socialt liv.

Brugertilfredsheden kalder således på nye initiativer, som kan hjælpe de sårbare og udsatte borgergrupper bedst muligt.

Litteratur

- Bell, E., Christensen, J., Herd, P., Moynihan, D. (u.å.). Health in Citizen-State Interaktions: How Physical and Mental Health Problems shape Experiences of Administrative Burden and Reduce Take-Up. Forthcoming under review.
- Benjaminsen, B., Dyrvig T. & Gliese, T. (2015). *Livet på hjemløseboformer: Brugerundersøgelse på § 110-boformer*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. & Bom, L.H. (2018). *Bag om fællesskabsmålingen: Fortællinger om social eksklusion og ønsker til social deltagelse*. København: VIVE, Mary Fonden & TrygFonden.
- Christensen, J., Aarøe, L., Bækgaard, M., Herd, P. & Moynihan, D.P. (2020). Human Capital and Administrative Burden: The Role of Cognitive Resources in Citizen-State Interactions. *Public Administration Review*, 80(1): 127-136.
- Dalsgaard, L. & Jørgensen, H. (2010). *Kvaliteten der blev væk: Kvalitetsreform og modernisering af den offentlige sektor*. København: Frydenlund.
- Danielsen, K., Garrat, A. & Kornør, H. (2007). *Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validte måleinstrumenter*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Egilson, S.P., Dybbroe, B. & Olsen, T. (2018). Brukermedvirkning og velferdstjenester. *Nordisk valfardsforskning*, 1: 4-6.
- Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1): 8-19.
- Hjortskov, M. (2018). Borgernes tilfredshed med offentlig service – et spørgsmål om kvalitet af forventninger? *Politica* 50(3): 326-344.
- Jensen, D.C. & Hansen, H. (2017). *Vidensbaseret praksis i botilbud: Et inspirationskatalog til inddragelse af forskningsbaseret viden i praksis på botilbud*. Udarbejdet for KL og Socialpædagogernes Landsforbund. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kirkegaard, S. (2019). *Samskabelse i socialpsykiatrien: En undersøgelse af grænser, performance og stigma i hverdagsinteraktionerne mellem professionelle, brugere og frivillige*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Kloppenborg, H.S. & Lausten, M. (2020). *Udsatte unges inddragelse i kommunernes sagsbehandling*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Krogsgaard, L.T & Rod, M.H. (2018). *Bedre begrundet praksis: Velfærdsudvikling efter evidensbølgen*. København: Samfundslitteratur.

- Larsen, C.A. (2015). Velfærdsstat, solidaritet og 'bundgrupperne. I M. Harder & M.A. Nissen (red.), *Socialt arbejde i en foranderlig verden* (s. 163-178). København: Akademisk Forlag.
- Marpasat, M. & Razafindratsima, N. (2010). Survey methods for hard-to-research populations. *Methodological Innovations Online*, 5(2): 3-16.
- Mazor, K.M., Clauser, B.E., Field, T., Yood, R.A. & Gurwitz, J.H. (2002). A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Services Research*, 37(5): 1403-1417.
- Mitchell, S., Ciemnecki, A., CyBulski, K. & Markesich J. (2006). *Removing barriers to survey participation for persons with disabilities*. Ithaca, NY: Cornell University.
- Miller, T.I., Kobayashi, M.M. & Hayden, S.E. (2009). *Citizen surveys for local government: A comprehensive guide to making them matter*. Washington, D.C: International City Management Association.
- Neidel, A. & Jensen, C.C. (2013). *Inklusion, deltagelse og bedring: Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*. Odense. Socialstyrelsen.
- Parsons J.A., Baum S. & Johnson, T.P. (2000). *Inclusion of disabled populations in social surveys: review and recommendations*. Chicago, IL: University of Illinois Chicago.
- Rasmussen, P.S., Kirkegaard, S., Bilbo, R.E.Q, Grønfeldt, S.T & Olsen, L. (2020). *Kvalitet på botilbud: Et litteraturstudie om kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Rasmussen, P.S., Olsen, L. & Brogaard, L. (2014). *Kommuners erfaringer med BTU-konceptet for brugertilfredshedsundersøgelser: Fra beslutning til gennemførelse og anvendelse*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2009). *Udsat for forståelse: En antologi om socialt udsatte*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Silva, S.M., Smith, W.T. & Bammer, G. (2002). Telephone reminders are a cost effective way to improve responses in postal health surveys. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2): 115-118.
- Taylor, M., Pooley, J.A. & Carragher, G. (2016). A Systematic Review of Current Data Collection Techniques Used to Enhance the Involvement. I K. Bhopal & R. Deuchar (red.), *Researching Marginalized Groups* (s. 149-166). New York: Routledge.
- van Oorschot, W.J.H. (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy and Politics: Studies of Local Government and its Services*, 28(1): 33-48.

Webber, M. & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4): 369-380.

Weigelt, V. S., Mamsen, E., Rytter, N. & Anker, J. (red.) (2016). Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Bilag 1 Spørgeskema om brugertilfredshed

Brugertilfredshedsundersøgelse

Hvorfor spørger vi?

I spørgeskemaet spørger vi om din tilfredshed med den støtte, du får (jf. servicelovens § 85 og §§ 107-108).

Støtte fra hvem?

Hvis du bor på et botilbud, vil vi bede dig tænke på støtten fra personalet på botilbuddet. Hvis du bor i egen bolig, hvor der ikke er personale det meste af dagen, vil vi bede dig tænke på den støtte, du får fra din bostøtte eller hjemmevejleder. Det kan være, at du også får støtte fra en kontaktperson, personale på værksteder, hjemmehjælp, hjemmepleje eller kontakthjælp. Den støtte skal du ikke tænke på, når du svarer på spørgsmålene.

Tilfredshed med hvad?

Du bliver spurgt om din tilfredshed med:

- Den støtte, du får
- Kontakten til din bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud
- Kontakten til din sagsbehandler på kommunen, da du blev tildelt støtte.

Du må meget gerne få hjælp til at udfylde spørgeskemaet, fx fra pårørende, venner, din bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud. Du skal vide, at du bliver spurgt om din kontakt med din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud, og hvor tilfreds du er med støtten fra dem.

- 1. Får du en af følgende støtter?** Et botilbud kan fx være, at du har din egen lejlighed og bor sammen med andre, der også får støtte. På et botilbud vil der tit være personale det meste af dagen.

- | | |
|--|-----------------------------|
| Bor på et botilbud | <input type="checkbox"/> 1 |
| Får støtte fra en bostøtte eller hjemmevejleder i egen private bolig | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ingen af delene | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 99 |

- 2. Får du hjælp til at udfylde skemaet?**

- | | |
|--|----------------------------|
| Nej | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ja, fra pårørende | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ja, fra min bostøtte, hjemmevejleder eller personale på botilbud | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, fra andre | <input type="checkbox"/> 4 |




Tilfredshed med din støtte

De første spørgsmål handler om din tilfredshed med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud og ikke hjælp fra pårørende, venner eller andre.

3. Får du støtte til... (Sæt gerne flere krydser)

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|----|
| 1. | at planlægge din dag fx sætte tid af til at gøre rent? | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. | at klare personlig pleje, fx komme i bad, få tøj på, børste tænder? | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. | at være sammen med andre, fx familie eller venner? | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 4. | at tale om hvordan du har det? | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 5. | at sætte mål op for, hvad <i>du</i> gerne vil opnå det næste år? | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 6. | at holde kontakt til din sagsbehandler i kommunen? | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 7. | at holde kontakt til behandlere, fx din læge, behandlere i psykiatrien? | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 8. | at deltage i fritidsaktiviteter, fx gå en tur, svømme, ride? | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 9. | at udføre praktiske opgaver, fx at handle ind og lave mad? | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 10. | at være i uddannelse eller beskæftigelse, fx være i flexjob? | <input type="checkbox"/> | 12 |

4. Er du tilfreds med den støtte du får til det? [Prægenererede svarkategorier baseret på svarene i spørgsmål 3]. (Sæt gerne flere krydser)

- | | Ja | Både og | Nej | Ved ikke |
|-------------------------|---|--|---|--------------------------|
| |  |  |  | ? |
| 1. Støtten til at | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du oftest får støtte fra. (Sæt ét kryds)

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----|---|
| Meget tilfreds | <input type="checkbox"/> | 1 |  |
| Tilfreds | <input type="checkbox"/> | 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> | 3 |  |
| Utilfreds | <input type="checkbox"/> | 4 |  |
| Meget utilfreds | <input type="checkbox"/> | 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> | 88 | ? |

Kontakten til din bostøtte, hjemmevejleder/personalet på dit botilbud

De næste spørgsmål handler om din kontakt til din bostøtte, hjemmevejleder/personalet på dit botilbud. Hvis du har kontakt til forskellige bostøtter, hjemmevejledere eller personale på dit botilbud, skal du tænke på den, du har mest kontakt til.

6. Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte, hjemmevejleder/personalet på dit botilbud? Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du har mest kontakt til. (Sæt ét kryds)

Meget godt	Godt	Hverken eller	Dårlig	Meget dårlig	Ved ikke
					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 88

7. Har din bostøtte, hjemmevejleder /personalet på dit botilbud tid nok til dig? Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du har mest kontakt til. (Sæt ét kryds)

I høj grad	<input type="checkbox"/> 1	
I nogen grad	<input type="checkbox"/> 2	
Hverken eller	<input type="checkbox"/> 3	
I mindre grad	<input type="checkbox"/> 4	
Slet ikke	<input type="checkbox"/> 5	
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88	

8. Lytter din bostøtte, hjemmevejleder/personalet på dit botilbud til dig? Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du har mest kontakt til. (Sæt ét kryds)

I høj grad	<input type="checkbox"/> 1	
I nogen grad	<input type="checkbox"/> 2	
Hverken eller	<input type="checkbox"/> 3	
I mindre grad	<input type="checkbox"/> 4	
Slet ikke	<input type="checkbox"/> 5	
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88	

Hvad får du ud af den støtte, som du får

De næste spørgsmål handler om, hvordan støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud hjælper dig. Hvis du får støtte fra forskellige bostøtter, hjemmevejledere eller personale på dit botilbud, skal du tænke på den, du oftest får støtte fra.

- 9. Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen?** Det kan fx være at gøre rent, klare din økonomi, tage kontakt til familie og venner. Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du oftest får støtte fra. (Sæt ét kryds)

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |  |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> 3 |  |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |  |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 | ? |
| Jeg får ikke denne støtte | <input type="checkbox"/> | |

- 10. Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv?** Det kan fx være, at støtten hjælper dig til at være mere sammen med venner og familie, få nye venner eller til at have det bedre sammen med andre. Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som du oftest får støtte fra. (Sæt ét kryds)

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |  |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> 3 |  |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |  |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 | ? |
| Jeg får ikke denne støtte | <input type="checkbox"/> | |

- 11. Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at trives?** Det kan fx være, at støtten gør, at du føler dig i bedre humør, kan klare flere ting i hverdagen eller har det bedre sammen med andre. Tænk på den bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud, som oftest får støtte fra. (Sæt ét kryds)

I høj grad	<input type="checkbox"/> 1	
I nogen grad	<input type="checkbox"/> 2	
Hverken eller	<input type="checkbox"/> 3	
I mindre grad	<input type="checkbox"/> 4	
Slet ikke	<input type="checkbox"/> 5	
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88	?
Jeg får ikke denne støtte	<input type="checkbox"/>	

Tildeling af støtte

De næste spørgsmål handler om dit samarbejdet med kommunen, da du blev tildelt støtte. Du skal tænke på den sidste gang, du fik tildelt bostøtte, hjemmevejledning eller ophold på dit botilbud.

- 12. Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen?** Hvis du har kontakt med flere sagsbehandlere, kan du tænke på den, du havde kontakt med, da du sidste gang fik tildelt støtte.

Meget godt	<input type="checkbox"/> 1	
Godt	<input type="checkbox"/> 2	
Hverken eller	<input type="checkbox"/> 3	
Dårligt	<input type="checkbox"/> 4	
Meget dårligt	<input type="checkbox"/> 5	
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88	?

- 13. Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?** Det kan fx være, at kommunen fandt ud af, hvad du selv kan i hverdagen, og hvilke konkrete udfordringer du har brug for støtte til. Det kan være, at kommunen har spurgt dig, dine pårørende, din læge eller andre om, hvad du har brug for hjælp til. Tænk på den sidste gang du fik tildelt støtte fra din bostøtte, hjemmevejleder eller fra personalet på dit botilbud. (Sæt ét kryds)

Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nej	<input type="checkbox"/> 2
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88

14. **Følte du, at din sagsbehandler på kommunen lyttede til dine ønsker om støtte?**
 Det kan være, at kommunen har spurgt dig, dine pårørende, din læge eller andre om, hvad du har brug for hjælp til. (Sæt ét kryds)

I høj grad	<input type="checkbox"/> 1	
I nogen grad	<input type="checkbox"/> 2	
Hverken eller	<input type="checkbox"/> 3	
I mindre grad	<input type="checkbox"/> 4	
Slet ikke	<input type="checkbox"/> 5	
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88	?

15. **Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud?** Det kan fx være, om du får støtte til de ting, som du synes er vigtige, eller om du får nok støtte. (Sæt ét kryds)

Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nej	<input type="checkbox"/> 2 <i>Gå til spm. 17</i>
Ved ikke	<input type="checkbox"/> 88

16. **Mangler du støtte til en eller flere af disse ting?** (Gerne flere svar)

1. Planlægge din dag , fx sætte tid af til at gøre rent	<input type="checkbox"/> 1
2. Personlig pleje , fx komme i bad, få tøj på, børste tænder	<input type="checkbox"/> 2
3. Være sammen med andre , fx familie eller venner	<input type="checkbox"/> 3
4. Deltage i fritidsaktiviteter fx gå en tur, svømme, ride	<input type="checkbox"/> 4
5. Tale om hvordan du har det	<input type="checkbox"/> 5
6. Sætte mål op for, hvad <i>du</i> gerne vil opnå det næste år	<input type="checkbox"/> 6
7. Holde kontakt til din sagsbehandler i kommunen eller behandlere fx din læge, behandlere i psykiatrien	<input type="checkbox"/> 7
8. Praktiske opgaver , fx at handle ind og lave mad	<input type="checkbox"/> 8
9. Uddannelse eller beskæftigelse , fx være i flexjob	<input type="checkbox"/> 9
10. Andet	<input type="checkbox"/> 10
11. Ved ikke	<input type="checkbox"/> 99

- 17. Har du en handleplan (§ 141 handleplan)?** Det er en plan, hvor sagsbehandleren på kommunen skriver hvilke ting, du har brug for støtte til, og hvordan støtten skal hjælpe dig, fx til at selv at klare flere ting eller være mere sammen med andre. (Sæt ét kryds)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Nej, jeg ønskede ikke en handleplan | <input type="checkbox"/> | 2 <i>Gå til spm. 19</i> |
| Nej, jeg blev ikke tilbudt en handleplan | <input type="checkbox"/> | 3 <i>Gå til spm. 19</i> |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> | 88 <i>Gå til spm. 19</i> |

- Oplever du, at § 141-handleplanen virker for dig?** Det kan fx være, at du arbejder med nogle af målene eller at du taler med din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud om planen. (Sæt ét kryds)

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----|---|
| I høj grad | <input type="checkbox"/> | 1 |  |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> | 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> | 3 |  |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> | 4 |  |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> | 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> | 88 | ? |

Filter spm. vedr. 'Leveforhold på botilbud' stilles til § 85 i botilbudslign. former, §§ 107-108 el. svaret '1' i spm. 1


Leveforhold på botilbuddet

De næste spørgsmål handler om leveforholdene på dit botilbud.

- 18. Trives du generelt på botilbuddet?** (Sæt ét kryds)

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----|---|
| I høj grad | <input type="checkbox"/> | 1 |  |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> | 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> | 3 |  |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> | 4 |  |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> | 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> | 88 | ? |

19. Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Det kan fx være larm, ubehagelig opførsel. (Sæt ét kryds)

- | | | |
|---------------|-----------------------------|---|
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |  |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> 3 |  |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |  |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 | ? |

20. Hvor tilfreds er du med de regler, der gælder i din lejlighed på botilbuddet? For eksempel i forhold til oprydning, rygning og besøg af venner. (Sæt ét kryds)

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|---|
| Meget tilfreds | <input type="checkbox"/> 1 |  |
| Tilfreds | <input type="checkbox"/> 2 |  |
| Hverken eller | <input type="checkbox"/> 3 |  |
| Utilfreds | <input type="checkbox"/> 4 |  |
| Meget utilfreds | <input type="checkbox"/> 5 |  |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 | ? |

Dit helbred

De næste spørgsmål handler om dit helbred. Vi spørger til forskellige dele af dit helbred og det er slet ikke sikkert, at du har alle eller nogle af de vanskeligheder, som vi spørger til. Vi spørger om dit helbred fordi, at det kan påvirke hvor meget støtte, du får.

21. I hvilken grad har du fysiske vanskeligheder, som påvirker dit liv? (Det kan fx være smerter i kroppen, problemer med hjertet, sukkersyge og nedsat syn eller hørelse). (Sæt ét kryds)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Jeg har ikke fysiske vanskeligheder | <input type="checkbox"/> |
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 |

22. I hvilken grad har du psykiske vanskeligheder, som påvirker dit liv? (Det kan fx en diagnose, angst, depression, sorg eller søvnløshed). (Sæt ét kryds)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Jeg har ikke psykiske vanskeligheder | <input type="checkbox"/> |
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 |

23. I hvilken grad oplever du sociale vanskeligheder som f.eks. ensomhed, vold eller hjemløshed? (Sæt ét kryds)

- | | |
|--|-----------------------------|
| Jeg oplever ikke social vanskeligheder | <input type="checkbox"/> |
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 |

24. I hvilken grad har du kognitive udfordringer fx med at skrive, læse, huske eller lære nye ting? (Sæt ét kryds)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Jeg har ikke kognitive udfordringer | <input type="checkbox"/> |
| I høj grad | <input type="checkbox"/> 1 |
| I nogen grad | <input type="checkbox"/> 2 |
| I mindre grad | <input type="checkbox"/> 4 |
| Slet ikke | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 |

Afslutning

Det sidste spørgsmål handler om din støtte i fremtiden. Du kan selvfølgelig ikke vide, hvilken støtte du får i fremtiden, men du skal tænke på, hvordan du ønsker, at din støtte er.

- 25. Håber du, at du får den samme støtte fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personale på dit botilbud om 6 måneder?** Det kan fx være, om du får støtte til de samme ting eller det samme antal timer om ugen eller måneden. (Sæt ét kryds)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Ja, min nuværende støtte er passende | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, jeg ønsker mere hjælp | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nej, jeg ønsker mindre hjælp | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nej, jeg ønsker ingen hjælp | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> 88 |

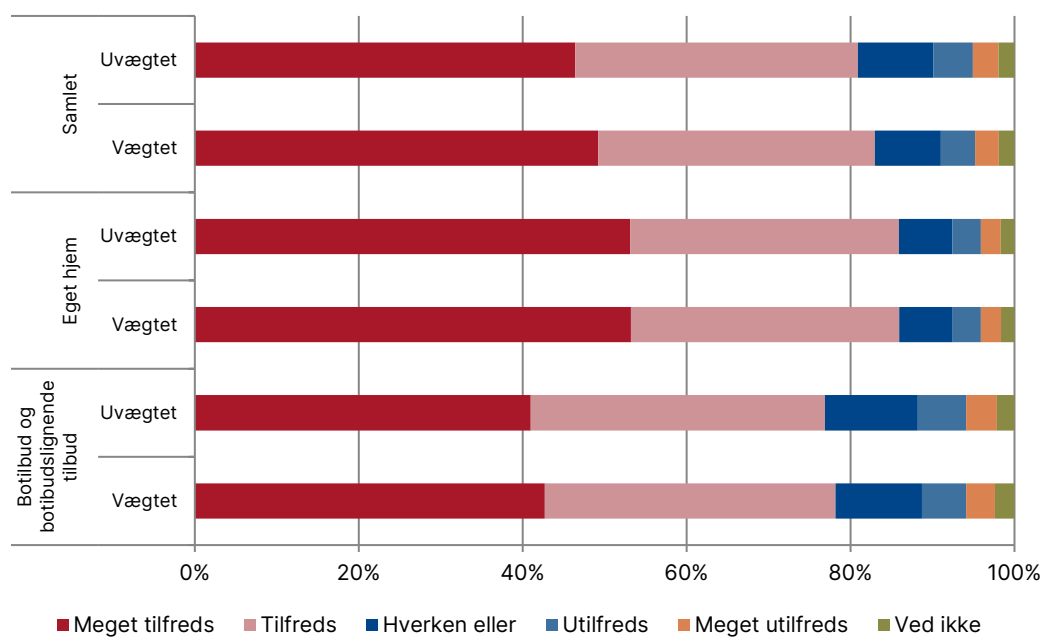
Mange tak, fordi du ville være med i undersøgelsen.

Dine svar vil indgå i en større undersøgelse i samarbejde med VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Svarene vil kun vises i tabeller, hvor man ikke kan se, hvad netop du har svaret.

Bilag 2 Undersøgelse af betydning af vægtning

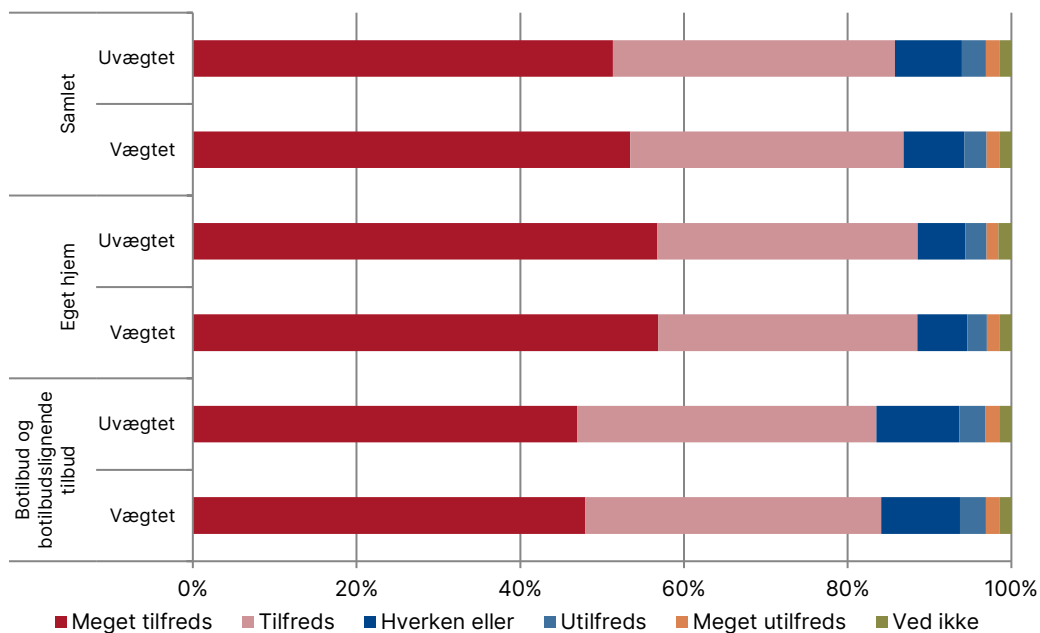
Bilagsfigur 2.1 Fordeling på generel tilfredshed med støtte – særskilt for samlet, eget hjem eller botilbud/botilbudslignende tilbud og vægtede eller uvægtede data



Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

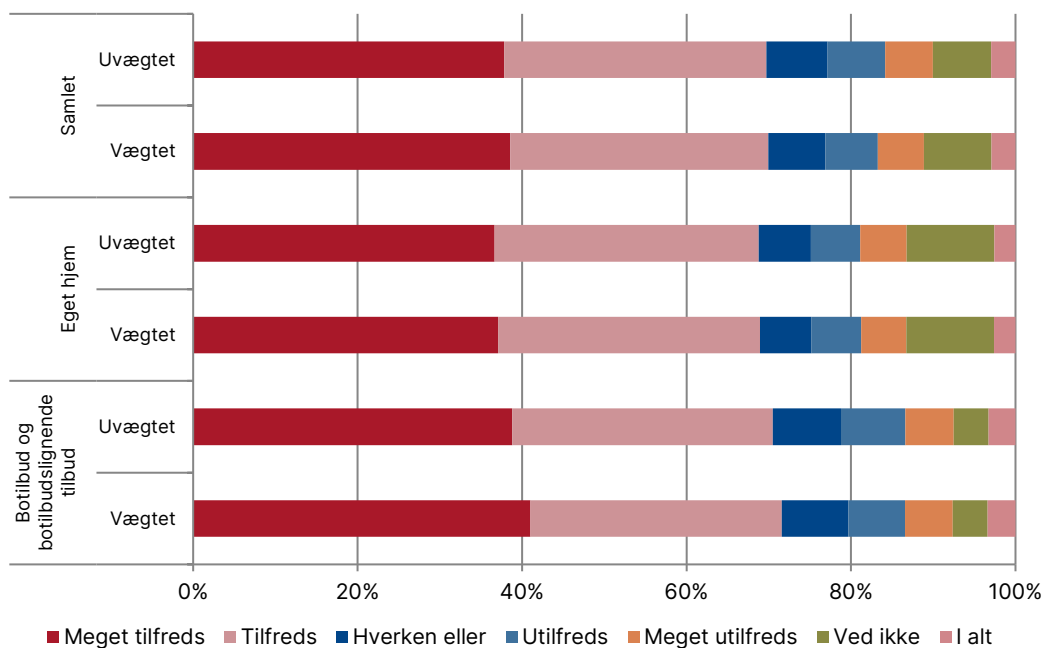
Bilagsfigur 2.2 Fordeling på borgerens oplevelse af kontakten med hjemmevejleder/ personale på botilbud/botilbudslignende tilbud – særskilt for samlet, eget hjem eller botilbud og vægtede eller uvægtede data



Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

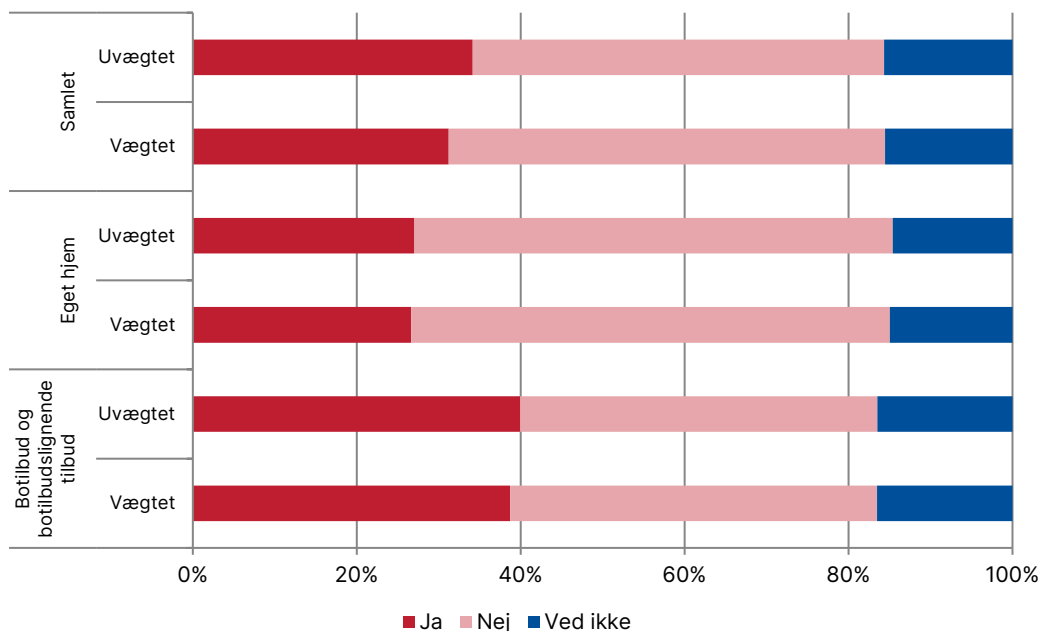
Bilagsfigur 2.3 Fordeling på borgerens oplevelse af hjælp fra hjemmevejleder/personale på botilbud til at klare flere ting i hverdagen – særskilt for samlet, eget hjem eller botilbud/botilbudslignende tilbud og vægtede eller uvægtede data



Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger.

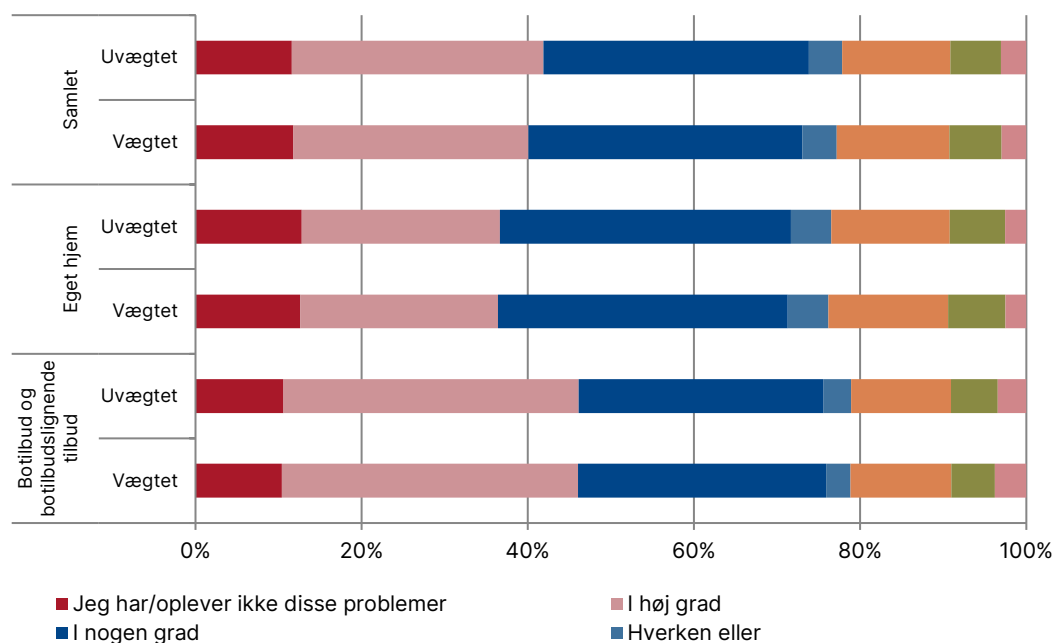
Bilagsfigur 2.4 Fordeling på, hvorvidt borgeren mangler støtte til noget fra hjemmevejleder/personale på botilbud – særskilt for samlet, eget hjem eller botilbud/botilbudslignende tilbud og vægtede eller uvægtede data



Anm.: Ingen n = 2.053, Pårørende n = 1.025, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 1.185

Kilde: Survey-oplysninger

Bilagsfigur 2.5 Fordeling på i hvilken grad borgeren oplever kognitive udfordringer – særskilt for samlet, eget hjem eller botilbud/botilbudslignende tilbud og vægtede eller uvægtede data



Anm.: Ingen n = 657, Pårørende n = 879, Hjemmevejleder eller personale på botilbud n = 822

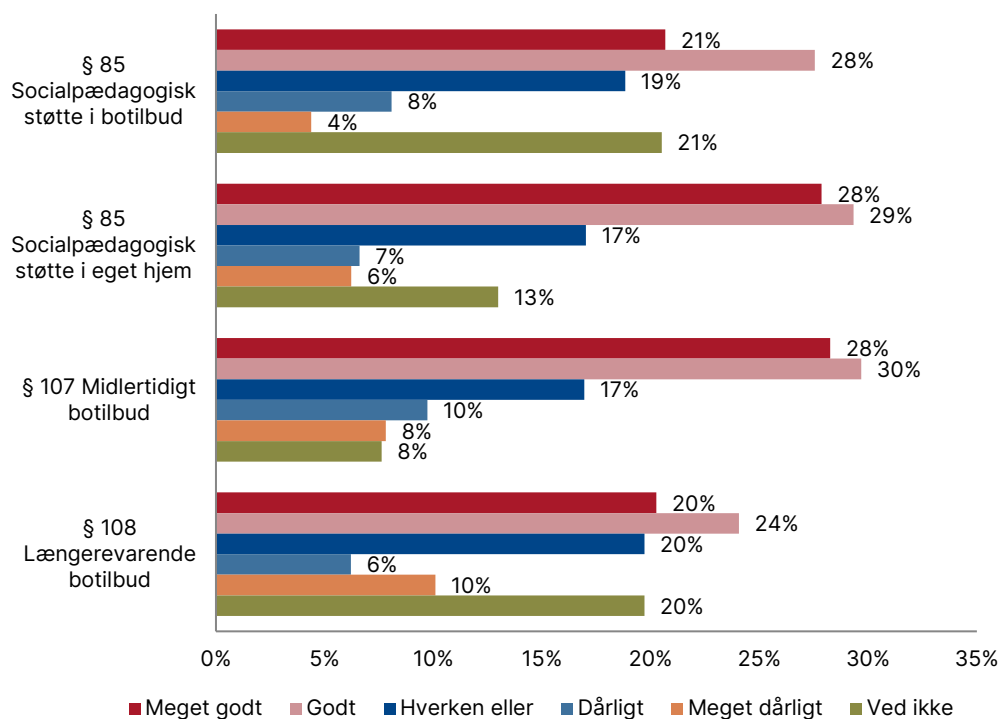
Kilde: Survey-oplysninger.

Bilag 3 Sammenlignende analyser

Oplevelse af visitation

Oplevelsen af samarbejde med sagsbehandler

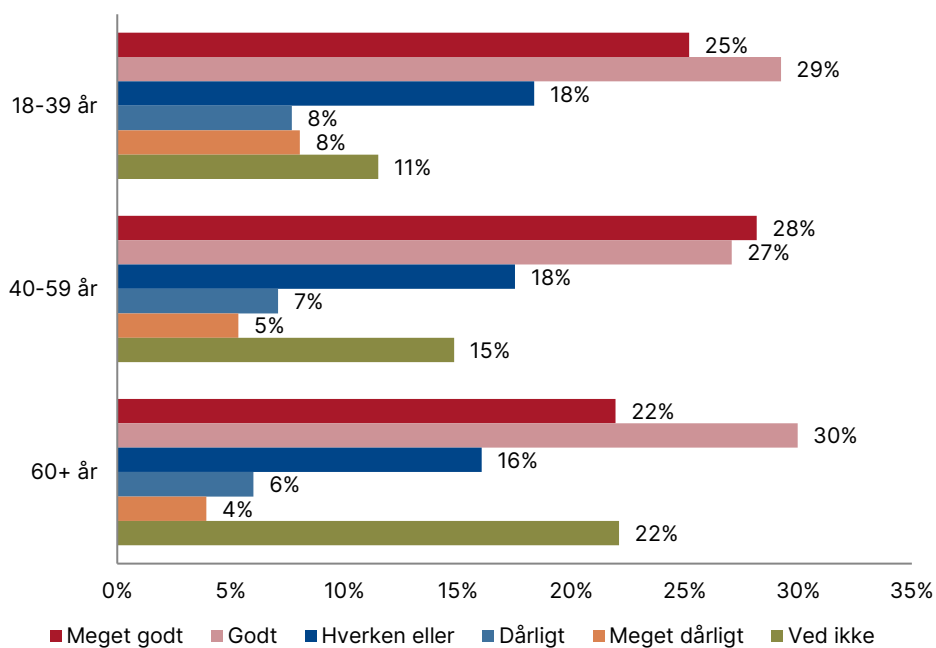
Bilagsfigur 3.1 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

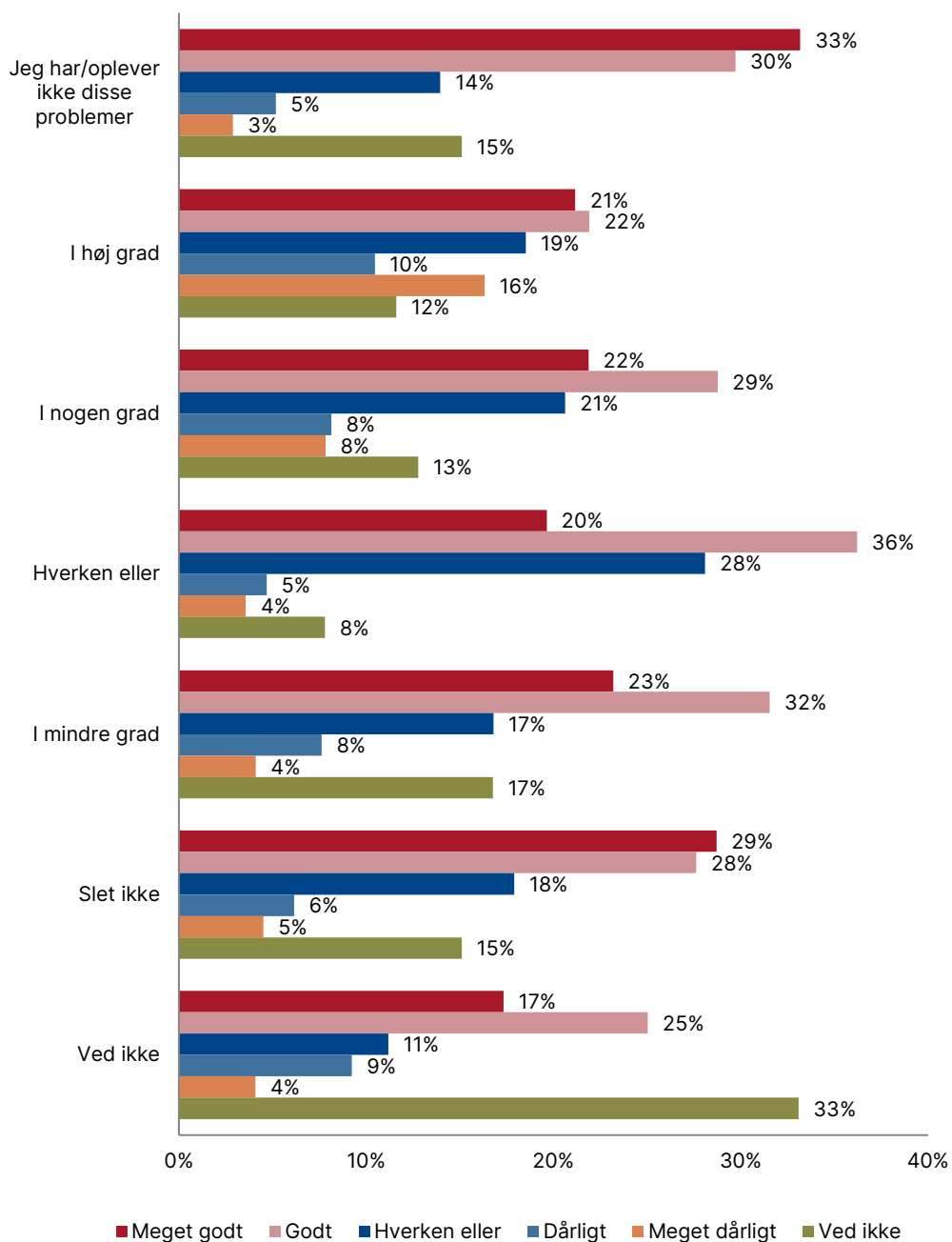
Bilagsfigur 3.2 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år n = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.3 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen? Særskilt for oplevelsen af sociale vanskeligheder.

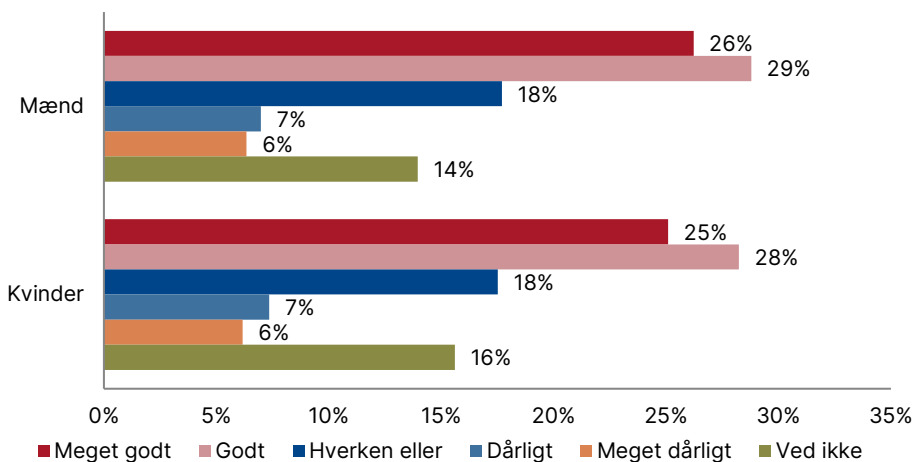


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243

I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

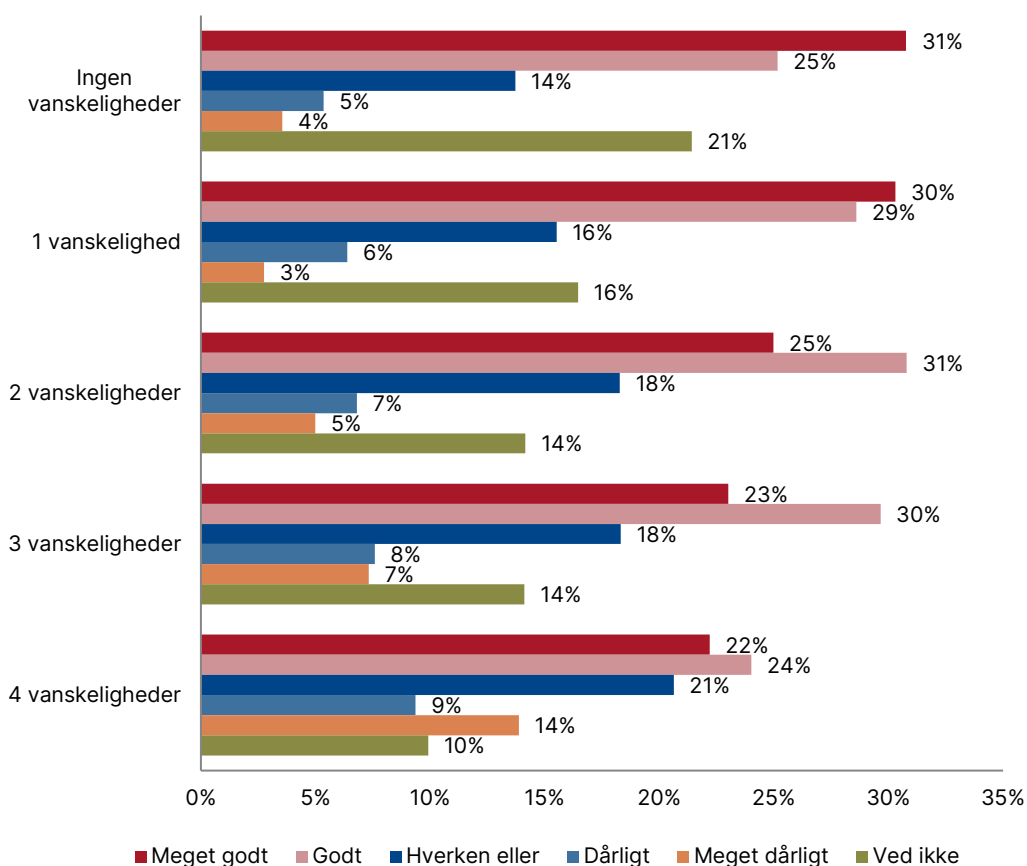
Bilagsfigur 3.4 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.5 Hvordan oplever du samarbejdet med din sagsbehandler på kommunen? Særskilt for antallet af oplevede vanskeligheder.

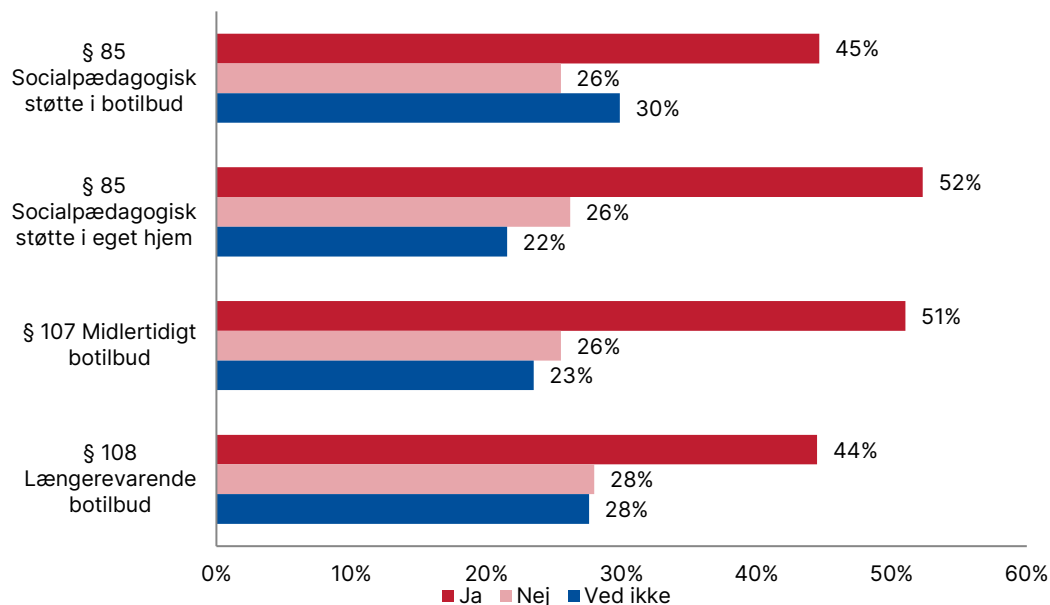


Anm.: Ingen vanskeligheder n = 398, 1 vanskelighed n = 909, 2 vanskeligheder n = 1.297, 3 vanskeligheder n = 1.127, 4 vanskeligheder n = 579

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af udredningen

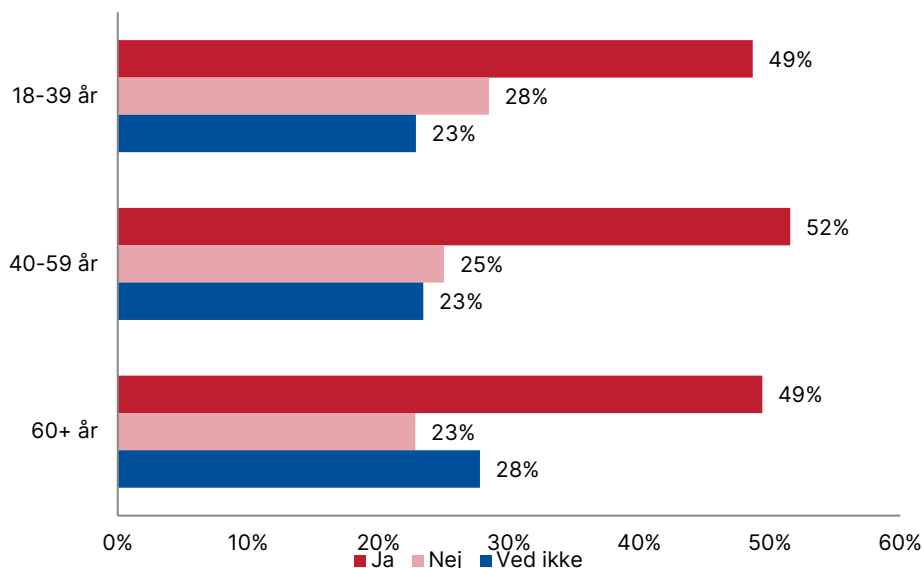
Bilagsfigur 3.6 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

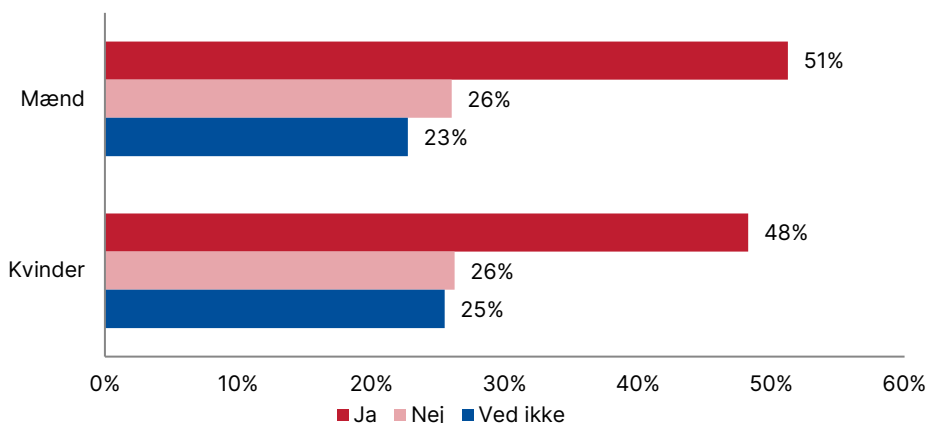
Bilagsfigur 3.7 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

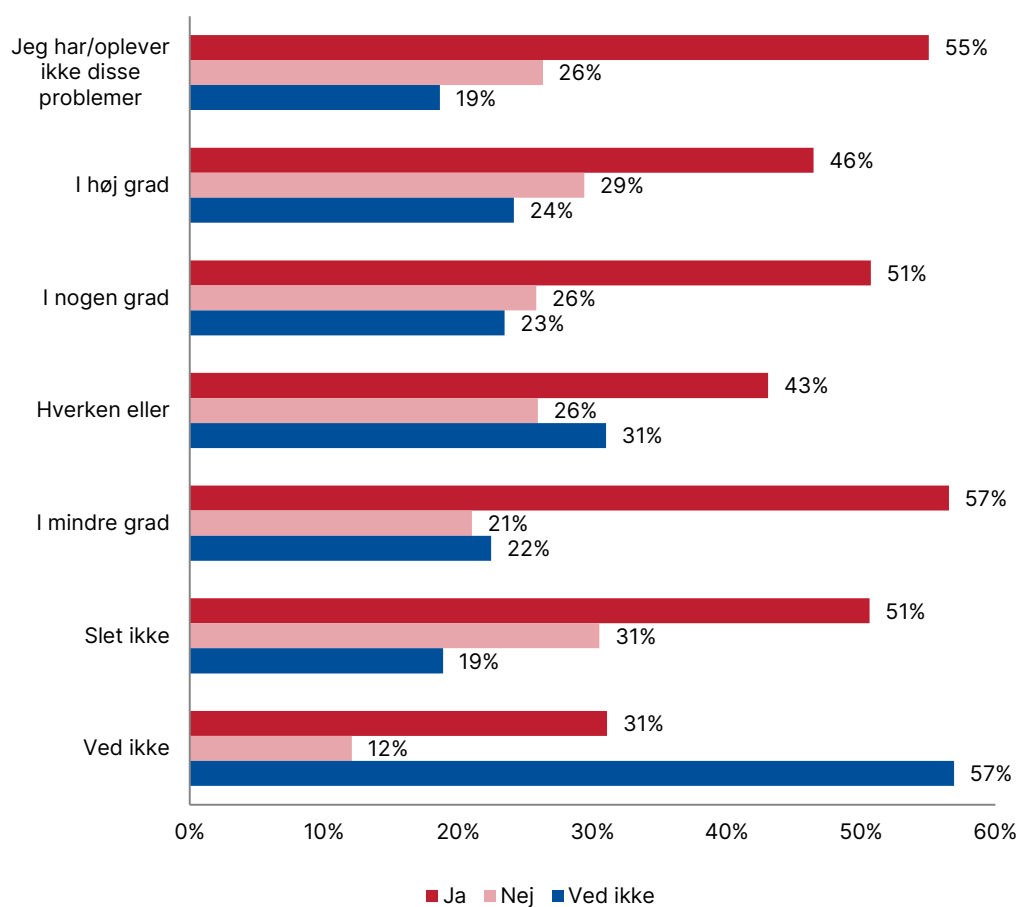
Bilagsfigur 3.8 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.9 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskilt for oplevelsen af kognitive vanskeligheder.

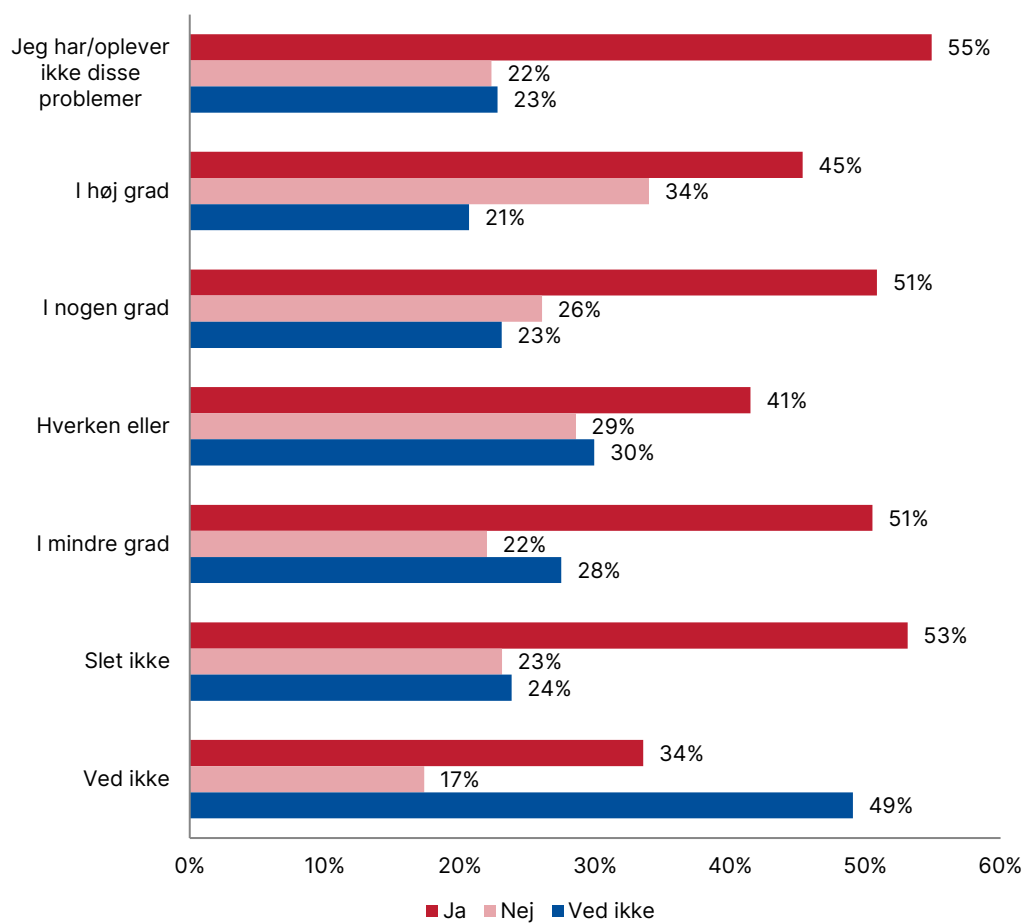


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 499

I høj grad n = 1.306, I nogen grad n = 1.377, Hverken eller n = 173, I mindre grad n = 561, Slet ikke n = 263, Ved ikke n = 131

Kilde: Survey-oplysninger.

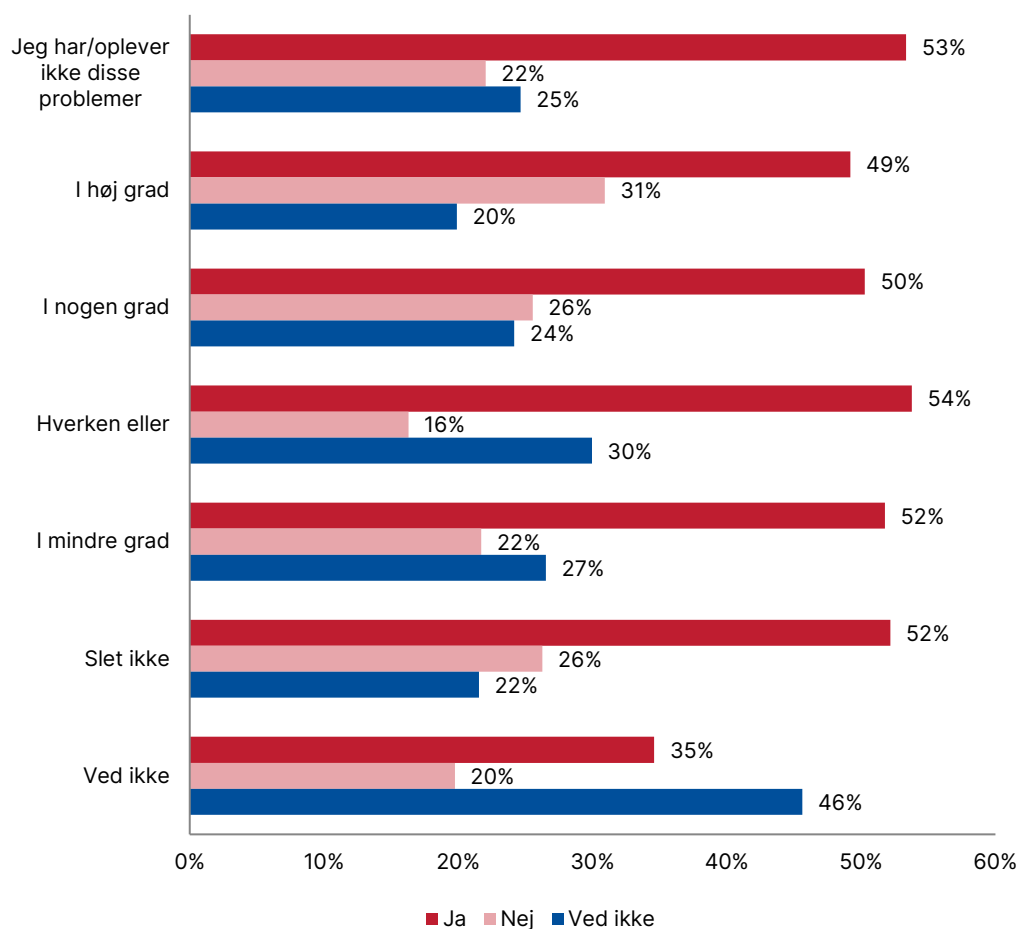
Bilagsfigur 3.10 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt? Særskilt for oplevelsen af fysiske vanskeligheder.



Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.011, I høj grad n = 979, I nogen grad n = 1.244, Hverken eller n = 116, I mindre grad n = 584, Slet ikke n = 260, Ved ikke n = 116

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.11 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt? Særskit for oplevelsen af psykiske vanskeligheder.

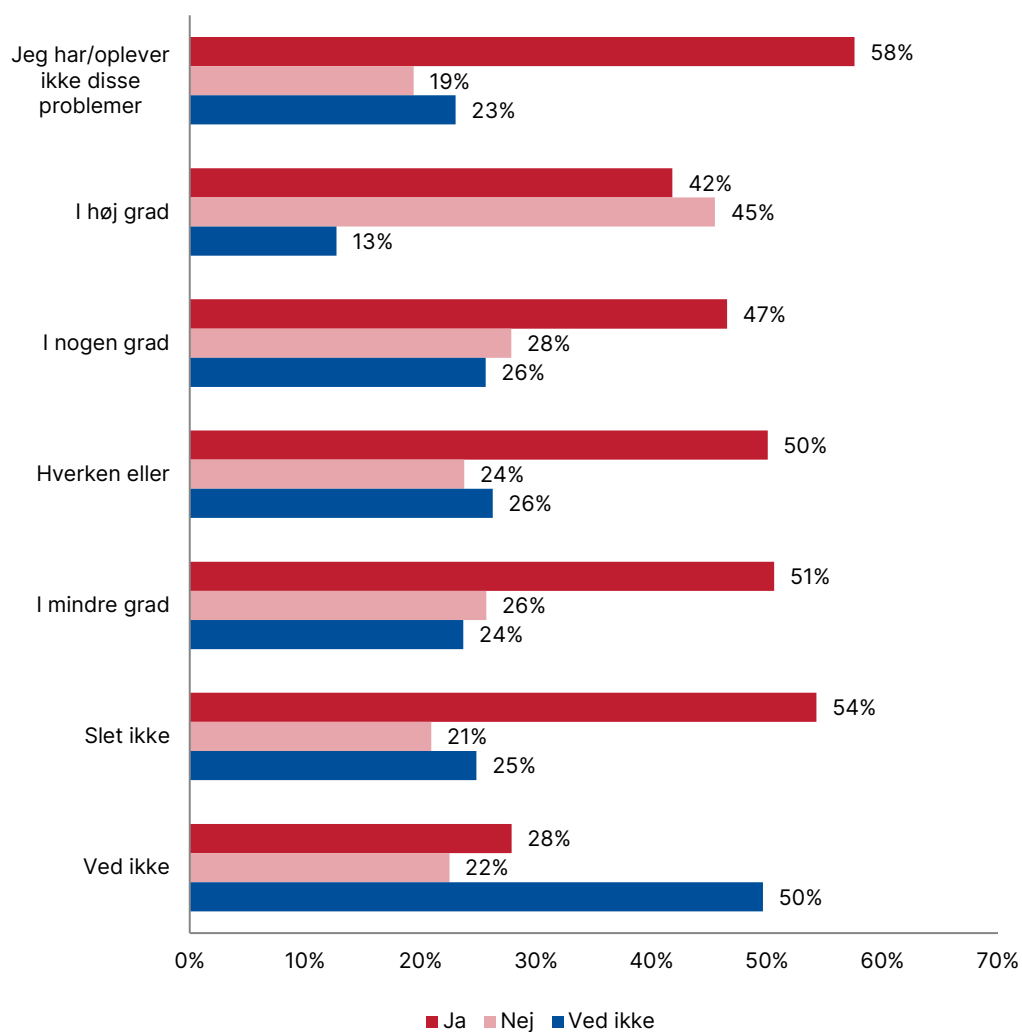


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 557

I høj grad n = 1.462, I nogen grad n = 1.280, Hverken eller n = 130, I mindre grad n = 421, Slet ikke n = 259, Ved ikke n = 201

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.12 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskit for oplevelsen af sociale vanskeligheder.

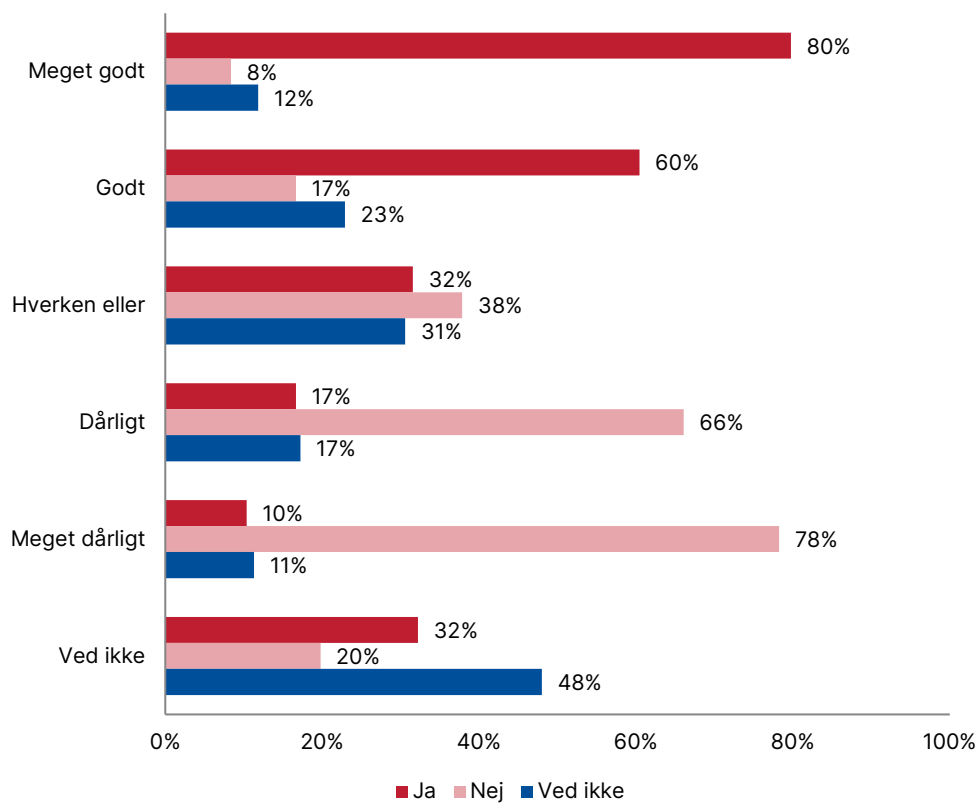


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243

I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.13 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt? Særskilt for oplevelsen af samarbejdet med sagsbehandler på kommunen.

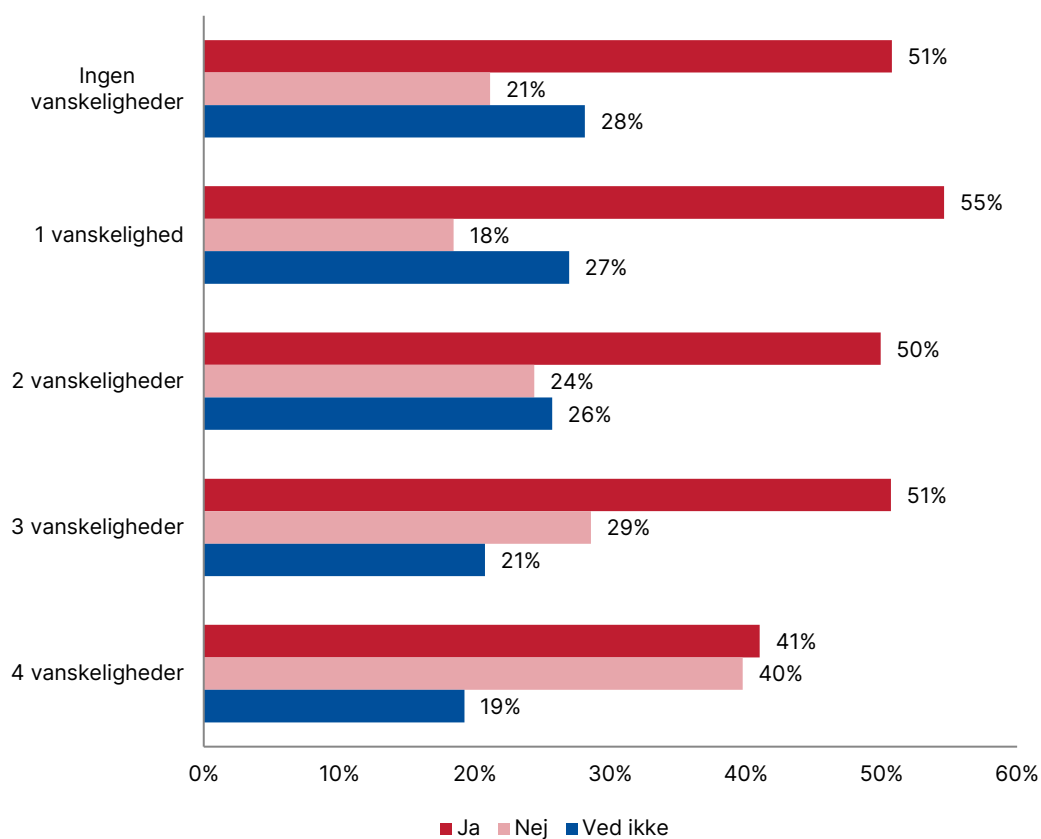


Anm.: Meget godt n = 1.074

Godt n = 1.215, Hverken eller n = 778, Dårligt n = 332, Meget dårligt n = 278, Ved ikke n = 633

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.14 Oplever du, at kommunen har undersøgt dine støttebehov grundigt?
Særskit for antallet af oplevede vanskeligheder.



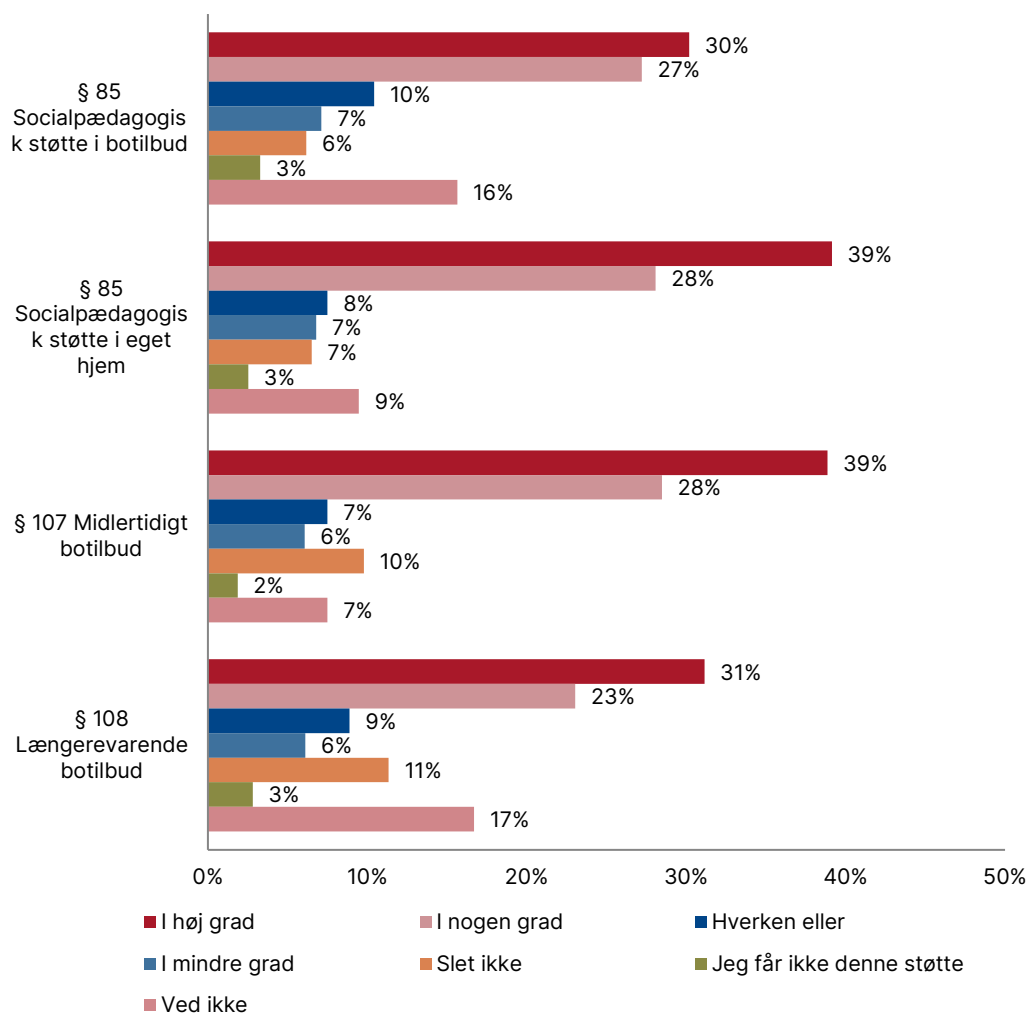
Anm.: Ingen vanskeligheder n = 398

1 vanskelighed n = 909, 2 vanskeligheder n = 1.297, 3 vanskeligheder n = 1.127, 4 vanskeligheder n = 579

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af at blive lyttet til

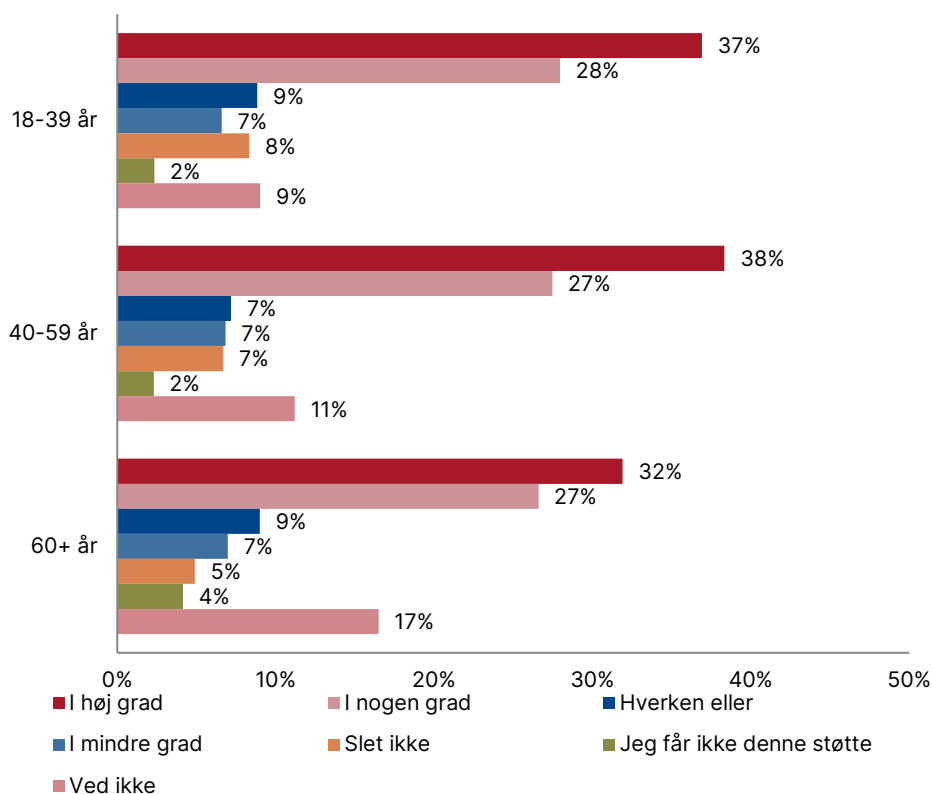
Bilagsfigur 3.15 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særligt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

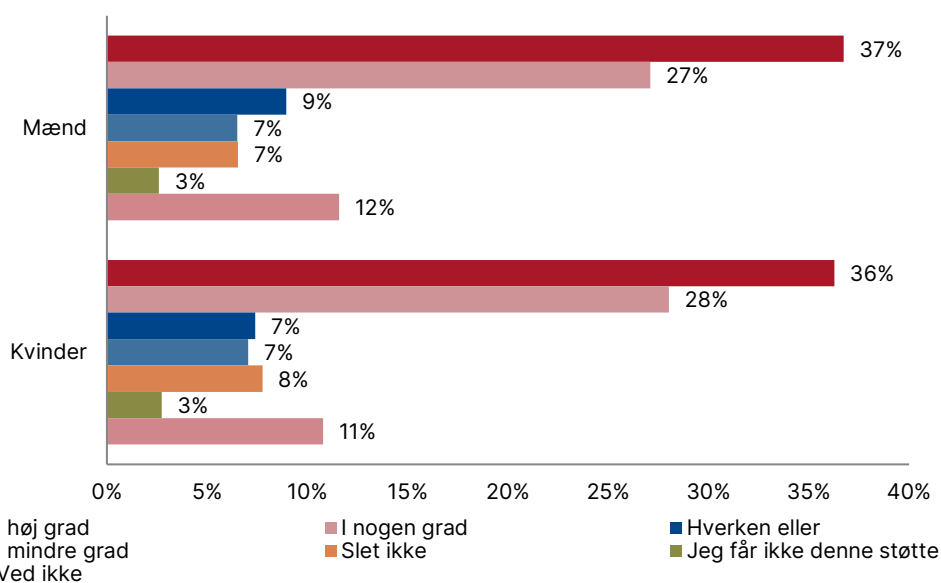
Bilagsfigur 3.16 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

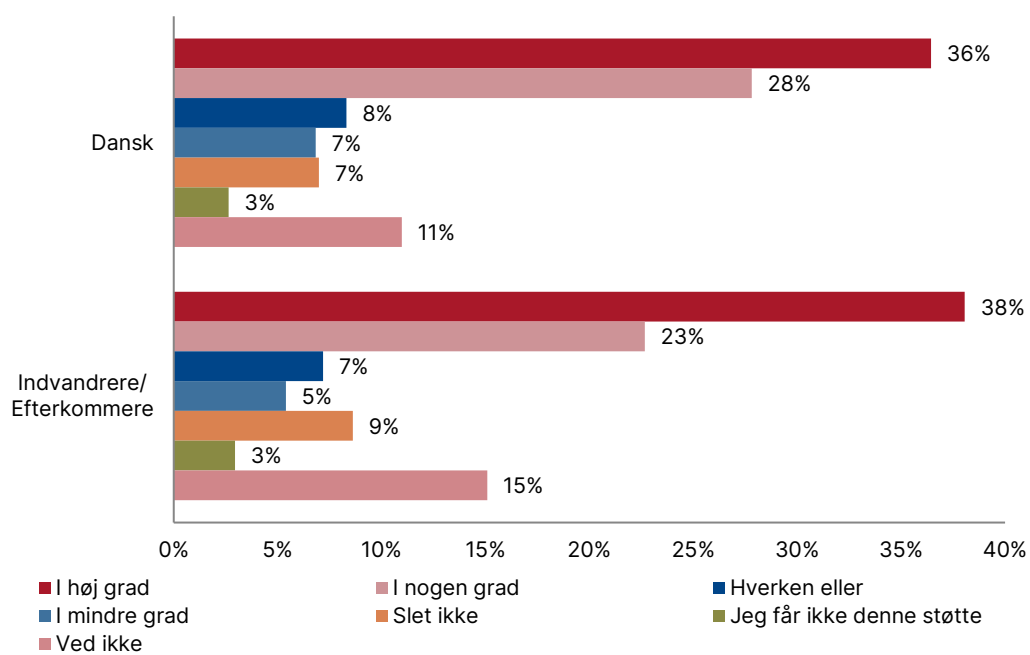
Bilagsfigur 3.17 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

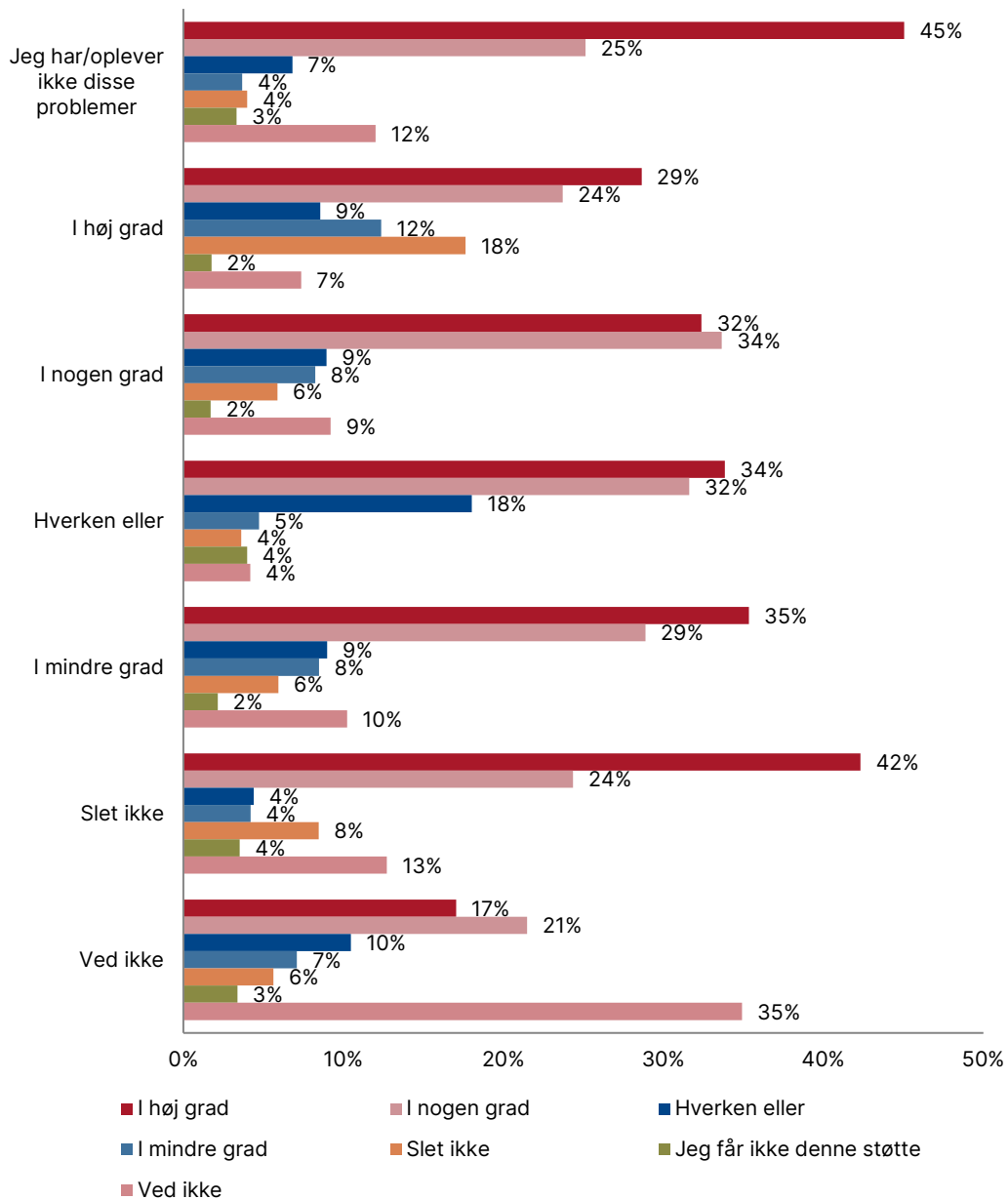
Bilagsfigur 3.18 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særligt for etnisk herkomst.



Anm.: Dansk n = 4.151, Indvandrere/Efterkommere n = 159

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.19 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særskilt for sociale vanskeligheder.

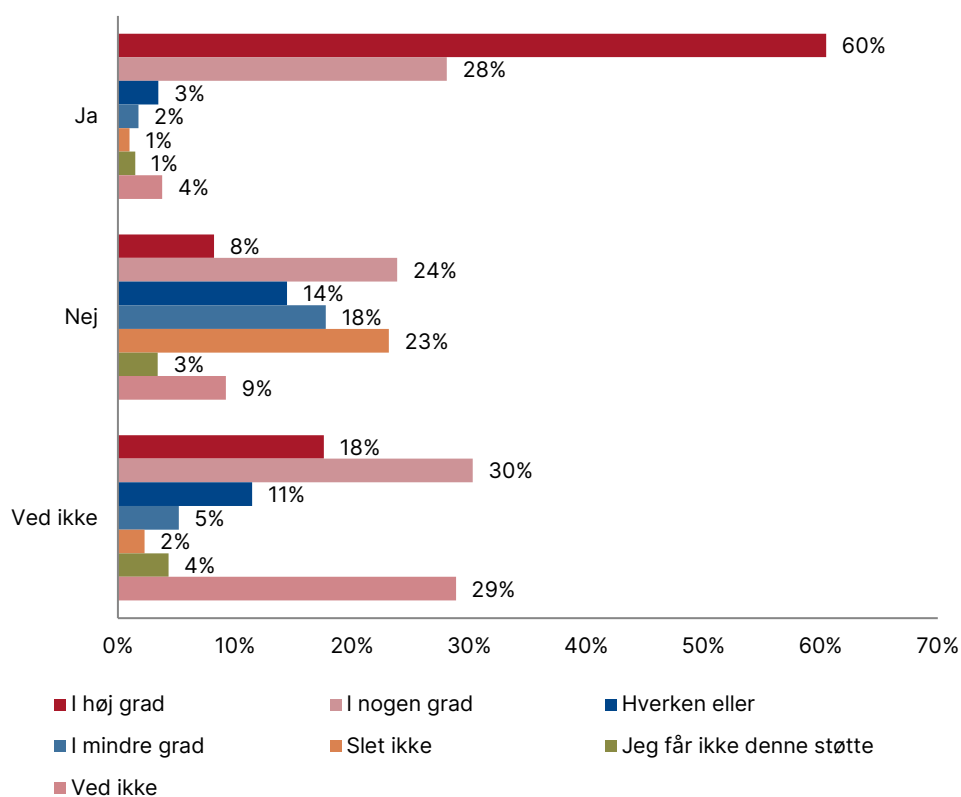


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243

I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.20 Følte du, at sagsbehandleren lyttede til dine ønsker om støtte? Særs-
skilt for oplevelsen af om kommunen har undersøgt støttebehov or-
dentligt.



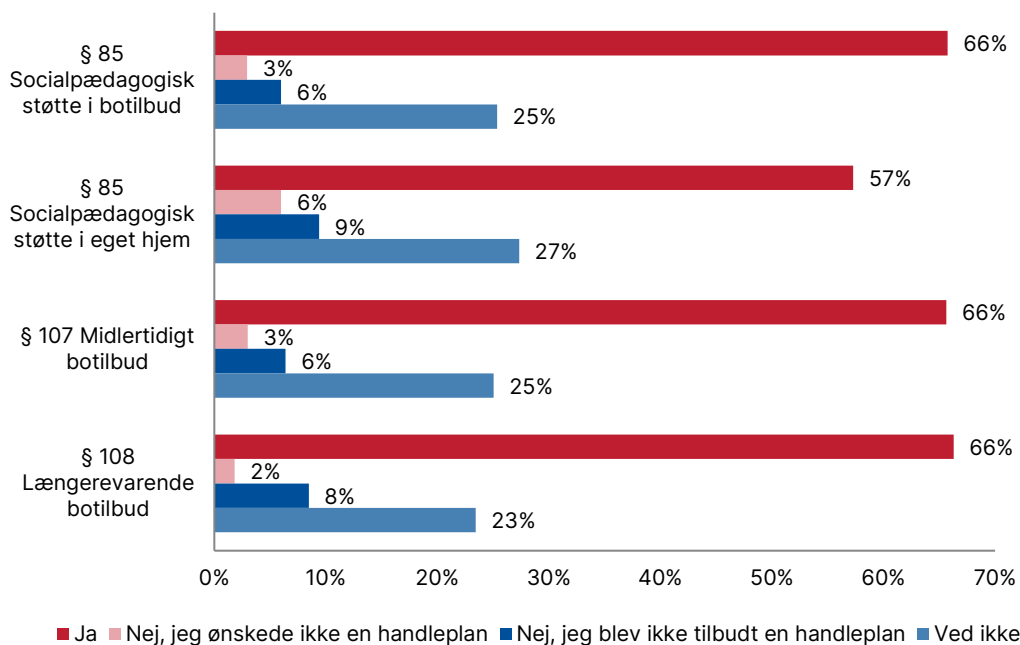
Anm.: Ja n = 2.102, Nej n = 1.155, Ved ikke n = 1.053

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af handleplaner

Udbredelse af handleplaner

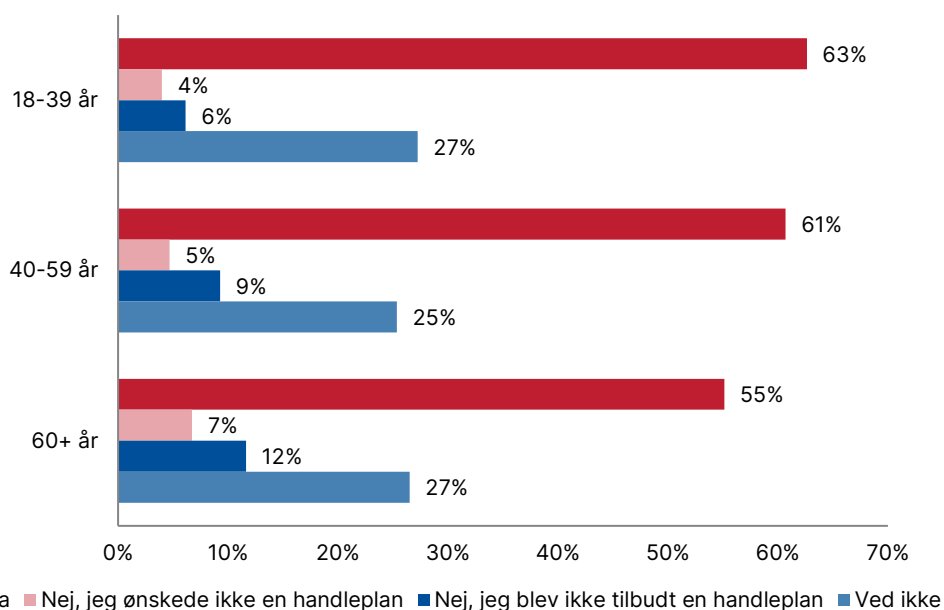
Bilagsfigur 3.21 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

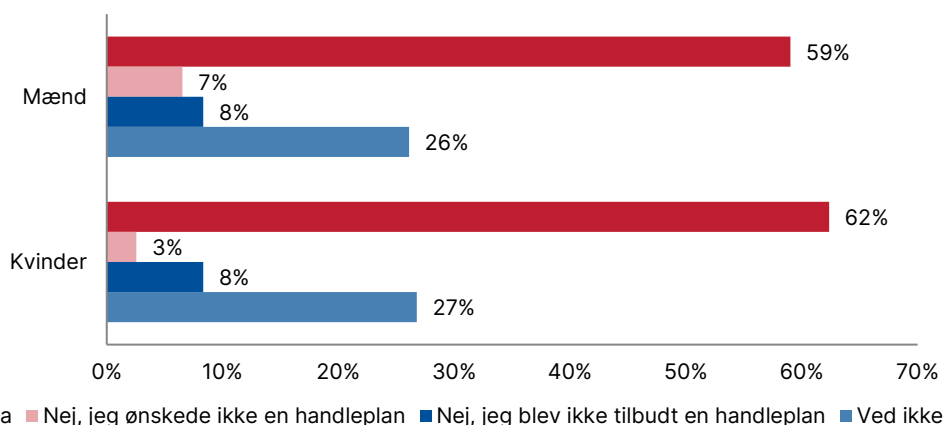
Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.22 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for alder.



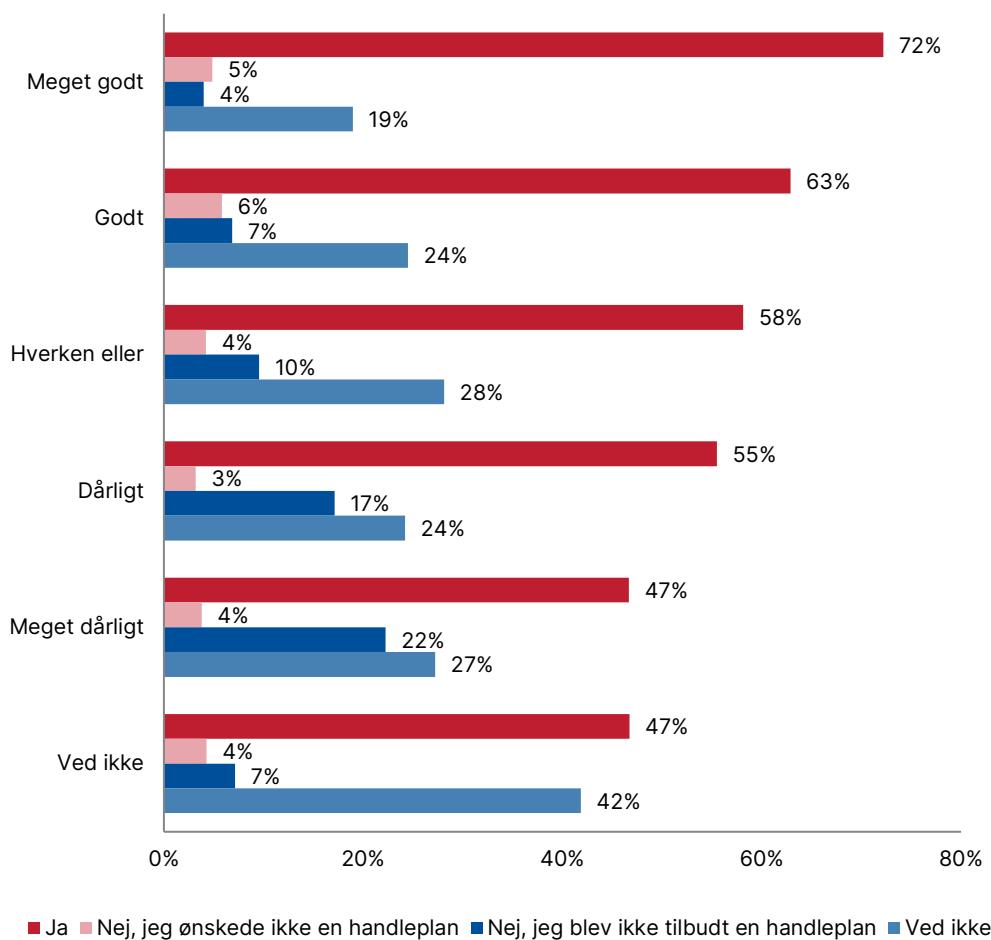
Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.23 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for køn.

Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

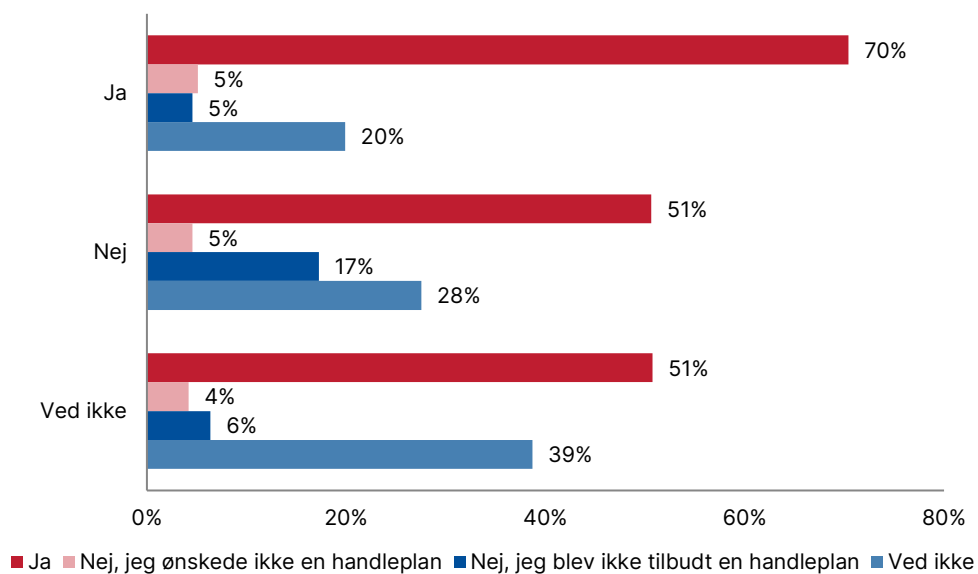
Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.24 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for oplevelsen af samarbejdet med sagsbehandler på kommunen.

Anm.: Meget godt n = 1.074, Godt n = 1.215, Hverken eller n = 778, Dårligt n = 332, Meget dårligt n = 278, Ved ikke n = 633

Kilde: Survey-oplysninger.

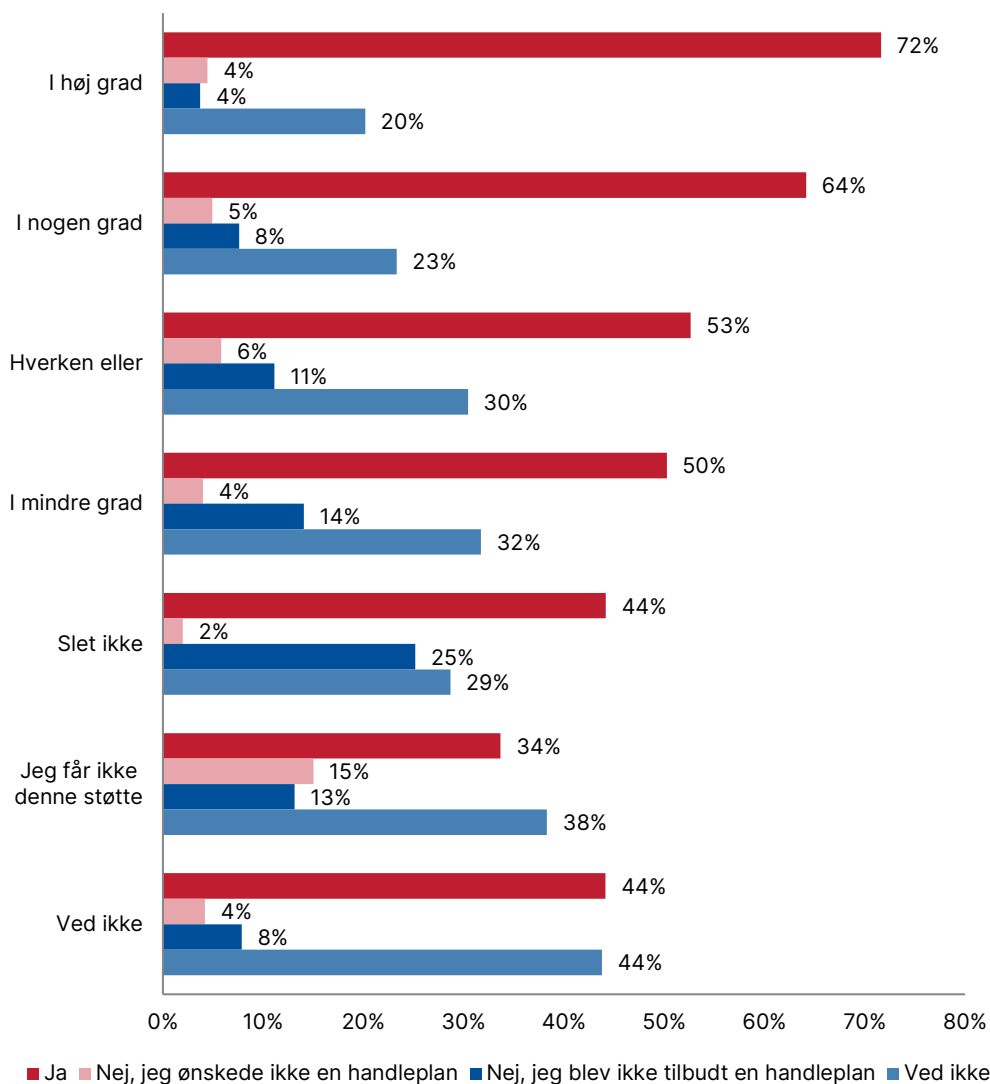
Bilagsfigur 3.25 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for oplevelsen af om kommunen har undersøgt støttebehov ordentligt.



Anm.: Ja n = 2.102, Nej n = 1.155, Ved ikke n = 1.053

Kilde: Survey-oplysninger.

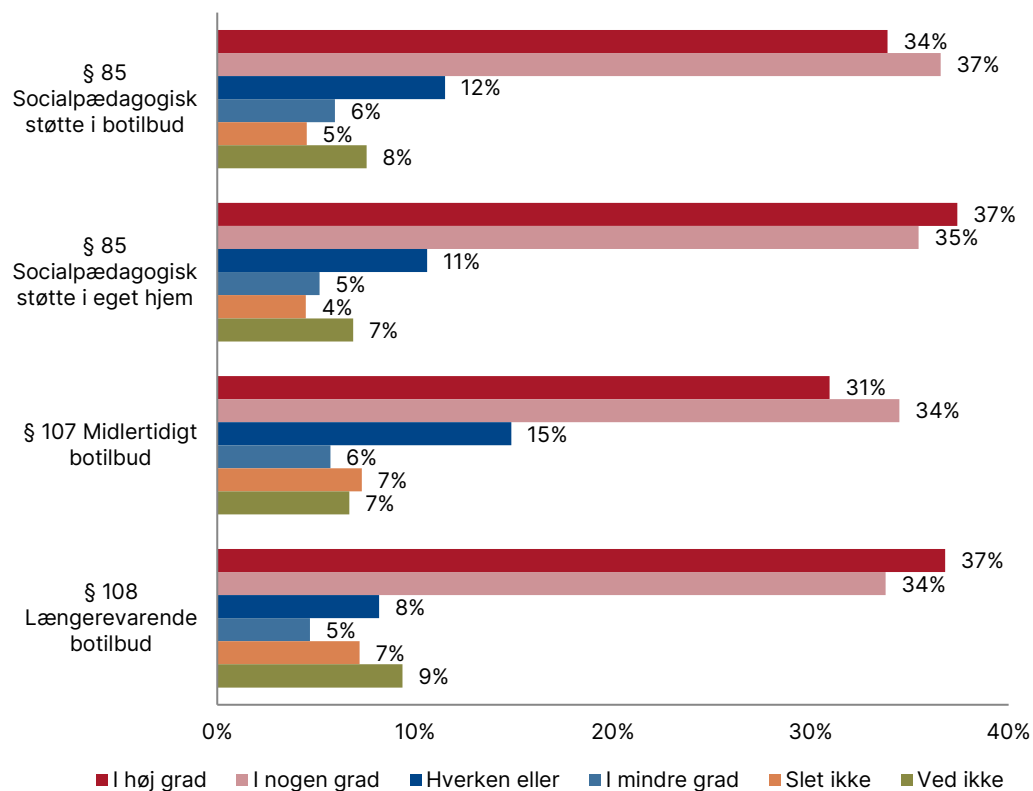
Bilagsfigur 3.26 Har du en handleplan (§ 141 handleplan)? Særskilt for oplevelsen af at blive lyttet til i forhold til støttebehov.



Anm.: I høj grad n = 1.522, I nogen grad n = 1.193, Hverken eller n = 368, I mindre grad n = 306, Slet ikke n = 326
Jeg får ikke denne støtte n = 111, Ved ikke n = 484

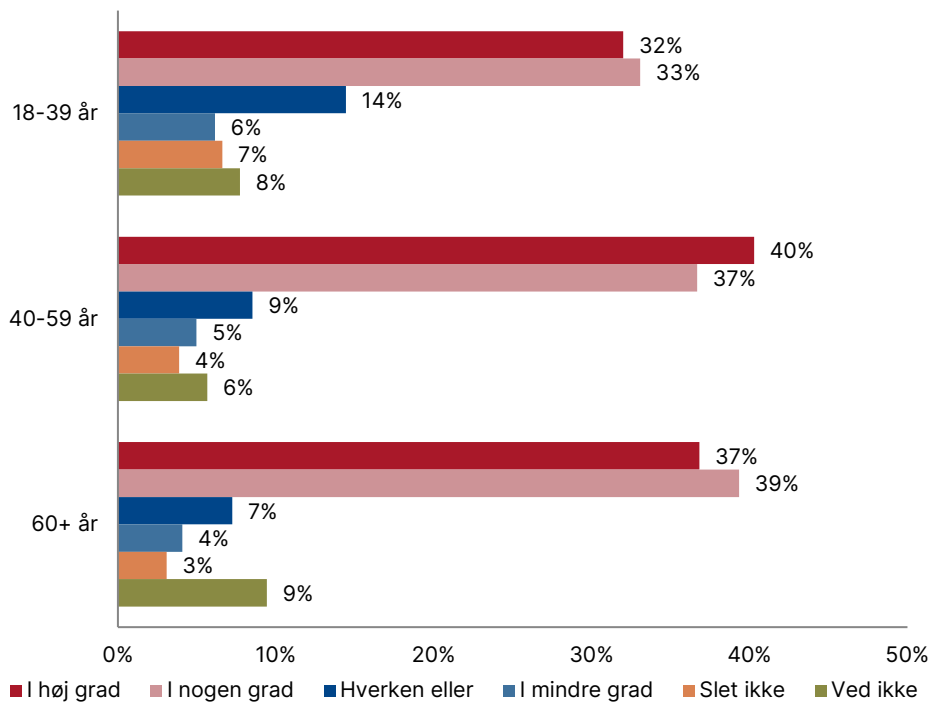
Kilde: Survey-oplysninger.

Tilfredshed med handleplaner

Bilagsfigur 3.27 Oplever du, at handleplanen virke for dig? Særskilt for typen af støtte.

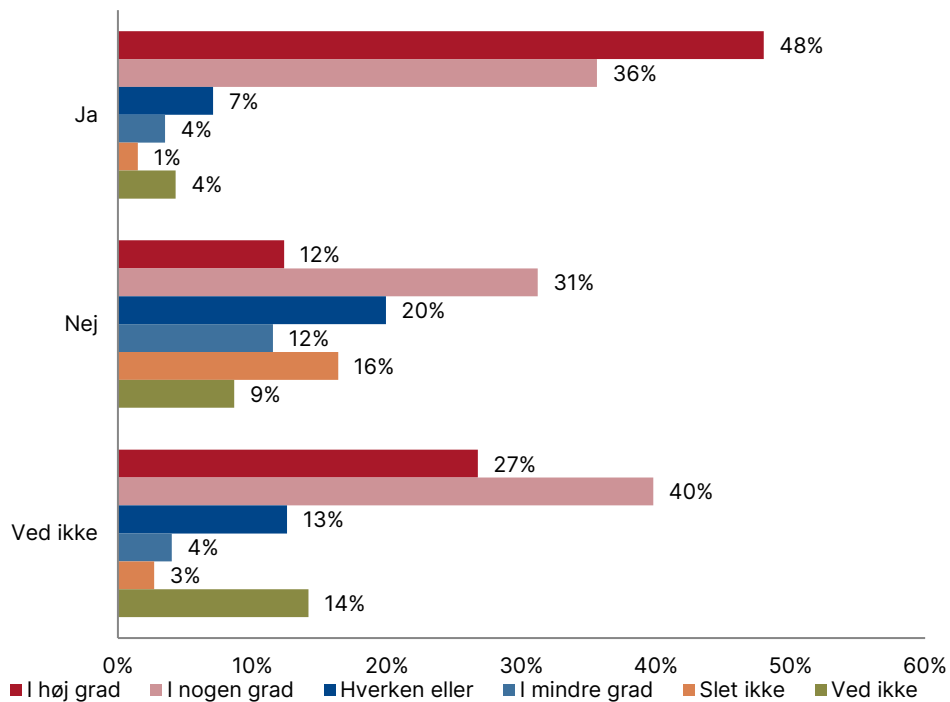
Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 868, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.100, § 107 Midlertidigt botilbud n = 400, § 108 Længerevarende botilbud n = 308

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.28 Oplever du, at handleplanen virke for dig? Særskilt for alder.

Anm.: 18-39 år = 1.323, 40-59 år n = 980, 60+ år n = 373

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.29 Oplever du, at handleplanen virke for dig? Særskilt for oplevelsen af om kommunen har undersøgt støttebehov ordentligt.

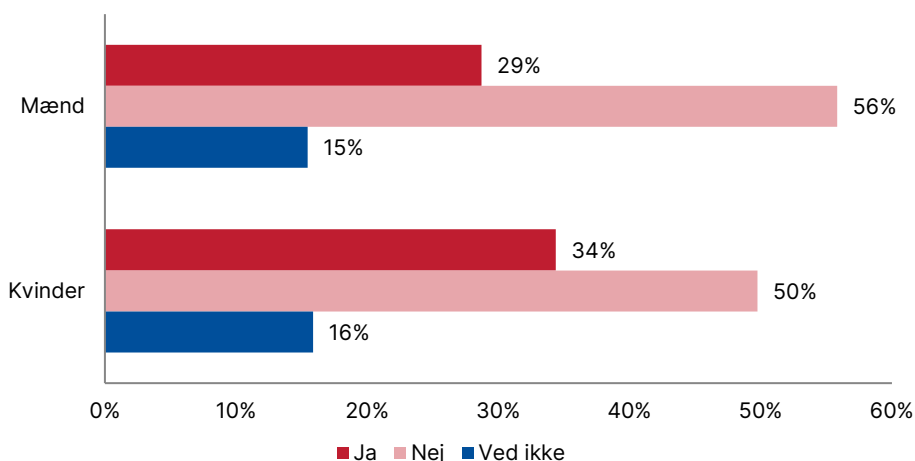
Anm.: Ja n = 1.516, Nej n = 602, Ved ikke n = 558

Kilde: Survey-oplysninger.

Opfyldelse af støttebehov

Er støtten dækkende?

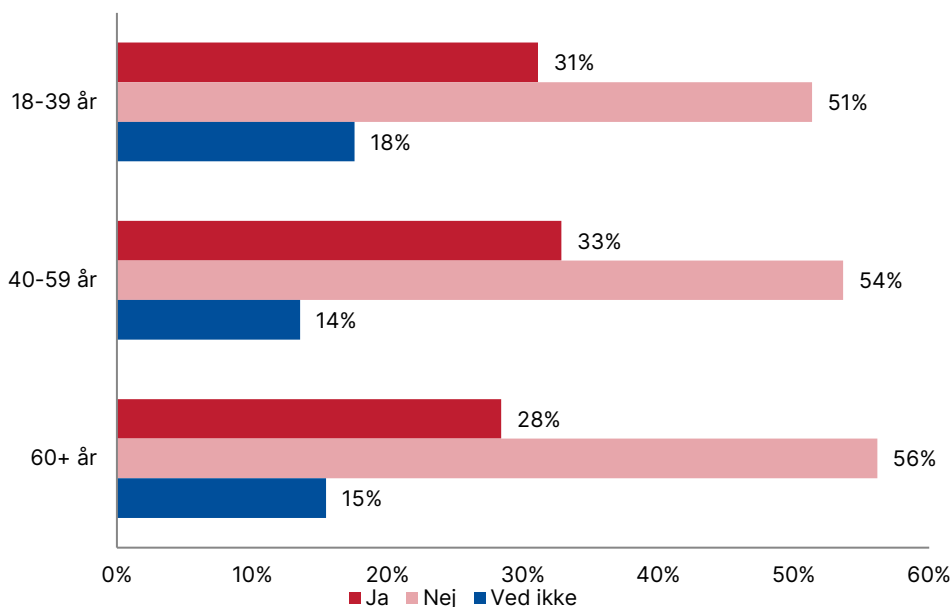
Bilagsfigur 3.30 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

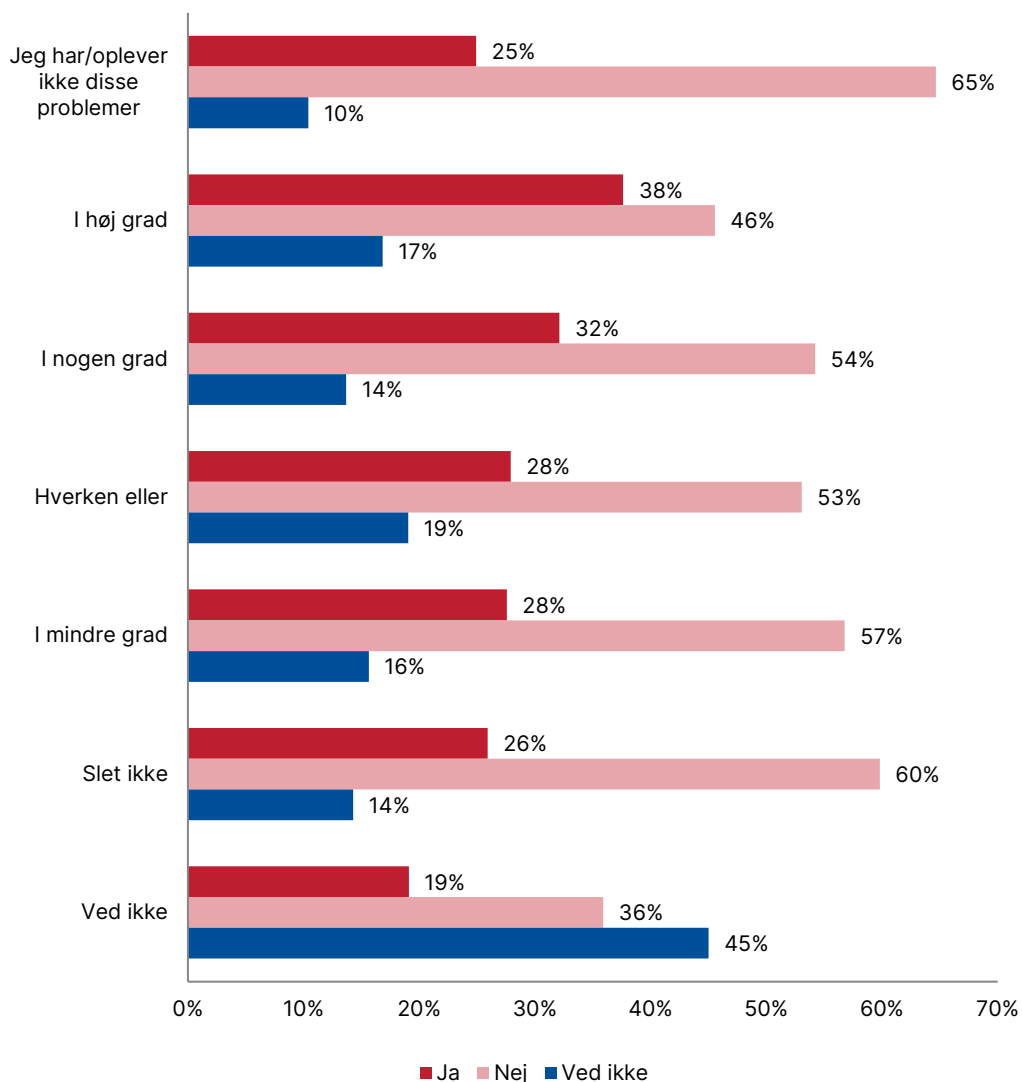
Bilagsfigur 3.31 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.32 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for oplevelsen af kognitive vanskeligheder.

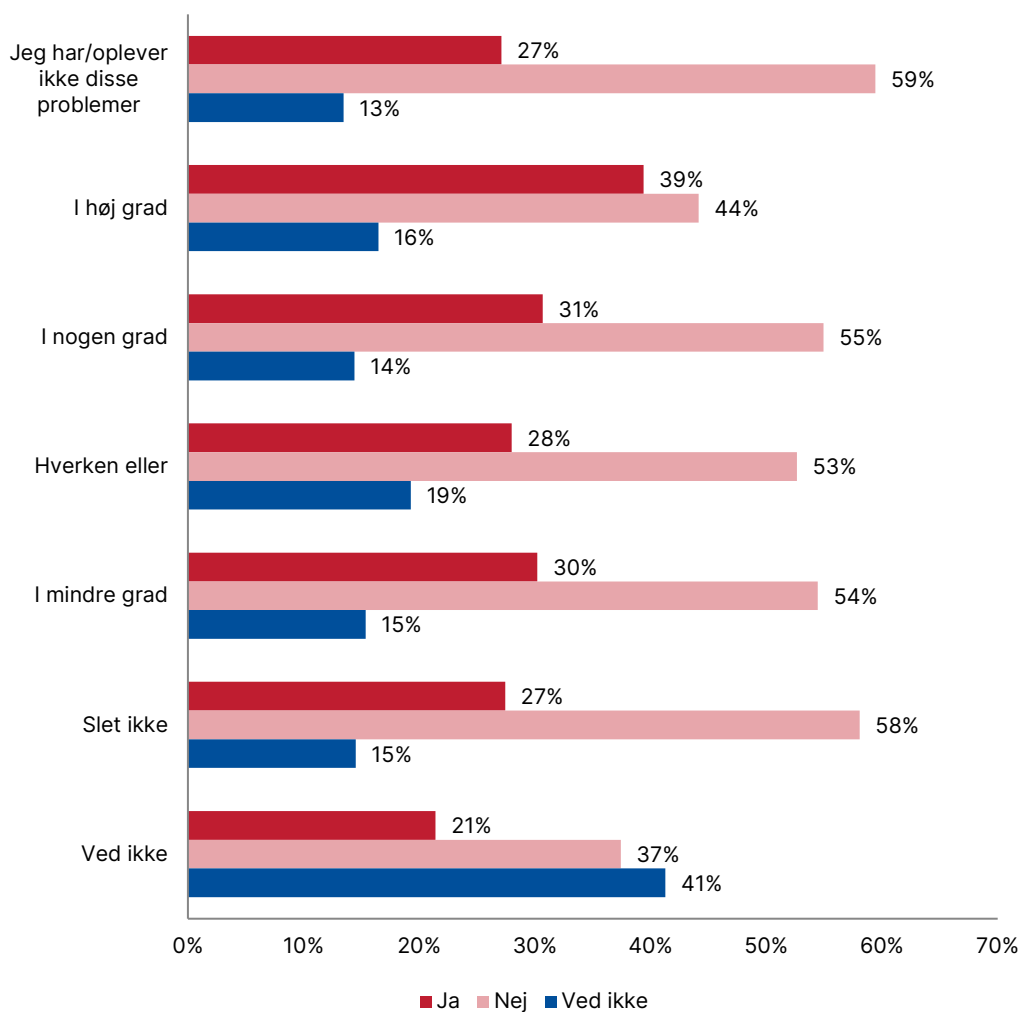


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 499

I høj grad n = 1.306, I nogen grad n = 1.377, Hverken eller n = 173, I mindre grad n = 561, Slet ikke n = 263, Ved ikke n = 131

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.33 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for oplevelsen af fysiske vanskeligheder.

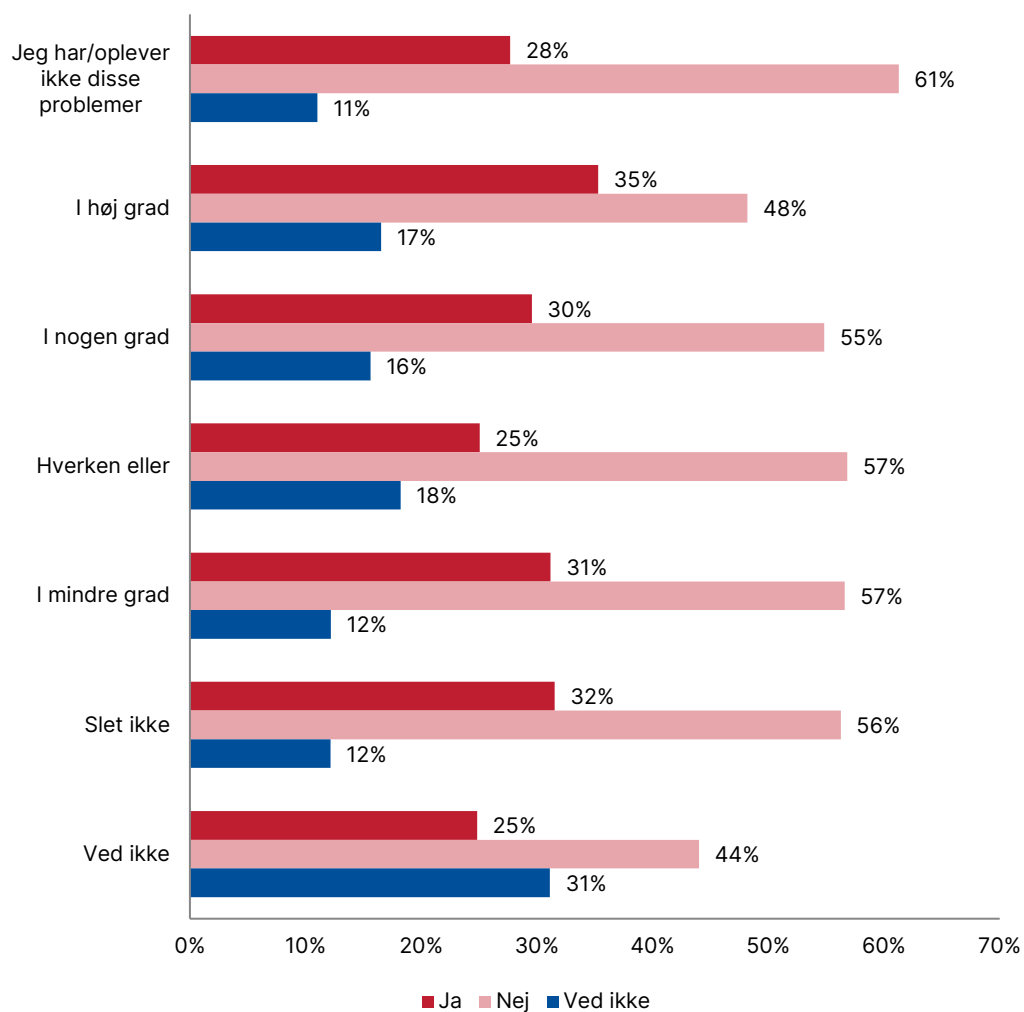


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.011

I høj grad n = 979, I nogen grad n = 1.244, Hverken eller n = 116, I mindre grad n = 584, Slet ikke n = 260, Ved ikke n = 116

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.34 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for oplevelsen af psykiske vanskeligheder.

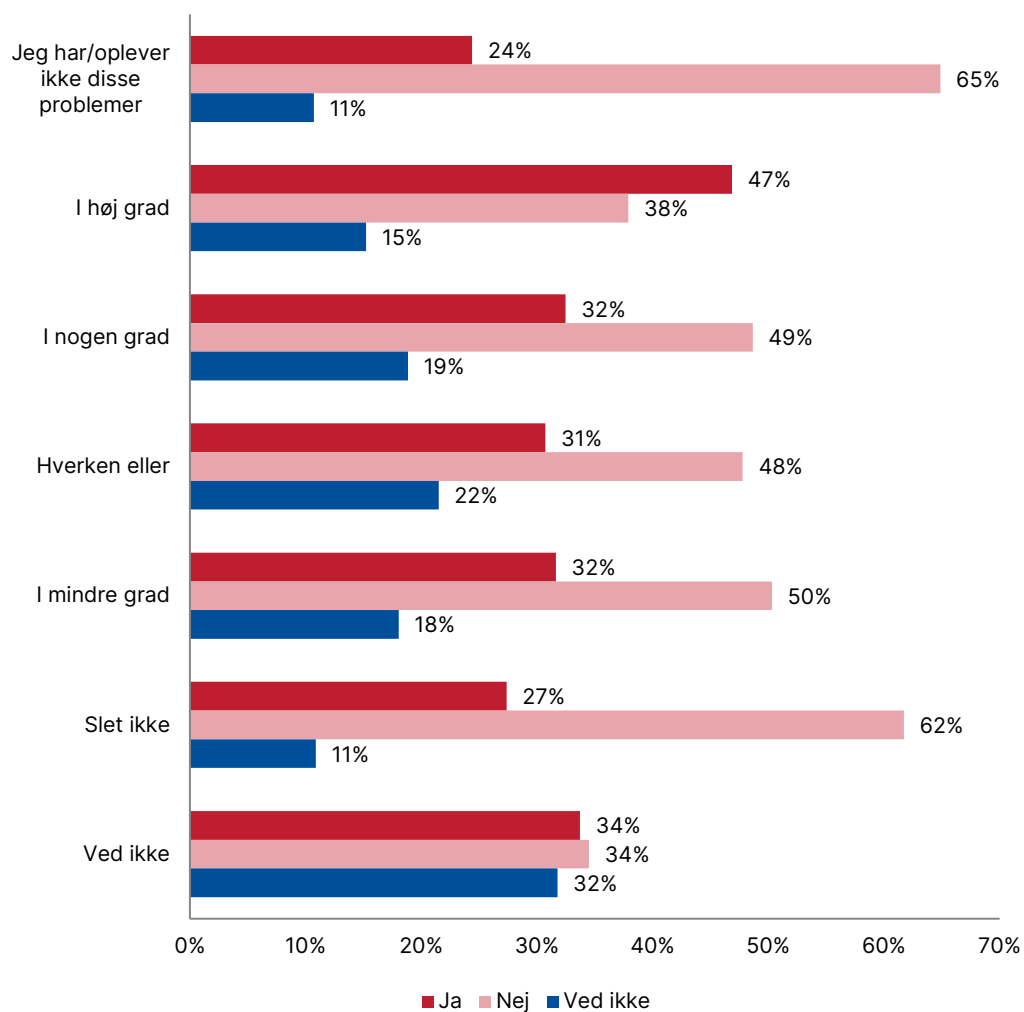


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 557

I høj grad n = 1.462, I nogen grad n = 1.280, Hverken eller n = 130, I mindre grad n = 421, Slet ikke n = 259, Ved ikke n = 201

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.35 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særsklit for oplevelsen af sociale vanskeligheder.

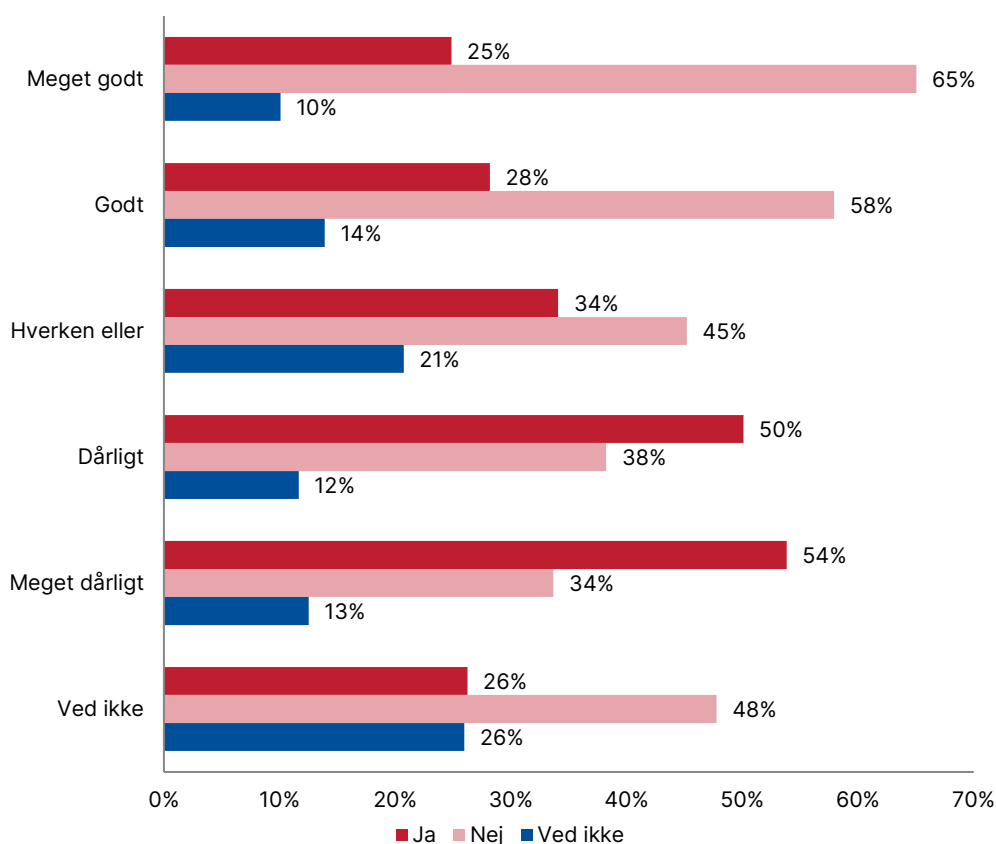


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243

I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.36 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for tilfredshed med støtte.

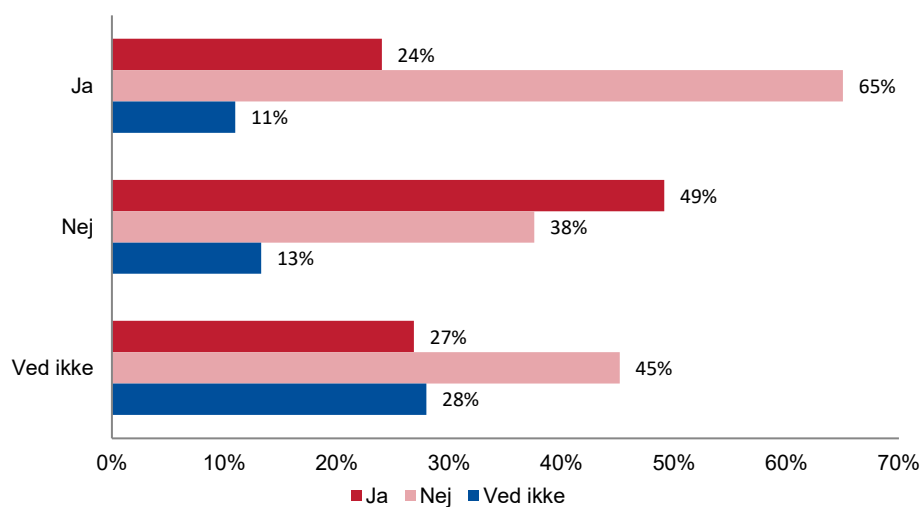


Anm.: Meget godt n = 1.074

Godt n = 1.215, Hverken eller n = 778, Dårligt n = 332, Meget dårligt n = 278, Ved ikke n = 633

Kilde: Survey-oplysninger.

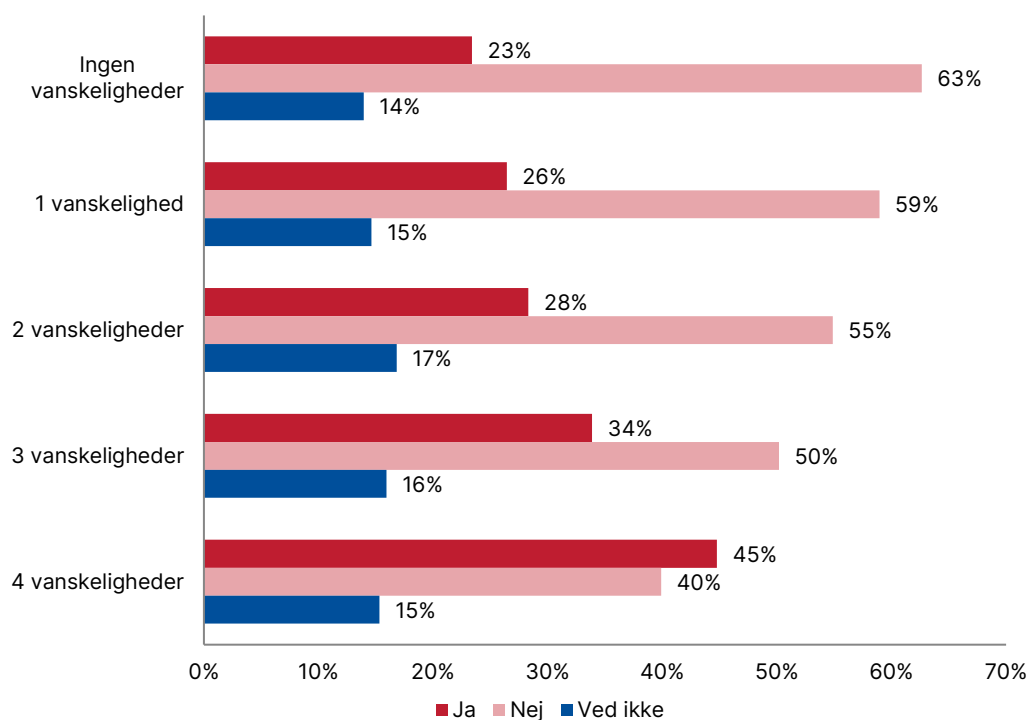
Bilagsfigur 3.37 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for oplevelsen af om kommunen har undersøgt støttebehov ordentligt.



Anm.: Ja n = 2.102, Nej n = 1.155, Ved ikke n = 1.053

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.38 Mangler du støtte til noget fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for antallet af oplevede vanskeligheder.



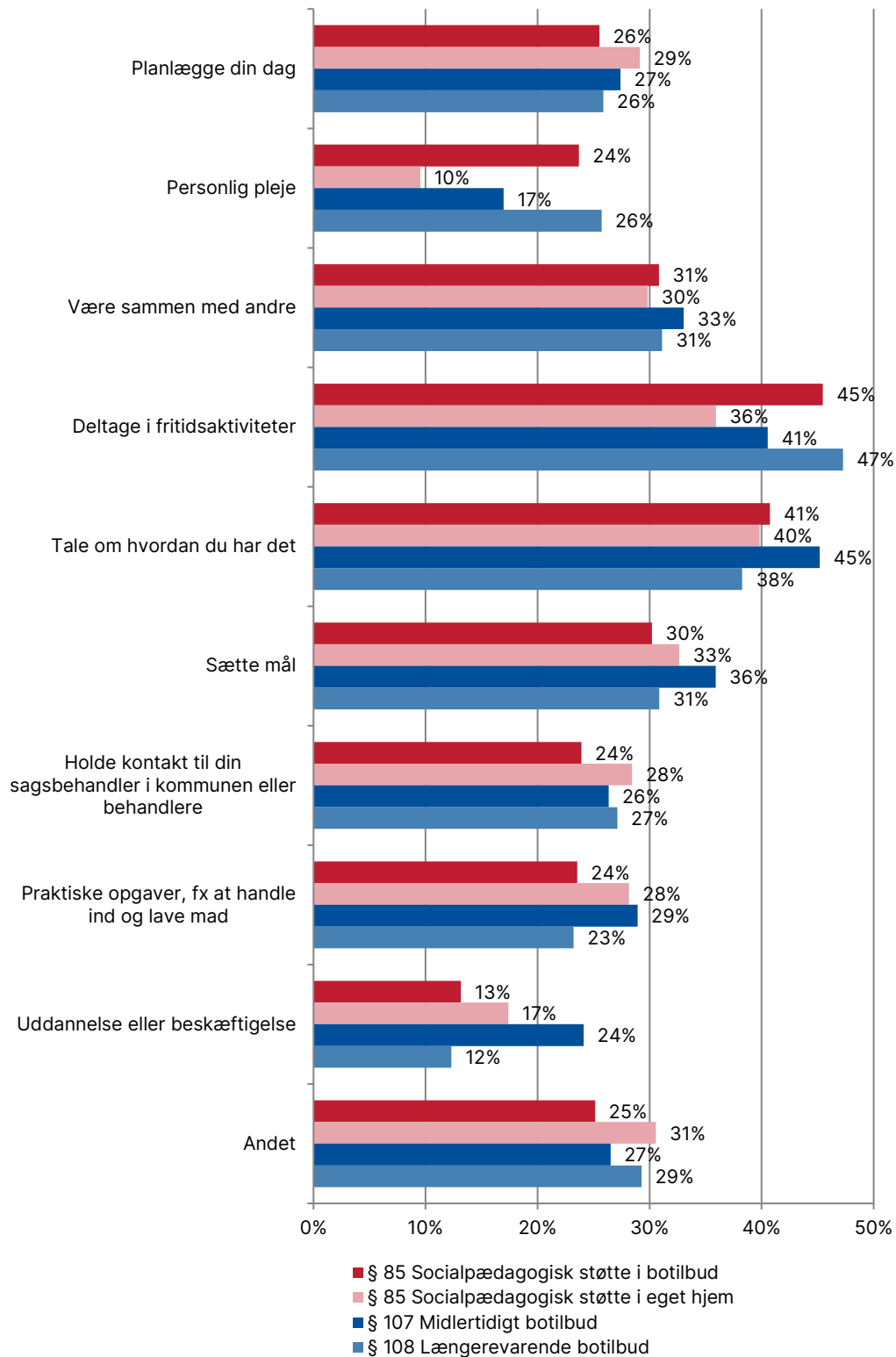
Anm.: Ingen vanskeligheder n = 398

1 vanskelighed n = 909, 2 vanskeligheder n = 1.297, 3 vanskeligheder n = 1.127, 4 vanskeligheder n = 579

Kilde: Survey-oplysninger.

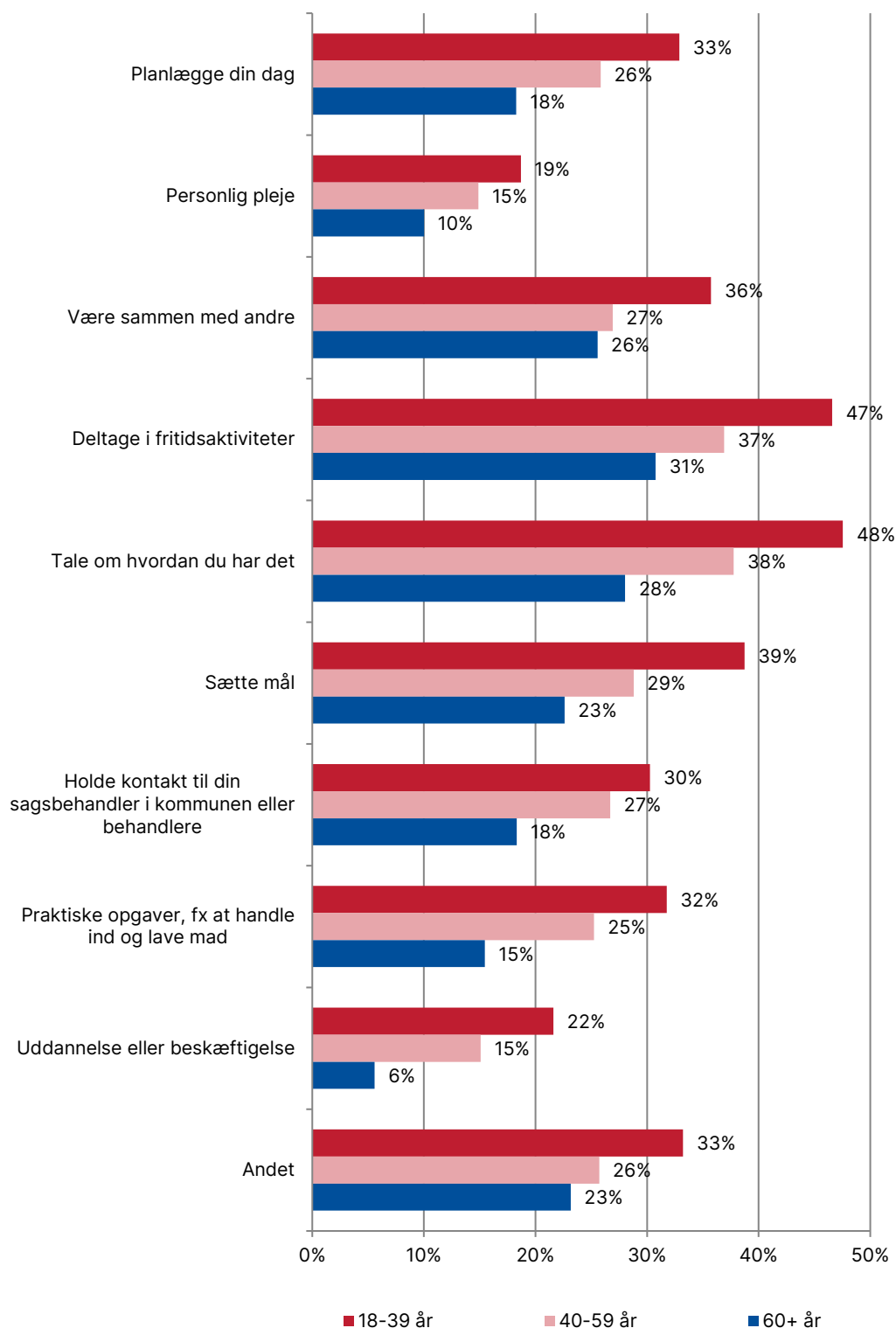
Hvad mangler der støtte til?

Bilagsfigur 3.39 Mangler du støtte til en eller flere af disse ting? Særskit for typen af støtte.



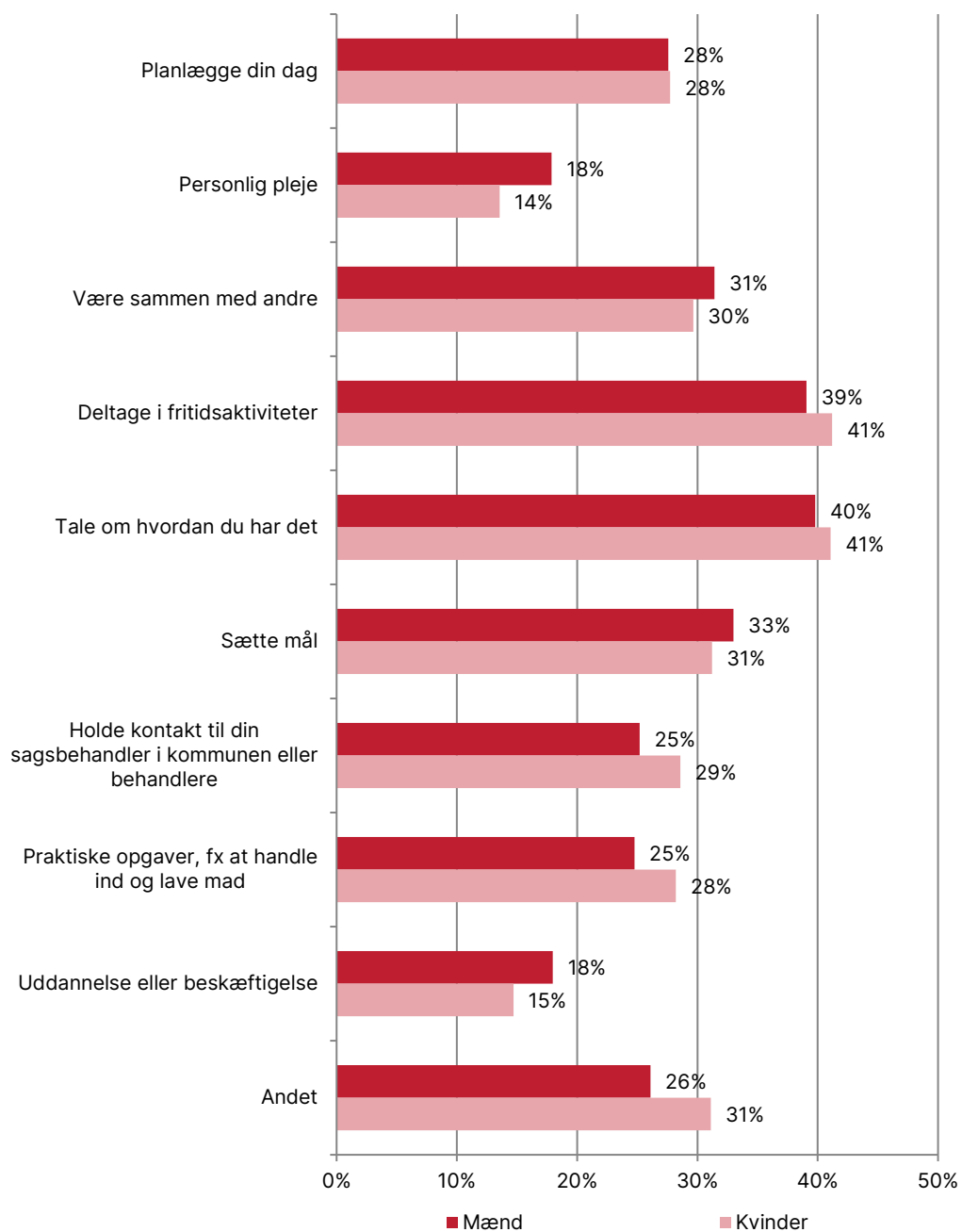
Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 540, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 524, § 107 Midlertidigt botilbud n = 219, § 108 Længerevarende botilbud n = 191

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.40 Mangler du støtte til en eller flere af disse ting? Særskil for alder.

Anm.: 18-39 år = 735, 40-59 år n = 543, 60+ år n = 196

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.41 Mangler du støtte til en eller flere af disse ting? Særskilt for køn.

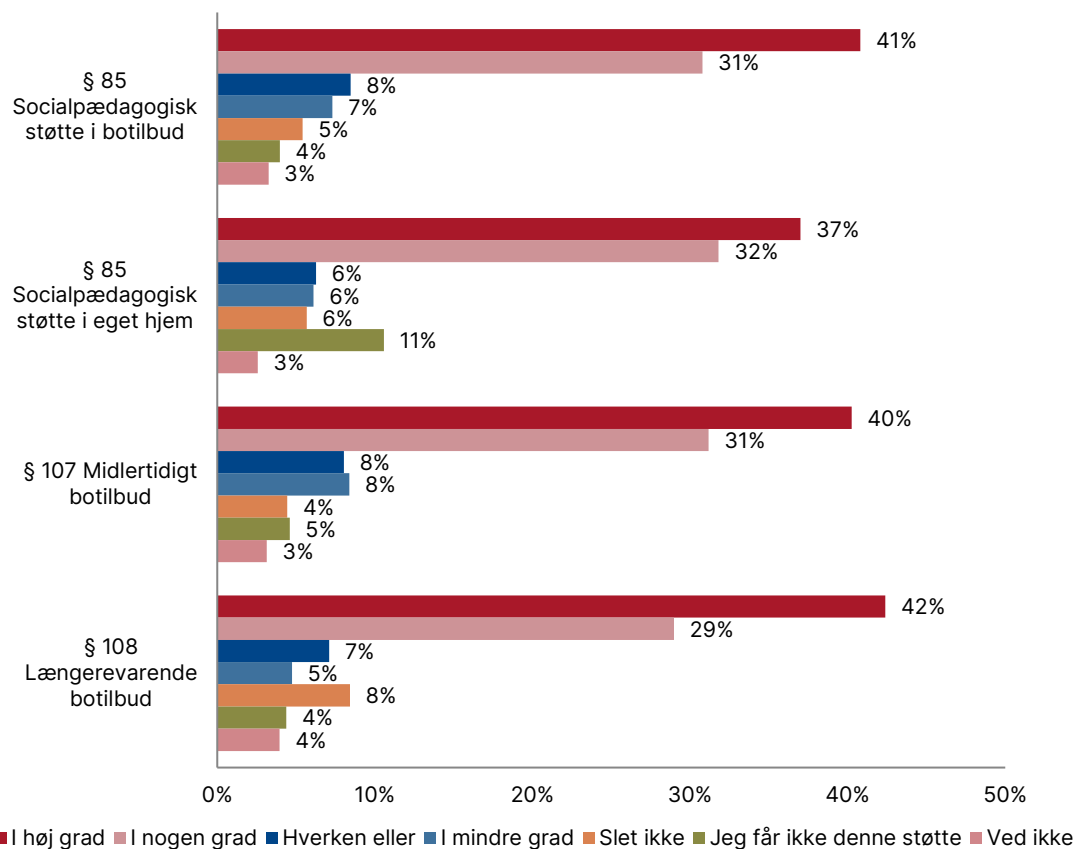
Anm.: Mænd n = 732, Kvinder n = 742

Kilde: Survey-oplysninger.

Udbytte af støtten

Oplevelsen af at kunne klare ting i hverdagen

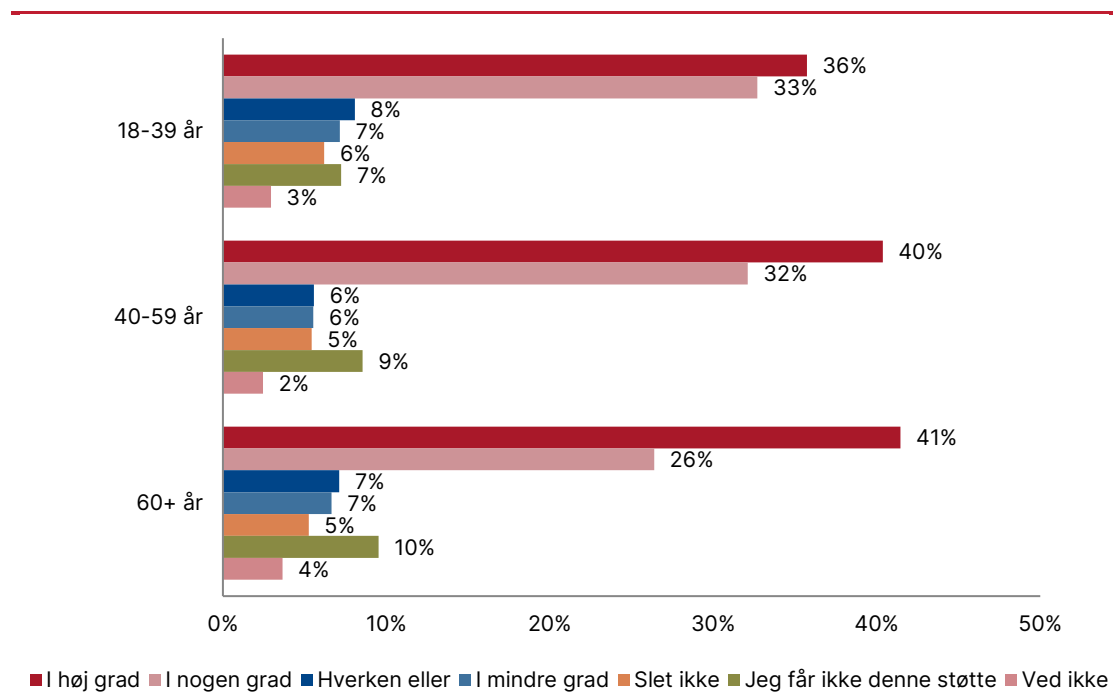
Bilagsfigur 3.42 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

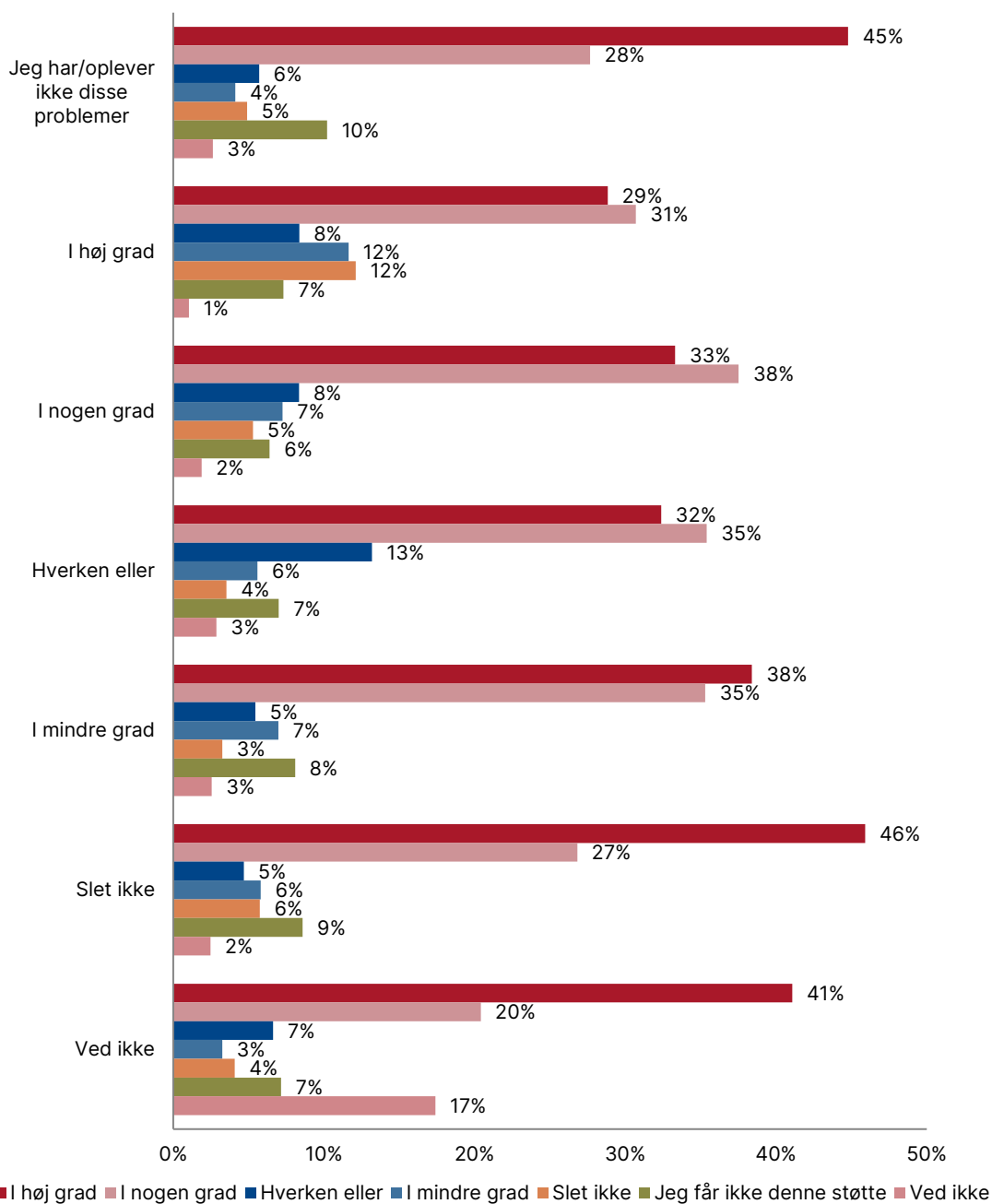
Bilagsfigur 3.43 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskit for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

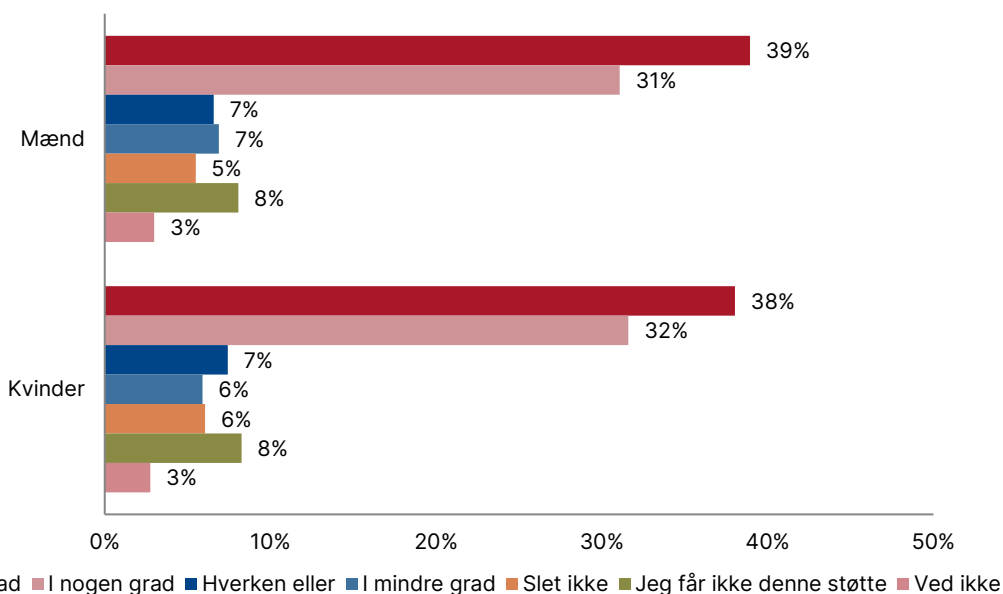
Bilagsfigur 3.44 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskit for oplevelsen af sociale vanskeligheder.



Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243, I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

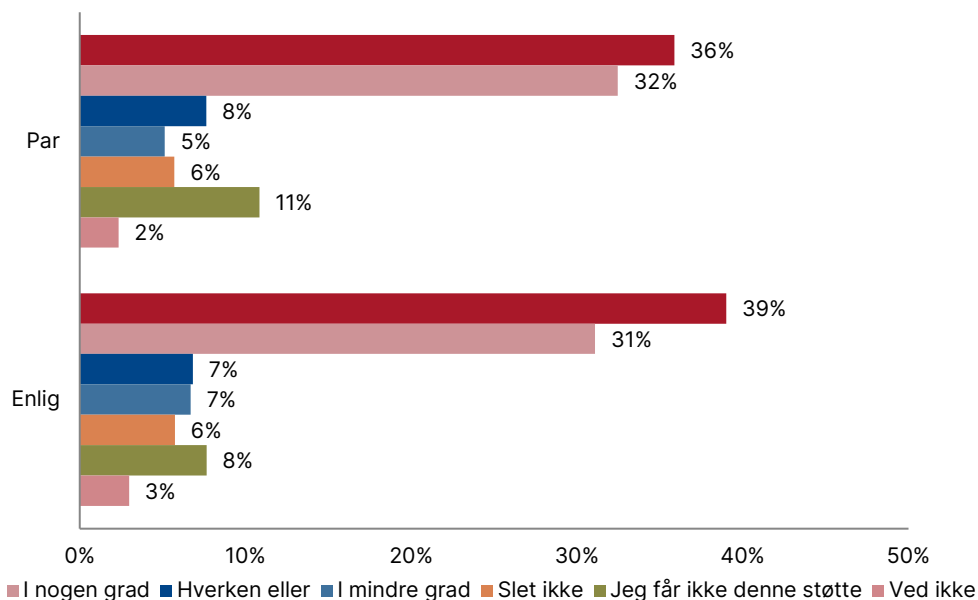
Bilagsfigur 3.45 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

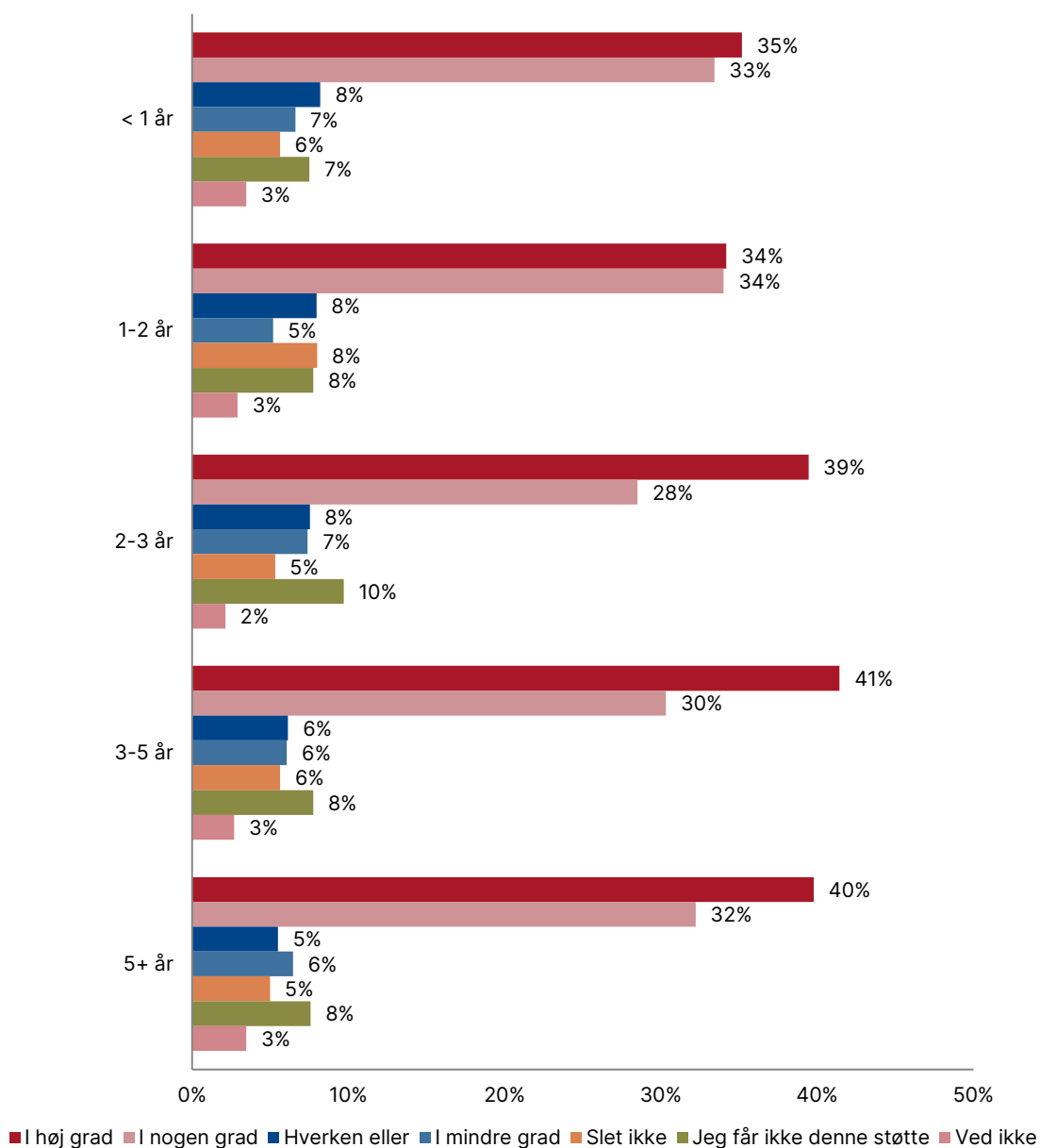
Bilagsfigur 3.46 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskilt for familietype.



Anm.: Par n = 563, Enlig n = 3.747

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.47 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til selv at klare flere ting i hverdagen? Særskit for tid man har modtaget støtte.

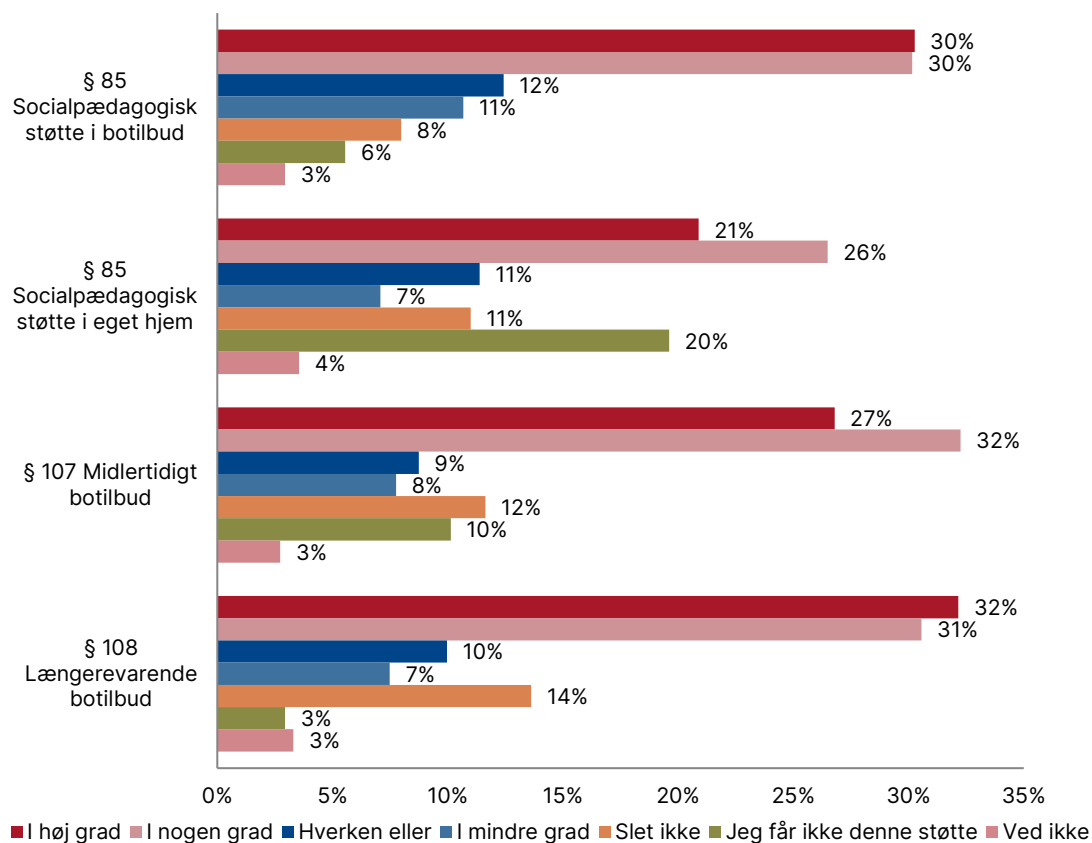


Anm.: < 1 år n = 691, 1-2 år n = 597, 2-3 år n = 1.089, 3-5 år n = 1.007, 5+ år n = 926

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af at kunne have et socialt liv

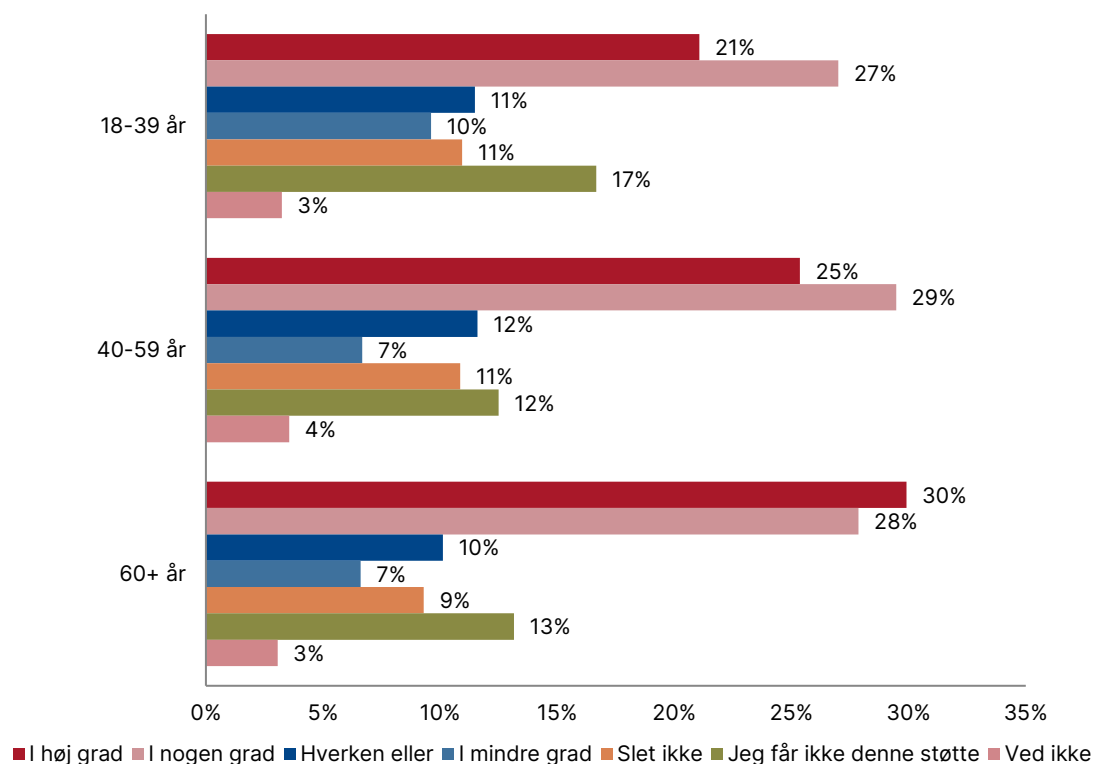
Bilagsfigur 3.48 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

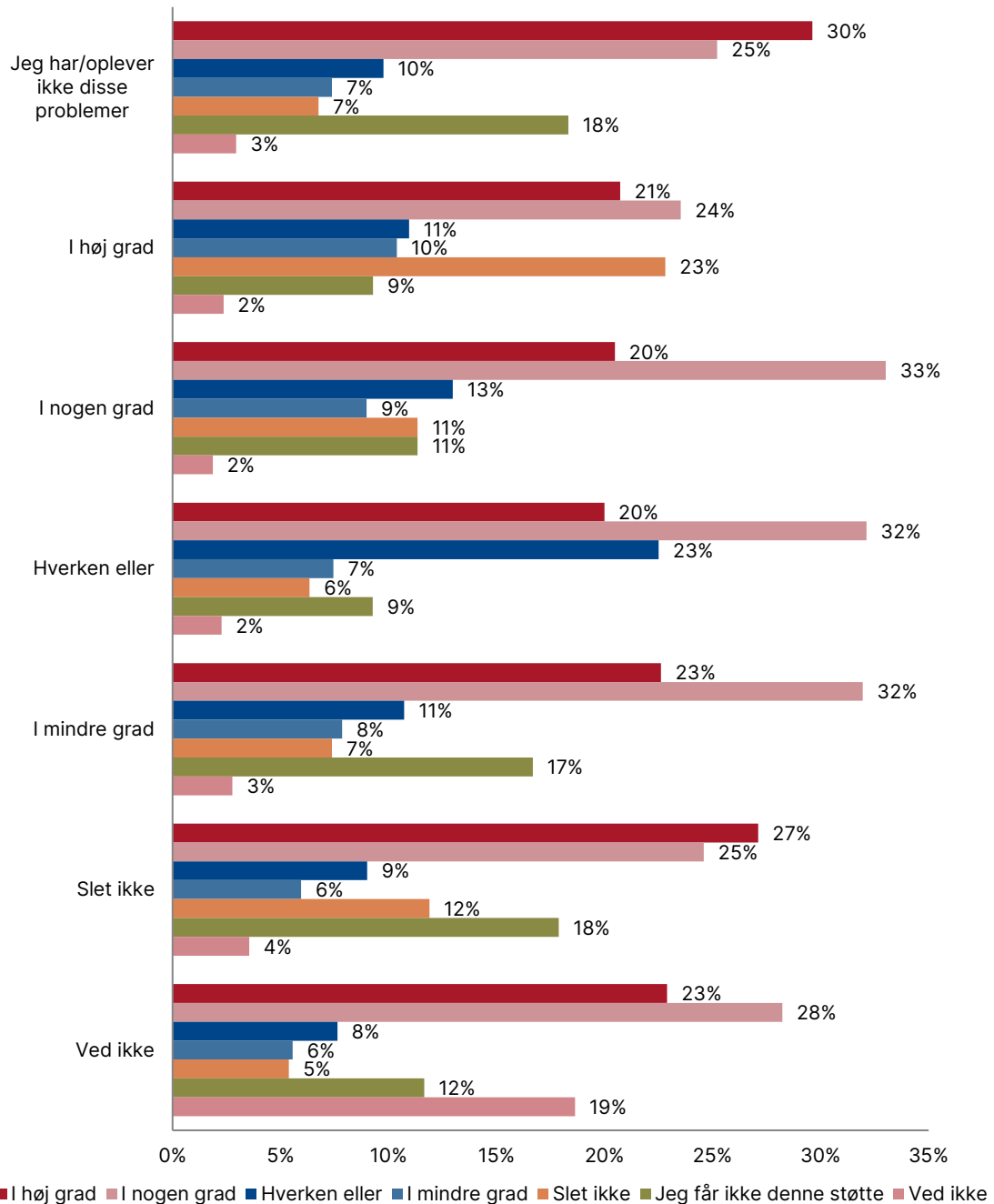
Bilagsfigur 3.49 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.50 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv? Særskilt for oplevelsen af sociale vanskeligheder.

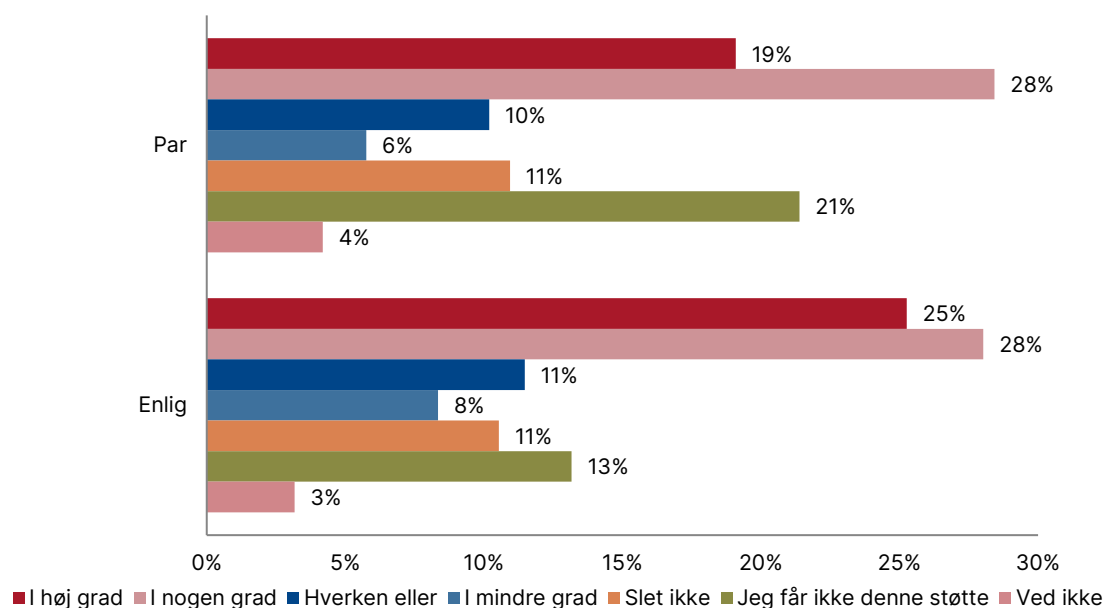


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 1.243

I høj grad n = 519, I nogen grad n = 1.033, Hverken eller n = 226, I mindre grad n = 524, Slet ikke n = 556, Ved ikke n = 209

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.51 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at have et socialt liv? Særskilt for familietype.

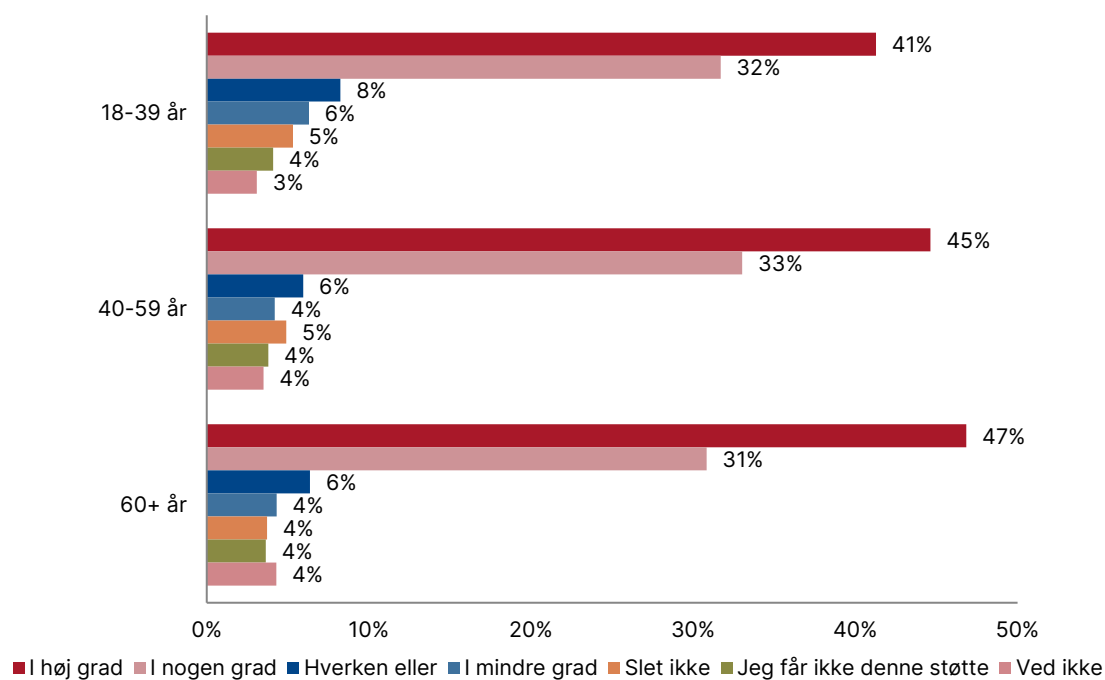


Anm.: Par n = 563, Enlig n = 3.747

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af trivsel

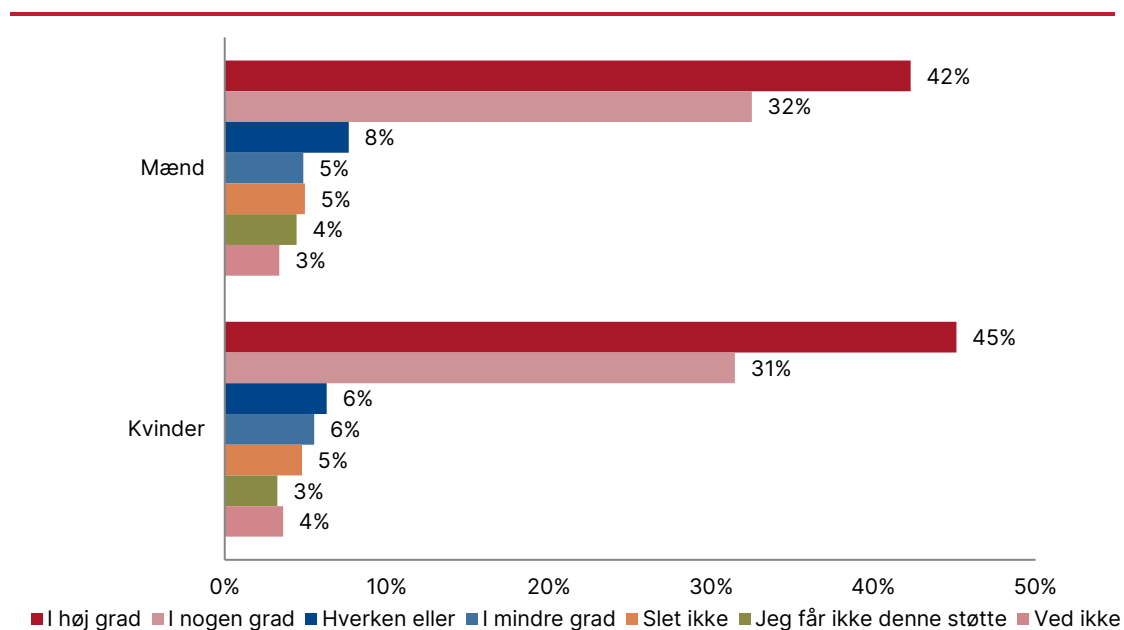
Bilagsfigur 3.52 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at trives? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

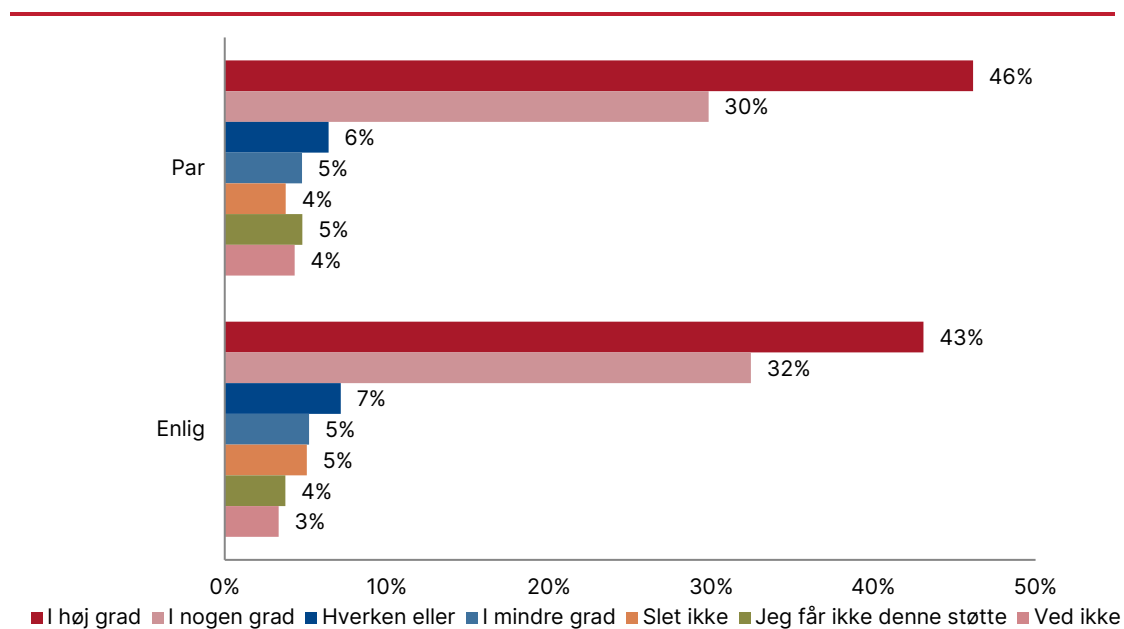
Bilagsfigur 3.53 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personaet på dit botilbud dig til at trives? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

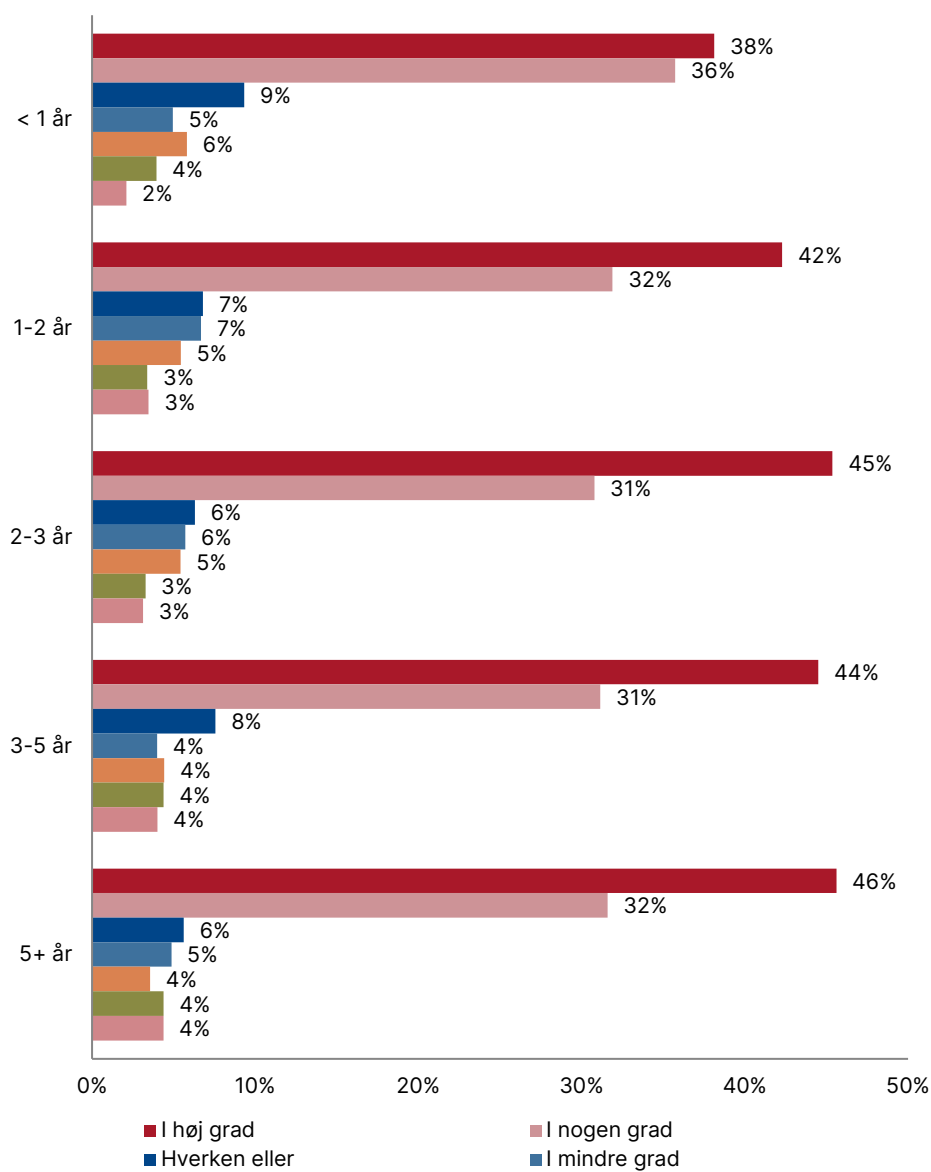
Bilagsfigur 3.54 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personaet på dit botilbud dig til at trives? Særskilt for familietype.



Anm.: Par n = 563, Enlig n = 3.747

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.55 Hjælper støtten fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud dig til at trives? Særskilt for tid man har modtaget støtte.



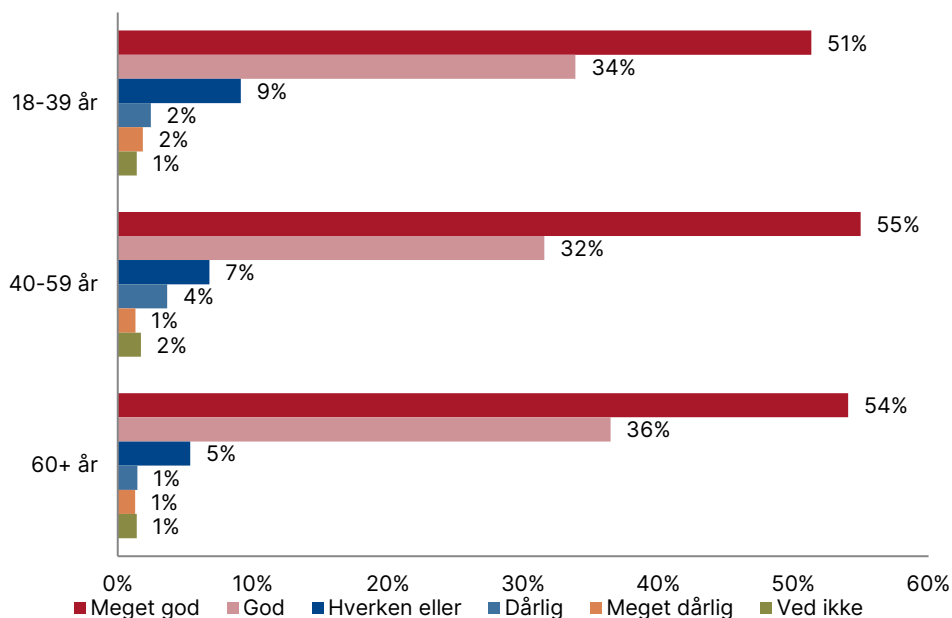
Anm.: < 1 år n = 691, 1-2 år n = 597, 2-3 år n = 1.089, 3-5 år n = 1.007, 5+ år n = 926

Kilde: Survey-oplysninger.

Kontakten til fagprofessionelle

Oplevelsen af kontakt til bostøtte/hjemmevejleder/personale botilbud

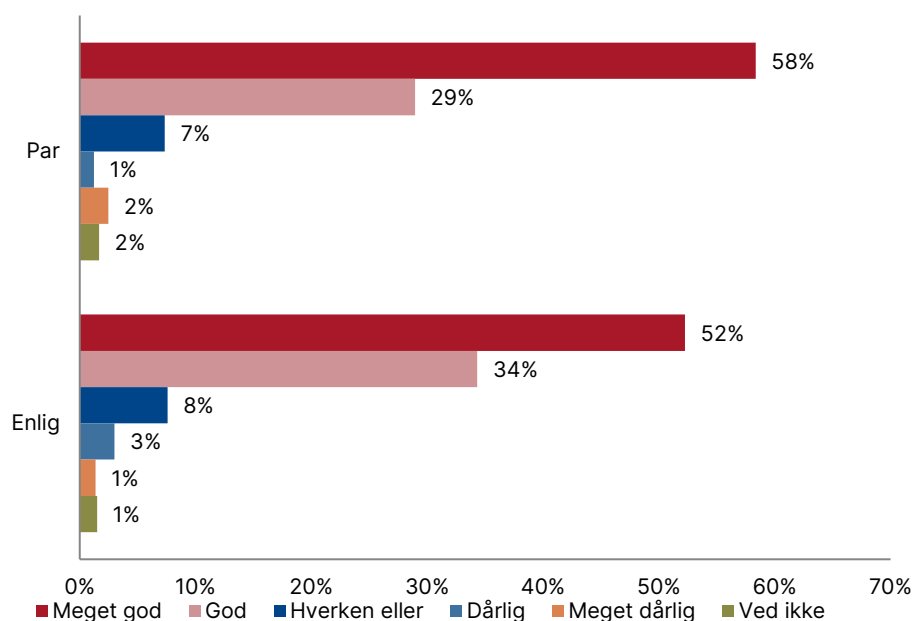
Bilagsfigur 3.56 Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte/hjemmevejleder/personer botilbud? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

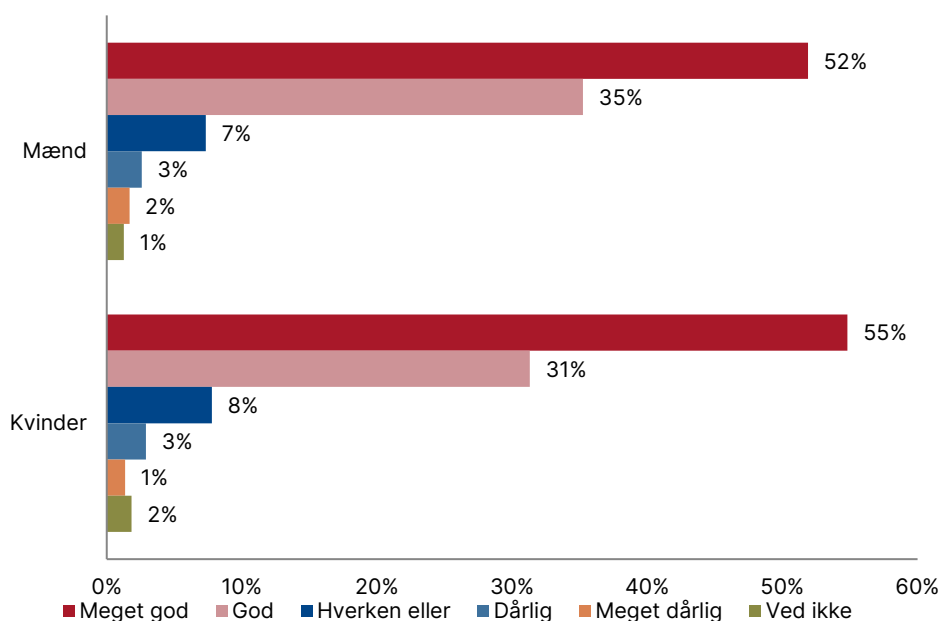
Bilagsfigur 3.57 Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte/hjemmevejleder/personer botilbud? Særskilt for familietype.



Anm.: Par n = 563, Enlig n = 3.747

Kilde: Survey-oplysninger.

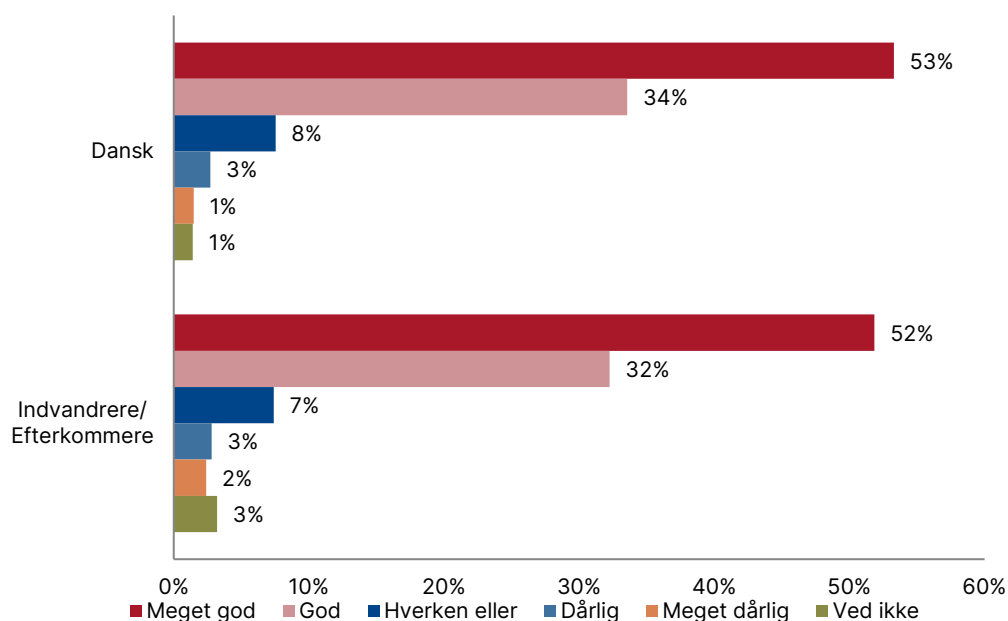
Bilagsfigur 3.58 Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte/hjemmevejleder/personer botilbud? Særskilt for køn.



Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

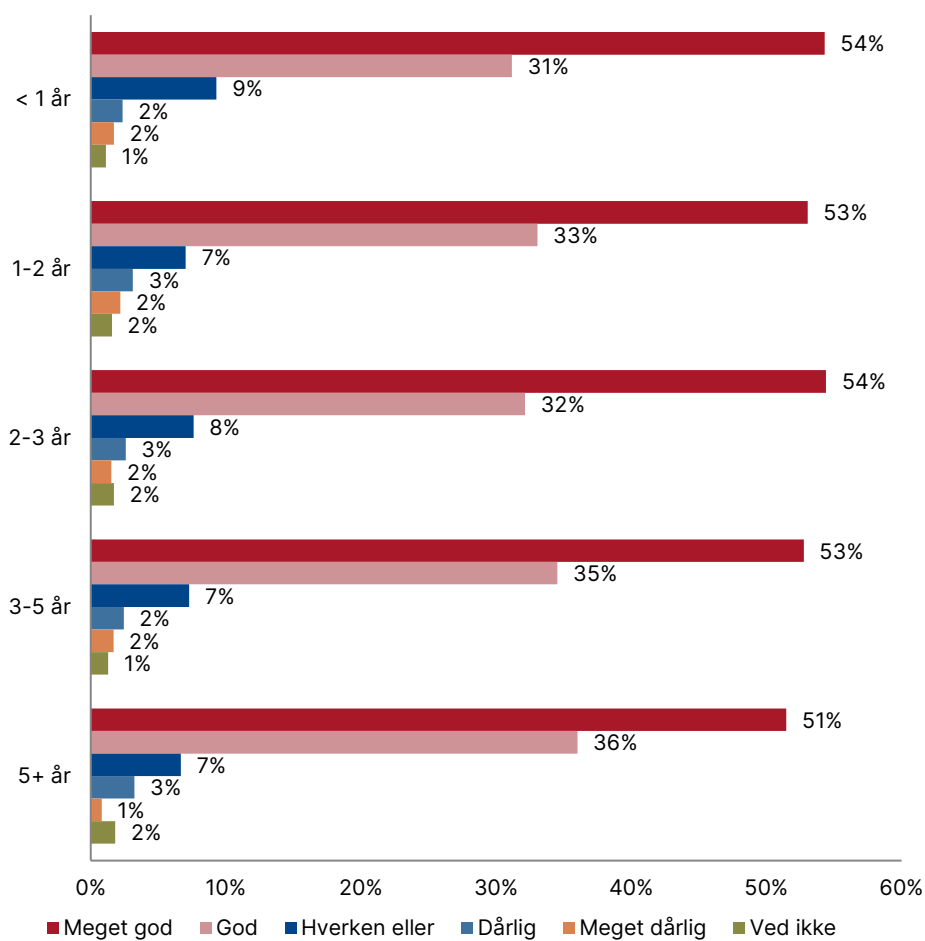
Bilagsfigur 3.59 Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte/hjemmevejleder/personer botilbud? Særskilt for etnisk herkomst.



Anm.: Dansk n = 4.151, Indvandrere/Efterkommere n = 159

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.60 Hvordan oplever du kontakten til din bostøtte/hjemmevejleder/personer botilbud? Særskilt for tid man har modtaget støtte.

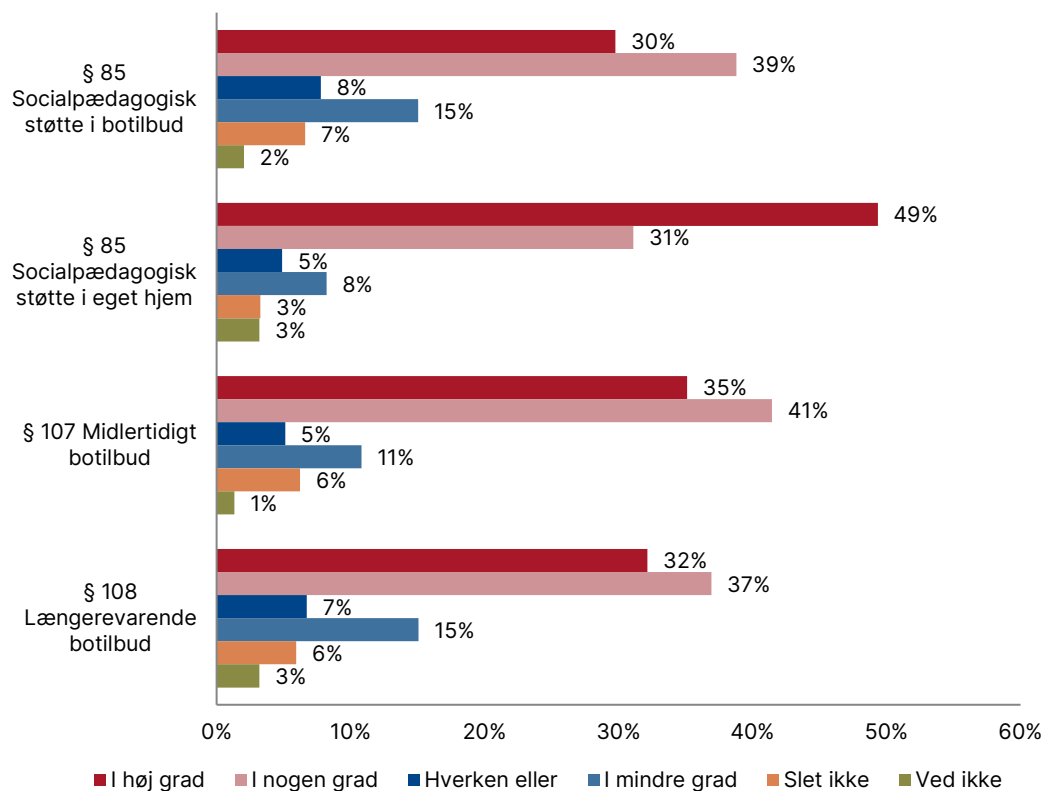


Anm.: < 1 år n = 691, 1-2 år n = 597, 2-3 år n = 1.089, 3-5 år n = 1.007, 5+ år n = 926

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af om der er tid nok

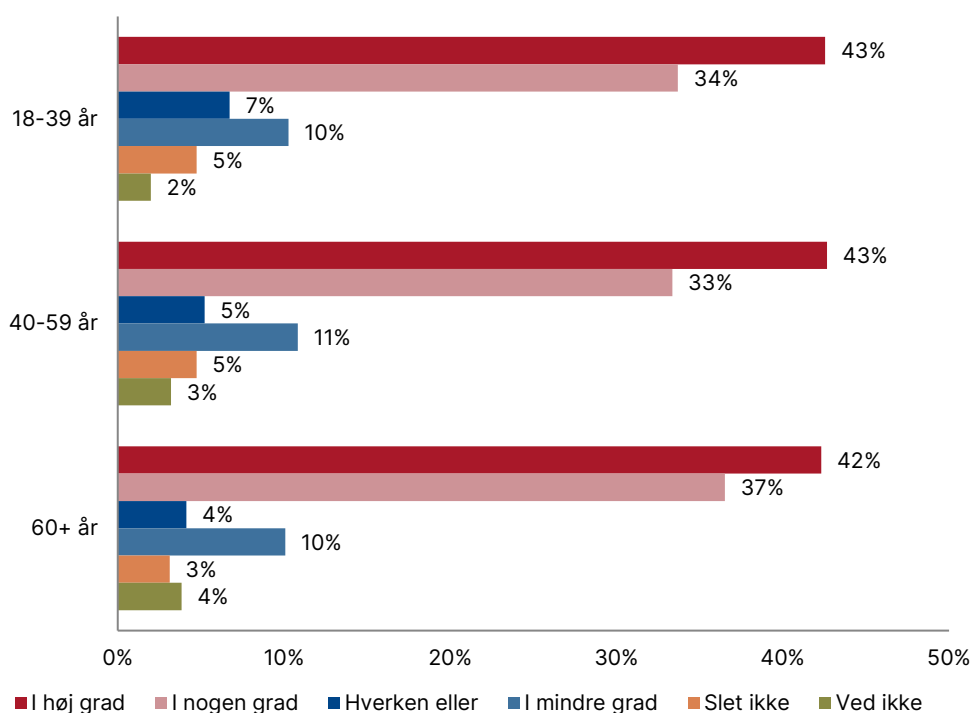
Bilagsfigur 3.61 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

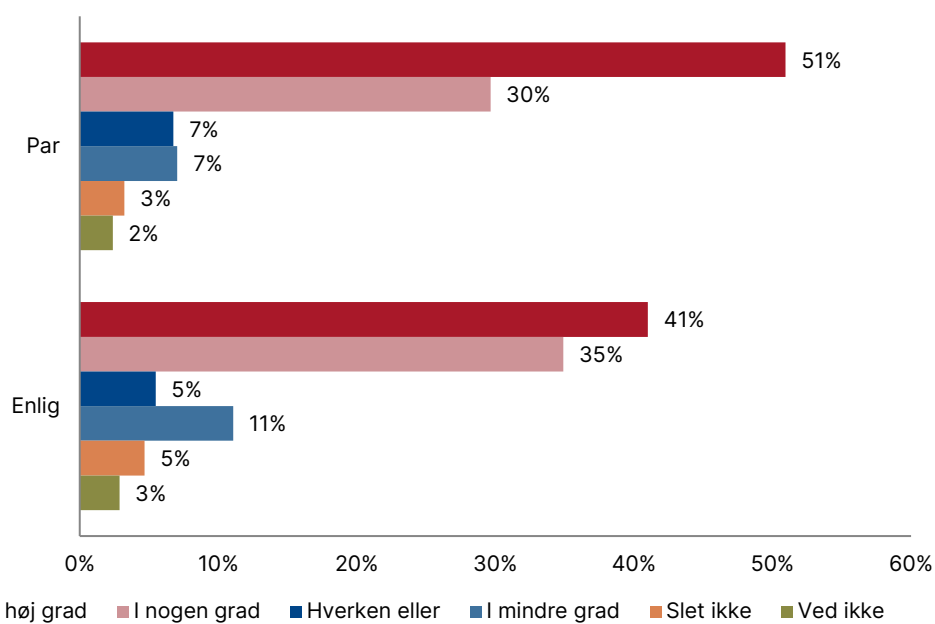
Bilagsfigur 3.62 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

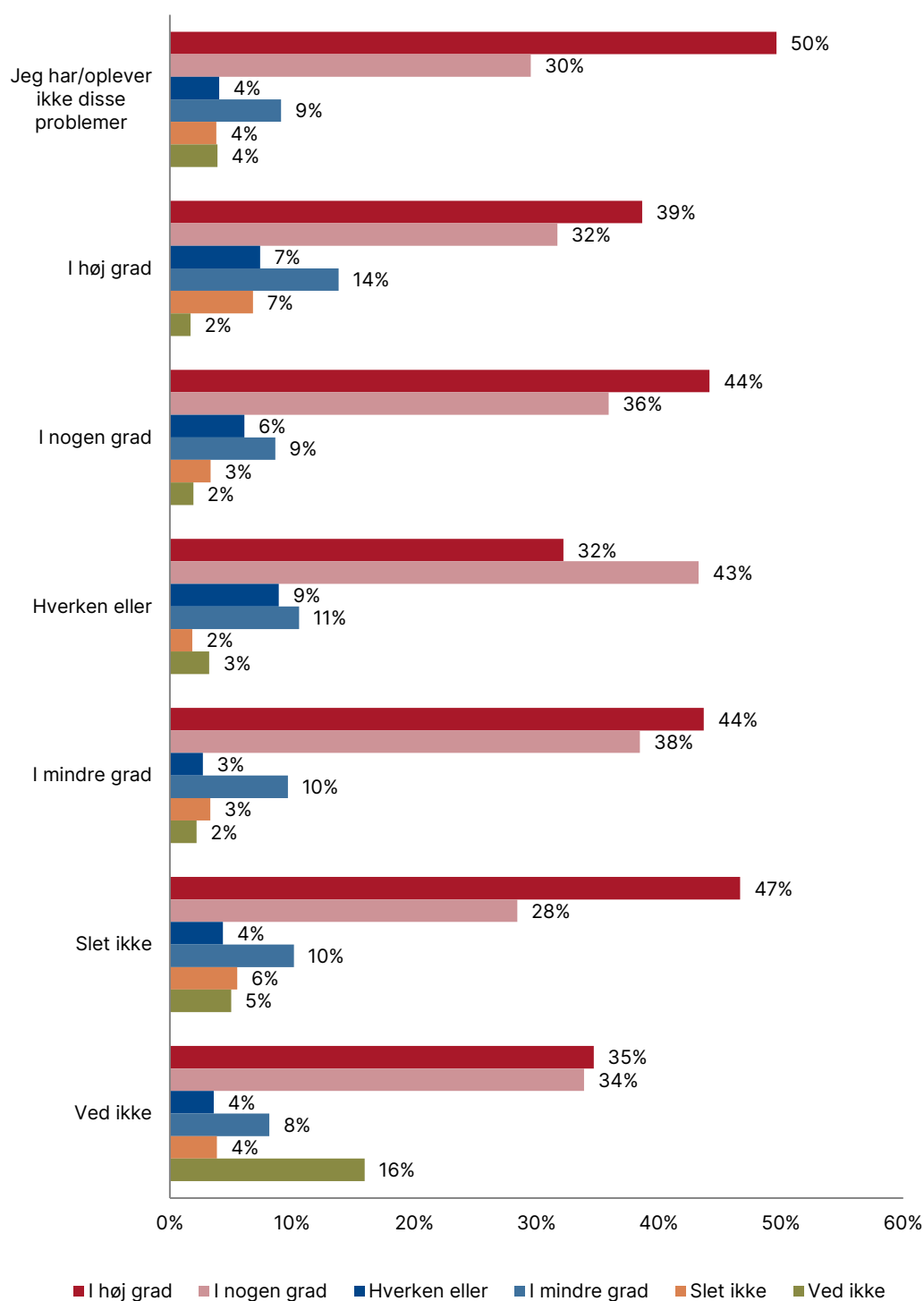
Bilagsfigur 3.63 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskilt for familietype.



Anm.: Par n = 563, Enlig n = 3.747

Kilde: Survey-oplysninger.

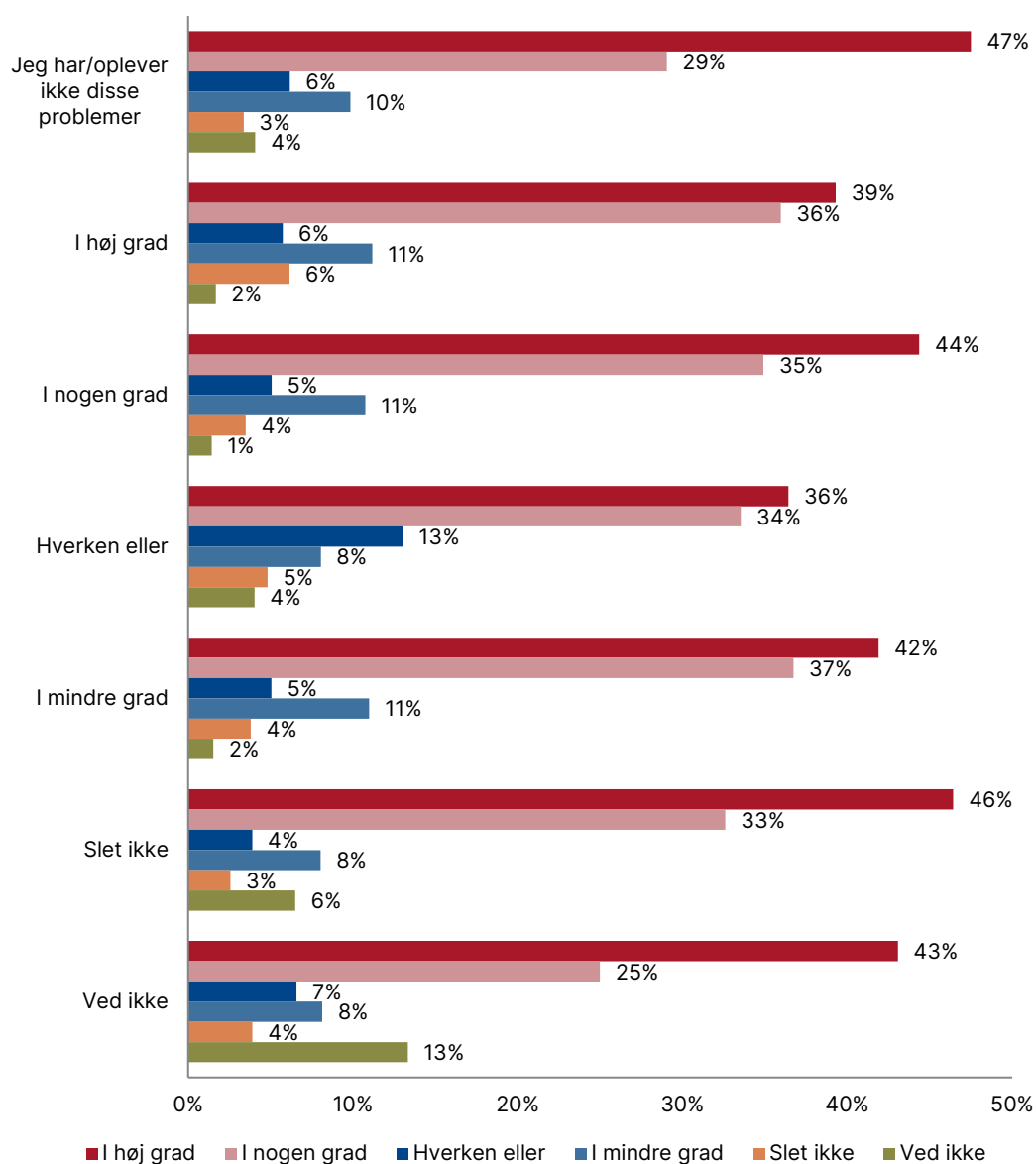
Bilagsfigur 3.64 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskil for oplevelsen af kognitive vanskeligheder.



Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 499, I høj grad n = 1.306, I nogen grad n = 1.377, Hverken eller n = 173, I mindre grad n = 561, Slet ikke n = 263, Ved ikke n = 131

Kilde: Survey-oplysninger.

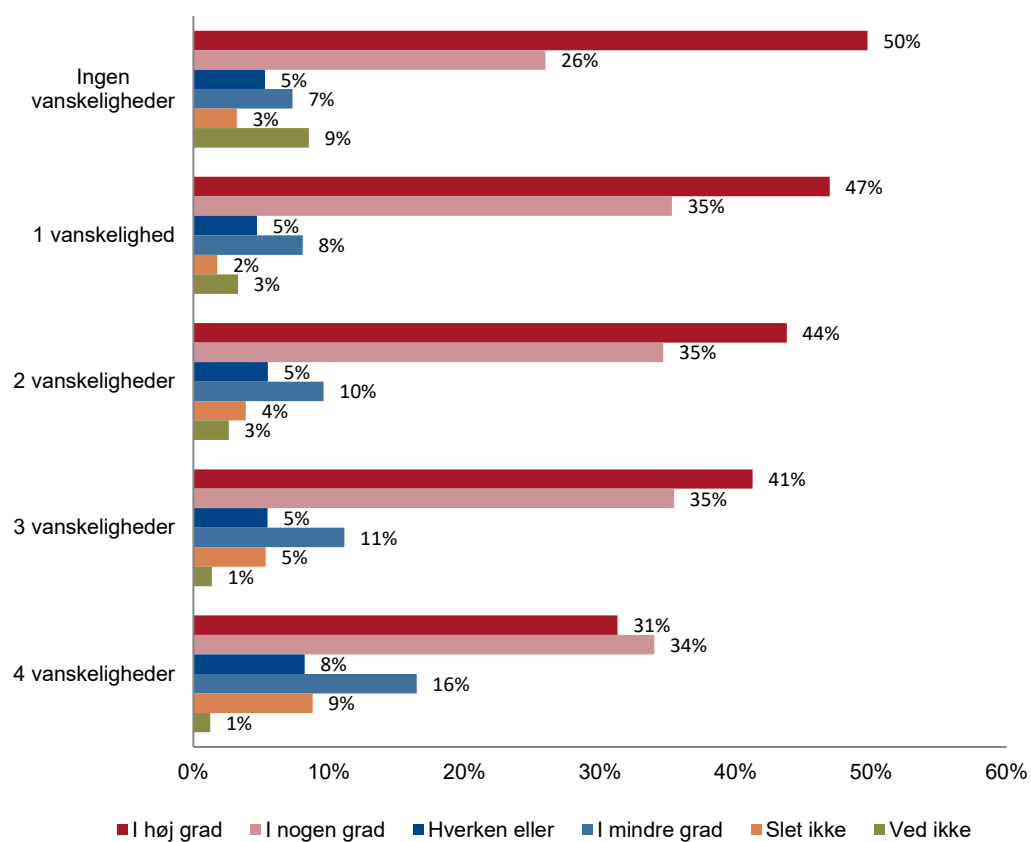
Bilagsfigur 3.65 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskit for oplevelsen af psykiske vanskeligheder.



Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 557, I høj grad n = 1.462, I nogen grad n = 1.280, Hverken eller n = 130, I mindre grad n = 421, Slet ikke n = 259, Ved ikke n = 201

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.66 Har din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud tid nok til dig? Særskilt for antallet af oplevede vanskeligheder.

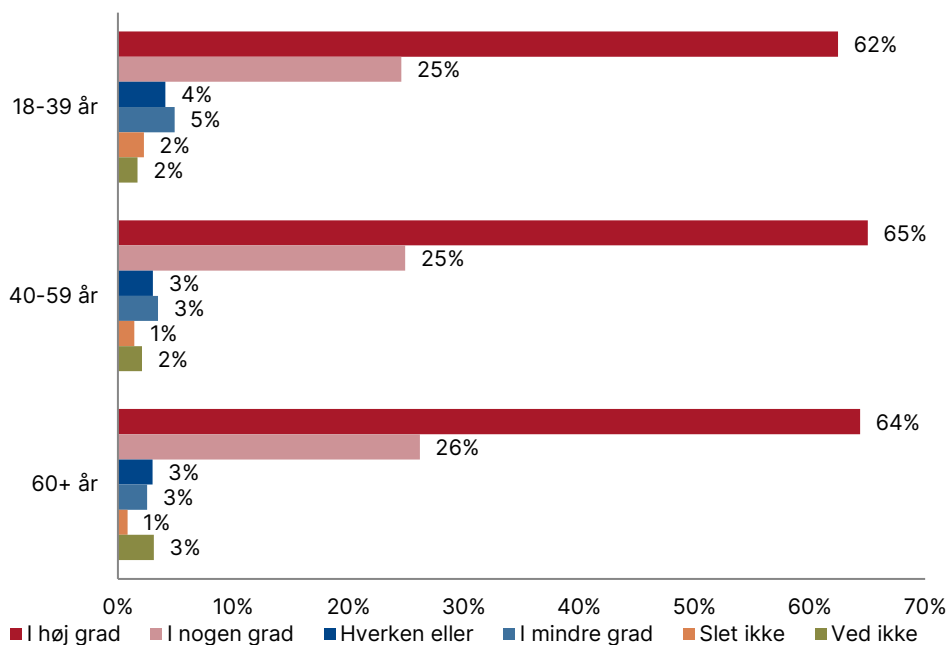


Anm.: Ingen vanskeligheder n = 398, 1 vanskelighed n = 909, 2 vanskeligheder n = 1.297, 3 vanskeligheder n = 1.127, 4 vanskeligheder n = 579

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af at blive lyttet til

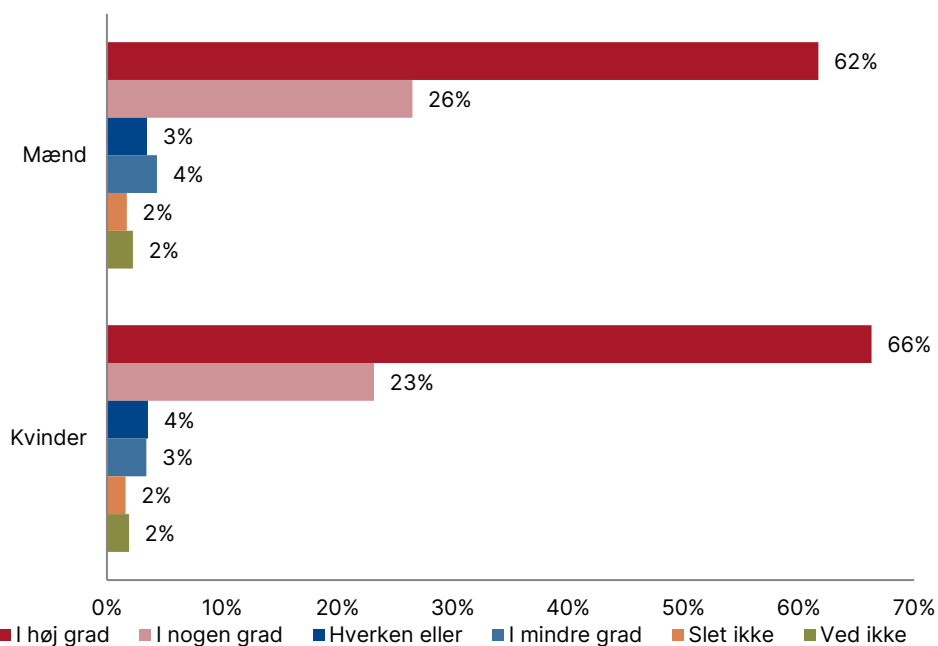
Bilagsfigur 3.67 Lytter din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud til dig?
Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.68 Lytter din bostøtte/hjemmevejleder/personalet på dit botilbud til dig?
Særskilt for køn.



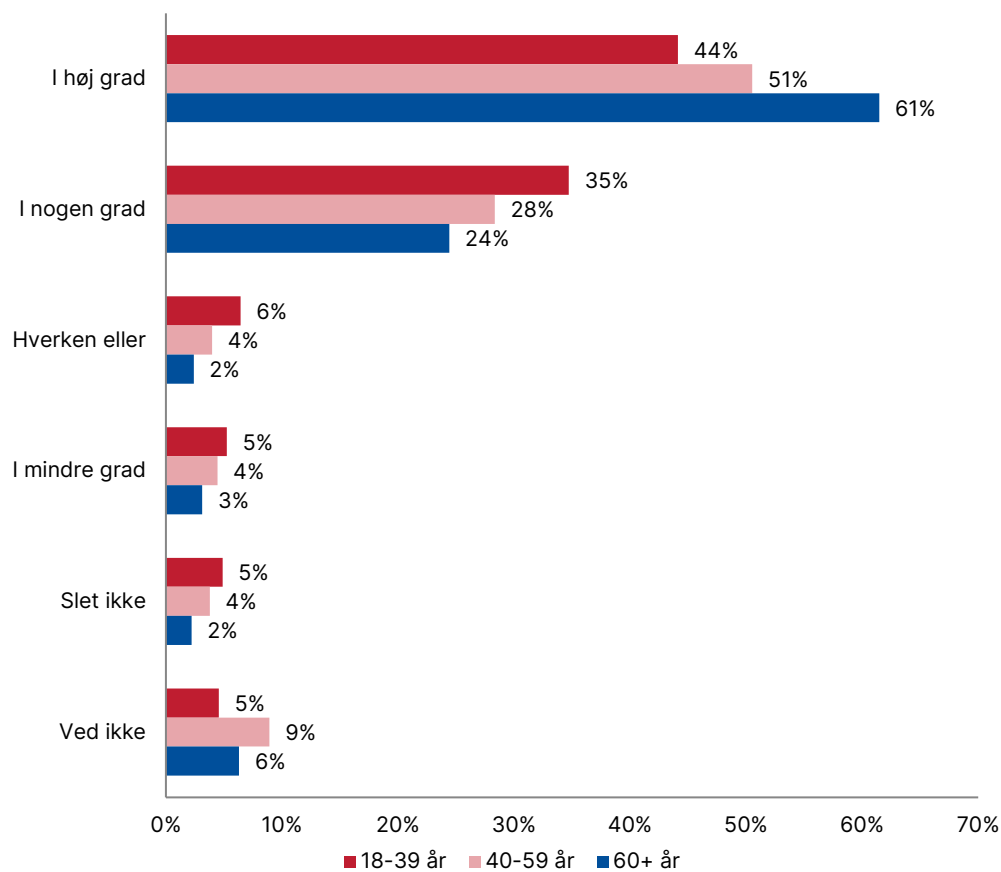
Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

Leveforhold på botilbud/botilbudslignende tilbud

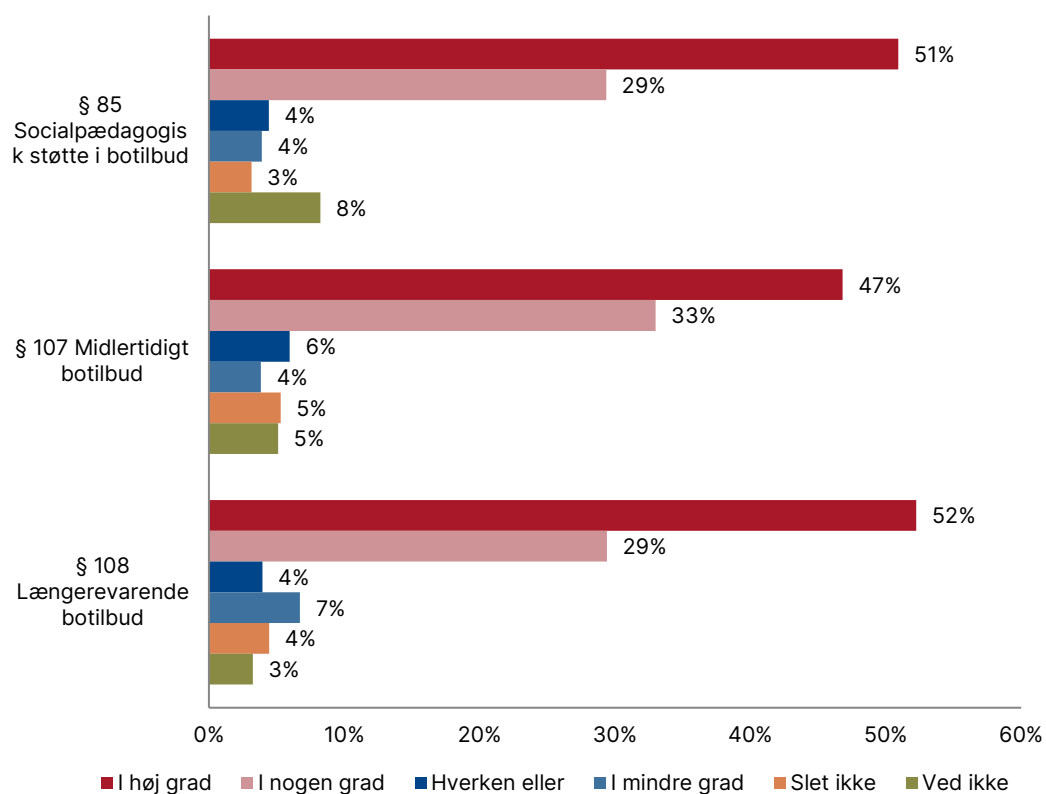
Oplevelsen af trivsel

Bilagsfigur 3.69 Trives du generelt på botilbuddet? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 1.273, 40-59 år n = 782, 60+ år n = 325

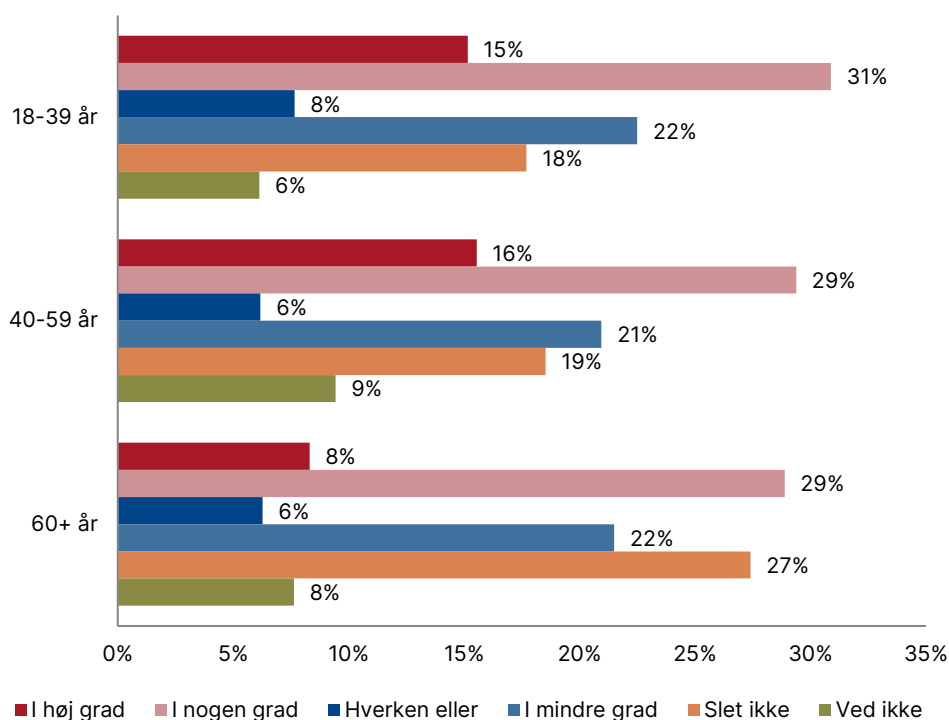
Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.70 Trives du generelt på botilbuddet? Særskilt for typen af støtte.

Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

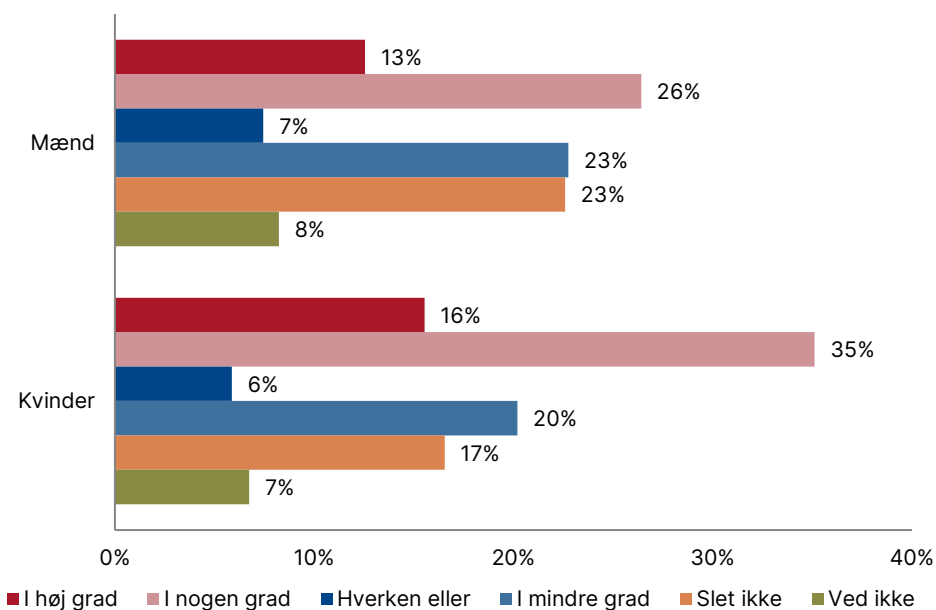
Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af forstyrrelser

Bilagsfigur 3.71 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for alder.

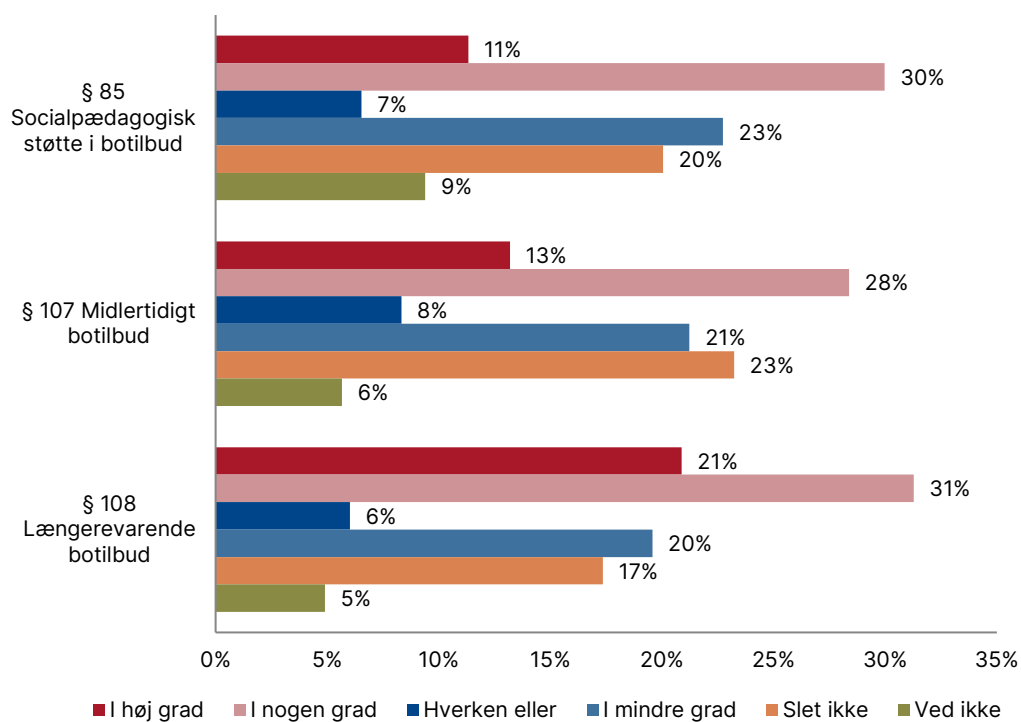
Anm.: 18-39 år = 1.273, 40-59 år n = 782, 60+ år n = 325

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.72 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for køn.

Anm.: Mænd n = 1.343, Kvinder n = 1.037

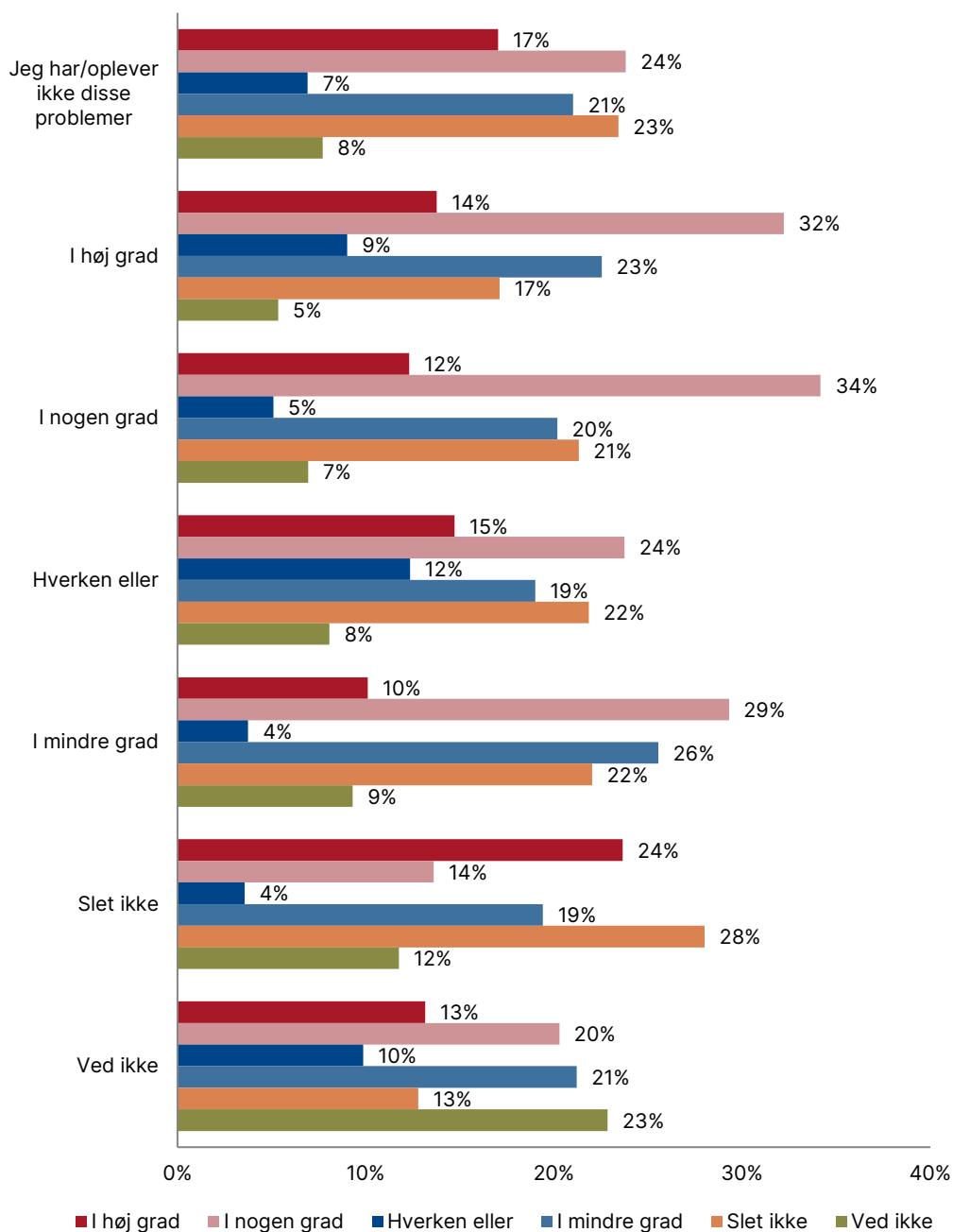
Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.73 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for typen af støtte.

Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.74 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for oplevelsen af kognitive vanskeligheder.

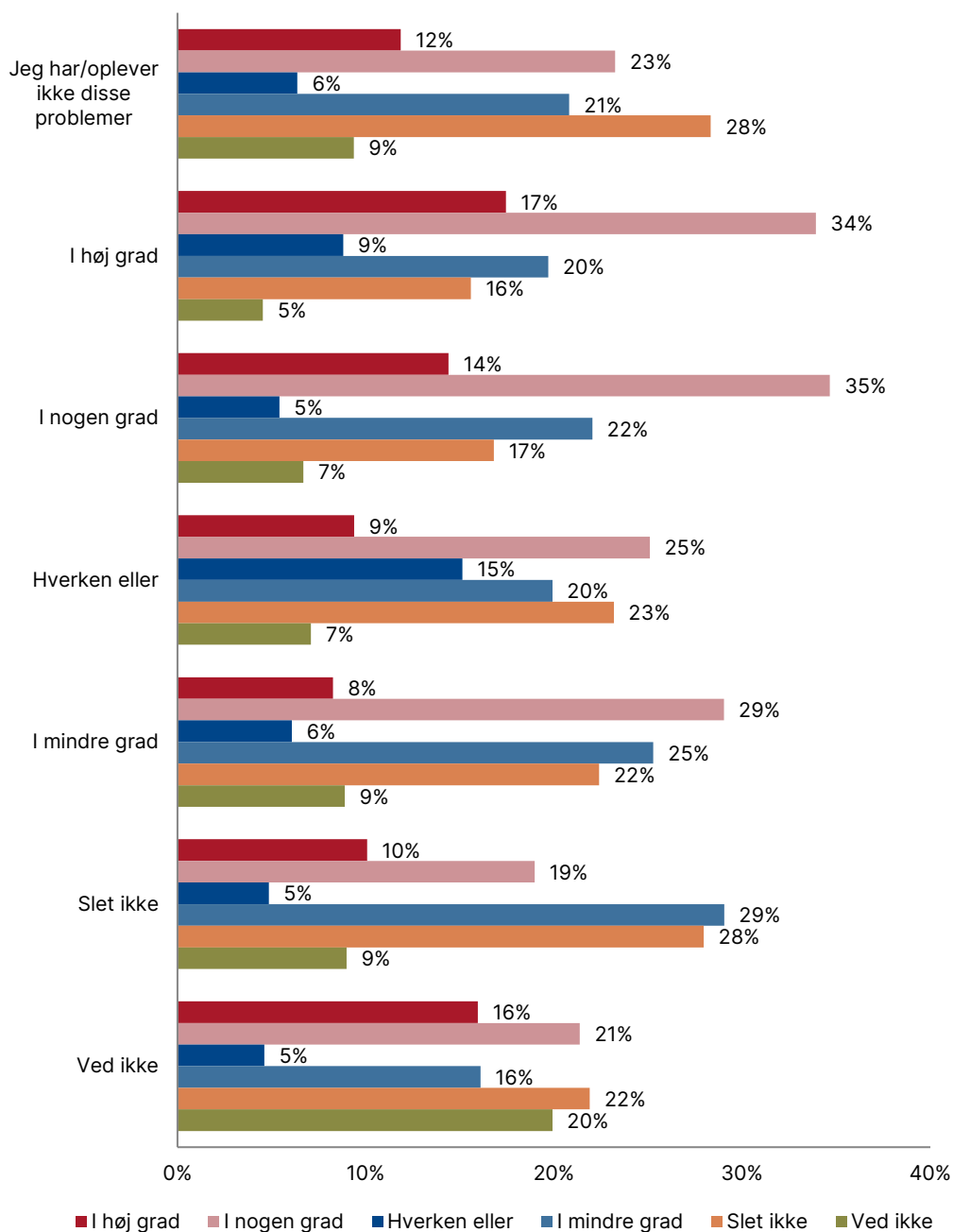


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 252

I høj grad n = 846, I nogen grad n = 701, Hverken eller n = 79, I mindre grad n = 286, Slet ikke n = 134, Ved ikke n = 82

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.75 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for oplevelsen af psykiske vanskeligheder.

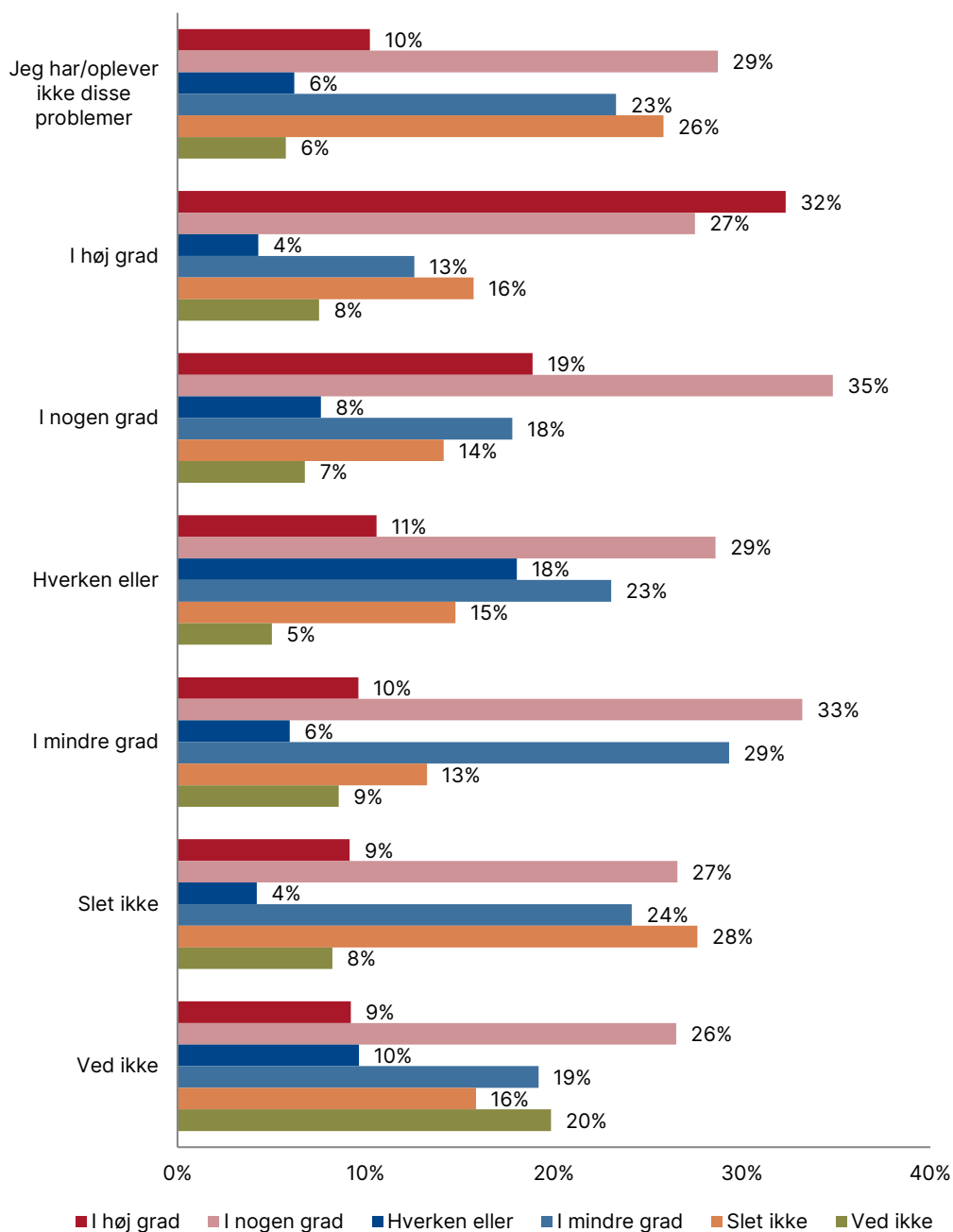


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 384

I høj grad n = 684, I nogen grad n = 724, Hverken eller n = 79, I mindre grad n = 257, Slet ikke n = 169, Ved ikke n = 119

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.76 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for oplevelsen af sociale vanskeligheder.

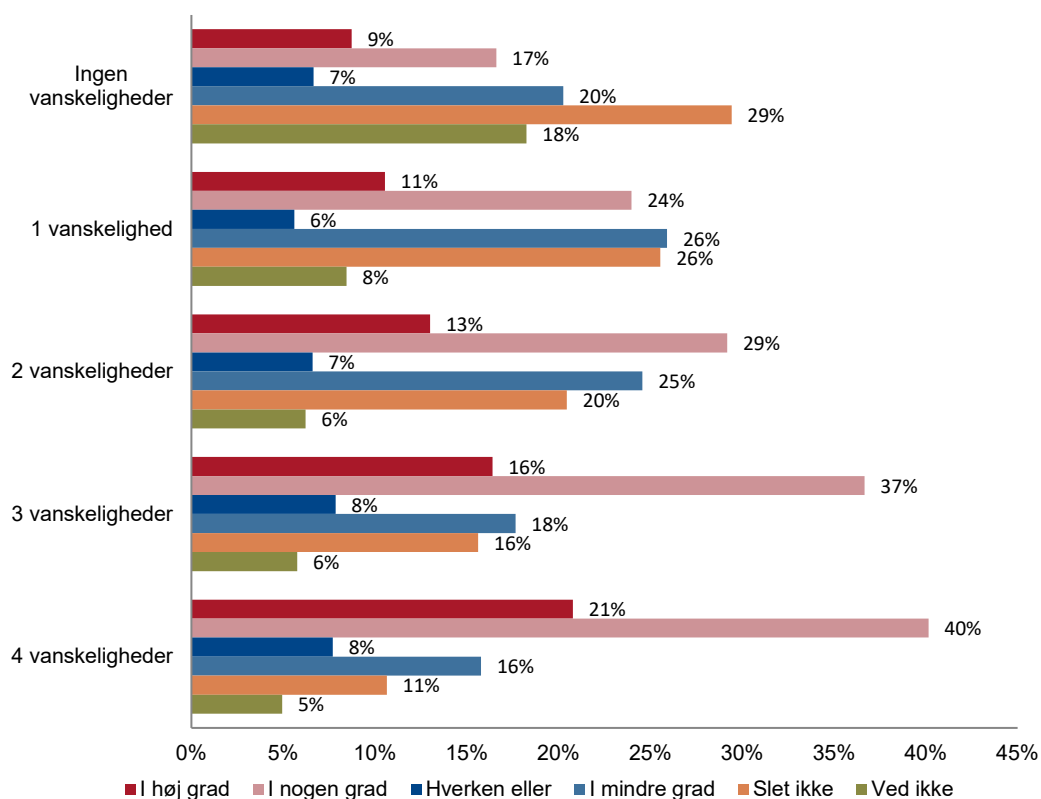


Anm.: Jeg har/oplever ikke disse problemer n = 759

I høj grad n = 226, I nogen grad n = 515, Hverken eller n = 124, I mindre grad n = 284, Slet ikke n = 327, Ved ikke n = 145

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.77 Bliver du tit forstyrret af andre beboere? Særskilt for antallet af oplevede vanskeligheder.

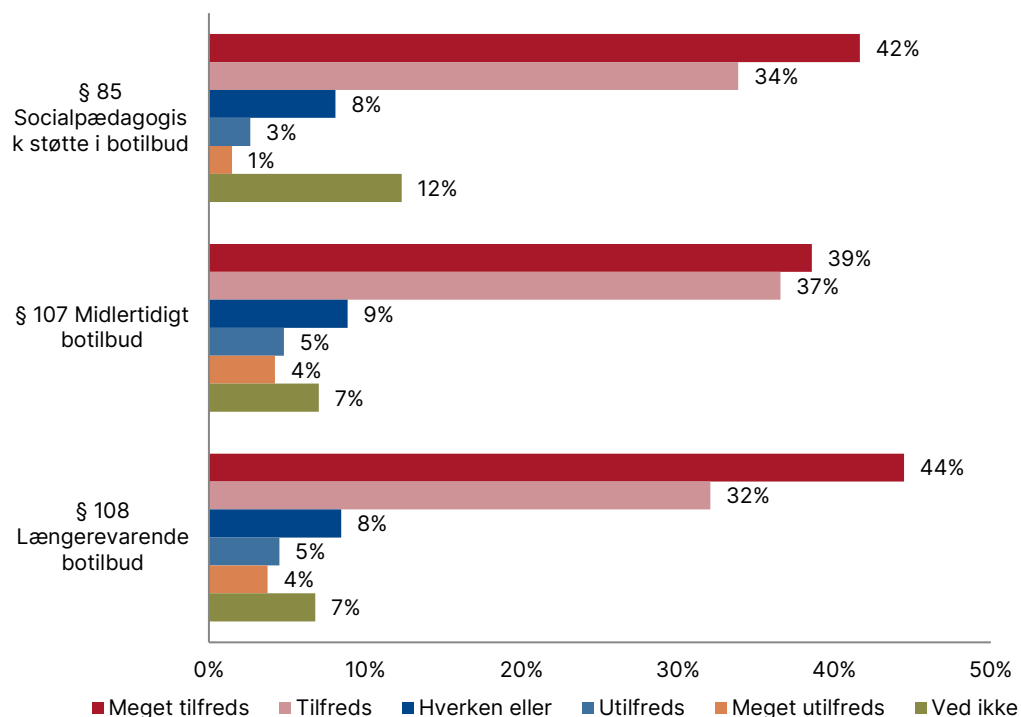


Anm.: Ingen vanskeligheder n = 228, 1 vanskelighed n = 543, 2 vanskeligheder n = 741, 3 vanskeligheder n = 611
4 vanskeligheder n = 257

Kilde: Survey-oplysninger.

Oplevelsen af regler

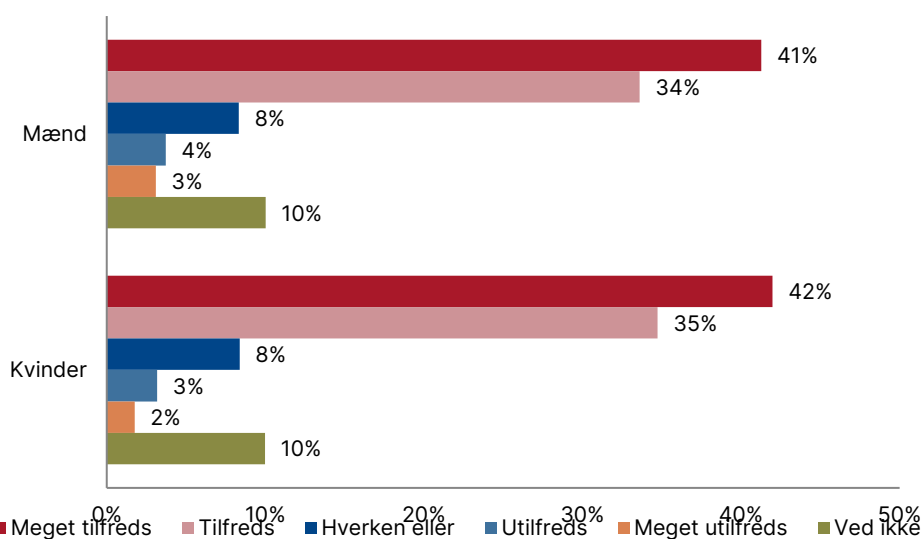
Bilagsfigur 3.78 Hvor tilfreds er du med de regler, der gælder i din lejlighed på botilbuddet? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.79 Hvor tilfreds er du med de regler, der gælder i din lejlighed på botilbuddet? Særskilt for køn.



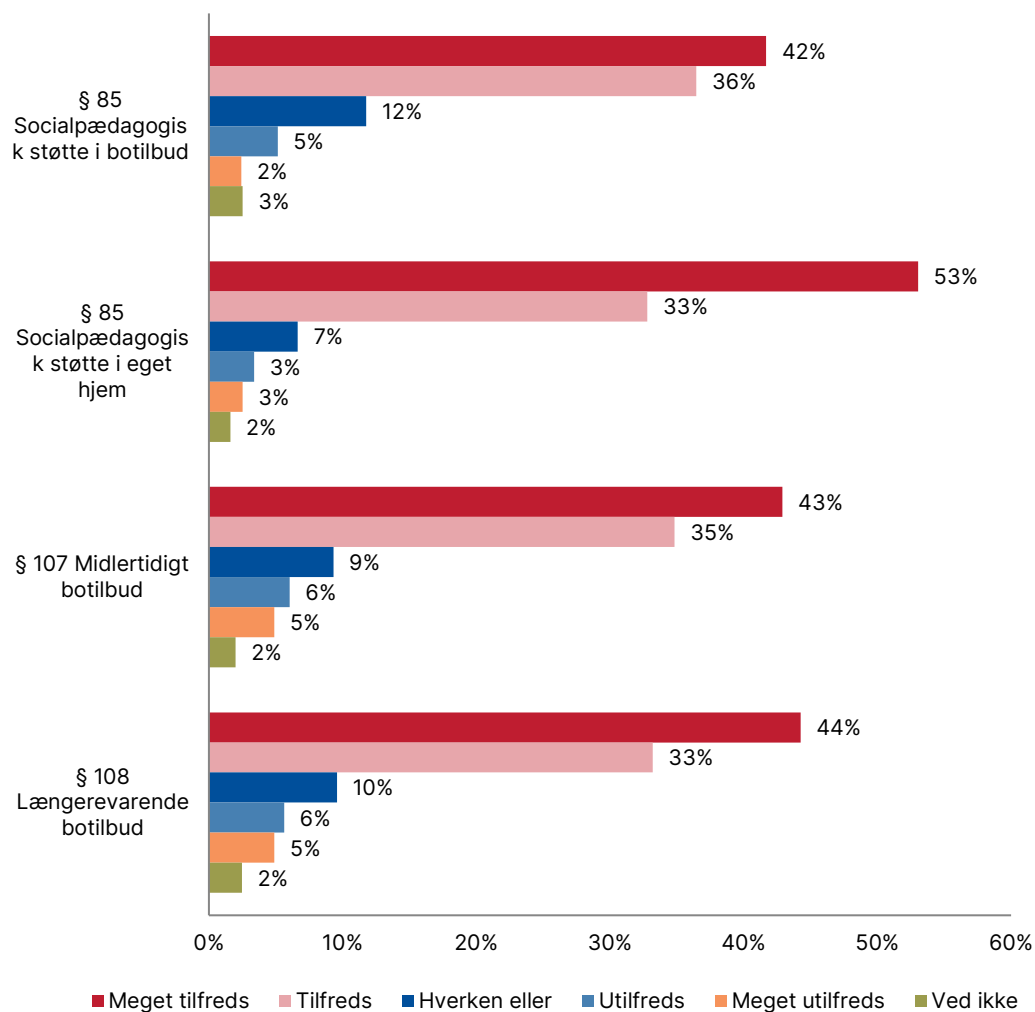
Anm.: Mænd n = 1.343, Kvinder n = 1.037

Kilde: Survey-oplysninger.

Generel tilfredshed med støtten

Tilfredshed med støtten fra fagprofessionelle

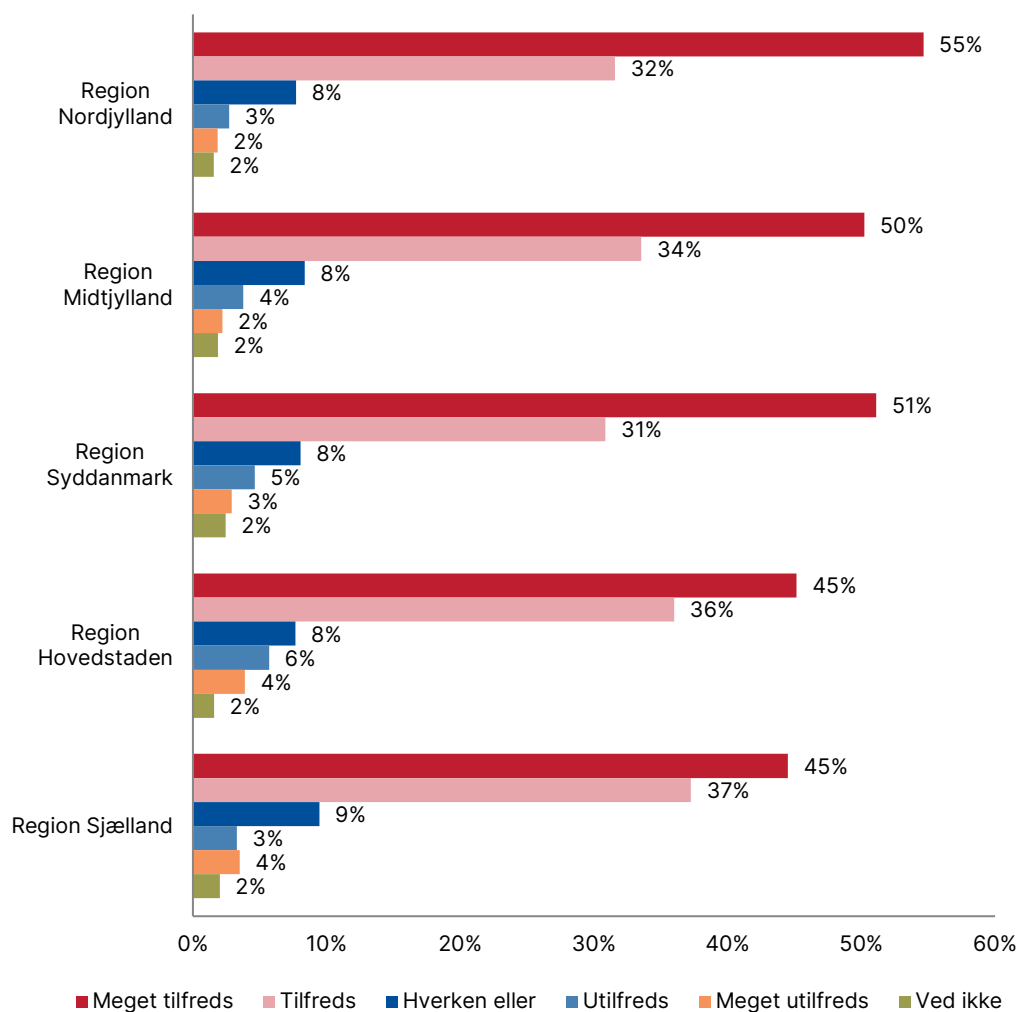
Bilagsfigur 3.80 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for typen af støtte.



Anm.: § 85 Socialpædagogisk støtte i botilbud n = 1.296, § 85 Socialpædagogisk støtte i eget hjem n = 1.930, § 107 Midlertidigt botilbud n = 621, § 108 Længerevarende botilbud n = 463

Kilde: Survey-oplysninger.

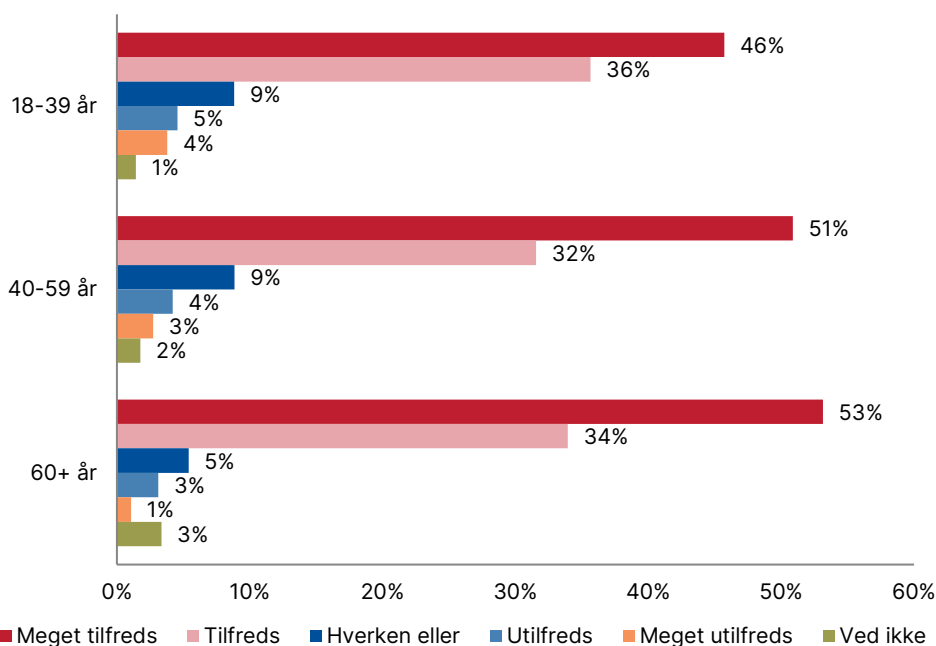
Bilagsfigur 3.81 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for typen af region.



Anm.: Region Nordjylland n = 705, Region Midtjylland n = 1.014, Region Syddanmark n = 939, Region Hovedstaden n = 1.029, Region Sjælland n = 623

Kilde: Survey-oplysninger.

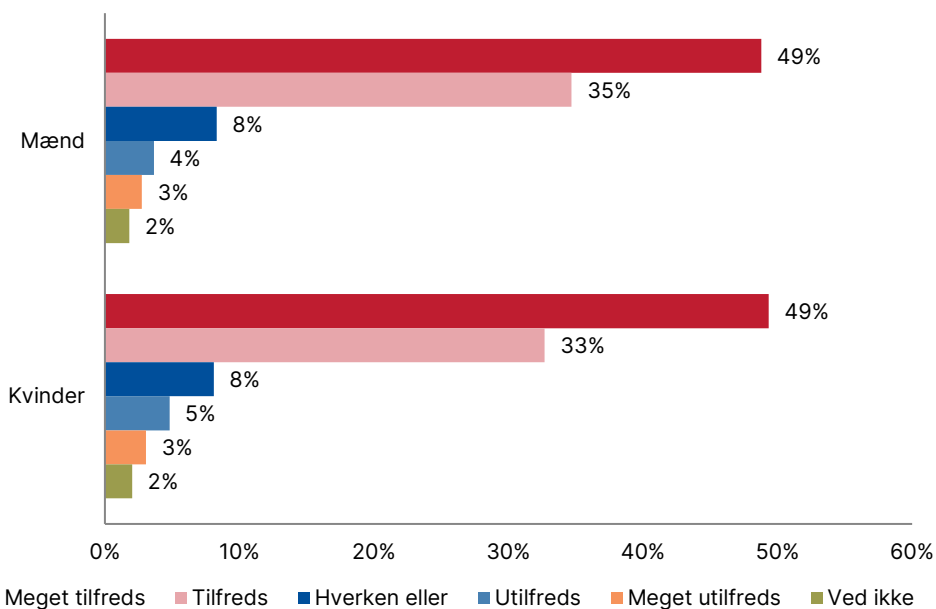
Bilagsfigur 3.82 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for alder.



Anm.: 18-39 år = 2.069, 40-59 år n = 1.565, 60+ år n = 676

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.83 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for køn.

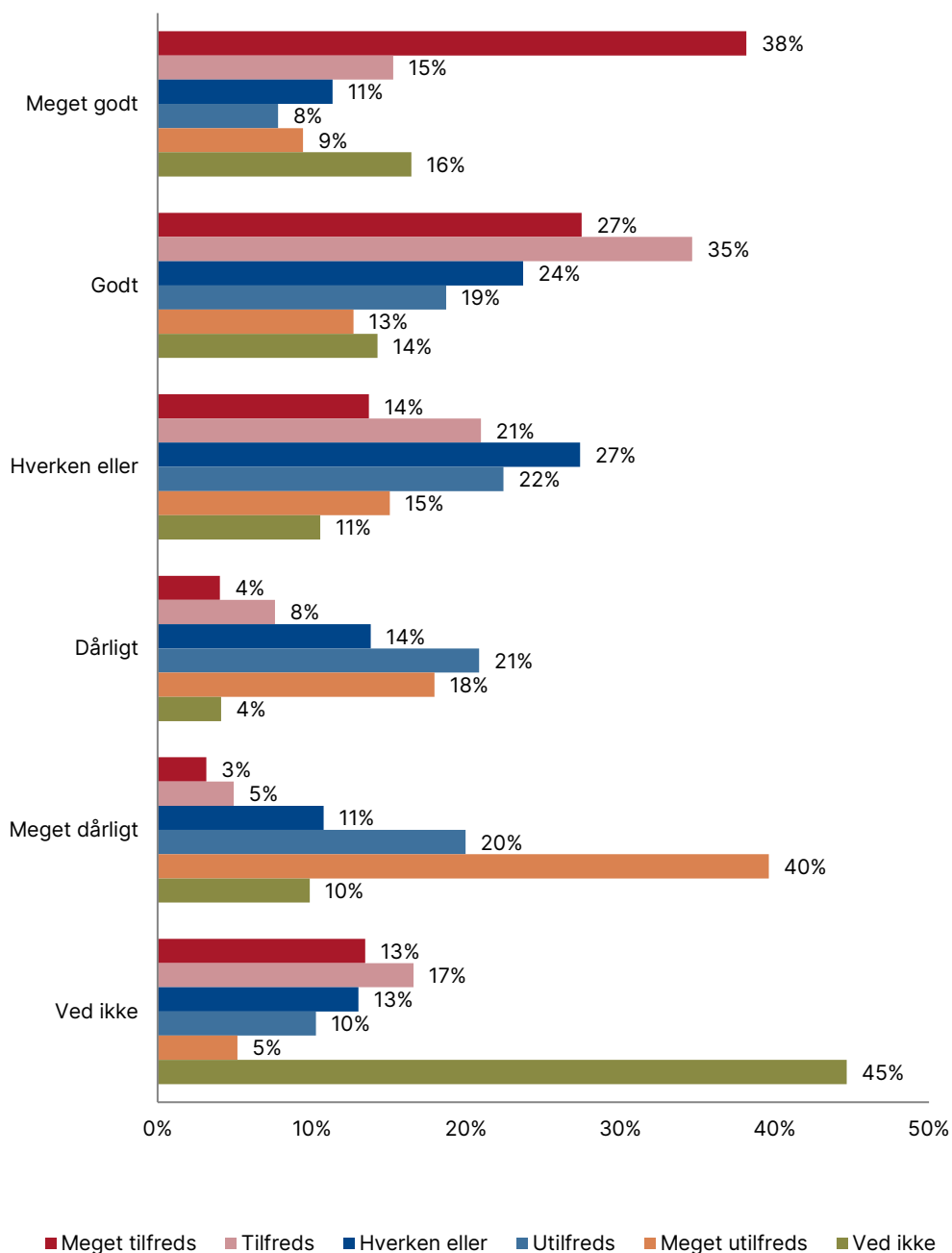


Anm.: Mænd n = 2.295, Kvinder n = 2.015

Kilde: Survey-oplysninger.

Variation i tilfredshed med støtten

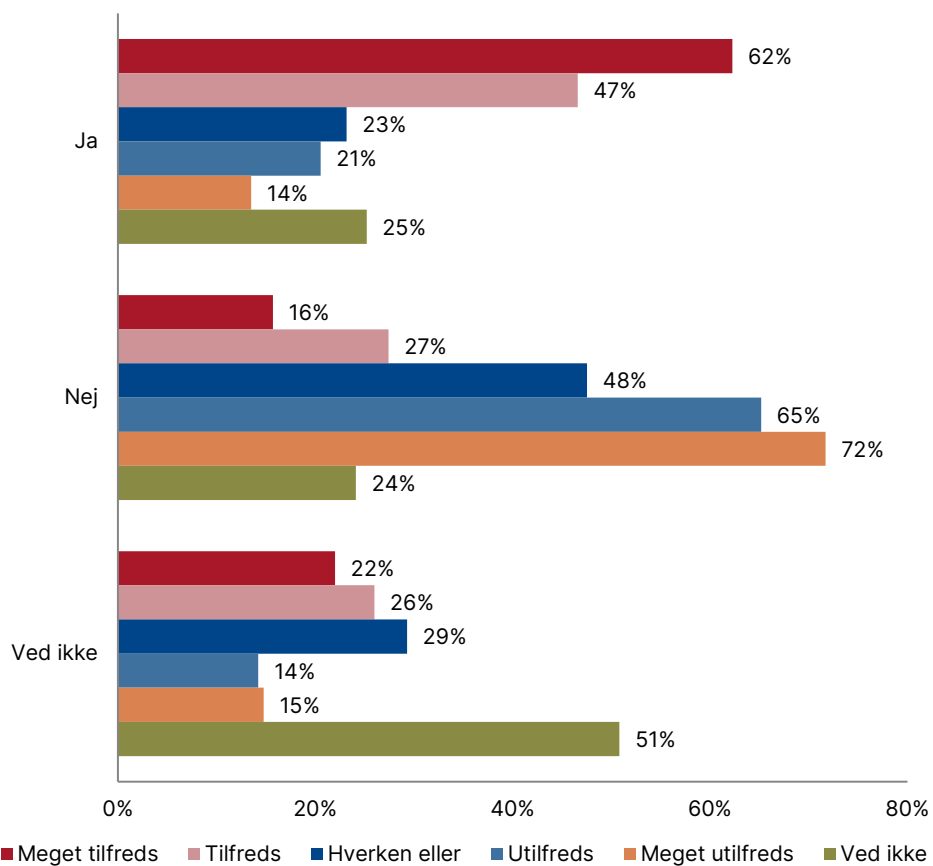
Bilagsfigur 3.84 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskilt for oplevelse af samarbejdet med sagsbehandler.



Anm.: Meget godt n = 1.074, Godt n = 1.215, Hverken eller n = 778, Dårligt n = 332, Meget dårligt n = 278, Ved ikke n = 633

Kilde: Survey-oplysninger.

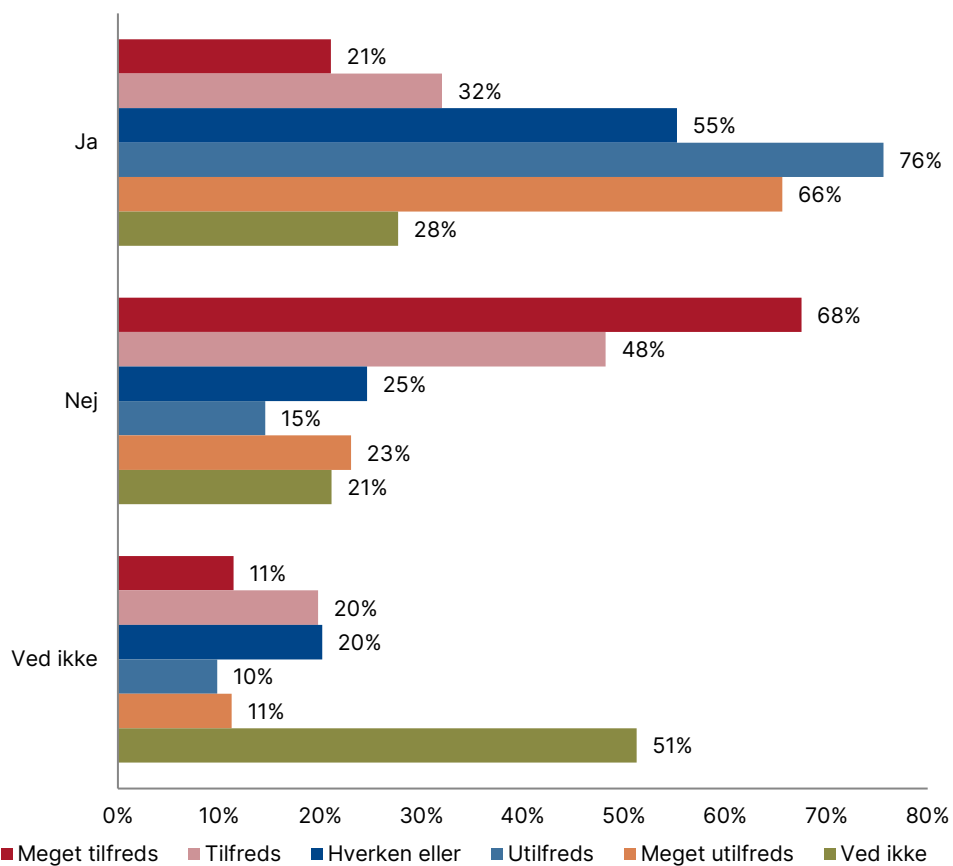
Bilagsfigur 3.85 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for oplevelse af om kommunen har undersøgt støttebehovet grundigt.



Anm.: Ja n = 2.102, Nej n = 1.155, Ved ikke n = 1.053

Kilde: Survey-oplysninger.

Bilagsfigur 3.86 Hvor tilfreds er du generelt med den støtte, du får fra din bostøtte, hjemmevejleder eller personalet på dit botilbud? Særskit for om man mangler hjælp til noget.



Anm.: Ja n = 1.474, Nej n = 2.157, Ved ikke n = 679

Kilde: Survey-oplysninger.

32.
Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer
(udkast til afprøvning)



Socialstyrelsen

Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer

Spør 2 i evalueringen af det
specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Introduktion	4
1. Specialisering på socialområdet.....	6
Specialiseringsniveauer	6
Sammenhængen mellem specialisering og kvalitet	7
2. Målgruppebeskrivelser	9
Målgruppens problemstillinger	9
Den sociale indsats	11
Eksempler på målgruppebeskrivelser	12
3. Indplacering af leverandører	14
Specialiseringsparametre	15
Generisk graduering af specialiseringsparametrene.....	18
4. Organisering af og proces for afprøvningen i spor 2.....	20
Organisering af modelafprøvningen i spor 2	20
Proces for modelafprøvningen i spor 2	21

Introduktion

I forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde skal Socialstyrelsen som led i spor 2 udvikle og afprøve en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer for målgrupper, indsatser og leverandører¹ på det specialiserede socialområde.²

Modellen skal anvendes til at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov. Modellen skal efterfølgende kunne udbredes med henblik på specialeplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Med det formål præsenteres i det følgende en generel model for beskrivelse og indplacering af målgrupper, indsatser og leverandører på forskellige specialiseringsniveauer med henblik på en efterfølgende specialeplanlægning.

Modellen skal rumme hele det specialiserede socialområde forstået som målgrupper med behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. jf. servicelovens § 1, og de indsatser, de har behov for.³

Modellen udgør således et generisk udgangspunkt for dels at kunne udarbejde idealtypiske beskrivelser af konkrete målgruppers behov på tre specialiseringsniveauer, dels at kunne udarbejde målgruppespecifikke vejledninger til vurdering af leverandører.

Den enkelte borger kan bevæge sig mellem indsatser på forskellige specialiseringsniveauer i takt med, at borgerens behov ændrer sig over tid. Denne dynamik skabes gennem visitation, opfølgning og revurderinger af behov, hvilket ikke er omfattet af modellen.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper, der på baggrund af en række principper er udvalgt af social- og indenrigsministeren.

To af målgrupperne er henholdsvis børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og børn, unge og voksne med autisme, som er to ud af i alt 46 målgrupper, der på Tilbudsportalen er klassificeret som målgrupper for tilbudsstrukturen på det specialiserede socialområde.

Afprøvningen af modellen på disse to målgrupper indebærer dels en udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevant faglig ekspertise, hvori de to målgruppers behov for indsatser på de forskellige specialiseringsniveauer beskrives, og dels en vurdering af specialiseringsniveauet hos cirka 100 sociale leverandører af indsatser til de to målgrupper, som indgår i den kommunale forsyning, jf. servicelovens § 4. Konkret er der hovedsageligt tale om tilbud, der også er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og dermed fremgår af Tilbudsportalen. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der er leverandører, som leverer ydelser og

¹ Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

² Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

³ Med undtagelse af det almene ældreområde.

foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er tilbud på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

Med henblik på at sikre modellens potentiale for udbredelse i forhold til indsatser og leverandører, der ikke er omfattet af socialtilsynsloven, afprøves modellen også på en tredje målgruppe i form af børn, unge og voksne med synsnedsættelse. Borgere med synsnedsættelser er en målgruppe, som i overvejende grad har behov for specialiseret støtte, der ydes i andre former end et botilbud eller en døgninstitution. Afprøvningen af modellen i forhold til denne målgruppe iværksættes for at skabe en dybere viden om behovet for eksempelvis ambulante tilbud, indsatser der foregår i borgerens eget hjem og andre såkaldte matrikelløse indsatser.

Afprøvningen af modellen på denne målgruppe indebærer, at der primo 2021 udarbejdes en målgruppebeskrivelse. De specialiserede leverandører og støtteformerne, som ønskes undersøgt på dette område, er generelt ikke omfattet af socialtilsynsloven § 4, stk. 1, nr. 2-4. Social- og Indenrigsministeriet og Socialstyrelsen vil derfor undersøge, hvordan afprøvningen og vurderingen af specialiseringsniveauer hos konkrete leverandører kan tilrettelægges hensigtsmæssigt.

På baggrund af afprøvningen på de tre målgrupper vil den generelle model blive evalueret og justeret.

Den generelle model består af fire delelementer, der er beskrevet i de fire følgende kapitler:

1. En overordnet graduering af det specialiserede sociale område i tre forskellige niveauer for specialisering
2. Udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med udgangspunkt i målgruppens problemstillinger og indsatsbehov på forskellige specialiseringsniveauer
3. Indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer med udgangspunkt i en række generelle parametre omsat til målgruppespecifikke vejledninger
4. Organisering og proces for afprøvning af den generelle model på de tre udvalgte målgrupper gældende for projektperioden

Den generelle model er udarbejdet med inspiration fra sundhedsområdet under hensyntagen til, at socialområdet lovgivningsmæssige og faglige rammer adskiller sig betydeligt fra sundhedsområdet. Der er derudover hentet inspiration fra beskrivelsen af specialiseringsniveauer i den nationale koordinationsstruktur, som er en af de nuværende mekanismer til undgå uhensigtsmæssig afspecialisering på det mest specialiserede socialområde. Endvidere er der hentet inspiration fra systematikken i den kvalitetsmodel, socialtilsynene anvender til at vurdere kvaliteten i de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynsloven.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af modellen rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i kapitel 4. Udvalgets input er i videst muligt omfang indarbejdet i denne version af modellen med henblik på afprøvning på de konkrete målgrupper. Udvalget peger imidlertid også på en række forudsætninger for udvikling og opretholdelse af specialisering i form af eksempelvis retningslinjer for udredning og visitation samt finansieringsstrukturer. Disse forhold vil skulle adresseres i forbindelse med fremsættelsen af konkrete løsningsforslag i evalueringens spor 3.

1. Specialisering på socialområdet

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion etableres med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Specialisering på socialområdet kan derfor afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen?

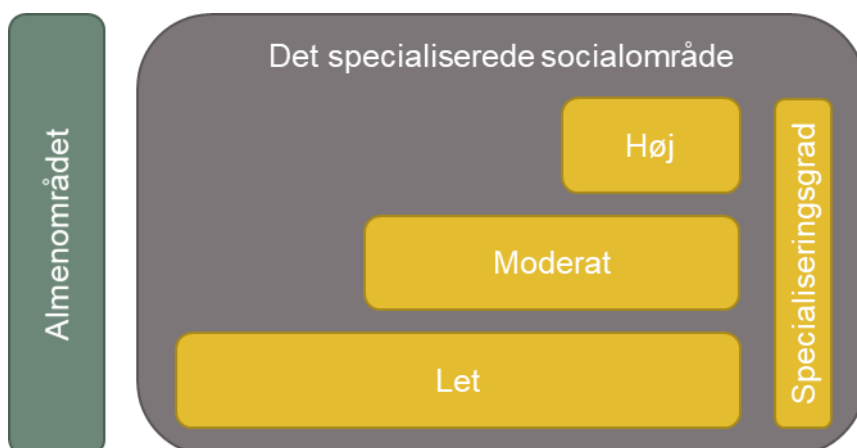
Specialisering i sociale indsatser kan gradueres på flere niveauer på baggrund af en samlet vurdering af målgruppens størrelse, kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og behov samt kravene til indsatsen. Jo mere sjælden eller kompleks målgruppens problemstillinger er, og jo mere specialiserede krav, der stilles til tilrettelæggelsen af og indholdet i indsatsen, desto mere specialiseret skal den sociale indsats være for at imødekomme behovet.

Specialiseringsniveauer

Med udgangspunkt i denne forståelse af specialisering har Socialstyrelsen udarbejdet en overordnet graduering i forskellige specialiseringsniveauer på det specialiserede socialområde, hvor der skelnes mellem det let, moderat og højt specialiserede socialområde, jf. figur 1 nedenfor.

Niveauerne dækker hele det specialiserede socialområde, der er sammenfaldende med afgrænsningen af servicelovsområdet. Almenområdet dækker over de generelle velfærdsydelse og indsatser, som de fleste borgere kommer i berøring med i løbet af livet.

Figur 1: Specialiseringsniveauer på det specialiserede socialområde



Skellet mellem det specialiserede og det højt specialiserede niveau blev introduceret med etableringen af den nationale koordinationsstruktur i 2014. Indsatserne på det højt specialiserede socialområde er rettet mod målgrupper med særligt komplekse eller sjældent forekommende

støttebehov, som kan være vanskelige at udrede, og som i kortere eller længere perioder forudsætter en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere specialiserede ydelser.

Et nyt element i den generelle model er således en skelnen mellem det let og moderat specialiserede niveau. Denne skelnen er etableret med henblik på at kunne beskrive variationen i målgruppernes problemstillinger og behov og derved også i de indsatser, der kan imødekomme dette. Derudover vil modellen for hver målgruppe pege på, hvad der udgør en indsats på det højt specialiserede niveau, der dermed ikke forventes at være identisk med afgrænsningerne i den nationale koordinationsstruktur.

Der er i den generelle model tale om generiske gradueringer, som vil skulle konkretiseres for den specifikke målgruppe, modellen skal anvendes til at beskrive.

Når gradueringen bliver konkretiseret for de enkelte målgrupper, vil den beskrive, hvad der kendetegner målgruppens behov, den indsats, der kan imødekomme behovet, og hvad der skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen på henholdsvis let, moderat og højt niveau.

Gradueringen foretages på en række parametre, der er beskrevet i kapitel 2 og 3.

Sammenhængen mellem specialisering og kvalitet

Kvalitet på det specialiserede socialområde handler overordnet om at sikre den rette indsats til den enkelte borger og dermed fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Kvalitet handler imidlertid også mere specifikt om kvaliteten hos de konkrete leverandører på området. Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, betragtes det som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den fornødne kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området.

For de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer har til opgave at godkende og føre driftsorienteret tilsyn.⁴ Det er en betingelse for at være godkendt, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den fornødne kvalitet.

Borgerperspektivet er et centralt element i denne vurdering, og socialtilsynene skal i det driftsorienterede tilsyn indhente oplysninger fra borgere i tilbuddet. Socialtilsynene skal blandt andet vurdere, om borgerne bliver hørt, respekteret og anerkendt, om borgerne inddrages i og har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv, om hverdagen i tilbuddet er i overensstemmelse med deres ønsker og behov, og om borgerne trives i tilbuddet.

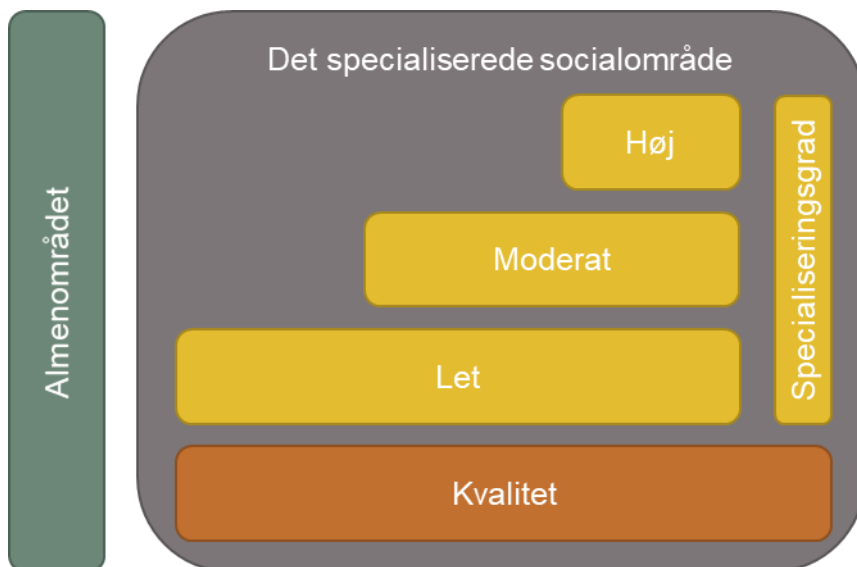
Socialtilsynene foretager vurderingen af et tilbuds kvalitet med afsæt i en kvalitetsmodel, der består af en række temaer, kriterier og indikatorer, jf. socialtilsynsbekendtgørelsens bilag 1.

Som en del af kvalitetsvurderingen scorer socialtilsynene alle indikatorerne på en skala på 1 til 5 med henblik på at give overblik over socialtilsynets kvalitetsvurdering. Scoringerne bruges i dialogen med tilbuddet om at udvikle og fastholde kvaliteten i tilbuddet.

I vurderingen af leverandørens specialiseringsniveau vil det blive betragtet som en grundlæggende forudsætning, at tilbuddet har den fornødne kvalitet uanset specialiseringsniveau. Det vil således ikke indgå som et parameter i vurderingen af specialiseringsniveau, i hvilken grad et tilbud opfylder de enkelte kvalitetsindikatorer i kvalitetsmodellen.

⁴ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

Figur 2: Kvalitet og specialiseringsniveauer på det specialiserede socialområde



For de leverandører, som leverer indsatser efter serviceloven, men som ikke er omfattet af socialtilsynet, er det den enkelte kommune, der er tilsynsmyndighed. Ifølge servicelovens § 148 a er det kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen, som ikke er omfattet af socialtilsynsloven. Dette omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er altså kommunerne, der vurderer om de tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde. En undtagelse herfra er de tilfælde, hvor en anden kommune eller en region har indgået aftale om anvendelse af samtlige pladser i tilbuddet og om tilsyn.

2. Målgruppebeskrivelser

Første skridt i afdækningen af specialisering på socialområdet består i at afdække og beskrive målgruppernes problemstillinger og behov i specifikke målgruppebeskrivelser. En målgruppe forstås i denne sammenhæng som en af de i alt 46 målgrupper, der på Tilbudsportalen er klassificeret som målgrupper for tilbudsstrukturen på det specialiserede socialområde.

I målgruppebeskrivelsen beskrives variationen i målgruppernes funktionsevnededsættelse, psykiske vanskeligheder og sociale problemer med det formål at kunne fastlægge, hvilket specialiseringsniveau der er behov for i den samlede indsats, og hvad der skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen.

Variationen inden for målgruppen belyses og beskrives i en skabelon, så målgruppernes behov fra det relativt enkle til det meget komplekse bliver beskrevet. I målgruppebeskrivelsen indplaceres målgrupper og eventuelle delmålgrupper på et specialiseringsniveau baseret på fællesmængden af deres særlige problemstillinger og behov og på karakteren af den indsats, der kan imødekomme dette behov.

Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgrupperne og af deres indsatsbehov. Den samlede indsats til en målgruppe med behov for højt specialiserede indsatser kan indeholde indsats-elementer fra alle tre specialiseringsniveauer.

Den enkelte borger kan have forskellige problemstillinger og behov gennem et indsatsforløb. Der kan således være tale om, at den enkelte borger kan bevæge sig fra et specialiseringsniveau til et andet i takt med, at borgerens behov ændrer sig over tid – eksempelvis fra en kritisk fase til en rehabiliterende fase.

Med inddragelse af en række interessenter og videnshavere udarbejder Socialstyrelsen en målgruppebeskrivelse for hver af de tre udvalgte målgrupper, som den generelle model skal afprøves på. I første runde udarbejdes beskrivelser for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og børn, unge og voksne med autisme, og i anden runde udarbejdes en beskrivelse for børn, unge og voksne med synsnedsættelser, jf. behovet for en bredere afprøvning, som beskrevet i introduktionen.

På baggrund af afprøvningen vil det blandt andet skulle vurderes, om der er så store forskelle mellem indsatser til børn, unge og voksne, at det kan give anledning til at udarbejde forskellige målgruppebeskrivelser. I forbindelse med en eventuel senere udbredelse til det resterende specialiserede socialområde bør der være en opmærksomhed på, at modellen indtil videre udelukkende er afprøvet på målgrupper på handicapområdet.

Målgruppens problemstillinger

En grundlæggende præmis for udvikling af specialisering i sociale indsatser er, at indsatsen er rettet mod en identificerbar og afgrænset målgruppe, hvor en fællesmængde af problemstillinger medfører et sammenligneligt indsatsbehov.

Modellen skal udbredes til at omfatte hele det specialiserede socialområde, og i den forbindelse kan det blive relevant at afdække, om der findes større delmålgrupper med et sammenligneligt indsatsbehov, som går på tværs af de 46 målgrupper, der på Tilbudsportalen er defineret som målgrupper for tilbudsstrukturen.

En målgruppe eller en delmålgruppe og dens særlige problemstillinger beskrives ud fra målgruppens kompleksitet og størrelse.

Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet kan forstås som enten kompleksitet i dybden, hvor der er tale om en særlig sværhedsgrad i den enkelte fysiske og psykiske funktionsnedsættelse, psykiske vanskelighed eller sociale problemstilling, eller kompleksitet i bredden, hvor der er tale om en flerhed af ovennævnte problemstillinger, som tilsammen skaber et behov for specialisering i indsatsen. Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser skal derfor blandt andet baseres på en beskrivelse af kompleksitet i dybde og bredde og af, hvordan denne kompleksitet påvirker den samlede funktionsevne, udvikling og trivsel hos målgruppen.

Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af en målgruppes generelle indsatsbehov på forskellige specialiseringsniveauer. For den enkelte borger vil der derudover være tale om en række andre individuelle forhold, herunder hæmmende og fremmende faktorer i vedkommendes omgivelser, som kan være afgørende for borgerens samlede indsatsbehov. Som tidligere nævnt kan den enkelte borger desuden have forskellige problemstillinger og behov gennem livet eller gennem et indsatsforløb. Borgeren kan derfor bevæge sig fra et specialiseringsniveau til et andet i takt med, at behovene ændrer sig. Det kan eksempelvis ske i takt med, at et behandlings- eller genoptræningsforløb skrider frem.

Målgruppens størrelse

Målgruppens størrelse har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen. Også større målgrupper kan imidlertid have behov for indsatser på både moderat og højt specialiseringsniveau.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig eller kun i kraft af samarbejde med hinanden har det fornødne underlag for - med anvendelse af kommunale, private og regionale leverandører - at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet.

De to parametre er gradueret på generisk niveau i boks 1 nedenfor. Den generiske graduering skal tjene som vejledning for udarbejdelsen af de konkrete målgruppebeskrivelser.

Boks 1: Karakteristika ved målgruppen

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykisk vanskelighed eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Den sociale indsats

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte borgeren til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.⁵ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger leveret efter serviceloven og dækker eksempelvis over socialpædagogisk støtte, tildeling af hjælpemidler, ledsageordninger samt midlertidige og længerevarende ophold i botilbud eller i døgninstitutioner for børn og unge.

I udarbejdelsen af en målgruppebeskrivelse skal indholdet i de konkrete indsatser, som målgruppen har behov for, beskrives med henblik på at kunne vurdere det specialiseringsniveau der er behov for i indsatsen til målgruppen.

Den sociale indsats beskrives ud fra sammensætningen af ydelser og foranstaltninger og det faglige indhold.

Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at borgerens ressourcer og behov bliver tilgodeset gennem en samlet tilrettelæggelse af flere forskellige ydelser og foranstaltninger efter serviceloven. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning. Målgruppens kompleksitet i problemstillinger og behov modsvarer således af en tilsvarende kompleksitet i den indsats, der kan imødekomme behovet på de tre specialiseringsniveauer.

Fagligt indhold

På alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, fysiske rammer, hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges imidlertid behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

De to parametre er gradueret på generisk niveau i boks 2 nedenfor. Den generiske graduering skal tjene som vejledning for udarbejdelsen af de enkelte målgruppebeskrivelser, hvor niveauerne vil blive konkretiseret yderligere.

Boks 2: Karakteristika ved den indsats, der kan imødekomme målgruppens behov

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i

⁵ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
ninger	selvstændigt.	indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, samt anvendelse af avancerede hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, samt anvendelse af særligt avancerede hjælpemidler og teknologi.

Eksempler på målgruppebeskrivelser

På baggrund af ovenstående parametre for henholdsvis målgruppens problemstillinger og den sociale indsats inddeles og beskrives målgruppen i de tre specialiseringsniveauer, som det er eksemplificeret i boks 3 nedenfor.

Boks 3: Eksempler på målgrupper

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade	Børn, unge og voksne med lettere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner og omsorg for sig selv. Indsatserne kan eksempelvis bestå af træning af gangfunktion og/eller træning af Almindelig Daglig Levevis (ADL)	Børn, unge og voksne, der på grund af kognitive funktionsnedsættelser har behov for socialpædagogisk støtte. Indsatserne kan eksempelvis bestå af tværfaglige indsatser med fokus på genoptræning af fysiske, kognitive og kommunikative funktioner.	Børn, unge og voksne, der har kognitive funktionsnedsættelser og samtidig har psykiatrisk komorbiditet i form af eksempelvis depression, angst eller svære funktionsnedsættelser af sproglige funktioner. Indsatserne kan eksempelvis være forankret ét rehabiliteringstilbud, som varetager barnet/den unges samlede rehabiliteringsbehov i forhold til komplekse kommunikative, kognitive og fysiske funktionsnedsættelser.
Børn, unge og voksne med autisme	Børn, unge og voksne, hvor autismen kommer til udtryk i lettere grad og med behov for støtte til planlægning af dagligdags aktiviteter eksempelvis i skole/fritid eller i egen bolig. Indsatserne kan eksempelvis bestå af socialpædagogisk bistand i form af bostøtte eller støttekontaktperson i skolen.	Børn, unge og voksne med autisme samt en grad af angst, der medfører, at personen sig socialt. En indsats kan eksempelvis være et midlertidigt botilbud eller et dagtilbud for voksne, hvor der blandt andet indgår træning af sociale færdighe-	Børn, unge og voksne med autisme og udviklingshæmning med betydelig udfordrende adfærd, der kan resultere i svær mistrivsel. En indsats kan eksempelvis være en døgninstitution for børn eller et længerevarende botilbud for voksne med særlig viden om autisme i

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		der.	kombination med svær udviklingshæmning og eventuelt andre komorbiditeter som eksempelvis angst, ODC samt viden om udadadreegerende eller selvskadende adfærd.

3. Indplacering af leverandører

I det følgende kapitel beskrives de udvalgte specialiseringsparametre, der skal være opfyldt, for, at leverandører kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau.

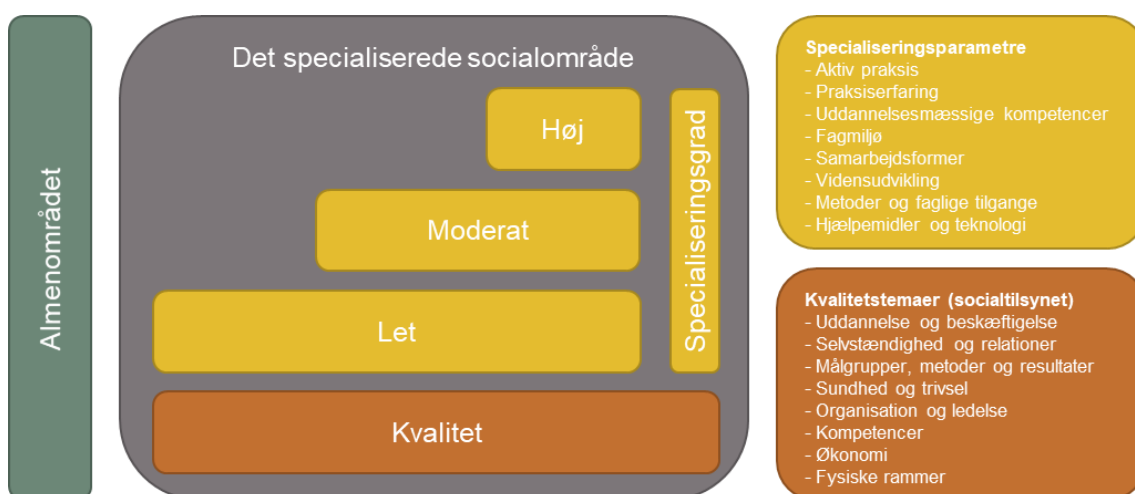
Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er tilbud på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

I forbindelse med afprøvningen af to af de tre pilotmålgrupper bliver modellen primært afprøvet på tilbud omfattet af socialtilsynet. Med henblik på at sikre modellens potentiale for udbredelse i forhold til indsatser og leverandører, der ikke er omfattet af socialtilsynet, bliver modellen også afprøvet på området for børn, unge og voksne med synsnedsættelse. Det skal i tillæg hertil bemærkes, at kriterierne på de forskellige niveauer vil finde anvendelse for alle leverandører af sociale indsatser på det specialiserede socialområde, uanset om leverandøren er omfattet af socialtilsynet eller ej.

Der vil i forbindelse med vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, jf. kapitel 1, blive stillet nogle grundlæggende krav til kvaliteten af leverandøren uanset specialiseringsniveau. De parametre, der udgør grundlaget for vurderingen af et tilbuds specialiseringsniveau, skal ses som et supplement til vurderingen af, om tilbuddet har den fornødne kvalitet.

Af figur 3 nedenfor fremgår de kvalitetstemaer, der ligger til grund for socialtilsynenes vurdering af den fornødne kvalitet, og de specialiseringsparametre, der i forbindelse med afprøvningen vil blive lagt til grund for at vurdere leverandørernes specialiseringsniveau. Figuren illustrerer derved, at en leverandør på det specialiserede socialområde skal have den fornødne kvalitet som en forudsætning for at være let, moderat eller højt specialiseret.

Figur 3: Specialiseringsniveauer, specialiseringsparametre og kvalitetstemaer



Specialiseringsniveauet hos den enkelte leverandør bliver vurderet på baggrund af indsatserne til specifikke og afgrænsede målgrupper. En leverandør kan levere indsatser til flere forskellige målgrupper, og selvom en leverandør kan levere højt specialiserede indsatser til én målgruppe, er den ikke nødvendigvis højt specialiseret i forhold til andre målgrupper.

Specialiseringsparametre

En leverandørs specialiseringsniveau vil blive vurderet ud fra en række specialiseringsparametre, der afslutningsvis i dette afsnit er gradueret på et generisk niveau. De udvalgte parametre bliver efterfølgende omsat i målgruppenspecifikke vejledninger for, hvordan leverandører af indsatser til en afgrænset målgruppe kan indplaceres på specialiseringsniveauer. Det varierer eksempelvis fra målgruppe til målgruppe, hvilke uddannelsesmæssige kompetencer og faglige metoder der er relevante i indsatserne på de forskellige niveauer. De målgruppenspecifikke vejledninger omfatter i afprøvningen leverandører af indsatser til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, til børn, unge og voksne med autisme og til børn, unge og voksne med synsnedsettelse.

Socialstyrelsen udarbejder i samarbejde med socialtilsynene et redskab, som socialtilsynene skal anvende i forbindelse med indplaceringen af de cirka 100 leverandører i afprøvningen. I indplaceringen af leverandørerne vil parametrene blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en prioritering eller sortering i parametrene.

Med afsæt i ovenstående bliver de konkrete specialiseringsparametre uddybet i det følgende og derefter gradueret på et generisk niveau. Specialiseringsparametrene vil – for de enkelte målgrupper – blive konkretiseret i de målgruppenspecifikke vejledninger.

Aktiv praksis

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i princippet om, at ”øvelse gør mester”. Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere, jf. kapitel 2.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppenspecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Praksiserfaring

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsettelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det

er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Uddannelsesmæssige kompetencer

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagte indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne aktører, jf. også parameteret om samarbejdsformer nedenfor.

Fagmiljø

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis, jf. ovenfor. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har for få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Samarbejdsformer

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På let specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Vidensudvikling

Vidensudvikling indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatserne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppenspecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Metoder og faglige tilgange

Metoder og faglige tilgange indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på bl.a. at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppenspecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Hjælpemidler og teknologi

Hjælpemidler og teknologi indebærer et krav om, at medarbejderne skal anvende hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen, hvor det er relevant for at kunne imødekomme det konkrete behov hos borgeren.

På let specialiseret niveau kræver inddragelsen af hjælpemidler og teknologi som udgangspunkt ikke hjælpemiddelfaglige kompetencer at anvende, mens det på moderat og højt specialiseret niveau er et krav, at medarbejderne har hjælpemiddelfaglige kompetencer til at bringe

hjælpemidler og teknologi i anvendelse som led i indsatsen. På højt specialiseret niveau kan det desuden være relevant, at medarbejderne har særlige uddannelser eller certificeringer i anvendelsen af konkrete hjælpemidler og teknologier.

Generisk graduering af specialiseringsparametrene

De otte parametre er gradueret på generisk niveau i boks 4 nedenfor. Den generiske graduering skal tjene som baggrund for udarbejdelsen af de målgruppespecifikke vejledninger for, hvordan leverandører af indsatser til en målgruppe kan indplaceres på specialiseringsniveauerne.

Boks 4: Graduering af parametre for at kunne udvikle og opretholde specialisering

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	Leverandøren skal – som følge af et forventeligt lille underlag – levere indsatser til et minimum antal borgere med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Praksiserfaring	Medarbejderne skal have relevant praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Uddannelsesmæssige kompetencer	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsatser til målgrupper med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsatser til målgrupper med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser – og eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer – der er nødvendige for at levere indsatser til målgrupper med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Fagmiljø	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en let grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en moderat grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en høj grad af specialisering.
Samarbejdsformer	Medarbejderne skal kunne arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af sammen-	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af en særligt

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Vidensudvikling	eventuelle flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb. Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger,.	satte ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb. Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb. Leverandøren skal holde sig opdateret om – og bidrage til udvikling af – aktuelt bedste viden om målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Metoder og faglige tilgange	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats til borgere med særligt komplekse problemstillinger.
Hjælpemidler og teknologi	Leverandøren skal i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger anvende hjælpemidler og teknologi, der ikke kræver hjælpemiddelfaglige kompetencer at anvende.	Leverandøren skal i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger anvende hjælpemidler og teknologi, der kræver hjælpemiddelfaglige kompetencer at anvende.	Leverandøren skal i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med særligt komplekse problemstillinger anvende hjælpemidler og teknologi, der kræver hjælpemiddelfaglige kompetencer at anvende.

4. Organisering af og proces for afprøvningen i spor 2

Kapitlet beskriver organiseringen af og processen for afprøvningen af den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer i spor 2, herunder inddragelse af interessenter.

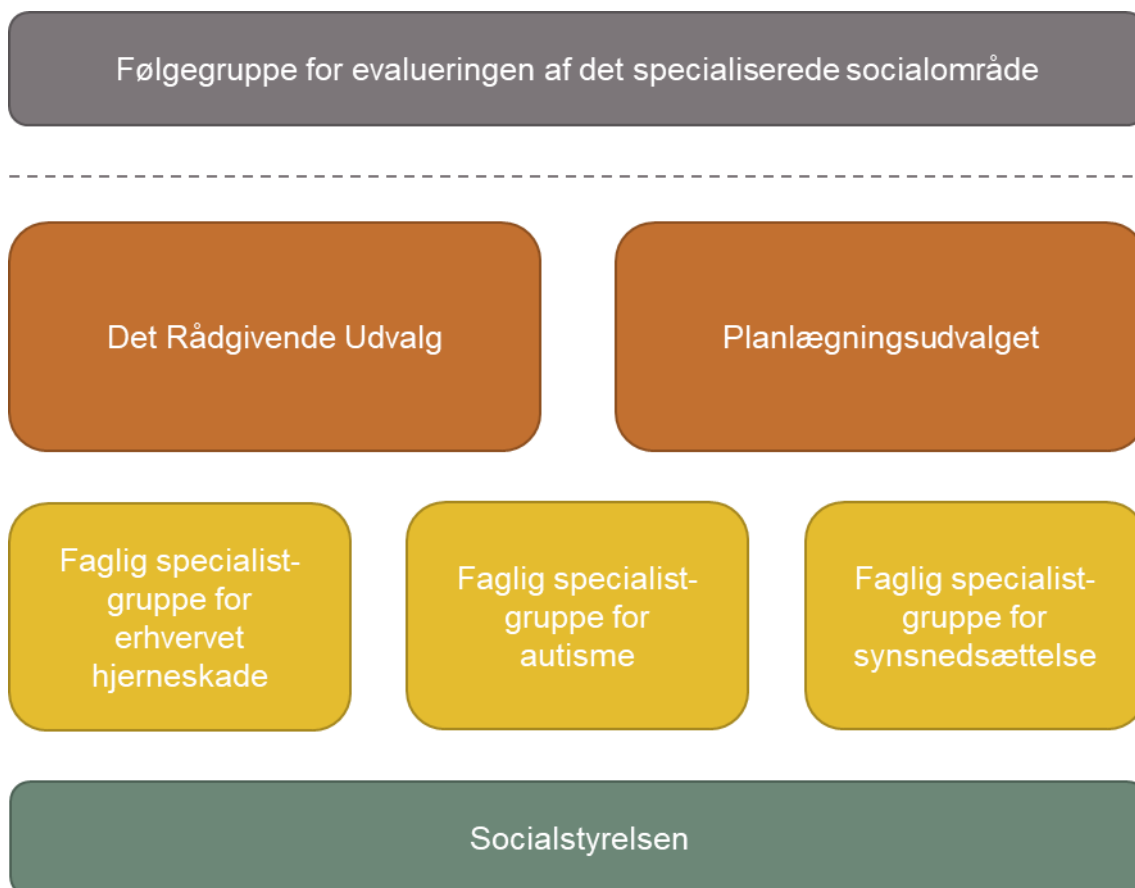
Organisering af modelafprøvningen i spor 2

Udarbejdelse af målgruppebeskrivelser og målgruppespecifikke vejledninger for indplacering af leverandører er organiseret ved to udvalg, der skal rådgive Socialstyrelsen i tværgående faglige spørgsmål, og tre faglige specialistgrupper for hver af de tre pilotmålgrupper, der skal bidrage til udarbejdelsen af de konkrete målgruppebeskrivelser.

Organiseringen er designet med inspiration fra specialeplanlægningen på sundhedsområdet, hvor der indhentes rådgivning fra to stående udvalg, og hvor de konkrete specialeplaner bliver udarbejdet og revideret med hjælp fra en række faglige arbejdsgrupper.

Af figur 4 fremgår et overblik over de forskellige fora i organisering af afprøvningen i spor 2.

Figur 4: Organisering i forbindelse med afprøvning af generel model



Følgegruppe for evalueringen af det specialiserede socialområde

Social- og indenrigsministeren har nedsat en følgegruppe for evalueringen af det specialiserede socialområde. Formålet med følgegruppen er blandt andet at sikre evalueringens kvalitet og gangbarhed. Følgegruppen vil løbende drøfte konkrete resultater fra evalueringen (spor 1 og 2) og desuden blive inddraget i forbindelse med udarbejdelse af løsningsforslag (spor 3).

Følgegruppen er sammensat af - og interesseorganisationer, faglige organisationer, KL, Danske Regioner og private aktører. Social- og Indenrigsministeriet varetager formandskabet.

Det Rådgivende Udvalg for spor 2

Det Rådgivende Udvalg skal rådgive Socialstyrelsen om det faglige grundlag for beskrivelse og indplacering af målgrupper, indsatser og leverandører på forskellige specialiseringsniveauer.

Udvalget er sammensat af repræsentanter fra Socialstyrelsen, Social- og Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner, Dansk Erhverv, Dansk Socialrådgiverforening (DS), Socialpædagogernes Landsforbund (SL), FOA, Danske Handicaporganisationer (DH) og forskere med viden om det sociale område. Socialstyrelsen varetager formandskabet.

Planlægningsudvalget for spor 2

Planlægningsudvalget skal rådgive Socialstyrelsen om faglige og organisatoriske konsekvenser på lokalt niveau i kommuner og regioner og bidrage til, at modellen på sigt vil kunne forankres.

Udvalget er sammensat af repræsentanter fra driftsherrer i kommunalt, regionalt og privat regi. Konkret omfatter udvalget repræsentanter fra de fem regioner og fra de fem tværkommunale samarbejder. Derudover er Selveje Danmark, LOS, FADD, Socialt Lederforum og de fem socialtilsyn ligeledes repræsenteret i udvalget. Socialstyrelsen varetager formandskabet.

Faglige specialistgrupper for spor 2

Specialistgrupperne bidrager til udarbejdelsen af en beskrivelse af de tre pilotmålgrupper og relevante delmålgrupper samt deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer. Specialistgrupperne skal ligeledes bidrage til målgruppenspecifikke vejledninger for indplacering af leverandører. Der nedsættes i alt tre specialistgrupper – én for hver af de tre pilotmålgrupper.

Specialistgrupperne er sammensat af relevante fagpersoner i Socialstyrelsen, tilsynskonsulenter med viden om indsatser til de tre målgrupper, relevante fagpersoner fra praksisfeltet, herunder udvalgte VISO-specialister og kommunale repræsentanter med målgruppenspecifik viden om sagsbehandling og visitation udpeget af KL. Herudover deltager repræsentanter fra de relevante brugerorganisationer. Hvis det bliver vurderet relevant, vil der desuden blive udpeget specialister på andre sektorområder af henholdsvis Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK) og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR).

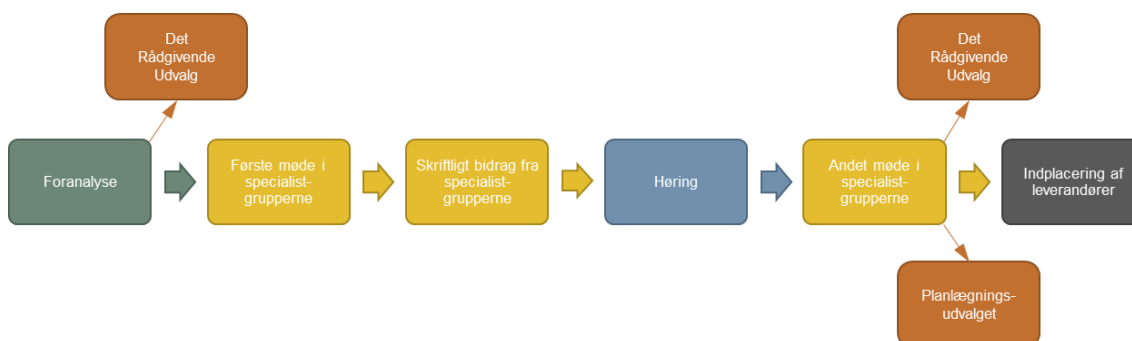
Socialstyrelsen varetager en sekretariatsfunktion for gruppens arbejde.

Proces for modelafprøvningen i spor 2

Beskrivelsen af de tre målgrupper og de målgruppenspecifikke vejledninger for indplacering af leverandører bliver udarbejdet i samarbejde med de faglige specialistgrupper og med inddragelse af de to udvalg, jf. figur 5 nedenfor.

Varigheden af den samlede proces afhænger blandt andet af det eksisterende vidensgrundlag om de tre målgrupper og underliggende delmålgrupper og deres indsatsbehov.

Figur 5: Proces for udarbejdelse af målgruppebeskrivelser og indplacering af tilbud



I *foranalysen* indsamler og analyserer Socialstyrelsen – med bistand fra VIVE – eksisterende vidensprodukter om de tre målgrupper, herunder målgruppedefinitioner, metodebeskrivelser og beskrivelser af delmålgrupper. Resultatet fra foranalysen skrives ind i skabelonen for målgruppebeskrivelsen. Foranalysen kan bidrage til at skabe overblik over det eksisterende vidensgrundlag og påpege eventuelle behov for at styrke vidensgrundlaget. I nogle tilfælde vil foranalysen desuden kunne bidrage til at identificere delmålgrupper, der adskiller sig fra den samlede målgruppe i en grad, så de skal beskrives separat.

De *faglige specialistgrupper* for hver af de tre pilotmålgrupper bidrager til udarbejdelse af beskrivelsen af målgruppen og indsatserne samt til beskrivelsen målgruppespecifikke vejledninger for indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer. Specialistgruppernes arbejde tager afsæt i resultaterne fra foranalysen og i den rådgivning og de supplerende bidrag, der tilgår gruppens arbejde undervejs i processen. Der afvikles to specialistgruppemøder med en mellemliggende periode, hvor grupperne leverer et skriftligt bidrag, og hvor udkast til målgruppebeskrivelserne og de målgruppespecifikke vejledninger for indplacering af leverandører bliver sendt i høring ved relevante fagspecialister og repræsentanter fra praksisfeltet.

Det Rådgivende Udvalg og *Planlægningsudvalget* bidrager til udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne og de målgruppespecifikke vejledninger for indplacering af leverandører undervejs i processen.

Endelig skal et antal *leverandører indplaceres på specialiseringsniveauerne*. For så vidt angår leverandører af sociale indsatser til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og til børn, unge og voksne med autisme, skal socialtilsynene indplacere i alt cirka 100 leverandører på de tre specialiseringsniveauer. Det sker med afsæt dels i det konkrete redskab, der bliver udarbejdet, og dels i de målgruppespecifikke vejledninger for indplacering af leverandører. For så vidt angår leverandører af sociale indsatser til børn, unge og voksne med synsnedsættelser, vil Social- og Indenrigsministeriet og Socialstyrelsen undersøge, hvordan afprøvningen og vurderingen af specialiseringsniveauer i konkrete leverandører kan tilrettelægges hensigtsmæssigt, da de specialiserede leverandører og støtteformer generelt ikke er omfattet af socialtilsynet.



Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

33.
**Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med
autisme**



Socialstyrelsen

Børn, unge og voksne med autisme

Målgruppebeskrivelse i spor 2 i
Evalueringen af det
specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Indhold

Indhold.....	1
1 Indledning	2
2 Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	3
3 Generelt om autisme	6
3.1 Afgrænsning af målgruppen	6
3.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	6
3.3 Snitflader til andre sektorer.....	8
4 Målgruppekompleksitet (Parameter 1)	9
4.1 Generelt om målgruppens funktionsevne.....	9
4.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	12
5 Målgruppens størrelse (Parameter 2)	15
6 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)	16
6.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser	18
6.1.1 Udredning og afdækning af behov.....	18
6.1.2 Indsatser på socialområdet og tilstødende områder	19
6.1.3 Undervisning og uddannelse	20
6.1.4 Job og beskæftigelse	22
6.1.5 Rådgivning	22
6.2 Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer	23
6.2.1 Socialpædagogisk indsats/støtte	23
6.2.2 Støtte i forhold til behandlingsindsats	31
6.2.3 Indsatser til pårørende	33
6.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	35
7 Fagligt indhold (Parameter 4)	37
7.1 Generelt om behov for kompetencer i indsatsen	37
7.1.1 Metoder	38
7.1.2 Hjælpemidler og teknologi	39
7.1.3 Fysiske rammer	40
7.2 Behov for kompetencer i indsatsen inddelt på specialiseringsniveauer.....	40
8 Referencer	45
9 Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring.....	46

1 Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og indenrigsministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synshandicap.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer, med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, på samme måde som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor af dels en foranalyse, hvor viden fra Socialstyrelsens udgivelser om målgruppen, samt relevante

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.”

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

udgivelser fra Sundhedsstyrelsen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende autisme er foregået dels via to arbejds møder og dels en skriftlig høring mellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret et skriftligt bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til målgruppebeskrivelserne enten via specialistgrupperne eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer. I teksten optræder tal angivet i parentes, hvilke henviser til referencer sidst i målgruppebeskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

2 Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppespecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne og problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsatser børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold

Paramenter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller sociale problemstilling. Eller der kan være tale om kompleksitet i bredden, forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for en specialiseret indsats på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt, ud fra de oplyste kriterier i figur 1 nedenfor. Få og afgrænsede funktionsnedsættelser kan have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Paramenter 2: Målgruppens størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig, eller kun i kraft af samarbejde med hinanden, og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1: Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysiske eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2: Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale,	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale,

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		regionale og private leverandører.	regionale og private leverandører.

Parameter 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen med autisme til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne, samt behov for hjælp og støtte.⁴ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven eller anden relevant lovgivning. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personen med autisms perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁵. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Børn, unge og voksne med autisme har brug for at gå i skole, tage en ungdomsuddannelse og have et job ligesom alle andre, men de kan have brug for støtte i forskellig grad for at kunne deltage og trives. Fx vil en stor andel af børn og unge med autisme have behov for specialiseret hjælp i skole og dagtilbud, uden nødvendigvis samtidig at være i målgruppen for servicelovtilbud. I målgruppebeskrivelserne er behov for indsatser på det sociale område (serviceloven) beskrevet på de tre specialiseringsniveauer og relevante snitflader til andre sektorområder. er beskrevet mere generelt.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De typer af indsatser, der beskrives gennemgående på de tre specialiseringsniveauer, er bl.a. socialpædagogisk indsats/støtte og indsatser til pårørende. De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behov for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppespecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for særlige fysiske rammer, hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges imidlertid behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2 Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer ud fra 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger samt 4) Fagligt indhold.

⁴ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁵ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4: Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

3 Generelt om autisme

3.1 Afgrænsning af målgruppen

Autisme er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, som kommer til udtryk i forskellige grader og former for udfordringer med socialt samspil, kommunikation og repetitive eller stereotype adfærds- og aktivitetsmønstre. I Danmark er diagnosen autisme baseret på de kliniske diagnosekriterier, som er beskrevet i WHO's internationale klassifikationssystem, ICD⁶. I opgørelserne indgår børn, unge og voksne registreret med diagnoserne: Infantil autisme, Aspergers Syndrom, Atypisk autisme og Andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUA) (3, 4). Selvom der er forskellige typer af autisme, kan personer med samme diagnose være meget forskellige og have forskellig funktionsevne (4). I denne tekst anvendes begrebet 'autisme' for hele autismspektret, medmindre andet er anført. Der skrives ligeledes 'personer' dækkende for både børn, unge og voksne, med mindre andet er angivet.

I lyset af Handicapkonventionen og intention med Serviceloven er der i dag fokus på at afdække den enkeltes funktionsniveau og opnå et nuanceret og helhedsorienteret billede af personens udfordringer og behov for støtte for at fremme udvikling og trivsel (4). Autisme kan betragtes som neurovariation, hvilket betoner, at hjernen hos personer med autisme bearbejder sociale, følelsesmæssige og sansemæssige input på en anden måde end den neurotypiske befolkning (6).

3.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

⁶Den aktuelle udgave er ICD-10. Efterfølgeren til ICD-10 kaldes ICD-11 og blev frigivet i juni 2018, men forventes først at træde i kraft i Danmark i 2022 (4).

Hos personer med autisme ses forskellige grader af udfordringer relateret til socialt samspil og aktiv deltagelse i fællesskaber. Udfordringerne med socialt samspil kan vise sig som mangelfuld og nedsat evne til at afkode sociale situationer og tilpasse egen adfærd hertil. Udfordringer med socialt samspil kan forstærkes, når autisme optræder sammen med andre udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder (9). Der ses ligeledes udfordringer relateret til kommunikation. Disse vanskeligheder viser sig på et bredt spænd fra vanskeligheder ved at tage initiativ, til begrænset brug af nonverbal kommunikation, mangelfuld indlevelsesevne og indfølelse, nedsat sprogforståelse, mangelfuld aflæsning og tolkning af nonverbal kommunikation til næsten intet talesprog. Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på personen med autismes bearbejdnings tid i forhold til kommunikation, hvor forsinket bearbejdning kan give lang responstid. Der kan ses adfærd og interesser, som ofte er præget af gentagelser og faste rutiner, som nødtigt ændres (infleksibilitet). Samtidig kan der ses adfærd som repetitive og stereotype motoriske bevægelser fx usædvanlige hånd- og fingrebevægelser eller stillinger, stereotype og komplekse kroppsbevægelser mv. Nogle personer med autisme har ligeledes en anderledes sensorisk profil, hvor nervesystemet registrerer og bearbejder sanssemæssige indtryk anderledes og ofte hypersensitivt.

Autisme kan medføre vanskeligheder både i bredden og dybden. Bredde/dybde problematikkerne, og de afledte effekter af disse, påvirker personen med autismes samlede funktionsevne og behov for støtte. Bredde kan fx dække over flere samtidige diagnoser eller flere sociale problemstillinger. Dybde dækker over grad og kompleksitet i autismsymptomer eller grad af tillægsdiagnosen fx en svær depression. For mennesker med autisme er der større risiko for udvikling af social angst, stress, depression og ensomhed. Når man taler om en højere risiko for autisme og angst på samme tid, taler man om, at forholdet mellem de to diagnoser går begge veje (4). Autisme kan forstærke og forårsage en større grad af angst, og angst kan forværre autismsymptomer (4).

Indsatser til personer med autisme bør tage udgangspunkt i målgruppens behov for genkendelige rutiner og forberedelse, tydelighed i kommunikation, rammer og struktur, samt brug af visuel støtte⁷ i forhold til at navigere i hverdagens aktiviteter, socialt samspil og kommunikation. Indsatser bør tilrettelægges i samarbejde med personen med autisme og baseres på viden om autisme og den enkelte person med autismes alder og livssituation i øvrigt. Indsatser målrettet personer med autisme kan fx være:

- Indsatser, der understøtter udvikling af den enkeltes mestringsstrategier i personlige, sociale og faglige henseender
- Indsatser, der undersøger og arbejder med den enkeltes fortællinger om sig selv og verden
- Indsatser målrettet tilpasning af omgivelser med udgangspunkt i autismspecifik viden

De følgende to afsnit beskriver typiske udfordringer eller vilkår for børn, unge og voksne med autisme, som bør iagttages i alle indsatser for at styrke og sikre den enkeltes trivsel, samt deltagelses- og udviklingsmuligheder.

Udfordringer i omgivelserne

Personer med autisme oplever verden på en anderledes måde, hvilket gør at de ofte stresses af andre og flere faktorer end andre personer. Personer med autisme har derfor en større andel af

⁷ Visuel støtte kan fx dække over visuel og konkret støtte med brug af billeder, tekst, programmer, opskrifter, aktiviteters rækkefølge mm.

potentielle stressfaktorer i sine omgivelser. Stressfaktorerne kan både være vedvarende og akut-opståede som fx pludselige ændringer i omgivelserne eller nye livssituationer fx ny beskæftigelse. Stressfaktorerne kan også skyldes sensoriske stimuli eller informationer i omgivelserne, som mennesker med autisme har svært ved at filtrere i. Grundet stressfaktorer, og som reaktion på belastning, kan personer med autisme udvise en adfærd, hvor de trækker sig eller afviser krav. De kan udvise udfordrende eller selvskadende adfærd i forskellig grad, og udvikle angst, depression eller anden belastningsrelateret tilstand. Der er derfor behov for en autismevenlig tilgang og at tilrettelægge et autismevenligt miljø for at reducere stressbelastningen. Da omgivelserne er dynamiske og i konstant bevægelse, gælder det, at der bør være særlig opmærksomhed på, at overgange og større ændringer kan være en særlig belastning for personer med autisme.

Ændringer i støttebehov

Støttebehovet hos personer med autisme kan ændre sig over tid afhængigt af blandt andet, hvorvidt den enkelte mødes med den rette autismespecifikke indsats eller oplever større forandringer i sit liv. Den rette indsats og tilpasning af omgivelser kan betyde, at vanskelighederne kommer mindre til udtryk fx kan en voksen med autisme måske formå at bo i egen lejlighed med socialpædagogisk støtte. Omvendt kan tilstanden forværres, hvis personen fx oplever livskriser, ikke mødes med en passende pædagogisk tilgang, eller der kan tilståde komorbiditet, så det ikke længere er muligt at få støttebehovet tilgodeset med socialpædagogisk støtte i lejligheden, og personen kan for en periode have brug for mere støtte fx i et midlertidigt botilbud med mere intensiv støtte og højere grad af specialiseret viden. De samme ændringer i støttebehov kan ses hos børn og unge, hvor mange overgange fx fra børnehave til skole, samt barnets biologiske udvikling fra barn til teenager også kan medføre nye eller ændrede støttebehov.

3.3 Snitflader til andre sektorer

Indsatsen til mennesker med autisme vil ofte være sammensat af flere sociale, uddannelsesmæssige, beskæftigelsesmæssige og sundhedsfaglige indsatser (2). Dvs. at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, dagtilbuds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, regionale, statslige og private leverandører. Ikke mindst snitfladerne fra det sociale område til undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet og psykiatrien er afgørende (2). Det er derfor af afgørende betydning for personen med autisme, at der sker en koordinering og et samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger og øvrige samarbejdsflader.

Det er vigtigt, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med personen med autisme og med denne i centrum. Dette vil ofte kræve, at der er en fagperson/pårørende som, i tæt samarbejde med personen med autisme, fungerer som en slags koordinator og oversætter. Da møder med offentlige myndigheder kan være en potentiel stressfaktor for personer med autisme, bør møderne være strukturerede, visuelt underbyggede ift. kommunikation, samt tage højde for eventuel latenstid hos personen med autisme ift. svar og tilsagn til aftaler. For de personer med autisme, der af forskellige årsager ikke selv er i stand til at fortælle om deres behov, er det vigtigt at de inddrages på anden vis fx via pårørende eller fagpersoner.

På børneområdet vil koordineringen og samarbejdet være særligt relevant mellem forældre, barnet selv og barnets skole, PPR, samt den kommunale socialforvaltning. Undersøgelser har vist, at børn med autisme oftere oplever problemer med skolefravær og skolevægring (7, 8). Nedsat skoletrivsel og højere skolefravær kan give udfordringer med tilknytning til skolekammerater og med at fastholde børnene og de unges skolegang. Det kan være komplekst at få løst udfordringen med skolevægring, da der ofte er mange parter involveret -

både forskellige fagpersoner og ofte flere forvaltninger og psykiatriske afdelinger (13). I disse sager er samarbejdet omkring og med barnet særligt vigtigt for at sikre at barnets perspektiv høres, samt implementering af relevante indsatser og (lærings-)strategier i hjem/skole/institution, herunder behov for tilpasning af barnets omgivelser/fysiske miljø og den pædagogiske tilgang.

For unge er det særligt vigtigt med opmærksomhed på, at samarbejdet mellem den unge, den unges pårørende, fagpersoner, samt at det organisatoriske samarbejde mellem børn/unge- og voksenområdet i kommunen bidrager til en god og autismevenlig overgang til voksenlivet for de unge med autisme, som nærmer sig 18 år, herunder fokus på overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse.

På voksenområdet vil der typisk være behov for tæt samarbejde mellem personen med autisme, eventuelle pårørende, fagpersoner og beskæftigelsestilbud eller uddannelsestilbud, eventuelt botilbud og myndighed, for at kunne støtte og hjælpe den enkelte bedst muligt.

4 Målgruppekompleksitet (Parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksitetens samlede påvirkning af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for en specialiseret indsats på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 1). Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1: Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykisk vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

4.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Dette afsnit indeholder en idealtypisk beskrivelse af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for indsatser. Behovet for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer vil ændres over tid, da både personen med autismes behov og funktionsevne kan ændres fx grundet belastning. En længerevarende belastning kan forårsage langvarige følgevirkninger, hvor der er brug for lang tids intervention, behandling og restituering, for at genoprette, bedre eller opretholde personens funktionsevne.

Det følgende afsnits struktur og tematikker er inspireret af diagnosekriterierne i hhv. ICD-10⁸ og kommende ICD-11. De nedenstående kategorier repræsenterer derfor de kernesymptomer og væsentlige sociale forhold, der belyses i udredning og behandling i forhold til autismeområdet. Kategorierne er følgende: Kommunikativ funktionsevne, IQ og kognitive funktionsevner, sensorisk profil, komorbiditet, sundhedsmæssige forhold, sociale problemstillinger, samt ressourcer og styrker.

Kommunikativ funktionsevne

Den kommunikative funktionsevne er påvirket i forskellig grad hos personer med autisme, hvilket ligeledes ofte påvirker socialt samspil, hvor både personen med autisme og omgivelserne kan misforstå hinanden. Påvirkning af den kommunikative funktionsevne kan komme til udtryk som manglende eller tilbagestående talesprog, manglende forsøg på at kompensere med mimik eller gestikulation, nedsat evne til spontan samtale, anderledes brug af ord og sætninger, stereotyp, repetitiv eller særpræget kommunikation. Afhængig af personens funktionsniveau vil personen med autisme forstå indholdet i en samtale mere konkret og bogstaveligt end andre og ikke i samme grad lægge mærke til de følelsesmæssige og sociale komponenter i samtalen.

IQ og kognitive funktionsevner

Inden for autismespektret findes både personer med udviklingshæmning (mental retardering) og personer med høj begavelse. IQ har stor betydning for personen med autismes samlede funktionsevne, samt for personens udviklingspotentiale.

I forhold til indplacering på niveauer i denne målgruppebeskrivelse, er IQ dog ikke i sig selv afgørende ift., om funktionsevne og behov samlet set er på lavt, moderat eller højt specialiseret niveau. Fx kan en person med høj IQ have behov for indsats på højt specialiseret niveau, da personens samlede funktionsniveau på nogle områder kan være lavt fx pga. belastningsreaktioner eller komorbiditet.

For personer med autisme er der især tre områder, hvor deres kognitive funktioner er påvirket, hvilket kan medføre en anderledes tænkning og forståelse i forhold til:

- Evnen til at forstå og indleve sig i egne og andres tanker og følelser (mentaliseringssevne)
- Evnen til at forstå mening, sammenhæng og kontekst (detaljefokus grundet svag central kohærens⁹)
- Evnen til at planlægge, organisere og være fleksibel (eksekutive funktioner)

Ofte har personer med autisme svækkede eksekutive funktioner i forskellig grad. Dette kommer bl.a. til udtryk som vanskeligheder med overblik, arbejdshukommelse, planlægning, initiativ, kognitiv fleksibilitet (fx at ændre retning/mening/adfærd), samt vanskeligheder ved at hæmme impulser, følelsesmæssig regulering, samt monitorering af egen opgaveløsning og adfærd. Mange personer med autisme har ligeledes nedsat bearbejdningshastighed, hvilket kan medføre langsommere reaktion på input og stimuli.

⁸ WHO har udformet et system til klassifikation af sygdomme, kaldet ICD. ICD-10 er den 10. udgave af denne.

⁹ Central kohærens er hjernens tendens til at sætte detaljer og information sammen i kontekster for at skabe mening og se helheden. Kohærens sørger for, at man kan samle detaljer og skabe mening ved at sammensætte disse til helheder. En svag central kohærens medfører udfordringer med detaljefokus, at afkode sine omgivelser og se sammenhæng på tværs.

Sanse-mæssige udfordringer

Mange personer med autisme har forskellige grader af vanskeligheder relateret til at sortere i og bearbejde sanseindtryk. Dette kan gøre det vanskeligt, at finde den rette mængde og type af sanseindtryk til den enkelte, hvilket kan resultere i fx udadreagerende, selvskadende eller reserveret adfærd. Alle sanser kan være påvirket dvs. både fjernsanserne, hvor stimuli kommer ude fra fx syns-, lugte-, høre- og smagssans, samt nærsansen, hvor stimuli stammer fra egen krop fx berørings- og følesans, samt den interoceptive sans (fornemmelsen for, hvad der sker i ens krop).

Komorbiditet og belastningsreaktioner

Autisme optræder ofte sammen med andre psykiatriske eller somatiske tilstande. Hyppigt forekommende komorbiditeter er følgende:

- Udviklingshæmning (mental retardering)
- ADHD
- Stress, angst og depression
- Tics, Tourette og OCD
- Epilepsi
- Psykose

Ovenstående er ikke en udtømmende liste idet, der også kan optræde andre komorbide tilstande fx fysiske funktionsnedsættelser som blindhed eller døvhed, cerebral parese, samt andre psykiatriske eller somatiske tilstande.

En længerevarende belastning kan ligeledes forårsage andre følgevanskeligheder til autisismen som irritabilitet, selvskade, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog, selektivt spisemønster (3), vågenhed som hyper- eller hypoaktivitet¹⁰, dysregulering¹¹ og ekstrem kravundgåelse.

De sociale problemstillinger ved autisme og deres betydning for funktionsevnen kan forstærkes, når autisme optræder sammen med andre udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder (9).

Sundhedsmæssige forhold

Mange personer med autisme kan opleve udfordringer relateret til sundhedsmæssige forhold, der kan påvirke deres samlede funktionsevne. Udfordringerne kan bl.a. skyldes meget stillesiddende liv med sundhedsmæssige risici til følge eller det modsatte, hvor træning fylder for meget (overtræning og træningsafhængighed), udfordringer med at varetage egen sikkerhed og sundhed (fast døgnrytme, kost og motion mv.) eller manglende motivation eller fokus i forhold til sundhed. Mennesker med autisme har ofte vanskeligt ved at mærke, forstå og tolke signaler fra egen krop (bl.a. smerte) og at kunne kommunikere dette konkret til andre. Derfor kan personer med autisme have svært ved at henvende sig til sundhedspersonale ved sygdomstegn.

En stor andel af børn, unge og voksne med autisme har udfordringer relateret til mad og spisning fx begrænset repertoire af ønskede madvarer, selektiv spisning og særlige

¹⁰ Hyperaktivitet er en tilstand præget af rastløshed, impulsivitet og overaktivitet, mens hypoaktivitet dækker over det modsatte (inaktivitet, manglende/langsom bearbejdning af input).

¹¹ Dysregulering refererer til følelsesmæssige reaktioner, der ikke er tilpassede eller passende som følelsesmæssig reaktion i konkrete situationer fx at udvise en glædesreaktion ved intens smerte.

spiseritueler Der ses øget forekomst af hhv. overvægt og undervægt hos personer med autisme, vitaminmangel mv.

Mange personer med autisme har søvnproblemer eller udfordringer relateret til en omvendt døgnrytme. Dette gælder både evnen til at gå fra vågen tilstand og over i at finde ro og falde i søvn, samt at blive ved med at sove.

Socialt samspil og adfærd

Børn, unge og voksne med autismes udfordringer relateret til socialt samspil kan medføre sociale udfordringer af forskellig art. Hvis det sociale samspil er meget udfordret og personen med autisme ofte oplever at blive misforstået, kan personen med autisme reagere ved social tilbagetrækning, udfordrende adfærd, selvskaade eller ende i social isolation.

Sociale problemstillinger

Der kan ses sociale problemstillinger som misbrugsproblematikker, kriminalitet eller hjemløshed eller risiko herfor pga. egen adfærd eller forhold i omgivelserne. Graden og summen af den/de sociale problemstilling(er) har stor indvirkning på personens samlede støttebehov.

For børn har forældrenes sociale situation, sociale tilknytning og mestringsevner stor betydning for barnets udviklingsmuligheder. Ligeledes har samarbejdet mellem myndighed, fagpersoner og forældre betydning for, i hvor stor udstrækning der kan sikres en sammenhæng i indsatserne for barnet, så fx en fælles faglig tilgang til barnet fastholdes både i hjemmet og skolen. Disse forhold kan være risikofaktorer i forhold til barnets udviklingsmuligheder, men er ikke inddelt på specialiseringsniveauer i nedenstående tabel, da det knytter sig til barnet og familiens samlede støttebehov frem for funktionsevne.

Ressourcer og styrker

Det er vigtigt at få afklaret den enkeltes individuelle styrker og ressourcer, når personens samlede funktionsevne skal beskrives, da disse kan bidrage positivt til personens samlede trivsel, mestring og udviklingsmuligheder. Fx er der mange med autisme, der er gode til at få øje på og huske detaljer eller fordybe sig og få dyb viden om et afgrænset emne.

4.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

Skemaet skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved en eller flere af de beskrevne karakteristika under det enkelte niveau. Personer med autisme har ofte en ujævn udviklingsprofil, hvilket betyder, at personen med autisme kan have udfordringer på tværs af niveauerne. Dette betyder samtidig, at personen med autismes behov for indsatser også kan gå tværs af niveauerne fx kan personen på nogle livsområder have behov for højt specialiserede indsatser og let specialiserede indsatser på andre. Sundhedsforhold og ressourcer indgår ikke i tabellen, da disse går på tværs af de tre specialiseringsniveauer. Fx vil personer med autisme altid have ressourcer og styrker uanset om de samtidig har behov for indsatser på et af de tre specialiseringsniveauer.

Tabel 1: Målgruppekompleksitet (paramenter 1)

Let	Moderat	Højt
Kommunikativ funktionsevne		

Let	Moderat	Højt
<p>Der kan ses mindre udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Oftest vil personen kunne navigere sprogligt, socialt og pragmatisk i sociale fællesskaber ved egen hjælp eller med let støtte.</p>	<p>Der kan ses mindre til meget tydelige udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Hos nogen ses mangelfulde kommunikative færdigheder. Kommunikationen stiller krav til omgivelsernes evne til at tolke og understøtte kommunikationen ift. både deltagelse i sociale fællesskaber, basale behov og identitetsunderstøttelse.</p> <p>Hos personer med talesprog kan der ses udfordringer i et vist omfang relateret til de kommunikative færdigheder, der knytter sig til at kunne tolke og anvende følelsesmæssige og sociale komponenter i en samtale.</p>	<p>Der kan ses markante og tydeligt indgribende udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Hos nogen ses meget mangelfulde kommunikative færdigheder. Kommunikationen stiller krav til omgivelsernes evne til at tolke og understøtte kommunikationen ift. både deltagelse i sociale fællesskaber, basale behov og identitetsunderstøttelse.</p> <p>Hos personer med talesprog ses udfordringer i større omfang relateret til de kommunikative færdigheder, der knytter sig til at kunne tolke og anvende følelsesmæssige og sociale komponenter i en samtale.</p>
IQ og Kognitive funktioner		
<p>Mindre tydelige udfordringer relateret til svækkede kognitive funktioner, herunder svækkede eksekutive funktioner. Udfordringerne påvirker i mindre grad personens daglige livsførelse, men kan kræve støtte ift. fx overblik, følelsesregulering i mindre grad, hukommelse og støtte til planlægning af aktiviteter og gøremål.</p>	<p>Tydelige udfordringer relateret til de eksekutive funktioner eller øvrige kognitive funktioner. Udfordringerne er i en grad, der påvirker flere livsområder og personen vil ofte have behov for støtte på disse livsområder fx ift. at bevare overblik, følelsesregulering, huske vigtige gøremål, få struktur på hverdagen, samt i nogle tilfælde støtte ift. udførelse og planlægning af basale hverdagsaktiviteter og selvomsorg.</p>	<p>Tydelige og indgribende udfordringer relateret til de eksekutive funktioner eller øvrige kognitive funktioner. Udfordringerne påvirker næsten alle livsområder og personen har ofte behov for vedvarende støtte relateret til disse livsområder fx ift. udførelse og planlægning af basale hverdagsaktiviteter og selvomsorg, følelsesregulering, hukommelse, struktur og overblik, samt i flere tilfælde at kunne afkode mening i aktiviteter og omgivelser.</p>
Sansemæssige udfordringer		

Let	Moderat	Højt
<p>Personen kan have udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller præferencer relateret til sansemæssige input.</p>	<p>Personen har udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller sensoriske præferencer. Grundet personens samlede udfordringsbillede vil reaktionen på de sansemæssige udfordringer ofte opleves som indgribende i personens hverdagsliv.</p>	<p>Personen har ofte udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller særlige sensoriske præferencer. Grundet personens samlede udfordringsbillede vil reaktionen på de sansemæssige udfordringer være af en art, der er særdeles indgribende i personens hverdagsliv og udfordrende at håndtere i omgivelserne.</p>
Socialt samspil og adfærd		
<p>Den sociale funktionsevne er udfordret i lettere grad, og ofte kan personen indgå i socialt samspil på egen hånd eller med let støtte.</p> <p>Mindre grad af udfordrende adfærd af mindre alvorlig grad fx mindre vredesudbrud, irritation eller korterevarende social tilbagetrækning.</p>	<p>Den sociale funktionsevne er udfordret. Der ses ofte flere vanskeligheder med at tilgå sociale samspil, og oplevelser af social eksklusion hos den enkelte person med autisme kan optræde.</p> <p>Der ses indadreagerende og/eller udadreagerende adfærd fx i form af social tilbagetrækning, udfordringer med selvregulering, selvskadende adfærd i mindre omfang.</p>	<p>Den sociale funktionsevne er tydeligt udfordret. Der ses flere vanskeligheder ved at deltage i sociale samspil. Personen med autisme vil ofte opleve social eksklusion eller personens netværk vil opleve personen, som socialt isoleret i problematisk grad.</p> <p>Der ses både indadreagerende og/eller udadreagerende adfærd fx i form af social tilbagetrækning, alvorlige udfordringer med selvregulering, høj grad af selvskadende adfærd, grænseoverskridende adfærd eller lignende.</p>
Komorbiditet		
<p>Der kan ses komorbiditet på dette niveau, men graden af tillægsdiagnosen er mindre alvorlig og/eller velbehandlet gennem en pædagogisk indsats eller somatisk behandling.</p>	<p>En del vil have komorbiditeter som fx udviklingshæmning, ADHD, angst og depression, tics, tourette og lignende, mens andre kun har autisme i kompleks grad.</p>	<p>En del vil have komorbiditeter som fx udviklingshæmning i svær grad, ADHD, tics, tourette, svær grad af angst og depression eller spiseforstyrrelse af alvorlig grad, mens andre kun har</p>

Let	Moderat	Højt
Eksempler på tillægsdiagnoser og øvrige følgevanskeligheder kan bl.a. være ADHD, lettere angsttilstande, søvnvanskeligheder eller øvrige velbehandlede sundhedsmæssige forhold	Der kan ses andre følgevanskeligheder som fx irritabilitet og selvskade, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog og selektivt spisemønster (3).	autisme i omfattende og kompleks grad. Der kan ses andre følgevanskeligheder fx irritabilitet og selvskade, psykose, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog og OCD (3.). selektivt spisemønster (3).
Belastningsreaktioner		
Belastningsreaktion der kommer til udtryk på en måde, hvor der med få redskaber eller mindre intervention kan inter文neres for at dæmme op for den samt forebygge at belastningsreaktioner øges på sigt fx ved at fagpersoner støtter personen til at kunne overskue situationen ved kravsnedsættelse, enkle handleanvisninger eller ved at arbejde med personens mestringsstrategier i forhold til dét, der belaster.	Belastningsreaktioner der kommer til udtryk på en måde, der vil kræve flere redskaber og interventioner, for at dæmme op for den og forebygge at belastningsreaktioner øges på sigt fx kan det kræve ændring af fysiske rammer, kravsnedsættelse i længere perioder, konkrete handleanvisninger eller ro-skabende aktivitet	Belastningsreaktioner, der kommer til udtryk på en måde, hvor der er behov for en bred vifte af interventioner for at dæmme op for belastningen samt forebygge, at der udvikles yderligere psykopatologi. Dette kan fx være større ændringer af fysiske rammer, øget støtte (også til basale hverdagsaktiviteter personen tidligere har kunnet), omfattende kravsnedsættelse, ro-skabende aktiviteter fx sansestimuli eller enkle og konkrete handleanvisninger målrettet restitution.

5 Målgruppens størrelse (Parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 1).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
2: Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

I 2018 var 44.909 børn, unge og voksne registreret med en autismediagnose. Det svarer til en forekomst af autisme hos børn og unge på 1,7 pct. i 2018. Forekomsten af autisme hos voksne i 2018 var lige under 1 pct. af befolkningen¹². Kønsfordelingen er 4 drenge pr. 1 pige, når autisme optræder uden udviklingshæmning, og 2 drenge pr. 1 pige, når autisme optræder sammen med udviklingshæmning.

Personer med autisme kan ligeledes have øvrige diagnoser. Socialstyrelsens egne beregninger viser, at ADHD er den hyppigste samtidige diagnose hos personer med autisme. Udviklingshæmning, angst, epilepsi og spiseforstyrrelser er ligeledes hyppigt forekomne samtidige diagnoser med autismen. Henvendelser om rådgivningsforløb til Den Nationale Videns og Specialrådgivningsorganisation (VISO) omhandler i høj grad autisme i kombination med andre funktionsnedsættelser. Der kan således være yderligere vanskeligheder som fx, depression, selvskadende adfærd, udadreagerende adfærd og spiseforstyrrelse blandt personer med autisme.

Der findes ikke data, der viser, hvilken type indsats personer med autisme får, og som kan bruges til at estimere andelen af målgruppen, som har brug for højt specialiseret indsatser. Det skyldes blandt andet, at det registres, hvilken ydelse der bevilges, fx §85 støtte, men denne §85 støtte kan gives i forskellig intensitet til personer med støttebehov fra det meget lette til meget komplekse. Ligesom ydelser efter serviceloven ikke gives med afsæt i diagnoser men i forhold til de konkrete individuelle behov. Socialstyrelsen kan således ikke på det eksisterende datagrundlag estimere andele af målgruppen, som har behov for indsatser fordelt på de tre specialiseringsniveauer.

6 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)

¹² Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (paramter 3) i den indsats, der er behov for i støtten til personen med autisme, for at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte¹³. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for forskellige indsatser, primært sociale indsatser (Serviceloven), ligesom behovet for indsatser på andre lovgivningsområder beskrives i det indledende generelle afsnit. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af behovene for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 2).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personen med autismes perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Ligesom behovet for koordination og samarbejde mellem sektorer er nødvendigt for at opnå en sammenhængende indsats. Forståelse for, hvordan autisme og eventuel komorbiditet kommer til udtryk hos den enkelte, er afgørende i tilgangen til personen, så omgivelserne ved at tilpasse krav, fysiske rammer og forventninger, kan understøtte personens deltagelses- og udviklingsmuligheder.

I en række situationer vil der være de samme behov for indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer. På nogle områder har det grundet manglende viden ikke været muligt at beskrive differentierede indsatser på henholdsvis let, moderet og højt specialiseringsniveau, og her er indsatserne beskrevet generelt på tværs af niveauerne. Det afgørende er fagpersonernes viden og kompetencer, som skal bruges i indsatsen, samt omfang og intensitet i indsatsen.

Nogle personer med autismes behov understøttes af andre lovgivninger end serviceloven. Disse beskrives på et generelt niveau. Personer med autisme får ligeledes ofte bistand eller støtte efter andre lovgivninger som fx folkeskoleloven, lov om kommunal indsats for unge under 25 år, lov om specialundervisning for voksne og lov om en aktiv beskæftigelsesindsats fx rådgivning eller støtte til at blive klar til uddannelse og job, måske på særlige vilkår. Beskrivelser af behov for støtte efter disse lovgivninger er medtaget for at skabe et helhedsorienteret billede af børn, unge og voksne med autismes støttebehov og skærpe fokus på koordinering mellem sektorer. Det kræver således en forståelse for sammenhængen i de forskellige indsatser til børn, unge og voksne med autisme på tværs af sektorområder for at fremme den enkeltes mestring, udvikling, trivsel og selvstændighed.

Følgende behov hos børn, unge og voksne med autisme beskrives i det generelle afsnit:

¹³ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

- Udredning/afdækning af behov
- indsatser på socialområdet og tilstødende områder
- Dagtilbud
- Undervisning og uddannelse
- Job og beskæftigelse
- Rådgivning

Indsatser, der beskrives på de tre specialiseringsniveauer, er sociale indsatser, som tydeligere kan differentieres i forhold til indsatsbehovet på let, moderat eller højt specialiseringsniveau. Alle indsatser retter sig mod at styrke den enkeltes eller familiens mestring. Det drejer sig om følgende indsatser:

- Socialpædagogisk indsats/støtte
- Støtte i forhold til behandlingsindsats
- Indsatser til pårørende

6.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Der er stor variation i personer med autismes behov for indsatser og behandling i et spænd fra let til højt specialiseret niveau. Det samlede støtte- og/eller behandlingsbehov kan ændre sig alt efter, om personen oplever yderligere belastninger eller bliver kompenseret tilpas, og dermed kan behovet for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer også ændre sig over tid. Personer med autisme har typisk behov for indsatser, der understøtter og hjælper til større forståelse af egne følelser og adfærd, samt andres intentioner og adfærd. Derudover har de behov for indsatser, der kompenserer for og udvikler sociale og kommunikative kompetencer. Som del af indsatsen har personer med autisme brug for omgivelser, der rummer forudsigelighed, struktur og tydelig kommunikation.

6.1.1 Udredning og afdækning af behov

Autisme fremtræder som et spektrum, hvilket stiller store krav til en grundig udredning, da en specifik diagnose inden for spektret ikke i sig selv giver et billede af den enkeltes funktionsevne, udviklingspotentialer og støttebehov (6). I udredning og afdækning af behov er det vigtigt, at personen med autisme er en central vidensperson om egne behov og udfordringer. For de børn, unge og voksne med autisme, som ikke selv kan udtrykke sig tilstrækkeligt om egne behov, er det vigtigt, at personens perspektiv repræsenteres på anden vis fx via pårørende i udredning og afdækning af behov.

En grundig udredning og tilpassede indsatser kan være med til at forebygge, at barnet, den unge eller voksne med autisme senere udvikler komorbide tilstande og øvrige diagnoser med store menneskelige og økonomiske konsekvenser. Den diagnostiske udredning sker for hhv. børn og unge ofte i børne- og ungdomspsykiatrien og for voksne i voksenpsykiatrien. Nogle personer med autisme udredes hos en speciallæge i psykiatri eller hos en psykiater i privat regi. Kommunerne har derudover ansvaret for en funktionsudredning for at kunne igangsætte den rigtige indsats.

Kommunerne bruger forskellige udredningsværktøjer ift. vurderinger af behov for støtte og behandling. Fælles på tværs af diverse udredningsredskaber er fokus på personens funktionsevne i samspil med omgivelserne, samt aktivitet og deltagelse i samfundslivet.

For at personen med autisme opnår de bedst mulige forhold for udvikling af personlige kompetencer, sundhed og et selvstændigt liv som sine jævnaldrende, er det nødvendigt med en udredning på tværs af de områder, der udfordrer personen. Der vil være behov for at lave en

samlet undersøgelse af personens funktionsniveau i hverdagen, herunder ressourcer og udfordringer, hygiejne, egenomsorg, deltagelse i fritidsliv og samfundsmæssige aktiviteter. Det kan fx dreje sig om nedenstående former for udredning og afdækning:

- Neuropsykologisk udredning
- Udredning af personens generelle kognitive niveau
- Udredning af kommunikativ funktionsevne
- Udredning af eksekutive funktioner
- Udredning af sanseforstyrrelser
- Udredning og afdækning af søvnforstyrrelser
- Afdækning af stressbelastning

Det kan desuden være relevant at udarbejde en sensorisk profil, som beskriver den enkeltes evne til at bearbejde sanseindtryk, og som kan vise sansemønstre i forhold til, hvilke sanser der er over- eller understimulerede.

I tilrettelæggelsen af indsatser er det endvidere vigtigt at få afdækket personens specifikke kognitive profil, da personer med autisme kan have en ujævn udviklingsprofil, hvor de har ressourcer på nogle områder, men store vanskeligheder på andre.

For at igangsætte den rette sammenhængende indsats og støtte er viden om omgivelserne, samt familiens og netværkets ressourcer og belastningsgrad vigtige i afdækningen.

Der kan være brug for afdækning af behov for hjælpemidler, fx tyngdedyner, der kan hjælpe på søvnen, eller apps, der kan skabe struktur i hverdagen. Det kan også være brug for at afdække behovet for særlig indretning af lokaler fx et lokale, der kan indrettes visuelt understøttende eller med afskærmning.

6.1.2 Indsatser på socialområdet og tilstødende områder

Støtte efter serviceloven ydes med det formål at styrke den enkeltes trivsel, mestring og deltagelses- og udviklingsmuligheder.

Der kan ikke peges på én indsats, der afhjælper samme udfordring for personer med autisme. En undersøgelse af social isolation blandt unge voksne med autisme peger på, at der ikke kan gives entydige svar på, hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer hjælpen til den enkelte unge – fx når det gælder selvstændighed, social interaktion eller mål for fremtiden (11). Der kan være individuelle og miljømæssige forhold, som bevirker, at det, som er fremmede for én person, er hæmmende for en anden med umiddelbart tilsvarende problematikker. Derfor er fagpersoners indsigt i, og viden, om den enkelte person med autisme afgørende (11).

I de følgende afsnit beskrives de sektorområder, som typisk vil være nødvendige at sikre koordinering og samarbejde med på tværs af indsatser for at sikre et helhedsperspektiv på fælles mål og støtte og går i en alm. institution med støtte om børn, unge og voksne med autisme.

6.1.2.1 Dagtilbud

Børn med autisme har varierende og individuelle behov for støtte til kommunikation, til at indgå i sociale relationer og hjælp til at forstå adfærd og følelser hos sig selv og andre. Der kan være brug for at anvende sansestimuli som reguleringsredskab for børn, der har behov for det.

Børnehavebarnet med autisme vil have varierende behov for, at fagpersoner med relevant faglig baggrund, som fx pædagoger med autismespecifik viden, understøtter barnets kommunikation, samvær og leg med jævnaldrende. Der kan også være behov for at logopæder, med særlig viden om autisme støtter barnets kommunikative kompetencer. Nogle børn med autisme har brug for kontinuerlig støtte i alle situationer i løbet af dagen, både ift. samvær, leg, kommunikation, samt fra let til massiv støtte til basale behov og praktiske færdigheder.

Der kan være behov for støtte fra Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) hhv. psykolog, logopæd, fysioterapeut/ergoterapeut, og til tider også rådgivning fra højt specialiserede eksterne leverandører. Der kan også være brug for, at barnet får sine behov for støtte tilgodeset i et dagtilbud, hvor fagpersonerne er specialiserede i at støtte børn med autisme.

For nogle børn starter udredningen for autisme i dagtilbud. Børn der har fået en diagnose inden for autismespektret går ofte enten i et særlig dagtilbud (SEL § 32), som er særlig tilrettelagt til disse børn eller også kan de modtage støtte efter dagtilbudsloven (DTL § 4, stk. 2) i almene dagtilbud. Der vil også være børn, som ikke går i dagtilbud.

6.1.2.2 Fritidstilbud

Ligesom andre børn og unge har børn og unge med autisme også behov for at indgå i fællesskaber i fritiden. Der kan være behov for at indgå i forskellige typer af fællesskaber fx fællesskaber sammen med børn og unge med eller uden autisme centreret omkring en fælles interesse eller fællesskaber forankret i et alment fritidstilbud eller i civilsamfundet.

Der kan også være behov for, at børn og unge støttes i samvær med personer, de kan spejle sig i, hvor de, i et trykt, forudsigeligt og velkendt miljø, laver aktiviteter efter interesser og behov samt lærer, øver og vedligeholder sociale kompetencer. Det foregår ofte på særlige fritidstilbud, som ligger i forbindelse med skolen/specialskolen. Nogle kommuner eller private aktører tilbyder også særlige ungdomsklubtilbud (SEL § 36) til unge med autisme, hvor de også kan gå en række år efter de fylder 18 år.

6.1.3 Undervisning og uddannelse

Børn, unge og voksne med autisme har ret til undervisning og uddannelse som alle andre. Det er den enkeltes funktionsevne og undervisningsmæssige behov, der er afgørende for, hvilken type og omfang af støtte i undervisningen, der er brug for.

Nogle børn og unge har brug støtte i den almene klasse i folkeskolen. Hvis barnet har mere omfattende støttebehov, skal denne tilbydes specialundervisning som støtte i den almene klasse i mindst 9 ugentlige timer eller specialundervisning i en specialklasse eller henvises til en specialscole. Børn og unge, der har behov for socialpædagogisk støtte eller behandling efter serviceloven og specialundervisning efter folkeskoleloven kan henvises til et dagbehandlingstilbud

Børn og unge, som går på Frie- og private grundskoler skal også have specialundervisning og anden specialpædagogisk støtte ved behov i lighed med børn og unge i folkeskolen.

Unge på ungdomsuddannelserne skal tilbydes specialpædagogisk støtte ved behov. Voksne med autisme kan ligeledes have behov for varierende grad af støtte fx mentorstøtte (LAB §167) ift. at gennemføre en ungdoms-, erhvervs- eller videregående uddannelser.

6.1.3.1 Grundskole

Børn og unge med autisme har i skoleregi ofte brug for støtte i varierende grad til fx at danne overblik, skifte aktiviteter, særlige fag, gruppearbejde og støtte til at indgå i sociale relationer og i venskaber. De kan have meget varierende behov for støtte til indholdet i de faglige fag, men ofte handler behovet for støtte om at igangsætte, forstå, planlægge og strukturere tid og opgaver. Der kan være behov for støtte i overgange mellem timer og frikvarter, uforudsete ændringer i løbet af dagen som fx brug af vikar eller skemaændringer o.a., som for børn med autisme kan være udfordrende og ofte medfører utryghed, angst eller forvirring. Børn og unge, der går i specialklasser og på specialskoler har ofte et meget omfattende behov for støtte til kommunikation og til at indgå i sociale relationer og danne venskaber.

Specialundervisning i almene folkeskoleklasser er afgrænset til at være støtte i mindst ni ugentlige undervisningstimer (Folkeskoleloven § 3 stk.2). I klassen kan fx tolærerordninger, hjælpe både det enkelte barn eller klassen som helhed. Børn og unge, hvis behov ikke kan opfyldes ved sådanne indsatser, skal tilbydes supplerende undervisning eller anden faglig støtte (folkeskolelovens § 3a). Når det besluttes om børn eller unge skal have specialundervisning, sker det efter en pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV) af eleven og i samråd med barnet/den unge og forældrene. Hvis barnet eller den unge skønnes at have behov for en særlig vidtgående hensyntagen eller støtte, der bedst kan imødekommes ved en regional foranstaltning (Folkeskoleloven § 21 stk.1), kan kommunalbestyrelsen henvise hertil.

6.1.3.2 Ungdomsuddannelse

Der er brug for en bred vifte af indsatser på ungdomsuddannelserne for unge med autisme, for at tilgodese en række individuelle og autismspecifikke behov for støtte. De unge kan have brug for specialpædagogisk støtte (SPS) fx i form af støtte til at forstå tekst og struktur i opgaveløsninger. De kan også have brug for ekstra pauser i løbet af dagen fx i særlige pauserum eller behov for særlig tilrettelagt undervisningsmateriale eller en særlig tilrettelagt ramme for udførelse af opgaver. Nogle unge med autisme har brug for en meget individuel tilrettelagt ungdomsuddannelse med omfattende og højt specialiseret støtte.

Ungdomsuddannelsesstilbud til unge med autisme er bl.a.:

- Almen studentereksamen (STX) eller erhvervsfaglig studentereksamen (EUX)
- Erhvervsuddannelse (EDU)
- Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU)

Nogle ungdomsuddannelsesstilbud har særlige autisraelinjer. Specialpædagogisk støtte i forbindelse med ungdomsuddannelser gives alt efter den unges behov og den enkeltes uddannelsers støttemuligheder. Der kan også gives specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser. Trods veludviklede kognitive funktioner kan nogle unge med autisme have svært ved at gennemføre både gymnasiale og videregående uddannelser.

6.1.3.3 Specialundervisning for voksne

Voksne med autisme har brug for at deltage aktivt i samfundet og kan have brug for støtte til fx udvikling af kognitive strategier, at bruge telefonen som hjælpemiddel (apps), kost og sundhed, taleundervisning og lignende. Efter Lov om Specialundervisning for voksne kan voksne med autisme tilbydes specialundervisning og specialpædagogisk bistand, hvor formålet er at afhjælpe eller begrænse virkningerne af en funktionsnedsættelse (kompenserende specialundervisning). Undervisningen skal øge mulighederne for at benytte kompenserende

strategier, metoder og hjælpemidler i hverdagen. Undervisningen er tidsbegrænset, skal have en klar målsætning og en planlagt progression og skal kunne evalueres.

6.1.4 Job og beskæftigelse

Unge og voksne med autisme har behov for job eller beskæftigelse på forskellige niveauer, med varierende indhold og grad af støtte. Typen og omfanget af støtten afhænger af, hvilket job og beskæftigelsestilbud, der er det rette for den enkelte. Det afklares i et afklaring- og eller udviklingsforløb om fx fuld- eller deltidsbeskæftigelse, flexjob eller beskyttet beskæftigelse er det rette, eller om der skal tildeles førtidspension sammen med fx beskyttet beskæftigelse eller et aktivitets- og samværstilbud.

Afhængig af den enkeltes støttebehov kan der på arbejdspladsen være brug for støtte til at organisere og strukturere opgaver eller i kommunikationen til kollegaerne eller eksterne samarbejdspartnere. Der kan ligeledes være behov for støtte uden for arbejdspladsen, fx til at estimere tid og planlægning af morgenen for at kunne møde til tiden. Nogle voksne med autisme kan have behov for støtte og hjælp til at kontakte forskellige myndigheder, som fx kontakte jobcentret, lægen eller socialforvaltningen. Personer med autisme er afhængige af, at virksomheder skaber rammer, som de kan fungere i, og at der er et socialt ansvar for at inkludere den enkelte person med autisme.

Nogle voksne vil have begrænsede evner i forhold til ordinær beskæftigelse med støtte eller beskyttet beskæftigelse (SEL § 103). De har i stedet brug for dagbeskæftigelse til at udvikle og vedligeholde kompetencer, samt til at indgå i fællesskaber, aktiviteter og socialt samvær, derfor kan de have behov for aktivitets – og samværstilbud (SEL §104).

For at personen kan opnå eller fastholde job, uddannelse eller forløb gennem jobcentret, kan det være afgørende, at den unge eller voksne med autisme tildeles mentorstøtte (LAB §167).

6.1.5 Rådgivning

Der er behov for rådgivning til personer med autisme og/eller deres forældre eller øvrige pårørende. For en kompetent rådgivning kræver det, at fagpersonerne har autismspecifik viden og erfaring med autismeområdet og forstår, hvordan de bedst rådgiver personer med autisme og deres forældre/pårørende.

Rådgivningen kan gives uanset graden af specialisering, og rådgivningen bør målrettes den/de enkeltes behov og understøtter den enkeltes mestringsstrategier.

Unge og voksne med autisme kan have behov for rådgivning i forbindelse med fx:

- Uddannelse
- Job
- Bolig
- Behandlings- og støttemuligheder
- Anvendelse af hjælpemidler eller hverdagsteknologiske løsninger

Forældre og pårørende kan have behov for rådgivning om behandlings– og støttemuligheder til personen med autisme, til sig selv eller til familien.

Forældre kan også have brug for rådgivning og vejledning i forbindelse med fx:

- Merudgifter (SEL §41)

- Tabt arbejdsfortjeneste (SEL §42)
- Foranstaltninger (SEL § 52, stk. 3), som kan iværksættes efter gennemførelse af en børnefaglig undersøgelse (SEL § 50)

Rådgivning og vejledning kan bestå af afklarende samtaler, gruppebaserede og individuelle tidsbegrænsede forløb ift. aktuelle problemstillinger, fx rådgivning om forebyggende indsatser, mestringsvejledning ift. forælderrollen og kurser om fx grundlæggende autismeforståelse og betydning af diagnosen (SEL § 11, § 12, §§ 82a, b, d og 85).

I det følgende afsnit beskrives tre centrale indsatser på socialområdet, som differentieres til de tre specialiseringsniveauer, let, moderat og højt.

6.2 Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer

6.2.1 Socialpædagogisk indsats/støtte

Personer med autisme har varierende behov for socialpædagogisk støtte. Fra indsatser af en mere forebyggende karakter til mere omfattende interventioner målrettet de fleste livsområder. Den socialpædagogiske støtte foregår i samarbejde med personen med autisme med størst mulig inddragelse og deltagelse.

I indsatserne er der brug for, at støtten kan gives på forskellige specialiseringsniveauer. Personer med autisme kan have brug for støtte på et let specialiseringsniveau i forhold til ét aspekt i livet, fx varierende grad af støtte individuelt eller i grupper til at indgå i relationer (SEL §52 stk. 6, SEL § 85). Den samme person kan på andre områder have brug for højt specialiseret støtte, fx støtte til kommunikation.

Personer med autisme og komorbiditet som fx udviklingshæmning, ADHD eller angst har ofte brug for indsatser, der støtter dem i flere eller de fleste af livets forhold. De har ofte brug for indsatser på moderat eller højt specialiseringsniveau. Det kan fx dreje sig om varierende grad af hjælp og støtte til at indgå i relationer, støtte til kommunikation, hjælp til personlig pleje og til at indgå i fritidsliv og job/uddannelse. De har brug for støtte både i grupper og støtte, som er mere eller kun individuelt tilrettelagt. Personer med autisme og komorbiditet har ofte brug for kontinuerlig vejledning med tydelige og autismevenlige rammer samt en genkendelig struktur.

Nogle personer med autisme kan være udfordret af at forstå egne følelser og have svært ved at se mønstre i egen adfærd og tanker. De har samtidig svært ved at forstå andres følelser, intentioner, adfærd og tanker. Derfor er der ofte brug for varierende grad og intensitet af autismespecifik støtte og hjælp til selvforståelse, identitetsudvikling, samt forståelse og håndtering af både egne og andres følelser.

Blandt personer med autisme ses øget forekomst af kønsdiversitet, fx kan personen opleve sig som transseksuel eller på anden måde identificere sig selv som værende del af LGBT+-grupperne. Dette kan opleves som en belastning, hvis omgivelserne ikke er i stand til at acceptere dette.

Der kan også være brug for indsatser som fx specialiseret seksualvejledning, der understøtter udviklingen af seksualitet og selvforståelse, samt specialiseret undervisning i seksualitet og

sundhed, som bidrager til b.la. forståelse for god hygiejne, beskyttelse mod udnyttelse på internettet, forståelse for kønspræferencer og passende adfærd.

Følgende er eksempler på behov for socialpædagogisk indsats/støtte hos målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens funktionsevne og behov på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit og omhandler;

Børn og unge:

- Autismepædagogisk støtte
- Praktisk hjælp og støtte
- Støtte til bolig

Voksne:

- Socialpædagogisk støtte
- Praktisk hjælp og støtte
- Støtte til aktivitet og deltagelse
- Støtte til bolig

I tabellen er først beskrevet et særskilt afsnit om behov hos børn og dernæst et afsnit om behov hos voksne. Hvis der i skemaet er kolonner, der er slået sammen, betyder det, at der ikke er forskel på de forskellige niveauer.

Tablet 2: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Socialpædagogisk indsats/støtte til børn og unge

Børn og unge		
Let	Moderat	Højt
Autismepædagogisk støtte		
<p>Flere børn med autisme bliver diagnosticeret lige før eller efter, de er startet i skolen. Børn og unge har brug for en indsats med autismepædagogisk tilgang med tydelig kommunikation og guidning (fx visuel) til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • At forstå følelser hos sig selv og andre • At strukturere og rammesætte opgaver og aktiviteter • At indgå i grupper og gruppearbejde • Følelsesregulering ved hjælp af brug sansestimuli 	<p>Børn og unge har brug for indsatser med autismespecifik tilgang, herunder stor grad af forudsigelighed og genkendelige rutiner. Der kan være brug for visuel støtte og guidning til at overskue dagen og aktiviteter. De vil have brug for stor støtte til flere områder, som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • Kommunikation • At strukturere og rammesætte aktiviteter og opgaver • At indgå i leg og danne sociale relationer og venskaber • Nogle børn vil have brug for logopædisk støtte ift. 	<p>Børn og unge kan have brug for indsatser med autismespecifik tilgang med stor grad af tryghed, forudsigelighed og genkendelige rutiner. De har brug for omfattende, intensiv og kontinuerlig støtte til de fleste områder, som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igang sættelse og deltagelse i aktiviteter og leg • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • Kontinuerlig pædagogisk støtte ift. kommunikation og sprogudvikling, herunder logopædisk støtte • At forstå følelser hos sig selv og andre

Børn og unge		
	kommunikation og sprogudvikling <ul style="list-style-type: none"> • At forstå følelser hos sig selv og hos andre • Følelsesregulering ved hjælp at brug sansestimuli 	<ul style="list-style-type: none"> • At give udtryk for deres basale behov, som sult, tørst ubehag, smerter osv. • At give udtryk for følelser som afmagt, glæde, irritation osv. • Praktiske færdigheder fx spisning, af- og påklædning
Praktisk hjælp og støtte		
Børn og unge kan have brug for let praktisk støtte til fx spisning eller transport træning, som ikke stemmer overens med barnets biologiske alder og/eller intellektuelle funktionsniveau.	Børn og unge kan have brug for praktisk støtte til fx spisning, buskørsel/transport eller, daglig planlægning af aktiviteter, som ikke stemmer overens med barnets biologiske alder og/eller intellektuelle funktionsniveau.	Nogle børn og unge er på et meget tidligt udviklingstrin, og har brug for at få dækket og blive forstået i helt basale behov. De har behov for en meget tæt relation til fagpersoner, som kan aflæse deres signaler, og som kender og kan reagere adækvat på børnenes adfærd.
Støtte til bolig		
Børn og unge bor ofte hjemme hos forældrene med eller uden støtte. Der kan være behov for aflastning i eller uden for hjemmet. Nogle vil have behov for i hjemmet fx til at komme i skole om morgenen.	Børn og unge bor hjemme hos forældrene, nogle vil have behov for pædagogisk støtte i hjemmet. Flere vil have behov for aflastning enten på aflastningssteder eller i en familie. Nogle har behov for stor støtte som gives på døgn- eller behandlingstilbud.	Børn og unge kan bo hjemme hos forældrene, hvor de har omfattende behov for støtte. De fleste har behov for aflastning enten på aflastningssteder eller i en familie. Mange vil har behov for omfattende og højt specialiseret støtte, som gives på døgn- eller behandlingstilbud.

Tabel 3 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Socialpædagogisk indsats/støtte til voksne

Voksne		
Let	Moderat	Højt
Generel socialpædagogisk støtte		
<p>Voksne med autisme har brug for en indsats med overskuelighed, ro og ekstra hjælp til det, der er udfordrende. Det kan bl.a. handle om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydelig kommunikation • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær • Tydelig guidning, fx visuel rammesætning for aktiviteter • Almindelig daglig levevis (ADL), fx planlægning af oprydning og lave mad • At opnå og fastholde tilknytning til uddannelse/job • At bruge nærmiljøet • At indgå i sociale aktiviteter og til at danne og vedligeholde venskaber • Instruktion i brugen af hjælpemidler • Personlig assistance og sekretærhjælp • Særligt udformede undervisningsmaterialer 	<p>Voksne kan have brug for støtte til selv at træffe valg og til at få indflydelse på sit eget liv. De har behov for stor grad af overskuelighed og genkendelighed, tydelig kommunikation og visuel guidning i de fleste aktiviteter og vil ofte have behov for stor støtte og hjælp til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At kommunikere • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og venskaber • Almindelig daglig levevis (ADL), fx støtte til oprydning, tøjvask og madlavning • At opnå uddannelse eller indgå i beskæftigelse • At indgå i aktiviteter og relationer med andre • Brug af hjælpemidler • At forstå egne og andres følelser og adfærd • At forstå kroppens udvikling • Hjælp til komorbide tilstande, som fx angst eller OCD • At indgå i fritids- og kulturaktiviteter 	<p>Voksne har behov for intensiv og omfattende autismspecifik støtte og hjælp på de fleste livsområder både personligt, socialt og praktisk gennem kortere eller længere tid. De har brug for kontinuerlig støtte til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At kommunikere • Udvikling, træning og vedligeholdelse af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og venskaber • Træning i almindelig daglig levevis (ADL), fx støtte til oprydning, tøjvask og madlavning • At indgå i job og beskæftigelse • At indgå i aktiviteter og relationer med andre • Konfliktløsning • At bruge hjælpemidler • Udvikling og forståelse af egne ressourcer • At forstå egne og andres følelser og adfærd • Inddragelse i eget liv og i at træffe valg

Voksne		
	<ul style="list-style-type: none"> • Administration af personlige forhold og konfliktløsning 	<ul style="list-style-type: none"> • Hjælp til egne komorbide tilstande, som fx angst eller OCD • At indgå i fritids- og kulturaktiviteter • At give udtryk for basale behov som tørst og sult • At give udtryk for følelser som afmagt, glæde, irritation osv. • At dæmpe angst og stressniveau • At forstå kroppens signaler og udvikling • Udfordrende adfærd • Social isolation • Særlige sansestimuli, der hjælper til en roligere hverdag
Praktisk hjælp og støtte		
Nogle voksne kan have brug for hjælp ift. praktiske gøremål, som fx at gennemføre morgenrutiner og møde til tiden, kontakt til jobcenter eller guidning til brug af fx hverdagsteknologier.	Nogle voksne kan have behov for støtte og rådgivning i forbindelse med praktiske funktioner (SEL § 83), som fx indkøb, ledsagelse til behandling og lægebesøg	Nogle voksne er på et meget tidligt udviklingstrin, og har brug for at få hjælp til og blive forstået i helt basale behov som fx spise, toiletbesøg og af- og påklædning. De har behov for en meget tæt relation til fagpersoner, som kan aflæse deres signaler og som kender og kan reagere adækvat på den voksne med autisms adfærd
Støtte til aktivitet og deltagelse		

Voksne		
<p>Voksne med autisme kan have behov for støtte til deltagelse i samfundslivet. Det kan fx være deltagelse i job og uddannelse.</p> <p>Støtten kan fx indeholde mentorstøtte efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og/eller bostøtte i en mere eller mindre afgrænset periode, for at kunne fastholde et job fx på særlige vilkår (flexjob).</p> <p>Eller støtte til deltage i en uddannelse fx forberedende grunduddannelse (FGU), Erhvervsuddannelse (EDU), almen studentereksamen (STX) eller erhvervsfaglig studentereksamen (EUX), nogle på særlige autisraelinjer.</p>	<p>En del voksne med autisme vil have brug for mere omfattende støtte for at klare et arbejdsliv, fx mentorhjælp og kan få dækket sine behov i enten beskyttet beskæftigelse eller et aktivitets- og samværstilbud.</p> <p>Der kan ligeledes være behov for støtte ift. afklaring af forsørgelsesgrundlag, fx i et ressourceforløb eller afklaringsforløb, eller hvorvidt der er grundlag for tildeling af førtidspension eller kontanthjælp.</p> <p>De unge/voksne (17-25-årige) har behov for stor støtte ifm. ungdomsuddannelse og går enten på Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU), FGU, eller særligt tilrettelagt undervisningsforløb, fx enkeltfags HF.</p>	<p>Der vil være voksne med autisme med normal eller høj begavelse, som har brug for intensiv og højt specialiseret støtte og rehabiliterende behandling i kortere tid, fx hvis en person har svær spiseforstyrrelse eller omfattende angst. Nogle af disse voksne kommer sig og lærer at mestre egne udfordringer uden eller med mere eller mindre støtte.</p> <p>Nogle af de voksne vil desuden kunne mestre et flexjob, mens andre kan komme i ordinær beskæftigelse på sigt. Andre voksne med autisme vil have brug for kontinuerlig og omfattende støtte for at klare et arbejdsliv og kan bedst få dækket sine behov for støtte i et aktivitets- og samværstilbud.</p> <p>De unge/voksne (17-25-årige) har behov for omfattende og højt specialiseret støtte ifm. ungdomsuddannelse og går typisk på Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelsesstilbud (STU), er i aflastning eller bor på bosteder/tilbud.</p> <p>Der kan også være voksne, som går på videregående uddannelser, som kan have brug for højt specialiseret støtte i kortere eller længere perioder for at fastholde tilknytning til eller</p>

Voksne		
		gennemførelse af deres uddannelse.
Støtte til bolig		
<p>Voksne vil ofte bo selvstændigt enten med eller uden samlever og have brug for støtte til fx struktur, kontakt til myndigheder, læge mv. De vil også være nogle voksne, som kan have brug for støtte til praktiske opgaver, som fx tøjvask, oprydning og rengøring</p>	<p>Voksne har typisk brug for stor støtte på flere parametre for at kunne leve så selvstændigt som muligt. De har ofte brug for stor pædagogisk og praktisk støtte. Nogle vil have brug for støtte døgnet rundt. De bor enten i midlertidige, fx bofællesskaber, eller længerevarende botilbud med autismespecifikke socialpædagogiske indsatser.</p>	<p>Voksne har typisk brug for stor støtte på de fleste parametre for at kunne leve så selvstændigt som muligt. De har ofte brug for massiv pædagogisk og praktisk støtte. De vil ofte have brug for støtte døgnet rundt.</p> <p>Voksne med sammensatte vanskeligheder og/eller omfattende komplekse udfordringer bor typisk på længerevarende botilbud eller i botilbudslignende tilbud med støtte. Det kan være ved interne psykologer, fysio- og ergoterapeut samt psykiater tilknyttet bostedet.</p> <p>Der vil være voksne med autisme med normal eller høj begavelse, som har brug for intensiv og højt specialiseret støtte og rehabiliterende behandling i kortere tid, fx når en person har svær spiseforstyrrelse eller omfattende angst. De vil typisk bo på et midlertidigt botilbud (SEL§107). Nogle steder er der interne psykologer, fysio- og ergoterapeut samt psykiater tilknyttet botilbuddet. Nogle af disse voksne kommer sig og lærer at mestre egne udfordringer uden eller med mere eller mindre støtte.</p>

6.2.2 Støtte i forhold til behandlingsindsats

Nogle personer med autisme har brug for behandling. Der kan være behandling som bl.a. gives i den regionale psykiatri fx medicinsk behandling eller misbrugsbehandling, som gives enten kommunalt eller privat, og hvor den pædagogiske indsats understøtter behandlingen. Der vil også være behandling, som gives i tilknytning til et botilbud som fx angstbehandling som varetages af intern eller ekstern psykolog, eller sanseintegrationsbehandling som varetages af en intern eller ekstern ergoterapeut. Inden en behandling igangsættes, vil der være brug for en grundig afdækning af behovet for behandling. En afdækning som involverer flere fagpersoner og fx fagpersoner i den regionale psykiatri.

Behandling til børn, unge og voksne med autisme retter sig mod den eller de komorbide tilstande, som kan støde til autisme, fx angst, belastningsreaktioner eller spiseforstyrrelse, og ikke mod autisms kernesymptomer. Det er vigtigt, at der kan sættes hurtigt ind med den rette tilpasning af miljøet og behandling af komorbide tilstande, for at afhjælpe følgerne af tilstanden. Behandlingen kan desuden rette sig mod sansemæssige forstyrrelser eller udfordrende adfærd. Derudover kan behandlingen være rettet mod familiedynamikker. Især hos yngre børn, vil der være tale om familiebehandling eller forældremedieret behandling.

Behandling kan eksempelvis være:

- Psykoedukation
- Medicinsk behandling
- Sanseintegrationsbehandling
- Individuel terapeutisk behandling
- Familiebehandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling
- Misbrugsbehandling

Det er vigtigt, at al behandling varetages af relevante fagpersoner med opdateret og indgående viden om, og bred erfaring med, behandling til personer med autisme. Det kan være fx være psykologer, psykiatere, familiebehandlere, specialpædagoger mv., der forestår behandlingen.

I skemaet er eksempler på målgruppens behov for støtte til behandlingsindsatser på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Støtte til behandlingsindsatser

Let	Moderat	Højt
<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på let specialiseringsniveau, vil der typisk være tale om følgende typer indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Indsatser med fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling¹⁴ af mindre grad af komorbide tilstande, fx angst, OCD. • Terapeutisk behandling af mindre grad af komorbide tilstande, fx belastningssymptomer, angst og OCD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi/afslapningsøvelser • Medicinsk behandling af ADHD, søvnproblemer og mild grad af angst og depression. 	<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på et moderat specialiseringsniveau, vil der typisk være tale om følgende typer indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Indsatser med fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling af fx omsorgssvigt eller psykiske tilstande, som kræver specialiseret behandling på moderat niveau, fx angst, depression, psykose osv. • Terapeutisk behandling af psykiske tilstande, fx belastningsreaktioner, depression, angst, OCD, psykose, PTSD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi/afslapningsøvelser • Medicinsk behandling af psykiske tilstande, fx psykose, angst, OCD, depression, søvn, svær udfordrende adfærd og irritabilitet, PTSD. 	<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på et højt specialiseret niveau, kan behandlingen dreje sig om fx høj grad af angst, voldsomme belastningsreaktioner, suicidal adfærd eller svær spiseforstyrrelse.</p> <p>Behandlingen kan dreje sig om omfangsrig behandling for én særlig type vanskelighed, fx høj grad af angst, eller en psykotisk tilstand, eller det kan dreje sig om behandling af flere typer af samtidige vanskeligheder.</p> <p>Der vil typisk være tale om følgende typer af indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatser med stor fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling af fx omsorgssvigt samt psykiske tilstande, som kræver høj grad af specialiseret behandling fx angst, depression, psykose og lignende. • Terapeutisk behandling af psykiske tilstande, fx belastningsreaktioner, depression, angst, OCD, psykose og PTSD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi

¹⁴ Miljøbehandling som har fokus på at indrette det fysiske, sociale og kommunikative miljø så barnet, den unge og voksne med autisme får flest mulige oplevelser af mestring.

Let	Moderat	Højt
		pi/afslapningsøvelser . <ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk behandling psykiske tilstande, som kræver høj grad af specialiseret behandling fx: psykose, angst, OCD, depression, søvn, svær udfordrende adfærd og irritabilitet, PTSD mv.

6.2.3 Indsatser til pårørende

Når et barn, en ung eller en voksen får en autismediagnose, er der brug for omgivelsernes forståelse af de udfordringer og støttebehov, det medfører, herunder hvordan eventuelle komorbide tilstande ligeledes påvirker livsudfoldelser, trivsel og støttebehov. I takt med livsændringer, fx i overgang til voksenlivet, ændringer i komorbide tilstande eller andet, kan der være et øget behov for støtte, kurser og rådgivning. Forældre har brug for psykoedukation, når barnet eller den unge diagnosticeres med autisme.

De fleste forældre vil have behov for autismespecifik vejledning, da autisme "ser forskellig ud" hos hvert enkelt barn. Forældrene har behov for kontinuerlig og individuel vejledning og opfølgning, så trivsel hos barnet/den unge med autisme og hos familien øges.

Det kan være en stor udfordring for forældre og pårørende at forholde sig støttende til en person med autisme og evt. svær komorbiditet. Forældrene og pårørende kan have behov for direkte støtte i form af supervision, rådgivning eller psykologhjælp, da de ofte i et vist omfang kommer til at varetage en behandlerrolle.

For at sikre fælles forståelse af personen med autismes behov og situation er der behov for tæt samarbejde mellem pårørende, skole, dag/døgntilbud og den kommunale forvaltning. For unge, fra 15 år og voksne er deres inddragelse og involvering i samarbejdet afgørende for den fælles forståelse. Samarbejdet bør sikre, at der arbejdes mod samme mål med gensidig koordinering, for at støtte personen med autisme bedst muligt, samt sikre, at der efter behov også støttes op om familie og øvrige pårørende.

På voksenområdet er det muligt at tilbyde kurser til forældre og deres voksne barn (SEL § 82 a)¹⁵. Kurser hvor forældre og voksne børn sammen deltager og som har til formål at støtte forældrene i at støtte deres voksne børn i forhold til særlige udfordringer, fx i overgangen til voksenlivet.

¹⁵ Fx i projekt 'Unge med autisme i overgang til selvstændigt voksenliv' (<https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/unge-med-autisme-overgang-til-selvstaendigt-liv>)

I skemaet er eksempler på behov for indsatser til pårørende hos målgruppen med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Indsatserne omhandler:

- Psykoedukation
- Aflastning

Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 4) - indsatser til pårørende

Let	Moderat	Højt
Psykoedukation		
På børneområdet kan forældre og pårørende have behov for psykoedukation, kurser og vejledning, fx til særlige problemstillinger, som betydningen af svage eksekutive funktioner, og behov for støtte til socialt samspil.	<p>På børneområdet har forældre og pårørende behov for autismespecifik vejledning og kurser i håndtering af udfordrende adfærd, specielt hvis barnet eller den unge isolerer sig, har selvskadende eller aggressiv adfærd.</p> <p>Det kan dreje sig om psykoedukation, kurser til forældre, søskende og andre pårørende i forhold til særlige problemstillinger med viden om bl.a. betydningen af øvrige diagnoser og/eller tillægsvanskeligheder, som fx angstproblematikker.</p>	<p>På børneområdet har forældre og pårørende behov for autismespecifik viden og konkret rådgivning og træning, fx hvordan de kan arbejde med struktur, rutiner, motiverende samt adfærds- og følelsesregulerende tilgange og trænes i udarbejdelse af visualiserede guidelines.</p> <p>Det kan dreje sig om psykoedukation, kurser til forældre, søskende og andre pårørende i forhold til særlige problemstillinger med viden om fx betydningen af samtidige vanskeligheder, som autisme og ADHD samt svær udfordrende adfærd.</p> <p>Yderligere kan det dreje sig om træning af og anvendelse af barnets kommunikationsformer til forældre, hvis børn/unge ikke har, eller har et svagt, verbalt sprog.</p> <p>Forældre bør tilbydes autismespecifik og konkret vejledning om håndtering af udfordrende adfærd, specielt hvis barnet eller den unge har selvskadende eller aggressiv adfærd rettet mod andre personer eller omgivelser.</p>
Aflastning		
Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved enten en	Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved enten en	Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved at enten barnet

Let	Moderat	Højt
døgnaflastning eller ved aflastning i hjemmet.	døgnaflastning eller ved aflastning på timebasis i hjemmet eller på anbringelsessteder.	med autisme tilbydes en døgnaflastning eller ved aflastning på timebasis i hjemmet eller på anbringelsessteder.

6.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

En del af paramenter 3 handler om behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde i indsatserne. I samarbejdet om at støtte personer med autisme er der behov for samarbejde og koordination internt i kommunen og eksternt ved behov, fx med regionen eller på tværs af kommunegrænser, hvis personen med autismes tilbud er placeret i en anden kommune. Denne opgave kan fx varetages af en fagperson med en tovholderfunktion med særlig autismespecifik viden, som løbende sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan i samarbejde med personen med autisme. Som en del af koordineringsfunktionen skal der være et indgående kendskab til kommunen på tværs af forvaltninger og lovgivninger, landskabet af eksterne aktører samt de indsatser og tilbud, der kan tilbydes personen og dennes pårørende.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at ydelser og foranstaltninger tager udgangspunkt i personen med autisme og forældre/pårørendes perspektiv, ressourcer og behov, samt at dette perspektiv er omdrejningspunkt for samarbejdet om og koordineringen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Nedenstående skema viser behovene for tværfaglig og tværsektoriel koordinering på de tre specialiseringsniveauer inden for følgende tre områder:

- Samarbejde og koordinering med personen med autisme og familien/pårørende
- Samarbejde om fælles mål, plan og faglig tilgang
- Koordination og samarbejde på tværs af forvaltninger og sektorer

Tabel 6: Sammensætning af ydelse og foranstaltninger (parameter 3) - Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Let	Moderat	Højt
Samarbejde og koordinering med personen med autisme og familien/pårørende		
	Behov for samarbejde og koordinering om en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i barnet, den unge eller voksne med autismes perspektiv og behov (fx på skoleområdet ved brug af tilgangen Barnets Stemme, som er et skolebaseret mødeforløb med skolens tværfaglige ressourcecenter,	Behov for en integreret indsats og høj grad af samarbejde og koordinering om en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i barnet, den unge eller voksne med autismes perspektiv og behov (Fx ved brug af tilgangen LA2, som guider fagpersoner til at inddrage personen med autisme som erfarings-eksperten i sin egen trivsel).

Let	Moderat	Højt
	lærere/pædagoger, barnet og familien).	
Behov for, at der samarbejdes om en helhedsorienteret indsats med et tæt forældresamarbejde/pårørendesamarbejde, hvor forældrene/pårørendes viden om barnet, den unge eller voksne bringes i spil. Ansvar og roller bør være tydelige, så alle ved, hvad de skal gøre, og indsatsen skal være koordineret og med kontinuerlig evaluering.		
Fælles mål, plan og faglig tilgang		
Behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme.	Behov for tæt samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme. Der kan være behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde eller samarbejde med øvrige aktører om at vedligeholde og udvikle viden, erfaring og kompetencer om komplekse autisme eller komorbiditet.	Behov for tæt samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme. Det kan være relevant at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale eller regionale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed i form af kompetencer, viden og erfaring om særligt komplekse autismeudfordringer eller vanskelig komorbiditet.
Koordination på tværs af forvaltninger og sektorer		
Behov for koordinering af indsatsen, som bl.a. kan sikre, at personen med autisme får koordineret information om ydelser i forskellige forvaltninger og på tværs af sektorer (fx ungdomsuddannelse og samtidigt §85 forløb).	Behov for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, om indsatser med fagpersoner fra både kommunale, tværkommunale, regionale og private aktører. Dette kræver en særlig koordinering og samarbejde om indsatsen (fx samarbejde mellem støttekontaktperson og beskæftigelsesindsatser til personer med autisme.)	Behov for tæt koordinering og samarbejde på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, om indsatser med fagpersoner fra både kommunale, tværkommunale, regionale og private aktører. Dette kræver en særlig koordinering og tæt og integreret samarbejde om indsatsen. Og etablering af en tovholderfunktion med autismeviden (fx samarbejde mellem privat botilbud, misbrugsbehandling, ungdomsuddannelse og social forvaltning i samarbejdet om at støtte en ung døgnanbragt 16 årig med autisme og ADHD, samt

Let	Moderat	Højt
		svært udadreagerende og misbrugende adfærd).

7 Fagligt indhold (Parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatsen på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I beskrivelserne fokuseres på de kompetencer, der skal være til stede i indsatsen, herunder kompetencer i at anvende relevante faglige tilgange og metoder, samt til at benytte hjælpemidler og teknologi i indsatsen. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 2).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
4:Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

7.1 Generelt om behov for kompetencer i indsatsen

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de medarbejdere, der har autismespecifik viden og praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Evnen til at samarbejde med personer med autisme i indsatsen er afgørende. Kompetencer og erfaring skal således vurderes ift., om de matcher personer med autismes differentierede behov. Det gælder fx metoder og kompetencer til at arbejde relationelt med personer med autisme.

Autismespecifikke kompetencer omhandler:

- Viden om autisme i teori og praksis
- Viden om, hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person
- Viden om stressfaktorer for den enkelte person med autisme
- At kunne arbejde med personens motivation med udgangspunkt i personens funktionsevne og interesser
- At praktisere kommunikation, som er visuelt underbygget og med opmærksomhed på personens latenstid¹⁶
- At kunne praktisere struktur, forudsigelighed og genkendelighed
- At opbygge en relation, hvor tydelighed, logik og fakta, herunder at samarbejde omkring et tydeligt formål, er bærende elementer

¹⁶ Tidsrummet fra et spørgsmål stilles, til der gives svar eller en reaktion.

- At praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme, som er meningsgivende og sammenhængende for personen med autisme
- At være reflektiv og bevidst om egen praksis, herunder evnen til at kunne ændre egne strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse
- Psykisk robusthed med evne til at arbejde med opmærksomhed på affektsmitte¹⁷, herunder evner til at kunne høre et budskab uden at blive aktiveret af en mulig kritisk form og at handle empatisk med kreative løsninger

En anden vigtig kompetence er at have fokus på den værdi, man som fagperson skaber for og med personen med autisme, samt evnen til at kunne afdække personens individuelle behov og livssituation og anvende denne viden i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Det er vigtigt at være bevidst om, og tydelig på, hvad egen faglighed og fremtræden har af betydning for arbejdet med barnet, den unge eller voksne med autisme og at kunne koble egen faglighed med andre fagligheder.

Det kræver stor viden og autismespecifik kompetencer at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal have indgående viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte. Der kan være brug for forskellige fagpersoners og deres faglighed fx psykiatere, psykologer, pædagoger, lærere, logopæder og fysio- og ergoterapeuter, som har stor viden om autisme. Ligesom socialrådgivere og andre fagfolk, der er i kontakt med personer med autisme, bør have en elementær viden om og forståelse for funktionsnedsættelsen, samt hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person. Fagpersonerne skal arbejde sammen og sammensætte en fælles og helhedsorienteret behandling, hjælp og støtte sammen med personen med autisme og eventuelt dennes forældre/pårørende.

Når autisme optræder sammen med komorbide tilstande og andre tilstødende vanskeligheder, som angst, misbrug, belastningsreaktioner, selvskadende eller udfordrende adfærd, er der brug for stor viden om autismen og de komorbide tilstandes indbyrdes virkninger.

7.1.1 Metoder

Fagpersonernes indsigt i og viden om personen med autisme er afgørende. I litteraturen og i specialistgruppens arbejde under udarbejdelsen af denne målgruppebeskrivelse, er det blevet tydeligt, at der ikke synes at være bestemte enkeltmetoder, der generelt er virksomme på tværs af alle kontekster, men der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange, som kan anvendes afhængig af behov (11).

Eksempler på pædagogiske tilgange, redskaber og metoder (4, 2, 11):

- TEACCH (rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne, Social stories og visualiseringer)
- Social træning (fx PEERS, Social Tænkning, Sociale historier, KAT-kassen),
- Psykoedukation (fx samtalemapper, KAT-kassen)
- Low Arousal (fx Afstemt Pædagogik, LA2)
- Kognitiv adfærdsterapi (fx Cool kids, MASSI)

¹⁷ Fagpersoner holder egen affekt nede for at undgå at virke oprappende på personen med autismes affektniveau og hvor fagpersonens ro, kan medvirke til at skabe ro hos personen med autisme.

- Fælles faglig tilgang til kommunikation (fx Alternativ og Supplerende Kommunikation (ASK) med visuelle elementer)
- Fælles faglig tilgang til brug af fysiske rammer og indretning (fx afskærmning, mulighed for at trække sig, plads til at finde ro)
- Fokus på sundhedsmæssige forhold (kontinuerlige lægetjek, Det dobbelte KRAM (Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Kompetencer, Relationer, Accept, Mestring)
- Fælles faglig tilgang til støtte til almindelig daglig livsførelse (ADL) tilrettet den enkelte og den aktuelle situation

De forskellige metoder/programmer kan modelleres til at imødekomme personen med autismes behov for indsatser med forskellige specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er derfor relateret mere til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersoner på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau har udi at anvende dem. Der er særligt behov for specialviden ved fx kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med autisme og samtidig angst, ligesom ved andre komorbiditeter (fx OCD og psykose). Fx vil børn og unge uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov have brug for fagpersonale med højt specialiseret viden om kommunikationsnedsættelser og metodiske tilgange inden for dette felt. Ligeledes vil der til fx. personer med autisme og svær spiseforstyrrelse være behov for særlig specialviden inden for denne komorbiditet.

7.1.2 Hjælpemidler og teknologi

For fagpersoner, som samarbejder med personer med autisme, er det vigtigt at have bred viden, teknologiforståelse og kendskab til hjælpemidler og hverdagsteknologi, som kan anvendes, som en integreret del af indsatsen. Der findes mange forskellige hjælpemidler og helt almindelige (hverdags)teknologier, der kan være relevante for personer med autisme. Men der er stor forskel på, hvilke hjælpemidler eller teknologier, der er bedst egnede for den enkelte (16).

Det er vigtigt for et menneskes udvikling at kunne kommunikere og interagere med sine omgivelser. Kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones og tablets kan være med til at understøtte interaktion, interpersonel relationsdannelse og socialisering i et fællesskab med andre. Fagpersonen har rollen som kommunikationspartner, der giver kommunikativ støtte og hjælper personen med autisme til at udvikle kommunikationsstrategier.

I udviklingen af kommunikationsstrategier handler det først og fremmest om etablering af en anerkendende social relation og interaktion, som tager udgangspunkt i de mulige udtryksmuligheder, som personen med autisme har. Det er meget individuelt, hvordan og hvilke kommunikationsformer, der fungerer for den enkelte person med autisme. Det kræver kendskab til de mange muligheder, der findes med understøttende hjælpemidler og teknologi. Til personer med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov findes forskellige former for kommunikationshjælpemidler, både lav- og højteknologiske, og særlige strategier, der understøtter den enkeltes kommunikationsudtryk (9, 16).

Sansestimulerende hjælpemidler kan ligeledes være en hjælp, hvis personen fx har søvnproblemer, oplever motorisk uro, har svært ved at mærke sin krop og signaler fra denne eller ubehag ved visse typer berøring (16). Herudover findes der hverdagsteknologier som fx almindelige ure og kalendere, som kan hjælpe med at skabe overblik over dagen/ugen (16). Teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner, samt personen med autismes

abstraktionsniveau kan være nyttige. Visualisering og prompting¹⁸ igangsætter en handling og visualisering, der gør det muligt at foretage de forskellige handlinger i en rigtig rækkefølge ved at aktivitetens opbygning er gengivet visuelt i de nødvendige step. Visualisering kan bruges i mange forskellige situationer, fx til at forstå og huske mundtlige beskeder, bearbejde følelser vha. billeder, forstå en opskrift, hvor teksten er suppleret med billeder, som viser, hvordan man tænder ovnen, vasker hænder osv. (16).

Eksempler på hjælpemidler og teknologi:

- Kommunikationshjælpemidler (fx KAT-kassen, piktogrammer, PECS¹⁹, app's fx Avaz, moment diary eller Padlet)
- Strukturunderstøttende digitale tidsplaner og kalendere (fx MobilizeMe, Tiimo, ShowMyDay, MemoAssist, Scan How)
- Hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning (høreværn og støjreducerende høretelefoner, tyngdedyner/veste/puder, massage, dufte, tangles²⁰)

7.1.3 Fysiske rammer

Skræddersyede fysiske rammer kan i høj grad være med til at understøtte det socialfaglige arbejde, således kan veldesignede og gennemtænkte fysiske rammer understøtte og forstærke effekten af den sociale indsats til personer med autisme.

Personer med autisme kan have brug for, at de fysiske rammer er fleksible, så der let kan laves en indretning, der tilgodeser den enkeltes eller gruppens behov. Der vil være stor variation i, hvilke behov personer med autisme har ift. den fysiske ramme. Nogle har et stort behov for et lille, trygt og genkendeligt miljø andre har brug for plads og få møbler, som måske er fastgjort. Personer med autisme har ofte brug for tydeligt at kunne orientere sig i det fysiske rum. De kan have behov for, at indretningen guider dem fx visuelt ift. bevægelsesmønstre og aktiviteter.

Børn, unge og voksne med autisme kan have behov for fysiske rammer, der tilgodeser behovet for socialt samvær, bevægelse, fysiske aktivitet og ro. Der kan være brug for, at sanserne stimuleres tilpas, noget der også kan tilgodeses i de fysiske rammer med særlige indretninger ift. farver, lyd, lys og placering af møbler. Tilpassede fysiske rammer kan fremme trivslen for den enkelte og begrænse oplevelsen af stress.

For at højne trivsel eller reducere angst eller stress kan nogle personer med autisme desuden have brug for sansemæssige oplevelser i fx et "sanserum", hvor det er muligt at kombinere fx lyd, lys og massage, som kan virke beroligende.

7.2 Behov for kompetencer i indsatsen inddelt på specialiseringsniveauer

¹⁸ Prompting er en metode, som benyttes i samarbejdet med personen med autisme. Et prompt er ofte et signal, som tydeliggør for personen borgeren, hvad medarbejderen forventer i situationen. Ofte kan medarbejderen udføre en række ubevidste prompts f.eks. nikke, smile, løfte øjenbrynene, øjenkontakt, rynke panden.

¹⁹ The Picture Exchange Communication System (PECS) er et billedbaseret kommunikationssystem, der kan styrke kommunikations- og sprogudvikling.

²⁰ Teknisk set er Tangle en serie af 90 graders kurver, som består af 18 dele og er sat sammen i en ring, således at den er uendelig. Den er ergonomisk stimulerende både til finmotorik og til sansemotorik. Den kan bruges ved koncentrationsbesvær eller nervøsitet.

De behov personer med autisme har for specialisering i indsatsen er inddelt i let, moderat og høj i de foregående afsnit. Høj specialisering er nødvendig, hvor personens funktionsevne og/eller støttebehov fordrer en gennemgribende behandlingsindsats, men personen kan også samtidig have et let eller moderat støttebehov, hvis vedkommende trives og er tryk i sit botilbud med et relevant dagtilbud.

For at personen med autisms behov bliver mødt med de rette indsats på rette tidspunkt, er der behov for, at fagpersoners faglige kompetencer modsvarer specialiseringsniveauerne let, moderat og høj, alt efter, hvilket tilbud og hvilke personer med autisme de samarbejder med i indsatsen. Umiddelbart kan fagpersoner i et højt specialiseret tilbud bestå af fagpersoner med forskellige grader af specialiseringsniveauer. Det kræver dermed en bevidst tilrettelagt praksis fra ledelsen i en højt specialiseret indsats at fordele opgaver til fagpersonerne, alt efter deres kompetencer på specialiseringsniveauerne let, moderat og høj specialisering.

Erfaring fra praksis viser, at en af de måder hvorpå fagpersoner kan udvikle deres kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer inden for autismeområdet, er via mesterlæreprincipperne. Autismekyndige og højt specialiserede fagpersoner har, ud over deres faglige grund- og efteruddannelser, ofte årelang og specifik erfaring med at arbejde inden for feltet. For fortløbende at uddanne nye kollegaer kræver det en tydelig kompetencestrategi, som understøtter den løbende faglige kompetenceudvikling på tilbuddet.

Det er afgørende, at alle fagpersoner, som arbejder med personer med autisme, har grundlæggende viden om autisme og tilstrækkelige kompetencer til at kunne give den relevante rådgivning, vejledning og støtte til både personen med autisme og pårørende. Samtidigt skal der være mulighed for at hente specialiseret viden hos mere specialiserede kolleger i kommunen, eller andre tilbud (fx VISO eller Specialfunktionen Job & Handicap i STAR), hvis de mangler viden og kompetencer.

Nedenstående tabel viser de kompetencer, der skal være blandt fagpersonerne, der leverer indsats på de tre specialiseringsniveauer. Det handler om følgende kompetenceområder:

- Kompetence i at samarbejde med personen med autisme og pårørende
- Uddannelse
- Erfaring
- Viden
- Tværfagligt samarbejde
- Faglige, sociale og personlige kompetencer
- Pædagogisk indsatsmæssig afdækning
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpe midler og teknologi

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) - Behov for kompetencer i indsatsen

Let	Moderat	Højt
Samarbejde med personen med autisme og pårørende		
Arbejder med udgangspunkt i den enkelte person med autisms perspektiv og understøtter dialogen og samarbejdet med familien/de pårørende, så deres erfaringer og ressourcer styrker den samlede indsats.		Arbejder med udgangspunkt i den enkelte person med autisms perspektiv og understøtter dialogen og samarbejdet med familien/de pårørende, så deres erfaringer og ressourcer styrker den samlede indsats.

Let	Moderat	Højt
		Kan rådgive andre fagpersoner om at arbejde ud fra personen med autisms perspektiv og med pårørendesamarbejde.
Uddannelse		
Den nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelse, der matcher behovet for støtte og indsatser på et let specialiserings-niveau.	De nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelser og autismspecifikke kurser, der matcher behovet for støtte og indsatser på et moderat specialiseringsniveau, fx særlig viden om autisme og relaterede komorbiditeter.	De nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelser. Fagpersoner har specifik viden om eget fag og indgående viden om autisme. Denne viden opdateres løbende via autismspecifikke efteruddannelser eller kurser, der matcher behovet for indsatser på et højt specialiseringsniveau, fx efteruddannelse i neuropædagogik eller neuropsykologi.
Erfaring		
Fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til moderat specialiserede indsatser til mennesker med autisme.	Minimum halvdelen af de fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring med højt specialiserede indsatser til mennesker med autisme. Herudover har de fleste opgaver med at vejlede og rådgive mindre erfarne fagpersoner (mesterlæreprincipperne).
Viden		
Viden om autisme og hvordan den kan omsættes i praksis, samt viden om, hvor ny eller anden viden kan findes.	Opdateret i den nyeste viden om autisme og hvordan den kan omsættes i praksis. Være fagligt reflektiv og nysgerrig om egen praksis.	Opdateret i den nyeste viden om autisme og vide, hvordan den kan omsættes i praksis. Være fagligt reflektiv og nysgerrig om egen praksis – og bidrage til udvikling af ny viden. Kunne videregive og vejlede andre fagpersoner om

Let	Moderat	Højt
Viden om autisme og relateret komorbiditet. Skal kunne søge rådgivning hos andre fagpersoner, hvis egen viden ikke er tilstrækkelig.	Specifik viden om autisme og relaterede komorbiditeter. Skal besidde viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres.	anvendelse af den nyeste viden om autisme. Indgående og specifik viden om autisme og relateret komorbiditet. Skal besidde autismspecifik viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges, således at tilstanden ikke forværres og skal kunne rådgive andre fagpersoner herom.
Tværfagligt samarbejde		
Kompetencer i at koordinere indsatser primært med almenområdet og persons netværk, fx at støttepersonen koordinerer mellem børnehaver, forældre og logopæder eller PPR	Kompetencer i at kunne samarbejde og tage ansvar for, at der arbejdes ud fra en fælles faglig tilgang på tværs af fag- og sektorområder og i personens netværk.	Kompetencer til at sikre tæt samarbejde og implementering af en fælles faglig tilgang i indsatsen på alle arenaer af personens liv. Samt at kunne vejlede andre i at understøtte tværfagligt samarbejde i indsatsen.
Faglige, sociale og personlige kompetencer		
Et fagligt niveau, der matcher behovet for indsatser på et let niveau af specialisering, samt sociale kompetencer, der understøtter og tager ansvar for relationen til personen med autisme, fx personlig robusthed, åbenhed og vedholdenhed.	Et fagligt niveau, der matcher behovet for indsatser på et moderat niveau af specialisering, og et højt niveau af sociale og personlige kompetencer, fx høj grad af faglig refleksion, fleksibilitet og evne til at regulere egne følelser, herunder evnen til at kunne ændre strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse.	Højt niveau af faglige, sociale og personlige kompetencer, som matcher indsatser på højt niveau af specialisering. Faglige kompetencer (viden og erfaring), der matcher personen med autisms behov for støtte og hjælp, fx evne til at håndtere personens belastningsreaktion og komplekse psykiske og/eller sociale vanskeligheder. Sociale kompetencer, der understøtter og tager ansvar for relationen til personen med autisme. En robust personlighed, herunder at handle empatisk med kreative løsninger. Høj grad af bevidsthed om affektsmitte. At kunne registrere og analysere personen i den konkrete kontekst og bringe relevante interventioner i spil.

Let	Moderat	Højt
Pædagogisk indsatsmæssig afdækning		
Kunne arbejde ud fra afdækningen af personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation i den pædagogiske indsats og følge en fælles faglig tilgang. Være opmærksom på tegn på behov for justering af indsatsen og drøfte justeringer med mere specialiserede kollegaer/fagpersoner.	Kunne lave en helhedsorienteret pædagogisk indsatsmæssig afdækning af specifikke områder, fx personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation for at kunne tilrettelægge den pædagogiske/behandlingsmæssige indsats, samt følge og understøtte at samarbejdspartnere følger en fælles faglig tilgang. Opmærksomhed på behov for at justere indsatsen og sikre en ny afdækning og fælles faglig tilgang.	Kunne lave en omfattende og helhedsorienteret pædagogisk indsatsmæssig afdækning af personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation for at kunne tilrettelægge den pædagogiske/behandlingsmæssige indsats. Kunne sikre implementeringen af en fælles faglig tilgang og vejlede mindre specialiserede fagpersoner i tilgangen. Kunne identificere markører for, og handle på, behov for en ny afdækning og justering af indsatsen.
Metoder og faglige tilgange		
Kompetencer til at anvende relevante metoder og tilgange. Bør kunne modtage vejledning og supervision fra mere specialiserede fagpersoner.	Kompetencer til at anvende en vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder og tilgange. Skal kunne give og modtage vejledning samt modtage supervision fra mere specialiserede fagpersoner.	Kompetencer til at anvende en bred vifte af metoder samt særligt tilpassede metoder og tilgange. Skal kunne udføre særlig indsats/behandling samt vejlede andre fagpersoner, samt modtage og give supervision. Bør bidrage til udvikling af nye tilgange og metoder.
Hjælpemidler og teknologi		
Kompetencer til at understøtte implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne.	Kompetencer i at understøtte implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi.	Omfattende og bred viden om eksisterende hjælpemidler og teknologi samt høje kompetencer i anvendelse, tilpasning og understøttelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi.

8 Referencer

- (1) PWC/VIVE. Unge med autisme og overgangen til et selvstændigt liv - målgruppekortlægning. 2020.
- (2) Socialstyrelsen. Mennesker med autisme: Sociale indsatser, der virker – aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats. 2014.
- (3) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge - høringsversion. 2020.
- (4) Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område: Tema om børn med autisme – definition, målgruppe, autisme og komorbiditet samt social tænkning. 2019 (<https://vidensportal.dk/handicap/born-med-autisme>).
- (5) Christiansen I. ICD-11, Kapitel 6: Psykiske, adfærdsmæssige lidelser neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer. Psykologernes Fagmagasin.
- (6) Socialstyrelsen. Autisme anno 2013 - eksempler på national og international viden. 2013.
- (7) Socialstyrelsen. Autisme og skolefravær. 2020 (<https://socialstyrelsen.dk/handicap/autisme/om-autisme/autisme-og-skolefravaer>).
- (8) Socialstyrelsen. Børn med autisme og skolevægring. 2016.
- (9) Socialstyrelsen. Beskrivelse af målgruppen omfattet af national koordination: Børn og unge med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov. 2018.
- (10) Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område: Mestringsstrategier til børn og unge med ADHD og autisme. 2020 (<https://vidensportal.dk/handicap/mestringsstrategier-til-born-med-adhd-og-autisme>).
- (11) VIVE. Autisme og social isolation hos unge voksne: En kortlægning af god praksis og virksomme metoder. 2019.
- (12) Socialstyrelsen. Beskrivelse af målgruppen omfattet af national koordination: Borgere med autisme og svær spiseforstyrrelse. 2018.
- (13) Defactum (tidligere CFK). VISO-rådgivning - Skolevægring hos børn og unge med autisme: Målgruppe, sagsforløb og specialistindsats. 2016.
- (14) PWC/VIVE. Unge med autisme og overgangen til et selvstændigt liv: Kortlægning af praksis. 2020.
- (15) Socialstyrelsen. Analyse af VISOs hyppigst forekommende målgrupper. 2020.
- (16) Socialstyrelsen. Hjælpemiddelbasen - autisme. 2019 (https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=8575&x_newstype=39).

9 Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen vedr. autisme:

Ane Skov Hansen, Socialtilsyn Midt
Udpeget af de fem socialtilsyn

Freja Hamalainen Sirdorf, Specialområdet Autisme Region Midtjylland
Udpeget Socialstyrelsen som VISO-specialist

Dorte Bek-Pedersen, Center for Autisme
Udpeget Socialstyrelsen som VISO-specialist

Carsten Wulff Hansen, Randers kommune
Udpeget af KL

Rigmor Lond, KL
Udpeget af KL

Kirsten Skaue Jørgensen, Himmelev behandlingstilbud
Udpeget af Danske Regioner

Marlene Briciet Lauritsen, Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri, Psykiatrien,
Aalborg Universitetshospital
Udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Emilie Schou Svejstrup og Peter Thomasen, Lille Værløse Skole
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

Heidi Thamestrup, Autismeforeningen
Udpeget af Autismeforeningen

Kirsten Callesen, Søstjerneskolens og Psykologisk ressource Center
Udpeget af Socialstyrelsen

Cecilia Brynskov, Autismeklinikken
Udpeget af Socialstyrelsen

Pernille Skovbo Rasmussen, VIVE
Udpeget af VIVE

Cathriona Cantio, Syddansk Universitet
Udpeget af Socialstyrelsen

Dorthe Bevensee, Socialstyrelsen

Katrine Briks Ottesen, Socialstyrelsen

Line Brinch Jepsen, Socialstyrelsen

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen.

Øvrig faglig kvalitetssikring

Følgende har bidraget til faglig kvalitetssikring:

Linda Schwartz Larsen, og Mehdi Owliaie, Det nationale Autismeinstitut

Charlotte Holmer Kaufmanas og Karsten Bendix, Hans Knudsen Institutet (HKI)

Lars Aarup Jensen, Specialområde Autisme, Region Midtjylland

Bente Laustsen, Sofieskolen

Nina Marianna Jensen, Psykologfagligt selskab for autisme

Annette Møller, Autismecenter Nord-Bo

Bodil Kloborg og Marie Luise Nørrelykke, Institut for Kommunikation og Handicap (IKH)

Gitte Rosager Brogaard og Bent Aagaard Andreassen, VISO, Socialstyrelsen



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

**34.
Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne
med erhvervet hjerneskade**



Socialstyrelsen

Børn, unge og voksne med erhvervet hjerne-skade

Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Indhold

Indledning	2
Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	3
Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade	7
1. Generelt om målgruppen	7
1.1 Afgrænsning af målgruppen	7
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	7
1.3 Snitflader til andre sektorer.....	8
2. Målgruppekompleksitet (parameter 1).....	9
2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne.....	10
2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	10
3. Målgruppens størrelse (parameter 2).....	16
4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3).....	18
4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser	18
4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering	19
4.1.2 Indsatser på socialområdet.....	20
4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder	20
4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer.....	22
4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne.....	22
4.2.2 Indsatser til pårørende	26
4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	28
4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde	29
4. Fagligt indhold (parameter 4)	32
4.1 Kompetencer	33
4.2 Metoder.....	36
4.3 Hjælpemidler og teknologi.....	37
Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade	40
1. Generelt om målgruppen	40
1.1 Afgrænsning af målgruppen	40
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	40
1.3 Snitflader til andre sektorer.....	41

2.	Målgruppekompleksitet (parameter 1).....	42
2.1	Generelt om målgruppens funktionsevne.....	42
2.2	Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	43
3.	Målgruppens størrelse (parameter 2).....	46
4.	Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3).....	47
4.1	Generelt om målgruppens behov for indsatser	48
4.1.1	Udredning/supplerende udredning/revurdering	49
4.1.2	Indsatser på socialområdet.....	50
4.1.3	Indsatser på tilstødende sektorområder	51
4.2	Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer.....	52
4.2.1	Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser	52
4.2.2	Indsatser til pårørende	54
4.2.3	Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	55
4.3	Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	55
5.	Fagligt indhold (parameter 4)	57
5.1	Kompetencer	57
5.2	Metoder.....	59
5.3	Hjælpe midler og teknologi.....	60
	Referencer.....	62
	Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring	64

Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og indenrigsministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synshandicap.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer, med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, på samme måde som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde, som modellen afprøves på. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor dels af en foranalyse, hvor viden fra Socialstyrelsens udgivelser om målgruppen samt relevante udgivelser fra Sundhedsstyrelsen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende erhvervet hjerneskade er foregået dels via to arbejds-møder, og dels via en skriftlig høring imellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret skriftlige bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til denne målgruppebeskrivelse enten via specialistgruppen eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I teksten optræder tal angivet i parentes, hvilke henviser til referencer sidst i målgruppe-beskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppespecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne eller problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsatser børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold.

Parameter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller sociale problemstilling, eller som kompleksitet i bredden, forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet om målgruppekompleksitet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt, ud fra de oplyste kriterier i figur 1 nedenfor. Få eller lettere funktionsnedsættelser kan således godt have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel, og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Parameter 2: Størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig eller kun i kraft af samarbejde med hinanden og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppe - kompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Parameter 3 :Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.⁴ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personens perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁵. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. I målgruppebeskrivelserne er der således primært fokus på behov for indsatser på det sociale område (serviceloven). Herudover beskrives relevante snitflader til andre sektorer.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behovet for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppenspecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger og 4) fagligt indhold

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4: Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

Kvalitet

⁴ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁵ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

Inddelingen af indsatser på specialiseringsniveauer er ikke udtryk for, at der er varierende behov for kvalitet i indsatsen. Det forudsættes således, at der er den fornødne kvalitet i indsatser på alle niveauer. Kvalitet på det specialiserede socialområde handler overordnet om at sikre den rette indsats til den enkelte person, og dermed fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv, eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Dette er gældende for indsatser på alle niveauer.

Om denne målgruppebeskrivelse

Målgruppeområdet vedrørende børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra de to øvrige målgruppeområder i afprøvningen af modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer, ved at Sundhedsstyrelsen, med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet på hjerneskadeområdet, har udarbejdet forløbsprogrammer og visitationsretningslinjer og herunder beskrevet specialiseringsniveauer for tværsektorielle forløb til målgruppen. 96 kommuner har siden 2011 arbejdet på at implementere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer i den kommunale praksis. Det betyder, at den terminologi og de specialiseringsniveauer, der indgår i bl.a. forløbsprogrammerne, i stor udstrækning anvendes i kommunerne på tværs af de sektorer og forvaltninger, der leverer indsatser til målgruppen. Af samme grund er der i arbejdet med denne målgruppebeskrivelse – trods væsentlige forskelle mellem social- og sundhedsområdet - lagt vægt på at anvende den samme terminologi, som i øvrigt anvendes på sundhedsområdet, ligesom målgruppebeskrivelsen forholder sig til de allerede eksisterende specialiseringsniveauer på området.

Inddeling af målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge uddybende som delmålgruppe på moderat og højt specialiseringsniveau. Målgruppebeskrivelsen er derfor inddelt i to dele, der omhandler hhv. voksne med erhvervet hjerneskade og børn og unge med erhvervet hjerneskade. Hvis man kun er interesseret i at læse om voksne, skal man således kun læse Del 1, og ønsker man at læse om børn og unge, skal man læse Del 2.

Børn og unge med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra resten af målgruppen, bl.a. ved at de befinder sig i en periode af deres liv, hvor de er i fuld gang med at udvikle sig og lære, og at hjerneskaden kan påvirke fundamentet herfor, så deres udviklings- og læringsmuligheder forringes. At sikre bedst mulig understøttelse af børnenes/de unges almindelige udvikling samtidig med at nedsatte eller tabte funktioner genoptrænes og vedligeholdes, eller der skal arbejdes med kompenserende strategier, er i sig selv en kompleks opgave, som betyder, at børnene/de unge har andre behov end den resterende del af målgruppen. Hertil kommer, at børnene/de unge får en skade på en umoden hjerne, hvilket betyder, at der i takt med hjernens udvikling kan vise sig nye følger af hjerneskaden.

På baggrund af tydelig faglig vejledning fra specialistgruppen, der har været involveret i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47. Baggrunden for dette er nærmere beskrevet i Del 2.

Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Voksne⁶ med erhvervet hjerneskade er en heterogen gruppe. Det skyldes, at de kan have alle typer af funktionsforstyrrelser, idet hjernen er involveret i alle former for menneskelig aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dertil kan komme identitets- og følelsesmæssige følger, der ikke er organisk betinget, og som kan føre til angst og depression. Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. 13 primære diagnosegrupper tegner sig inden for gruppen af de knap 230.000 mennesker (Sundhedsdatastyrelsen, 2020), der lever med en mulig erhvervet hjerneskade som følge efter apopleksi⁷, TCI⁸, hovedtraume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning⁹ eller encephalopati^{10 11} (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Der er stor variation i sværhedsgraden af erhvervet hjerneskade, ligesom målgruppen kan være påvirket af andre sygdomme (komorbiditet), som kan komplicere rehabiliteringen og have indvirkning på personens funktionsevne og trivsel.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Følgevirkningerne og omfanget af hjerneskade afhænger af, hvordan hjernen er ramt, og kan være af både fysisk, kognitiv, psykisk, sproglig og kommunikativ karakter (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Det er karakteristisk for hjerneskader, at de kan føre til både synlige og skjulte funktionsforstyrrelser, som udvikler sig i tiden efter skaden. De skjulte funktionsforstyrrelser kan være vanskelige at identificere særligt i de tidlige faser af sygdomsforløbet. Ændringer af social adfærd og personlighed forekommer hyppigt efter hjerneskade og udvikler sig over tid. Endvidere er det karakteristisk, at voksne med erhvervet hjerneskade ofte har flere symptomer samtidig, fx både fysiske funktionsnedsættelser, sproglige vanskeligheder og identitets- og følelsesmæssige udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Nærværende målgruppebeskrivelse dækker hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade, hvorfor beskrivelse af målgruppens kompleksitet og behov omhandler både rehabilitering efter udskrivelse (fase 3) og de faglige indsatser, som målgruppen modtager i det livslange forløb (ofte kaldet den stabile vedligeholdende fase eller fase 4).

I tidligere publikationer på hjerneskadeområdet er rehabiliteringsforløbet beskrevet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset

⁶ Dvs. personer på 18 år eller ældre.

⁷ Apopleksi er en fællesbetegnelse for blodprop eller blødning i hjernen.

⁸ Transitorisk Cerebral Iskæmi.

⁹ Hjernehindblødning.

¹⁰ Encephalopati er en diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning.

¹¹ Følgende er ikke omfattet: Sygdomme af progressiv karakter (fx sklerose mm.), metastaser til hjernen fra kræft i andre dele af kroppen samt commotio cerebri (hjernerystelse) og postcommotionelt syndrom (langvarige følgevirksomheder efter hjernerystelse).

- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Denne faseopbygning er ikke længere så anvendt på hjerneskadeområdet, da såvel sygehusvæsenet, almen praksis som kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således kan man overordnet sige, at sygehuset har flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Voksne med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre – efter udskrivelse fra sygehuset – vil have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Rehabilitering¹² er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb¹³ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering. Jf. Hvidbogens¹⁴ definition af rehabilitering anses også de faglige indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for i det livslange forløb (fase 4), som indsatser af rehabiliterende karakter. Når der i det følgende skrives om rehabiliteringsforløb for målgruppen, inkluderer dette således både faglige indsatser i tiden lige efter udskrivelse (fase 3) og faglige indsatser i det livslange forløb (fase 4).

I det følgende afsnit beskrives relevante snitflader til andre sektorer, som har betydning for den efterfølgende beskrivelse af målgruppen og målgruppens behov for indsatser på det sociale område.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Ved hjerneskaderehabilitering er der et væsentligt overlap mellem indsatser på social- og sundhedsområdet. På begge områder skelnes mellem tre forskellige specialiseringsniveauer i indsatser og tilbud. Afgrænsningen af specialiseringsniveauerne er imidlertid ikke ens inden for de to områder; der anvendes ikke samme terminologi, ligesom de har hjemmel i hver sin lovgivning (Sundhedsstyrelsen, 2020). I nærværende model – som er en generel model for alle målgrupper på socialområdet – skelnes der således mellem **let, moderat og højt specialiseringsniveau**, mens der på sundhedsområdet i forhold til den specifikke målgruppe skelnes mellem **basalt, avanceret og specialiseret niveau**.

Selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for indsatser, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det stiller samtidig krav til tilrettelæggelse og sammenhæng i indsatsen med henblik på at fremme den voksne med hjerneskades deltagelse, funktionsevne og livskvalitet. Der vil ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæf-

¹² Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹³ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹⁴ Hvidbogen er p.t. under revidering og nyt materiale kan forventes ultimo 2021.

tigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et forløb for voksne med erhvervet hjerneskade eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2011):

Sundhedsområdet:

- Genoptræning
- Lægelig behandling
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug
- Hjælpe midler og behandlingsredskaber.

Beskæftigelsesområdet:

- Arbejdsfastholdelse af sygemeldte personer
- Indsats for at sikre personer med nedsat funktionsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder en tværfaglig indsats (beskæftigelses- samt social- og sundhedsområdet) efter indstilling fra kommunens rehabiliteringsteam
- Arbejdsredskaber/hjælpe midler og personlig assistance
- Revalidering
- Sygedagpenge, ressourceforløbsydelse, flekslønstilskud, kontanthjælp og førtidspension.

Uddannelses/undervisningsområdet:

- Udredning af behov for kompenserende undervisning og specialpædagogisk bistand, herunder specialpædagogisk støtte og kompenserende hjælpe midler
- Kompenserende undervisning
- Vejledning om uddannelse og erhverv.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt jf. kriterierne i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Voksne med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne¹⁵ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser¹⁶, som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flersidig problematik. Det betyder, at en person med erhvervet hjerneskade med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og personens funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte fysiske og mentale funktionsnedsættelser. I et rehabiliteringsforløb er de mentale funktionsnedsættelser ofte en større udfordring, end de funktionsnedsættelser som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (aktivitetsbegrænsninger¹⁷). De mentale funktionsnedsættelser, herunder de kognitive funktionsnedsættelser, er en af de væsentligste årsager til, at personer med erhvervet hjerneskade har svært ved fx at fungere i hverdagslivet, vende tilbage til arbejde, deltage i fritidsaktiviteter m.m. Der kan fx være tale om problemer med orientering, opmærksomhed, indlæring, hukommelse, eksekutive og emotionelle funktioner mm. (Sundhedsstyrelsen, 2020). Voksne med erhvervet hjerneskade kan udvikle psykiatriske problemstillinger, hvor symptomerne kan vise sig i form af angst, depression, hallucinationer, agitation og vrangforestillinger (Sundhedsstyrelsen, 2011), ligesom de kan have følelsesmæssige reaktioner, som følge af traumatiske begivenheder, der påvirker deres livsomstændigheder.

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit om parameter 1 beskrives målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer i to skemaer om 1) målgruppens funktionsevne og 2) kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

¹⁵ Funktionsevne betegner samspillet mellem et individ, individets helbredstilstand og de sammenhænge individet indgår i. Det er afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ til de kontekstuelle faktorer - både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Ordet funktionsevnenedsættelse bruges her, da vi ser på såvel den konkrete funktionsnedsættelse, som på de aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, der følger deraf (funktionsnedsættelse + aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger = funktionsevnenedsættelse).

¹⁶ Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schiøler & Dahl, 2003).

¹⁷ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schiøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse¹⁸ og helbredstilstand – også kaldet ICF (Schiøler & Dahl, 2003). ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Marselisborgcentret, 2011). Af denne grund beskrives også kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **let specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har lettere svækket arbejdshukommelsen, har god indsigt i egne vanskeligheder, er motiveret og kan stå for egen træning f.eks. under ugentlig coaching fra en terapeut.
- Målgruppen på **moderat specialiseret niveau** kan fx være voksne, der har lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse voksne kan med de rette strategier, i vid udstrækning, imødekomme mange af de krav, som de møder i hverdagen.
- Målgruppen på **højt specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har betydelige funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Der kan ligeledes være tale om personer med komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, hvor al social kontakt undgås med isolation til følge, og hvor personen dermed påvirkes på flere livsområder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for højt specialiserede indsatser for at sikre, at den voksnes hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

Helbredstilstand og komorbiditet

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Voksne med erhvervet hjerneskade kan forinden den aktuelle skade have haft omfattende funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, hvor det vurderes, at indsatser på let specialiseret niveau er tilstrækkeligt til at opnå en forventet forbedring af funktionsevnen (Sundhedstilsynet, 2020). Omvendt kan der være tale om, at personen forinden den aktuelle skade ingen problemer havde af betydning ift. helbred og komorbiditet, eller at evt. komorbiditet er velmediceret og dermed ikke påvirker personens hjerneskade (fx diabetes). Komorbiditet¹⁹ kan dække over en lang række af vanskeligheder og kroniske lidelser, ligesom graden af påvirkning er forskellig. Det er således afgørende, at personens samlede forhold, herunder helbredsforhold og komorbide tilstande, tages med i betragtning og indgår som en del af den individuelle konkrete vurdering af personens behov. Der kan i den forbindelse være behov for opmærksomhed på forebyggende indsatser sideløbende med de indsatser, som målgruppen modtager som en del af deres genoptræning/rehabiliteringsforløb.

¹⁸ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schiøler & Dahl, 2003).

¹⁹ Fx psykiske vanskeligheder, angst, depression, epilepsi, ADHD, misbrug og andre somatiske lidelser.

*Kontekstuelle faktorer*²⁰

Kontekstuelle faktorer, herunder faktorer i omgivelserne og personlige faktorer, kan have stor betydning for funktionsevnen hos voksne med erhvervet hjerneskade.

Eksempler²¹ på kontekstuelle faktorer, som kan fremme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- støttende og fleksible pårørende/netværk og arbejdsgiver samt tilbagevenden til arbejde og fritidsaktiviteter
- personlige kompetencer, høj uddannelse, generel god sundhed, højt tilpasningsevne samt bevaret indlæringspotentiale

Eksempler på faktorer, der kan hæmme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- ventelister, begrænset socialt netværk, problemer/konflikter i familien, at bo alene, økonomiske udfordringer mv.
- Stress, negativt livssyn, misbrug, ung alder ved skadestidspunkt, uhensigtsmæssige håndteringsstrategier, emotionelle vanskeligheder mv.

Dertil kommer, at de fremmende og hæmmende faktorer påvirker folk forskelligt og i forskellig grad. Fx behøver det at bo alene ikke være et problem, hvis personen i øvrigt er udadvendt og socialt anlagt, har gode relationer og er meget motiveret for at kæmpe sig tilbage.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de tre specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen tabel over målgrupper, men er tilpasset og justeret til det sociale område i samarbejde med praksis²². Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (Sundhedsstyrelsen, 2020). Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan den enkelte voksne med erhvervet hjerneskade have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner) af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de tre niveauer i skemaet.

Skemaet skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved en eller flere af de beskrevne karakteristika under det enkelte niveau. Flere lettere eller moderate funktionsnedsættelser, kan tilsammen give stor kompleksitet og dermed moderat eller høj påvirkning af funktionsevnen.

²⁰ Kontekstuelle faktorer er de forhold, der tilsammen skaber rammerne for en persons liv og tilværelse og i særdeleshed baggrunden for klassifikation af helbredsstatus i ICF. Der er to komponenter i kontekstuelle faktorer: omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (Schiøler & Dahl, 2003).

²¹ Nedenstående opstilling er fra Chalotte Glinborgs ph.d. afhandling 'Grib mennesket' fra 2015 samt praksisbaseret viden (Glinborg, 2015).

²² Specialistgruppen og øvrigt fagligt netværk, som har været involveret ift. kvalificering af beskrivelsen.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Let	Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen		
Få og afgrænsede funktionsnevnedssættelser, som påvirker funktionsevnen i mindre grad og dermed kun har betydning for ét afgrænset livsområde.	Omfattende funktionsnevnedssættelser, som påvirker funktionsevnen i moderat grad og som dermed har betydning for ét eller flere livsområder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnevnedssættelser, som samlet set påvirker funktionsevnen i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder ²³ .
Funktionsevnedssættelse relateret til fysiske funktioner		
Lette og afgrænsede sensoriske funktionsnedsættelser ²⁴ og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom en let parese af OE ²⁵ eller UE ²⁶ .	Omfattende sensoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom tonusproblematikker ²⁷ .	Komplicerede og/eller omfattende sensoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom omfattende og svære motoriske, sansemæssige og færdighedsmæssige problemer.
	Betydelige ²⁸ og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til ernæring, herunder dysfagi ²⁹ .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ³⁰ .
Lette og afgrænsede funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist ophørt talefyldighed og vanskeligheder med at gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx helt ophørt talefyldighed).
Funktionsevnedssættelse relateret til mentale funktioner		

²³ Som oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

²⁴ Forstyrrelser af de motoriske og færdighedsmæssige evner og færdigheder

²⁵ OE= Overekstremitet (arme)

²⁶ UE= Underekstremitet (ben)

²⁷ Tonusproblematikker dækker over en række tonusforstyrrelser, fx spasticitet

²⁸ Betydelige skal i denne sammenhæng forstås som også indeholdende lette funktionsnedsættelser som påvirker funktionsevnen i moderat grad og med betydning for flere livsområder.

²⁹ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.

³⁰ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.

	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, såsom koncentration, orientering i tid og sted, hukommelse, indlæring, planlægning eller problemløsning (opmærksomhedsfunktioner).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, fx svære problemer med indlæring, hukommelse, opmærksomhed, planlægning eller problemløsning, svære problemer med initiering (igangsætte handlinger).
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi ³¹ eller neglect), hvilket kan give nogle vanskeligheder inden for bl.a. læsning og ADL ³² .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi eller neglect), hvilket kan give svære vanskeligheder med f.eks. orientering, læsning, skrivning og ADL.
Lette trætheds-problematikker ¹¹ og evt. kognitive vanskeligheder som følge deraf	Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom manglende forståelse og støtte fra netværk.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom svær udtrætning ved selv ikke krævende opgaver.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi, såsom stærkt nedsat tale output og afhængighed af kommunikationshjælpe-midler og/eller samtalestøtte. Derudover evt. kognitive kommunikations- og social-kognitive vanskeligheder.
	Betydelige og/eller omfattende erkendelsesvanskeligheder og let nedsat samarbejdsevne, som ikke er organisk betinget, som kræver terapeutiske/psykologiske indsatser.	Komplicerede og/eller omfattende indsigtspromatikker, herunder også dem, som er organisk betingede.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser

³¹ Hemianopsi er blindhed for halvdelen af synsfeltet. Der findes forskellige former for hemianopsi: bitemporal hemianopsi, homonym hemianopsi og kvadrantanopsi.

³² Almindelig Daglig Levevis.

¹¹ Træthed defineret ved mental træthed.

	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed, initiativ, dømmekraft eller agitation.	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed i egen situation og for måen.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom stemningsleje, temperament, motivation eller empati.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom vredesudbrud og angstproblematikker.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner, og/eller problemer med orientering i tid og sted.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner og/eller problemer med orientering i tid og sted, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko.
Kontekstuelle faktorer - omgivelser		
Lette problemstillinger i relation til familie og pårørende. Der er en god relation til - og kommunikation med nærmeste pårørende og ikke betydelig anden sygdom i familien.	Omfattende problemstillinger i relation til familie/pårørende, herunder børn samt truet arbejdsevne. Der er behov for støtte, men et stærkt netværk og personen er meget opsat på at bedres.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger i relation til familie, herunder småbørn, som ikke forstår, hvorfor far/mor er anderledes. Tilbagevenden til uddannelse/arbejde er ikke mulig og fremtidigt forsørgelsesgrundlag er derfor usikkert. Komplekse problemstillinger ift. boligsituation og/eller manglende/skrøbeligt socialt netværk.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/ personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen udviser fx nedsat initiativ og engagement.	Komplicerede og omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/ personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen kan fx reagere med voldsomme vredesudbrud.
Kontekstuelle faktorer - personlige		

Lette problemstillinger ift. ændringer i rollen som forældre, kæreste/ægtefælle. Det er muligt at vende tilbage til tidligere job og fastholde egen arbejdsidentitet.	Omfattende problemstillinger grundet markante ændringer i familiestrukturen og roller, hvor opgaver ikke længere kan varetages selvstændigt, men kræver støtte.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger grundet store ændringer i familiestrukturen og roller, som ikke længere kan varetages, fx deltage i forældremøder, fritidsaktiviteter, familiefester, selskaber mv. eller hvis personen bor på et botilbud.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger ift. identitetsopfattelsen, fx pga. kørselsforbud, som kan være en hindring ift. tilbagevenden til arbejde.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger ift. selvtillid og forandret selvbeholdelse, fx pga. afasi og problemer med at formulere sig så præcist og nuanceret som før eller pga. fx kosmetiske/udseendemæssige ændringer (fx grundet facialsparese).

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (udsnit fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Sundhedsdatastyrelsen har estimeret, at der i 2017 levede knap 230.000 personer med følger efter en erhvervet hjerneskade (apopleksi, TCI, traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning eller encephalopati) (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Antallet af nye tilfælde var i 2017 knap 19.000 (Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata).

I 2017 var ca. 35 % af målgruppen i Landspatientregisteret registreret til at have modtaget en genoptræningsplan (GOP). Samme andel sås også i 2015 og 2016. Ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse udarbejdes langt størstedelen af genoptræningsplanerne til genoptræning på alment niveau³³, mens kun en lille andel modtager rehabilitering på specialiseret niveau. Da dette niveau er nyt (siden ændret lovgivning i 2015) må det imidlertid formodes, at der vil ske en fortsat udvikling hen over årene i andelen, der modtager en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Trods mindre regionale forskelle i fordelingen af genoptræningsplaner efter specialiseringsniveau, ses en tendens til, at langt størstedelen af genoptræningsplanerne udarbejdes til genoptræning på alment niveau. Det er ikke muligt at monitorere nationalt, hvor mange der, med en genoptræningsplan til genoptræning på alment niveau, visiteres til genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau i kommunen. Sundhedsstyrelsen og KL har tidligere opfordret kommunerne til at monitorere visitationen, hvilket fortsat er aktuelt, og hvilket mange kommuner allerede gør, men der er imidlertid ikke nogen national indberetning, som kan udgøre et retvisende datagrundlag (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Socialstyrelsen vurderer på baggrund af Sundhedsstyrelsens beregninger og estimater, at en mindre andel af målgruppen har behov for indsatser på højt specialiseret niveau på det sociale område, mens størstedelen af målgruppen har behov for indsatser på moderat niveau og en mindre andel på let niveau³⁴. Målgruppen på højeste specialiseringsniveau vurderes fortsat at være den mindste af de tre niveauer på det sociale område, men kan godt vise sig at være lidt større end det Sundhedsstyrelsen skønner. Dette skyldes bl.a., at der kan være områder (socialområdet), som sygehuset ikke har kunnet udrede, men som personen senere i forløbet viser sig at have behov for på højt specialiseret niveau.

På trods af, at kun en mindre del af voksne med erhvervet hjerneskade vurderes at have behov for indsatser på højt specialiseret niveau, er der ikke for denne målgruppe tale om sjældent forekommende problemstillinger, men om særligt komplekse problemstillinger.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Let	Moderat	Højt
En mindre del af målgruppen.	Langt størstedelen af målgruppen.	Den mindste del af målgruppen.

³³ Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive som led i visitationen, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁴ I Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2014 estimerede man, at 20-30 pct. af patienterne blev varetaget på basalt niveau, mens 60-70 pct. blev varetaget på avanceret niveau og omkring 10 pct. på specialiseret niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) (jf. nedenstående udsnit fra figur 2) i den indsats, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.³⁵ Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser primært indenfor serviceloven, men behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Rehabilitering er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb³⁶ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering.

Voksne med erhvervet hjerneskade kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis, skifte mellem at have behov for indsatser på let, moderat og højt specialiseringsniveau. Skiftet mellem at have behov på let, moderat og højt niveau gennem en persons liv kan fx ses i forbindelse med overgange eller specifikke livssituationer, hvor ændringer i alt fra kontekst, krav og roller m.v. kan betyde, at personen får et

³⁵ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

³⁶ Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

behov for indsatser på et andet specialiseringsniveau. Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i personens samlede livssituation, når behovet afdækkes. Der vil som tidligere nævnt ofte være omgivelses- og personlige faktorer, som spiller ind på personens behov.

Ud over et behov for specialiserede indsatser kan voksne med erhvervet hjerneskade på tværs af niveauerne have behov for indsatser som fx ledsageordning og personlig hjælp og pleje og/eller praktisk hjælp og støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, der varetages inden for kommunens almindelige tilbudsvifte, og hvor fagpersonerne ikke altid har særlig viden og kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Her er det hensigtsmæssigt, at fagpersonerne modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har særlig/specialiseret viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Når voksne med erhvervet hjerneskade udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan³⁷ (GOP), er det en formel henvisning fra sygehus til rehabilitering efter udskrivning. Kommunen kan ikke tilsidesætte den faglige vurdering af behov eller det specialiseringsniveau, genoptræningsplanen henviser til. Genoptræningsplanen danner udgangspunkt for kommunens videre arbejde med at iværksætte den passende faglige indsats. Efter udskrivning fra sygehus kan der i den videre rehabiliteringsindsats, være behov for en aktuell og supplerende udredning bl.a. på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan bl.a. være på det kognitive, sproglige og emotionelle område eller i relation til arbejdsmarkeds-tilknytning, uddannelse og boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter serviceloven og/eller lov om specialundervisning for voksne (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dette gælder også personer, der er i det livslange forløb kan vise sig at have problemer relateret til hjerneskaden og dermed have brug for en aktuell og supplerende udredning.

Der bør være tale om en tværfaglig, systematisk og individuel udredning af den samlede funktionsevne, og hvor det samtidig afdækkes, hvad personen kunne før hjerneskaden, og hvad forventningerne er til niveauet efter genoptræningen. Der bør så vidt muligt anvendes validerede og fagligt anerkendte vurderingsredskaber (Sundhedsstyrelsen, 2020; Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at udarbejde en handleplan og træffe afgørelse om handicapkompenserende ydelser, hjælp og støtte, f.eks. ved brug af voksendredningsmetoden³⁸ (VUM) (Socialstyrelsen, 2020). Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i den enkeltes håb, drømme og ønsker for fremtiden.

Udredningen kan forestås af en eller flere relevante fagpersoner, afhængig af personens behov, med kendskab til målgruppen og hjerneskaderehabilitering samt med mulighed for at indhente faglig sparring hos relevante fagpersoner med faglige kompetencer og erfaring med at vurdere rehabiliteringsbehov hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Gennem hele personens forløb bør der foretages løbende og systematisk revurdering af personens funktionsevne og behov, og indsatserne tilpasses herefter.

³⁷ Jf. bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁸ Social- og Integrationsministeriet og KL har udviklet en metode til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksneområdet. Metoden hedder Voksendredningsmetoden (VUM) og har til formål at forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen – med udgangspunkt i den enkelte borger (Socialstyrelsen, 2020).

For så vidt angår specialundervisning er det vigtigt, at der er foretaget en udredning, som angiver hvornår og på hvilke funktionsområder, det er hensigtsmæssigt at iværksætte et undervisningsforløb inden undervisningen iværksættes (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

Voksne med erhvervet hjerneskade har meget forskellige behov alt efter skadens omfang, lokalisation, længde af indlæggelse efter skadesdebut, alder ved skadens opståen, grad og kombination af funktionsnedsættelser, personens sociale situation, tidligere funktionsniveau m.v. Der kan som følge heraf være forskel i kompleksiteten i funktionsevnenedsættelsen og dermed også forskel i behov. Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for en bred vifte af indsatser, der adresser forskellige områder af personens funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer, samt de behov familie og pårørende har. Overordnet set er indsatserne af genoptrænnende, kompenserende og støttende karakter. Mange vil have behov for indsatser fra forskellige faggrupper og på forskellige tidspunkter i forløbet. Jf. servicelovens formålsparagraf tilrettelægges hjælp/støtte på baggrund af en individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Dette uanset specialiseringsniveau.

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med voksne med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig fx om:

- Rådgivning jf. § 12³⁹
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Støttende og kompenserende indsatser jf. § 82b (et uvisiteret tilbud), § 83 om personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Socialpædagogisk bistand/støtte jf. § 85
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning jf. § 86
- Borgerstyret personlig assistance jf. § 95 eller §96
- Ledsagelse jf. § 97
- Tilbud af behandlingsmæssig karakter jf. § 102⁴⁰
- Beskyttet beskæftigelse jf. § 103
- Aktivitets- og samværstilbud jf. § 104
- Botilbud jf. § 107 og § 108 og botilbudslignende tilbud efter almen boliglovens § 105
- Hjælpebidler, forbrugsgoder, handicapbil og boligindretning jf. § 112, 113, 114, 116.

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning også mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Nedenfor beskrives indsatser på de relevante tilstødende sektorområder: Sundhed, uddannelse, specialundervisning for voksne samt job og beskæftigelse.

Sundhed

³⁹ Ved behov for rådgivning til pårørende anvender kommunerne ofte jf. lov om aktiv beskæftigelse eller specialundervisning for voksne, da serviceloven ikke rummer specifik lovhjemmel hertil.

⁴⁰ Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende, efter udskrivning, at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedstyrelsen, 2020).

Uddannelse

For unge under 25 år kan der være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse), og for personer i den erhvervsaktive alder kan der være behov for beskæftigelsesrettede indsatser. Unge med erhvervet hjerneskade kan også have behov for uddannelsesrettede indsatser i form af fx SPS (Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser).

Specialundervisning for voksne

På moderat og højt specialiseringsniveau vil der ofte være behov for en kompenserende specialundervisningsindsats med henblik på at kompensere for hjerneskadens følger. Indsatsen kan fx bestå i afprøvning af alternative og supplerende kommunikationsløsninger til personer med kommunikationsvanskeligheder. Dette foretages gennem udvikling af nye indlærings- og håndteringsstrategier, opøvelse af nye funktionsmåder og gennem hjælp til selverkendelse, kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder med tilknytning til den erhvervede hjerneskade, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturering, planlægning mv. (Vejledning om Specialundervisning for voksne, VEJ nr. 9396).

Tilbud om specialundervisning vil oftest være en af indsatserne i et længerevarende behandlings-, genoptrænings- og/ eller rehabiliteringsforløb, hvor specialundervisningen kan udgøre en central del. Specialundervisningen vil foregå i en tidsbegrænset periode, hvor personen i samarbejde med underviseren sætter nogle konkrete mål for, hvad der skal fokuseres på i undervisningen.

Job og beskæftigelse

For voksne med erhvervet hjerneskade bliver tilbagevenden til uddannelse eller arbejde ofte et af slutmålene for deres samlede rehabiliteringsforløb. Kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager inden kommunen træffer afgørelse om, hvorvidt en person med erhvervet hjerneskade skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob, førtidspension eller sygedagpenge. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som skal sikre personen en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte person så vidt muligt bevarer eller får tilknytning til arbejdsmarkedet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade, som modtager uddannelseshjælp/kontanthjælp som aktivitetsparate, har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at personen får en helhedsorienteret indsats, der er koordineret på tværs af forvaltninger og myndigheder. Der er fx en del af målgruppen for hvem førtidspension samt tilbud efter serviceloven om beskyttet

beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) vil være relevant (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for en mentor (LAB §167), hvis mentorstøtten er afgørende for, at personen kan opnå eller gennemføre et job, uddannelse eller et forløb gennem jobcentret.

Nogle kommuner har gjort sig gode erfaringer ved organisatorisk at placere en hjerneskadekoordineringsfunktion i jobcentret. Rådgivere og sagsbehandlere med myndighedsfunktioner er bl.a. blevet undervist i viden om hjernen, følgevirkninger og strategier, ligesom hjerneskadekoordinatoren har fungeret som sparringspartner for jobcentret.

Fysiske rammer

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har personer med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller boligændringer. Nogle er udfordret af stimuli i forhold til lyd, synsindtryk eller lugte, ligesom de kan have svært ved at tilpasse sig/aflæse omgivelserne og reagerer kraftigt på selv mindre stimuli (fx udadreagerende). Der kan i sådanne situationer være behov for skærmning og tilpasning af de fysiske rammer med særlig indretninger, farver, lys m.v.

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i tre skemaer, der vedrører hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer.

Inddelingen af indsatser følger strukturen i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) jf. ICF, således at nedenstående skema 1 vedrører målgruppens funktionsevne mens skema 2 og 3 vedrører kontekstuelle faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde på de tre specialiseringsniveauer.

4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser, afhængig af om der er tale om genoptræning⁴¹, vedligeholdelsestræning⁴² eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning vil indsatser, der har genoptrænende karakter, være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade' (Sundhedsstyrelsen, 2020), men er tilpas-

⁴¹ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces ml. en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁴² Vedligeholdelsestræning defineres som en målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

set og justeret i samarbejde med praksis. Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk vil have.

Følgende er eksempler ⁴³ på indsatser, der kan indgå i et rehabiliteringsforløb for målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som tillæg til en genoptræningsplan, i forlængelse heraf (når dette forløb er afsluttet), eller i det livslange forløb, hvis personen får behov herfor.

Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

⁴³ Eksemplerne bygger på henholdsvis Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2020) og Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet) samt input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Let	Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne		
<p>Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for træning/genoptræning/vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • træning/genoptræning og vedligeholdelses-træning af funktions-nedsættelser og aktivitets-begrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet 	<p>Voksne har behov for genoptræningsindsatser, herunder vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betydelig og systematisk genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitets-begrænsninger • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle mentale (kognitive) funktionsnedsættelser • Særlig træning og eventuel kompenserende undervisning i relation til sprogfunktioner og kommunikation og/eller arbejde med energiforvaltning ved hjerneskaderelateret træthed • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut. 	<p>Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for både rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mentale funktionsnedsættelser (herunder kognitive), kommunikation og mobilitet • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af udfordrende adfærd hos personer med bl.a. mentale funktionsnedsættelser.
<p>Socialpædagogisk bistand/støtte</p> <p>Fx (Børne- og Socialministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg således, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. 		<p>Socialpædagogisk bistand/støtte</p> <p>Fx (Børne- og Socialministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan ydes som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til

Let	Moderat	Højt
<p>Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitets- og samværstilbud, som har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen samt at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår. Tilbuddene retter sig især mod personer med behov for socialt samvær og aktiviteter i fællesskab. 		<p>personer uanset deres boform.</p>
	<p>Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. 	
	<p>Botilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midlertidigt ophold til personer, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte samt til personer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte. • Ophold i boform, der er egnet til længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis. 	
		<p>Tilbud af behandlingsmæssig karakter Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der kan gives tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og

Let	Moderat	Højt
		når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.
<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning relateret til, hvordan de kan understøtte træningen i hverdagens aktiviteter. • Rådgivning til den voksne i forhold til følger efter skaden • Rådgivning om tilbud i kommunen 	<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejledning i forhold til håndtering særlige vanskeligheder • Lejring/forflytninger af den voksne • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen herunder ADL⁴⁴ • Energiforvaltning, struktur og overblik. • Rådgivning og vejledning i forhold til eventuelle muligheder for tilbagevenden til arbejde, evt. med brug for tilpasning af arbejdsplads/kompenserende strategier ift. arbejdsfunktioner. 	<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning og vejledning i forhold til tilbagevenden til uddannelse/arbejde, som oftest er truet og påvirket i en sådan grad, at tilbagevenden på ordinære vilkår sjældent er mulig og/eller kompensation/støtte er nødvendig.
Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder ⁴⁵ samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet).		
Der kan være behov for vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation(VISO), som kan bistå kommuner og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).		

4.2.2 Indsatser til pårørende

Ofte klarer pårørende den akutte og subakutte fase godt, da de er korte, og mange er gode til at mobilisere ressourcer. Når det drejer sig om ramte med afasi, i den akutte fase, kan tilstrækkelig information til pårørende fra fagpersoner på hospitalet om kommunikationsvanskeligheder og samtale- eller kommunikationsstrategier være medvirkende til, at pårørende klarer fasen bedre og får mobiliseret ressourcer. I den post akutte og stabile fase, er der ofte behov for en indsats,

⁴⁴ Almindelig Daglig Levevis

⁴⁵ Forbrugsgoder er produkter, der forhandles bredt med henblik på sædvanligt forbrug, og med hele befolkningen som målgruppe. Forbrugsgoder er ikke fremstillet specielt med henblik på at afhjælpe en nedsat funktionsevne. Men de kan i en række tilfælde udgøre den kompensation, som personer med en varigt nedsat funktionsevne har behov for.

da det er her mange pårørende først udvikler emotionelle og psykiske følger (fx en række måneder efter udskrivelse).

De pårørende bør klædes på og tilbydes støtte i forhold til at kunne håndtere situationen – også på lang sigt. De pårørende og deres situation bør tages med i vurderingen, når der tages stilling til, hvorvidt der er tale om behov for indsats på let, moderat, eller højt specialiseret niveau. Der bør være en skærpet opmærksomhed på trivsel, såfremt børn/unge er pårørende.

Følgende er eksempler på behov for indsatser hos pårørende til målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser til pårørende

Let	Moderat	Højt
Indsatser til pårørende		
Fx <ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og/eller instruktion i anvendelse af hjælpemidler, støtteforanstaltninger og muligheder mm. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og vejledning til pårørende om, hvordan de kan opretholde deres eget liv med egne værdier og interesser, som ofte tilsidesættes i det akutte forløb. Rådgivning og vejledning til pårørende i tilfælde, hvor familiesituationen påvirkes i betydelig grad, fx skilsmisse, flytning, konflikter i familien, børn med særlige behov, småbørn/babyer i huset, evt. teenagebørn med misbrug, økonomiske vanskeligheder mm. 	
	Afløsning og/eller aflastning. Fx <ul style="list-style-type: none"> Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. 	
Fx <ul style="list-style-type: none"> En eller få sessioner med fx undervisning i form af psykoedukation om følgerne efter den ramtes hjerneskade, info om peer grupper fx i regi af patientorganisationerne. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Psykoedukation og/eller terapeutisk indsats (indivuel eller gruppe). 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Måltrettet terapeutisk indsats til pårørende, som har udviklet en belastningsreaktion eller emotionel og/eller psykopatologisk overbygning (fx angst eller depression).
	Rådgivning til pårørende/netværk i forhold til hensigtsmæssig kommunikation.	

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

En række undersøgelser har påvist den negative indvirkning, som en erhvervet hjerneskade kan have på identiteten. En erhvervet hjerneskade er dermed ikke kun en neuro-patologisk hændelse, men også en unik psykologisk proces, som kan have dybtgående og særdeles omfattende konsekvenser for selvforståelse og identitet. En proces, der indbefatter både en sorgproces (der siges farvel til den gamle identitet) og en proces med at rekonstruere en ny identitet. Det har stor betydning, i hvilken livsfase man rammes, og hvordan den livsbane, som man havde forventet at have, bliver påvirket. Fx om man er en ung studerende, nylig forældre eller pensionist. Rehabiliteringsprocessen skal derfor også ses som en helingsproces (recoveryproces), hvor der skabes sammenhæng mellem livet før og efter hjerneskaden. Et fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser⁴⁶ kan være en måde at håndtere og løse nogle af de identitets- og følelsesmæssige udfordringer, som en hjerneskade medfører for personen og dennes pårø-

⁴⁶ Rehabiliteringspsykologi handler om, hvordan vi med målrettet psykosocial støtte kan modvirke de alvorlige psykiske problemer, som mange med et handicap udvikler. Det handler om at se bag om diagnosen og ind til mennesket - for derigennem at fremme sundhed, velvære og social deltagelse på trods af sygdom.

rende. Indsatser kan rette sig mod at fremme håndtering og mestring af personlige, identitetsmæssige og følelsesmæssige udfordringer (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Typisk vil disse indsatser være en integreret del af den samlede indsats og bør derfor ikke ses som særskilte/fragmenterede indsatser.

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Let	Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer		
Fx <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for en eller få psykologiske sessioner (gerne i grupper), hvor man sætter ord på dét, som fylder, og hvor vedkommende selv følger op efterfølgende, fx gennem eget netværk og/eller patient-organisationer. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Der kan være fokus på at lære at leve med følgerne efter hjerneskaden og forsone sig med disse samt finde indhold/mening i resten af det liv, der skal leves på ændrede vilkår. Behov for at mødes med ligesindede, fx for personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for længerevarende individuel og/eller gruppeterapeutisk indsats i form af psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Fx til personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes. Det er bl.a. relevant for personer med begrænsede relationer og/eller relationer præget af dårlig/manglende kommunikation indbyrdes og personer, hvor der er betydelig sygdom i familien (fx barn med særlige behov eller kræft i nærmeste familie).
Fx <ul style="list-style-type: none"> Psykologsamtaler, psyko- edukation. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Terapeutisk indsats i forhold til belastningsreaktion, angst og depression. 	

4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde

I genoptrænings- og rehabiliteringsforløb til voksne med erhvervet hjerneskade, herunder faglige indsatser givet i det livslange forløb med henblik på bl.a. at vedligeholde funktionsniveauet efterfølgende, er der stort behov for samarbejde og koordination internt i kommunen. Ligeledes

er behovet for tværsektoriel koordination stort. Dels grundet den kompleksitet som hjerneskade-rehabilitering ofte udgør, og dels den aldersmæssige profil og komorbiditet, som er at finde hos en stor del af målgruppen, der øger sandsynligheden for, at personer med større eller mindre mellemrum kommer til at bevæge sig mellem sygehus, kommune og almen praksis. Vellykkede forløb indebærer følgelig, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte forvaltninger og sektorer. En hjerneskade- koordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion, såfremt kommunen vurderer det relevant, i forhold til at imødekomme behovet for koordinering. En lang række kommuner har allerede erfaringer med etablering af hjerneskadekoordineringsfunktioner på forskellig vis, hvor medarbejdere fra relevante forvaltninger, med viden og kompetencer i forhold til personer med erhvervet hjerneskade, indgår (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fordrer oftest interdisciplinært (tværfagligt) teamsamarbejde. Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige faglige områder, og at indsatsen til borgeren fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer (Karol, 2014). Forskning viser, at der er særlige kendetegn ved et succesfuldt teamsamarbejde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. Kulturen i teamet bør være præget af respekt for forskelligheden. I forhold til viden, så kræver det også, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både borger og teammedlemmer i et forståeligt sprog samt villig til at indgå konsensus i forhold til borgerens mål (Johnson, 2015; Körner, et al., 2016).

Nedenstående beskrivelser tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (Sundhedstyrelsen, 2020).

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (paramter 3) - Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Let	Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
<p>Der er behov for indsatser, der varetages af enkelte faggrupper og hvor der er behov for, at faggrupperne samarbejder om forløbet.</p>	<p>Der er behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og evt. private tilbud. Dette kræver særlig koordinering af indsatsen, herunder koordinering med andre indsatser på andre specialiseringsniveauer.</p>	<p>Der er behov for rehabiliteringsindsatser, der organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede specialiserede indsats er afgørende.</p> <p>Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.</p>
<p>Indsatser/tilbud kan typisk foregå i personens nærmiljø.</p>	<p>Indsatser/tilbud kan foregå i personens nærmiljø eller som døgnrehabilitering.</p>	
<p>Der kan internt i kommunen være behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb.</p>	<p>Indsatser foregår oftest på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelle private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.</p>	
<p>Der vil være behov for at modtage rådgivning, vejledning og supervision fra fagpersoner, der leverer indsatser på moderat og/eller højt specialiseret niveau.</p>	<p>Det kan være nødvendigt at indhente rådgivning fra det højt specialiserede niveau, hvilket kan omfatte rådgivning og supervision i konkrete forløb, fx i forhold til problemstillinger, der relaterer sig til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, be-</p>	<p>Der kan være behov for, at højt specialiserede tilbud samarbejder med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.</p>

Let	Moderat	Højt
	skæftigelse, uddannelse, adfærd, personlighedsmæssige ændringer m.v.	
Der er typisk behov for samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen i relation til den behandling, som varetages i almen praksis. I enkelte tilfælde kan der være behov for fortsat samarbejde mellem sygehuset og kommunen, herunder det kommunale jobcenter, eller konkret behov for opfølgning på sygehus i ambulant regi.	Der kan være behov for samarbejde med sygehusets læger og/eller personens praktiserende læge og/eller socialpsykiatrien om følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet.	
Der vil i de fleste kommuner være tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende setup til at varetage indsatserne.	Afhængig af tilbudstype vil nogle kommuner, grundet befolkningsunderlaget, have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde eller et samarbejde med andre aktører for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle kompetencer hos de involverede faggrupper.	Grundet behovet for højt specialiserede kompetencer, volumen og intensitet på højt specialiseret niveau vil færre kommuner være i stand til at varetage rehabiliteringen på dette niveau. Det kan derfor være relevant at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed og kvalitet i indsatserne.

4. Fagligt indhold (parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatser på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de tre specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
4. Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede

	Let	Moderat	Højt
	og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	cer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	metoder, hjælpemidler og teknologi.

4.1 Kompetencer

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne har viden, kompetencer og praksiserfaring om/med voksne med erhvervet hjerneskade. Kompetencer og erfaring skal således vurderes i forhold til, om de matcher målgruppens differentierede behov. Tilbud, som har voksne med erhvervet hjerneskade som deres målgruppe, og hvor fagpersoner ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen grundet lille volumen i antallet eller kompleksitet i indsatsen, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

De faggrupper, som er involveret i indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade er typisk socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, speciallærere, pædagogisk personale/specialpædagoger, logopæder, neuropsykologer, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt praktiserende læger. Derudover har de mulighed for samarbejde med og adgang til fx bandagister, kliniske diætister, neurologer, psykiatere, synskonsulenter, teknologikonsulenter, neurooptometriste m.fl. (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021; Sundhedsstyrelsen, 2020). Behovet for forskellige faggrupper og graden af neurofaglige kompetencer afhænger af behovet for genoptræning og/eller rehabilitering, og mulighed for tæt teambaseret interdisciplinært samarbejde kan være nødvendigt inden for alle niveauer. For unge under 25 år er det desuden relevant at involvere UU-vejledere (ungdomsuddannelsesvejledere), og for personer i den erhvervsaktive alder er det ligeledes relevant at inddrage sagsbehandlere fra jobcentre (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos voksne omhandler blandt andet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021):

- Viden om målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade (fx viden om hjernens anatomi, funktion og plasticitet samt følgevirkninger af skader i/på hjernen (motoriske, sensoriske, kognitive, sociale og psykologiske)
- Viden om eget fag
- Viden om hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- Viden om neuropædagogik
- Viden om neuropsykologi
- At kunne arbejde tværfagligt, herunder praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme for personen
- At kunne arbejde med borger – og pårørendeinddragelse mhp. at afstemme forventninger og fremme motivationen hos personen
- At kunne tilpasse kommunikationen til personens funktionsniveau
- At være rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- At kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen
- At være reflektiv og bevidsthed om egen praksis, herunder at kunne ændre egne strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse.

Nedenstående beskrivelser af kompetencer på de tre niveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade"

(Sundhedsstyrelsen, 2020) samt Socialstyrelsens "Forløbsbeskrivelse om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring).

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Let	Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer		
Fagpersoner har generelle kompetencer i form af grundlæggende viden om eget fag samt neurologi og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag samt opdateret viden om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper, der løbende opdateres ved certificeret efteruddannelse/ videreuddannelse (herunder kurser).	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende ⁴⁷ viden om eget fag og om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper samt den tilgængelige evidens. Denne viden opdateres løbende ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse, ligesom der pågår hyppig supervision og/eller sparring med ligestillede.
Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer stor rutine og erfaring med hjerneskaderehabilitering på moderat - eller højere niveau. Som udgangspunkt skal fagpersonerne have mere end to års erfaring med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i omfattende praksisbaseret viden, som rummer omfattende rutine og erfaring, som udgangspunkt mere end fire år med hjerneskaderehabilitering på højt niveau.
Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og viden samt medvirker til praksisudvikling i det omfang dette er muligt.	Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden samt medvirker til praksisudvikling i egen praksis, og generelt i det omfang, det er muligt. Der er rammer og struktur for at formidle viden og udføre faglig vejledning til andre fagpersoner, der eksempelvis arbejder med genoptræning på let specialiseret niveau.	Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens samt medvirker til forskning og vidensudvikling via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner i det omfang, det er muligt. Der er mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision inden for hjerneskadere-

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen skriver her: "indgående og specifik viden om..."

Let	Moderat	Højt
		habilitering til andre fagpersoner på lavere specialiseringsniveau.
Kompetencer relateret til borgerinddragelse		
Fagpersoner kan inddrage personen med erhvervet hjerneskade og pårørendes præferencer, behov og motivation og omsætte dette til egen praksis.	Fagpersoner kan realisere personcentreret målsætning gennem beherskelse af metoder og tilgange til inddragelse af personen med kognitive og kommunikative vanskeligheder samt deres pårørende.	
Kompetencer relateret til fagmiljø		
Fagpersoner har adgang til faglig vejledning og supervision af relevante fagpersoner med særlig viden og (neurofaglige) kompetencer, og flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering ved mere komplekse indsatser, fx via tidsbegrænsede erfaringsophold på et rehabiliteringscenter med høj grad af ekspertise.	Fagpersoner har en formaliseret adgang til faglig supervision ved omfattende og/eller sjældne indsatser ved relevante fagpersoner med flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering og ved mere komplekse indsatser.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på let og moderat niveau samt til andre fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer		
Fagpersoner har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt samarbejde uden særlige krav til organisering og koordinering.	Fagpersoner indgår og deltager i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med krav til organisering og koordinering af indsatser, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Fagpersoner indgår i – og bidrager med kompetencer ind i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
Kompetencer relateret til aktiv praksis		
Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>ugentligt</i> at arbejde med genoptræning og/eller rehabilitering efter erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>primært</i> at arbejde med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har mulighed for overvejende, og gerne flere timer om dagen, at arbejde med hjerneskaderehabilitering og arbejder dermed primært eller udelukkende med voksne med erhvervet hjerneskade.

Let	Moderat	Højt
Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af lav kompleksitet.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af en vis kompleksitet, fx på grund af et omfattende behov.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af stor kompleksitet, hvor der er omfattende og svære funktions-nedsættelser og/eller sjældne behov, fx ift. personer med udadreagerende adfærd.

4.2 Metoder

I indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af den voksnes funktionsnedsættelser⁴⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på både moderat og højt specialiseret niveau, og selv på det lette specialiseringsniveau vil mange af de samme metoder og tilgange også blive benyttet. De forskellige metoder og tilgange kan dermed modelleres til forskellige specialiseringsniveauer, hvor for nedenstående metoder ikke overføres til specialiseringsniveauerne i et skema.

Forskellen i specialiseringsniveau er ikke nødvendigvis relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere til de kompetencer, den viden og erfaring, som fagpersoner på de forskellige niveauer har i at anvende dem. Der er ofte behov for særlig specialviden, når det gælder komorbide tilstande og sociale problemstillinger i sammenhæng med den erhvervede hjerneskade. I den højt specialiserede indsats til voksne med erhvervet hjerneskade uden talesprog (fx locked in syndrom) og/eller komplekse kommunikationsbehov samt voksne med erhvervet hjerneskade og misbrug vil der ligeledes være behov for specialviden. Personer med erhvervet hjerneskade, som grundet skaden har funktionsevnenedsættelser ift. agitation og adfærdsforstyrrelser, udgør ligeledes en særlig problemstilling. En problemstilling, der fordrer en specialiseret neuropædagogisk indsats og fagpersoner, som har neurofaglige kompetencer.

Afhængigt af problemstillingen kan der fx være tale om anvendelse af følgende metoder og faglige tilgange:

- Rehabiliteringspsykologi
- Recoveryunderstøttende tilgang
- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Levevis)
- Fysisk træning
- SCA (Supported Conversations for Adults with Aphasia)
- SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation)
- CILT (Constraint Induced Language Therapy)
- Talking Mats
- Fejlfri læring

⁴⁸ For nærmere beskrivelse af indsatser, metoder og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011) og/eller Socialstyrelsens Forløbsbeskrivelse for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sansorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Kognitiv affektiv træning
- Kognitiv adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Den narrative tilgang
- Systemisk og narrativ psykoterapi
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- CFT (Compassion Focused Therapy)
- FITS (Familie intervention efter traumatisk skade)
- Empowerment.

For rehabiliteringstilbud, der ud over indsatser hjemlet i serviceloven også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der tillige særlige kvalitetskrav.

4.3 Hjælpemidler og teknologi

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi, til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau. Der kan bl.a. være behov for alternative og supplerende kommunikationsløsninger, herunder såvel lav- som højteknologi (IKT)⁴⁹.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit, og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

⁴⁹ Se mere på: https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=12952&x_newstype=39

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) - Hjælpemidler og teknologi

Let	Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi		
<p>Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser (Sundhedsstyrelsen, 2014).</p> <p>Fx.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kugledyne til forbedring af søvn. • Opsætning af greb i bolig samt andre boligtilpasninger. 	<p>Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter (Sundhedsstyrelsen, 2014) samt særlig teknologi til kommunikation. Der kan være behov for at anvende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende.</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx IKT hjælpemidler til struktur, overblik, tilpasning af bolig mm. 	<p>Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikations-teknologi (talemaskine), struktur app's, SmartHome løsninger, smartphones eller tablets med kalender, auditive eller billedbaserede påmindelsesfunktioner (visualisering af tid, påmindelser/alarmer, vejvisning) mm.
<p>Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler, inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder (Brandt & Christensen, 2018).</p>	<p>Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne den voksne i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018) .</p>	<p>Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af den voksne og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).</p>

Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

Let	Moderat	Højt
	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.

Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. At delmålgruppen kun beskrives skematisk på disse to niveauer skyldes bl.a. målgruppens lille volumen og et behov for særlig viden og kompetencer hos de fagpersoner, der varetager indsatsen. Dette behov skyldes bl.a., at børn/unge med en erhvervet hjerneskade har fået en skade på en umoden hjerne, hvor normaludviklingen umiddelbart efter og på længere sigt påvirkes af skaden, og at børnene/de unge vil kunne vokse sig ind i funktionsevne-nedsættelser⁵⁰, som ikke var til stede umiddelbart efter skaden. Derudover er børn/unge i en identitetsdannende fase i livet, hvor fysiske, kommunikative og kognitive funktionsnedsættelser udgør en særlig udfordring. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47.

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traumer, tumorer, infektioner, forgiftninger, iltmangel (fx ved drukningsulykker og hjer-testop) m.fl. Hos børn/unge er hovedtraumer og infektioner i hjernen den hyppigste årsag til erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Aldersmæssigt afgrænses målgruppen fra 0 og op til det 18. år. Målgruppen rummer ikke børn og unge med følger efter en hjernerystelse.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har ofte omfattende følger af hjerneskaden, som kan få stor indflydelse på deres liv og hverdag (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det er dog meget forskelligt, hvordan følgerne kommer til udtryk samt karakteren og omfanget heraf. Dette afhænger bl.a. af, hvilken del af hjernen der er påvirket, barnets alder på skadestidspunktet, hvor omfattende skaden er samt det miljø, barnet er i. De hyppigste følgevirkninger af en erhvervet hjerneskade er kognitiv udtrætning/hjerneskadetræthed, kognitive vanskeligheder, herunder vanskeligheder med opmærksomhed, hukommelse, planlægning, strukturering og overblik samt sociale, sproglige og motoriske vanskeligheder. Alle typer af funktionsforstyrrelser kan forekomme i forskellig kombination og sværhedsgrad. Ofte har børn/unge med erhvervet hjerneskade flere

⁵⁰ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schiøler & Dahl, 2003).

følger samtidig, som kan være af fysisk, psykisk, kognitiv eller adfærdsmæssig karakter (Sundhedsstyrelsen, 2011).

For børn/unge med erhvervet hjerneskade bør der være særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Nogle funktionsnedsættelser kan således forværres med tiden som følge af, at barnet har fået en skade på en umoden hjerne. I takt med hjernens modning vokser nogle børn/unge sig ind i funktionsevnenedsættelser, som har betydelige konsekvenser for deres skolegang, uddannelse, sociale relationer, identitetsudvikling samt for deres mulighed for at klare sig på lige fod med deres jævnaldrende (Sundhedsstyrelsen, 2014). En anden væsentlig faglig udfordring er, at rehabiliteringsforløbet ud over at genoptræne og kompensere for mistede færdigheder, bør have fokus på at understøtte barnet/den unges generelle udvikling bedst muligt.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram til brug for regioner og kommuners tilrettelæggelse af hjerneskaderehabiliteringen beskrives rehabiliteringsforløbet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset
- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase.

Sygehusvæsenet, almen praksis og kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således har sygehuset flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Børn/unge med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre vil – efter udskrivelse fra sygehuset – have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Fase 4 i et rehabiliteringsforløb kan bl.a. indeholde vedligeholdende, trænende og kompenserende indsatser til børn og unge, som har været igennem et forløb, hvor potentialer er afdækket og realiseret, og der er et forholdsvis stabilt funktionsniveau. Når der i målgruppebeskrivelsen tales om rehabiliteringsforløb, er denne mere vedligeholdende fase således indeholdt.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Børn/unge med erhvervet hjerneskade vil oftest modtage indsatser fra forskellige sektorer. Der vil typisk være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social- og undervisnings- og dagtilbudsområdet, som fx kan leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et rehabiliteringsforløb eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2014):

På sundhedsområdet kan det være indsatser som fx:

- Genoptræning
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Psykologhjælp
- Familierådgivning

- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug.

På undervisningsområdet kan det være indsatser som fx:

- Udredning af behov for specialundervisning og specialpædagogisk bistand
- Specialundervisning, herunder bl.a. særligt undervisningsmateriale og tekniske hjælpemidler
- Psykologisk-pædagogisk rådgivning.

I denne målgruppebeskrivelse om børn og unge med erhvervet hjerneskade – som tager udgangspunkt i en generel model for alle målgrupper på socialområdet - skelnes mellem **moderat** og **højt specialiseringsniveau**. På sundhedsområdet anbefaler Sundhedsstyrelsen, at genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade varetages på **avanceret** eller **specialiseret niveau** (Sundhedsstyrelsen, 2014). Der anvendes således forskellig terminologi for specialiseringsniveauerne, men selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt jf. kriterierne for de to niveauer i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne⁵¹ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser⁵², som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det betyder, at et barn/ung med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og barnet/unges funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

For en del af målgruppen vil de kognitive funktionsnedsættelser, herunder kommunikative udfordringer, ændringer i adfærd og følelsesmæssige funktioner ofte være en større udfordring for barnet/den unge end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger⁵³, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi. Herudover ses en øget risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet som fx angst, depression, dyssocial adfærd og adfærdsforstyrrelser, herunder opmærksomhedsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er desuden også unge i målgruppen, som enten har et aktivt misbrug før skaden eller får det efterfølgende, hvorved kompleksiteten stiger yderligere (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit beskrives målgruppens kompleksitet (parameter 1), i form af funktionsevne og eventuelle problemstillinger, på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt, hvor problemstillingerne indplaceres ud fra de tidligere oplyste kriterier for de to niveauer i figur 1.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **moderat niveau** kan fx være børn/unge, som efter en supplerende udredning på højt niveau viser behov for indsatser på moderat niveau. Disse børn/unge har lettere motoriske vanskeligheder og lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse børn/unge kan med de rette strategier i vid udstrækning imødekomme kravene fra hverdagen.
- Målgruppen på **højt niveau** kan fx være børn/unge, som har flere lette funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Ligeledes kan det være børn/unge med omfattende motoriske, kommunikative, sociale og kognitive vanskeligheder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for specialiserede indsatser for at sikre, at barnet/den unges hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

⁵¹ Funktionsevne er en overordnet term for kroppens funktioner, kroppens anatomi, aktivitet og deltagelse (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵² Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵³ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schiøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation ICF⁵⁴. ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredtstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Schjøler & Dahl, 2003).

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan forinden skaden have haft funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, som også er afgørende, for på hvilket niveau barnet/den unge har behov for indsatser. Fx vil børn/unge med psykiatrisk komorbiditet, herunder opmærksomhedsforstyrrelser og/eller aktivt misbrug, typisk have behov for indsatser på højt niveau.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de to specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen, 2014). Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af hhv. målgruppebeskrivelsen og Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje. Beskrivelserne er tilpasset og justeret i forhold til det specialiserede socialområde i samarbejde med praksis (bl.a. specialistgruppen).

Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de to specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan det enkelte barn/ung have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner), af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de to niveauer i skemaet.

Eksemplerne skal forstås som typiske karakteristika ved målgruppen på de to niveauer. Flere funktionsnedsættelser på moderat niveau, kan give behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen	
Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående funktionsevnenedsættelser med moderat betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel og dermed for et eller flere livsområder.	Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser, som samlet set påvirker funktionsevne, udvikling og trivsel i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder.
Funktionsevnenedsættelse relateret til fysiske funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig

⁵⁴ WHO's International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredtstilstand (Schjøler & Dahl, 2003).

Moderat	Højt
	selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.
En eller flere funktionsnedsættelser som følge af langvarig immobilisering.	Tab af færdigheder grundet langvarig immobilisering.
Tonusforstyrrelse (ændret muskelpænding), udvikling af fejlstillinger og/eller smerter ⁵⁵ .	Komplicerede og/eller omfattende tonusforstyrrelse (ændret muskelpænding) og/eller udvikling af fejlstillinger samt smerter ⁵⁶ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ^{57 58} .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ⁵⁹ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist eller helt eller delvist op hørt taletydelighed).
Funktionsevnenedsættelse relateret til kognitive funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition som fx orienteringsevne, opmærksomhed, koncentration, hukommelse og kognitiv udtrætning.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition.
En eller flere funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder, som vanskeliggør mulighederne for at indgå alderssvarende.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder og/eller ingen mulighed for kommunikation, som er begrænsende socialt og fagligt.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.

⁵⁵ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁶ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁷ Dysfagi betegnes ofte i hverdagen som synkebesvær <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/symptomer-og-tegn/synkebesvaer-kronisk/>

⁵⁸ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

⁵⁹ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Moderat	Højt
Omgivelsesfaktorer	
En eller flere problemstillinger relateret til familie og søskende fx nedsat psykisk trivsel hos søskende og/eller familien som helhed.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiesituation fx forældre og søskende, som med baggrund i familiens situation er hårdt belastede. Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger på grund af sociale problemstillinger i familien forud for hjerneskaden.
En eller flere problemstillinger relateret til et ikke etableret eller skrøbeligt socialt netværk hos barnet/den unge.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til barnets/den unges sociale netværk.
En eller flere problemstillinger relateret til familiens boligsituation.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiens boligsituation.

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), jf. kriterierne for hhv. moderat og højt niveau i nedenstående udsnit fra figur 1, som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

I omegnen af 800-900 børn og unge diagnosticeres hvert år med en erhvervet hjerneskade (jf. Socialstyrelsens egne beregninger pba. registerdata; fx 906 børn og unge i 2017 og 787 børn og unge i 2018). Der findes ikke valide datakilder, der beskriver, hvor mange af disse børn og unge, der har behov for et rehabiliteringsforløb. Sundhedsstyrelsen estimerer groft, at mellem 125 og 375 børn/unge pr. år har behov for hjerneskaderehabilitering efter udskrivelse fra sygehuset. Det understreges, at estimatet er behæftet med stor usikkerhed (Sundhedsstyrelsen,

2011). Det lave antal tilfælde pr. år har betydning for kommunernes mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Ligeledes er det vanskeligt at estimere, hvor stor en del af disse børn og unge med behov for et rehabiliteringsforløb, der har behov for indsatser på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Socialstyrelsen vurderer på baggrund af den samlede målgruppebeskrivelse, at den mindste del af målgruppen vil have behov for indsatser på moderat specialiseret niveau, og at størstedelen af børnene/de unge vil have behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Moderat	Højt
Målgruppens størrelse	
Den mindste del af målgruppen.	Den største del af målgruppen.

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) jf. kriterier for hhv. moderat og højt specialiseret niveau i nedenstående udsnit fra figur 2, i den indsats, der sættes i værk for at støtte barnet/den unge i at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte⁶⁰. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser, primært inden for serviceloven. Behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres dog også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

⁶⁰ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har typisk behov for, at de forskellige indsatser organiseres som et sammenhængende rehabiliteringsforløb⁶¹, hvor den samlede indsats er rettet mod barnets/den unges hele livssituation og såvel aktuelle som fremtidige mål (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Som udgangspunkt har børn/unge, lige efter udskrivelse fra sygehus (fase 3), typisk behov for en supplerende udredning⁶² af deres funktionsevne på højt specialiseret niveau. Alene fordi det som udgangspunkt er komplekst at få en hjerneskade som barn/ung, og fordi det kræver koordinering, ofte mellem både social-, sundheds- og skole/uddannelsesområdet, samt specialviden at vurdere og monitorere konsekvenser og behov over tid.

Et barn/ung kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis skifte mellem at have behov for indsatser på moderat og på højt specialiseringsniveau. Skift mellem moderat og højt niveau gennem barnets/den unges opvækst kan fx ses i forbindelse med, at der med alderen stilles større krav til abstraktionsniveau og socialkognitive funktioner (særligt i teenageperioden). Der kan også være børn/unge, som i perioder ikke har brug for indsatser på moderat og/eller højt niveau, og som kan vende tilbage til det almene tilbud eventuelt med støtte.

Let specialiserede indsatser

Børnene/de unge kan, ud over et behov for moderat og højt specialiserede indsatser, have brug for indsatser som fx fritidstilbud, ledsageordning, aflastning og personlig og praktisk hjælp i dagligdagen, der varetages som en del af kommunens mere almindelige sociale indsatser. Der kan også være børn/unge, der i perioder ikke har brug for sociale indsatser eller kun har brug for enkeltstående ydelser eller indsatser fx i forhold til en meget afgrænset fysisk funktionsnedsættelse, der kan kompenseres for med et simpelt hjælpemiddel.

De fagpersoner, der varetager disse mere almene indsatser har ikke altid viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det samme kan

⁶¹ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁶² Supplerende udredning, som har fokus på det kognitive (børnepsykologiske), sproglige, skolefaglige, neuropædagogiske funktionsniveau – samt familiens trivsel. Den "gængse" udredning på hospitalsregi beror på en somatisk udredning (læge, fysio- og ergoterapeut).

gøre sig gældende i forhold til fagpersoner, der varetager specialundervisning eller specialpædagogisk bistand fx i almene skoler eller dagtilbud. Her er det vigtigt, at fagpersonerne ved, at der er tale om en erhvervet hjerneskade, og at de modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Funktionsevnen hos børn/unge med erhvervet hjerneskade er typisk påvirket på mange områder, og der er derfor ofte behov for helhedsorienteret og tværfaglig supplerende udredning af funktionsevnen på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan fx være i relation til dagtilbud, skole og uddannelse, boligforhold, behov for hjælp og støtte, støtte til familie samt fritidsaktiviteter og socialt liv (Sundhedsstyrelsen, 2014). Den supplerende udredning kan foretages af fx børneneuropsykolog, neuropædagog, audiologopæd, speciallærer, børneergoterapeut, børnefysioterapeut, synskonsulent og have fokus på:

- Kognitivt funktionsniveau
- Socialt og emotionelt funktionsniveau
- Sprogligt og kommunikativt funktionsniveau
- Skolefagligt funktionsniveau
- Sensorisk funktionsniveau
- Fysisk funktionsniveau (grov- og finmotorik)
- Synsfunktion
- Aktivitet og deltagelse herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse).

Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at træffe afgørelse om handikapkomenserende ydelser, hjælp og støtte til barnet og familien.

Det er vigtigt at have særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Som tidligere nævnt kan nogle funktionsnedsættelser hos børn og unge forværres med tiden. Det betyder, at det både ved lette og sværere hjerneskader er væsentligt at være opmærksom på, at der kan opstå yderligere følger senere i udviklingen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Følgerne kan fx vise sig i 6 -7-års alderen, hvor der sker en forfinelse af de sproglige kompetencer og ved 12-års alderen, hvor der sker et kvantespring i forhold til at kunne kondensere, skabe mening og overblik over fx skolefaglige opgaver og sociale relationer. Det kan betyde, at børn/unge har behov for (løbende) revurdering på enten moderat eller højt niveau.

I rehabiliteringsforløbet (fase 3) er der ligeledes behov for, at der foretages en løbende tværfaglig vurdering af forløbet, herunder om barnet/den unge profiterer af indsatsen i forventeligt omfang. Der kan i perioder være behov for en vurdering af forløbet minimum hver tredje måned. Hvis det er tilfældet, at barnet/den unge ikke profiterer forventeligt af forløbet, bør der foretages fornyet udredning og revurdering af barnet/den unges behov og potentiale ved relevante specialister med henblik på en eventuel re-visitation.

I forhold til børn/unge med problemstillinger vedrørende psykisk trivsel og udvikling bør lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæder og socialrådgivere, som varetager indsatser til børn og unge med erhvervet hjerneskade, kende til advarselssignalerne på psykiske vanskeligheder. Disse faggrupper er ofte sammen med barnet/den unge i dagligdagen og har derfor en særlig mulighed for at opspore tegn på psykiske vanskeligheder. De anførte faggrupper kan ikke altid selv vurdere, om der er tale om psykiske vanskeligheder, og de bør derfor have adgang til at drøfte deres observation med psykologer fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), et rehabiliteringstilbud eller med den praktiserende læge. PPR har generelt

en vigtig rolle i forhold til at vurdere de børn/unge, som ikke er i psykisk trivsel, og de har i den forbindelse et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I de fleste regioner kan PPR også henvise dertil (Sundhedsstyrelsen, 2015).

På rehabiliteringstilbuddene bør der være tilknyttet psykologer med særlige kompetencer i forhold til udredning af psykiske vanskeligheder, så de kan foretage en vurdering af årsagen til barnets/den unges psykiske symptomer, og om de skal udredes og behandles i sundhedsvæsenet eller kan varetages som en del af rehabiliteringen (Sundhedsstyrelsen, 2015). Der kan desuden være behov for udredning og håndtering af emotionelle og tilknytningsmæssige vanskeligheder f.eks. hos børn, der har fået en erhvervet hjerneskade som følge af vold i familien. Dette bør afklares i samarbejde med den kommunale forvaltning, der ser på støtte til udsatte familier.

Når et barn/ung vender tilbage i dagtilbud eller skole, bør pædagogisk personale og lærere være særligt opmærksomme på, at opståede vanskeligheder kan være tegn på følger af den erhvervede hjerneskade, som blot slår igennem på et senere tidspunkt i barnet/den unges liv. Pædagogisk personale, lærere og forældre bør have mulighed for kontakt til fagpersoner med viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Børn/unge kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har børn/unge med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller installering af hjælpemidler i hjemmet (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med børn/unge med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig om ydelser til forældre til barnet/den unge som fx om tabt arbejdsfortjeneste og dækning af nødvendige merudgifter eller ledsagerordning for den unge (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Ligeledes er det muligt jf. serviceloven at bevilge indsatser, der retter sig mod fx:

- Træning/genoptræning jf. § 11, stk. 3 eller § 52, stk. 3, nr. 10, hvis betingelserne herfor er opfyldt og der er behov for vedligeholdende træning i forbindelse med rehabiliteringsforløbet eller efter endt forløb, kan det bevilges jf. § 86 stk. 2: Det forudsættes, at hvis genoptræning ikke ydes efter anden lovgivning kan det bevilges efter serviceloven.
- Familieorienteret rådgivning og vejledning jf. § 11.
- Forebyggende indsatser jf. § 11
- Rådgivning, undersøgelse og behandling jf. § 11, stk. 3
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Særligt dagtilbud jf. § 32
- Særligt klubtilbud jf. § 36
- Undersøgelse jf. § 50
- Pædagogisk, praktisk eller anden støtte i hjemmet jf. § 52
- Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, på et opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-4, 6 og 7.
- Anbringelsessted jf. § 66
- Personlig og praktisk hjælp jf. § 83
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Hjælpemidler jf. § 112.
- Forbrugsgoder jf. § 113

- Støtte til køb af bil jf. § 114
- Boligændringer jf. § 116

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, social- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2014). Nedenfor beskrives indsatser på sundhedsområdet og på specialundervisnings- og dagtilbudsområdet.

Sundhedsområdet

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende efter udskrivning at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Specialundervisning og dagtilbud

Børn/unge vil forud for hjerneskaden næsten altid være tilknyttet et dagtilbud eller en skole. Afklaringen af, hvilket tilbud der er hensigtsmæssigt for barnet/den unge efter skaden, vil ofte først ske i forbindelse med et længerevarende udrednings- og rehabiliteringsforløb. Det er PPR, som vurderer behovet for specialpædagogisk bistand og specialundervisning (Sundhedsstyrelsen, 2011). PPR's vurdering af barnet/den unges behov sker i samarbejde med personale og ledelse på den skole eller det dagtilbud, barnet/den unge er tilknyttet og på baggrund af en helhedsorienteret og tværfaglig udredning.

For børn i småbarnsalderen vil nogle komme tilbage til deres dagtilbud med specialpædagogisk bistand⁶³ eller støtte efter dagtilbudsloven. For børn/unge i skolealderen vil nogle komme tilbage til deres skole med støtte, specialpædagogisk bistand, specialundervisning eller få et specialskoletilbud, oftest efter endt rehabiliteringsforløb eller i forbindelse med rehabiliteringsforløbet⁶⁴. Fagpersoner, der leverer indsatsen bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

For unge der har gennemført folkeskolen, men ikke kan gennemføre en almen ungdomsuddannelse, kan der desuden være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse).

⁶³ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

⁶⁴ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Inddelingen følger dermed strukturen i beskrivelse af målgruppens kompleksitet jf. ICF, så figur 1 vedrører målgruppens funktionsevne og 2 og 3 vedrører personlige og omgivelsesspecifikke faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering af indsatsen på de to specialiseringsniveauer (jf. kriteriet om tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i figur 2).

For børn og unge, som har behov for indsatser på moderat specialiseret niveau varetages rehabiliteringsforløbet som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer i forhold til hjerneskaderehabilitering på moderat niveau. Rehabiliteringsforløbet foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af målgruppens lille volumen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

For børn og unge, som har behov for indsatser på højt specialiseret niveau bør højt specialiserede rehabiliteringstilbud kunne varetage det samlede behov for rehabilitering samt indsatser målrettet forældre og søskende (Sundhedsstyrelsen, 2014). Fagpersonerne bør have viden og kompetencer i forhold til rehabilitering af børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.

4.2.1 Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser afhængig af, om der er tale om genoptræning⁶⁵, vedligeholdelsestræning⁶⁶ eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning fra sygehus vil indsatser af genoptrænende karakter være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Følgende er eksempler⁶⁷ på behov for indsatser hos børn/unge med erhvervet hjerneskade på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som

⁶⁵ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁶ Vedligeholdelsestræning defineres som målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁷ Eksemplerne bygger på henholdsvis Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet), Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2014) og input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

tillæg til en genoptræningsplan eller i forlængelse af de indsatser, som gives på genoptræningsplanen, når dette forløb er afsluttet. Felter i skemaet, der går på tværs af de to niveauer, angiver, at indsatsen finder sted på begge niveauer.

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne	
<p>Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, herunder eventuelt vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet. • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle kognitive funktionsnedsættelser • Særlig træning i relation til sprogfunktioner og kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion. 	<p>Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mobilitet • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kognitive funktionsnedsættelser • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion.
<p>Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. 	<p>Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til personer uanset deres boform.
<p>Træning i forbindelse med særligt dagtilbud eller særligt klubtilbud, hvor der tilbydes pædagogisk støtte, behandling til barnets/den unges udvikling (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Botilbud med henblik på at varetage omsorg og sikre trivsel og udvikling for børn/unge. Tilbuddet arbejder målrettet med fx at understøtte uddannelse og/eller beskæftigelse. Botilbud kan fx være døgninstitution, efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Rådgivning til barnet/den unge og forældrene (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	

Moderat	Højt
Fx <ul style="list-style-type: none"> • Vejledning i forhold til håndtering af særlige vanskeligheder • Lejring og forflytninger af barnet/den unge • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen, herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse) • Energiforvaltning, struktur og overblik • Vejledning i forhold til barnets/den unges funktionsniveau, herunder eventuelt kompensatoriske strategier til forældre og søskende. 	
Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet).	
Vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som kan bistå kommuner, tilbud og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager, Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).	

4.2.2 Indsatser til pårørende

Følgende er eksempler på behov for indsatser til pårørende hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser til pårørende	
Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet).	Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet).
Fx <ul style="list-style-type: none"> • Familieuddannelse, herunder et særligt fokus på støtte til søskende • Støttende indsatser til familien. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Støttende indsatser til familien. • Rådgivning ift. at forstå det system, forældrene med barnets/den unges hjerneskade er blevet del af
Afløsning og/eller aflastning til forældre (Social- og Indenrigsministeriet).	
Forebyggende indsatser (Social- og Indenrigsministeriet).	
Fx <ul style="list-style-type: none"> • Netværks- eller samtalegrupper med andre forældre og søskende i samme situation. 	

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	
Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).	Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).
Fx <ul style="list-style-type: none"> Individuelle eller gruppesamtaler med fx psykolog i forhold til identitet og følelsesmæssige udfordringer, som vedrører den erhvervede hjerneskade. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Individuelle samtaler med fx psykolog, hvor barnet/den unge har svært ved at arbejde med vanskelighederne fx på grund af manglende indsigt i egne problemstillinger. Typisk vil denne indsats være en integreret del af et rehabiliteringstilbud.
Behov hos unge for at være i et ungemiljø, hvor det er muligt at spejle sig i og udvikle sig sammen med andre unge med erhvervet hjerneskade, hvis de 'tidligere' venner rykker videre i livet og eventuelt forsvinder (Social- og Indenrigsministeriet).	
	Massiv støtte ift. emotionel trivsel og udvikling fx til et barn, som har fået en hjerneskade som følge af vold i familien.

4.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

For børn/unge med erhvervet hjerneskade er der typisk behov for at sikre et tæt, koordineret fagligt samarbejde imellem de involverede fagpersoner (inkl. pædagogisk personale, lærere og sagsbehandlere), og med inddragelse af barnets/den unges familie, i det omfang det er muligt. Fagpersoner omkring barnet/den unge bør sikres viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Koordinering af indsatsen kan fx varetages i en hjerneskadekoordineringsfunktion. Den enkelte kommune har som oftest kun få børn/unge med erhvervet hjerneskade, hvorfor en hjerneskadekoordineringsfunktion på børne- og ungeområdet fx vil kunne etableres i et tværkommunalt samarbejde. Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan fx udpege en tovholder eller kontaktperson i forhold til det enkelte barn/ung med hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det er få kommuner, som har etableret en særskilt hjerneskadekoordineringsfunktion i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade. I mange kommuner varetages den koordinerende opgave således af PPR og/eller af socialrådgivere i socialforvaltningen. I nogle kommuner vil der være tilknyttet børneneuropsykologer til koordineringsfunktionen (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Fagpersoner bør være opmærksomme på overgangssituationer i barnets/den unges liv, som fx overgang fra dagtilbud til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ungdomsuddannelse samt overgangen fra et indsatsforløb til et andet. Dette med henblik på, at relevant viden viderefremmes og ikke går tabt i overgangen. Ligesom der er særlige udfordringer med overgangen fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Kommunen kan fx etablere et samarbejde med tilbud på højt specialiseret niveau. Samarbejdet kan være omkring generel kompetenceudvikling, herunder supervision og rådgivning, men også interventioner i forhold til barnet og familien. Derudover kan samarbejdet omfatte rådgivning i konkrete forløb i forhold til problemstillinger i relation til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, uddannelse, adfærd og/eller personlighedsmæssige ændringer (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau – og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	
Indsatsen varetages som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem fagpersoner på social-, sundheds-, dagtilbuds- og undervisningsområdet.	Indsatsen varetages som udgangspunkt af et (eller flere) højt specialiserede rehabiliteringstilbud. Ansvaret for koordinering af det samlede forløb placeres på ét af rehabiliteringstilbudene.
Indsatserne organiseres i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem de relevante fagpersoner fx lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl.	Rehabiliteringsindsatsen organiseres som teambaserede (interdisciplinære), tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede højt specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.
Behov for indsatser flere gange om ugen varetaget af flere forskellige faggrupper.	Behov for indsatser flere gange om ugen – for nogle hver dag, varetaget af flere forskellige faggrupper.
Indsatserne foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af det lille volumen af børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Højt specialiserede tilbud kan i det tilfælde, hvor der er behov herfor, samarbejde med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Moderat	Højt
Indsatsen vil typisk være forankret i barnets/den unges nærmiljø. Der kan forekomme indsatser, som vil være uden for barnets/den unges nærmiljø.	Indsatsen vil typisk være forankret i ét (eller flere) rehabiliteringstilbud, som ikke nødvendigvis er i barnets/den unges nærmiljø.
Indsatser på tværs af sundheds-, social-, og undervisningsområdet kan leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelt private tilbud.	Rehabiliteringstilbuddet varetager oftest opgaver på tværs af sundheds- og socialområdet. Højt specialiserede rehabiliteringstilbud bør kunne varetage det samlede behov for rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade samt indsatser målrettet forældre og søskende.
Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet, hvorfor der er behov for et samarbejde med sygehusets læger og/eller barnets/den unges praktiserende læge.	

5. Fagligt indhold (parameter 4)

I dette afsnit beskrives målgruppens behov for fagligt indhold (parameter 4) i indsatsen, hvad angår kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de to specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

5.1 Kompetencer

På både moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne, har viden og kompetencer om børn og unge med erhvervet hjerneskade. Tilbud, som modtager børn og unge med erhvervet hjerneskade, hvor fagpersonerne ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen, grundet det lille volumen i antallet, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

Alt afhængig af de indsatser, som tilbuddet leverer, har de typisk ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, audiologopæder, børneneuropsykologer, sygeplejersker, lærere/speciallærere og pædagogisk personale/specialpædagoger. Derudover kan det være nødvendigt også at samarbejde med fx neuropædiatere, ortopædkirurger, bandagister, kliniske diætister, synskonsulenter, optometriste, IKT konsulenter, sagsbehandlere, familiebehandlere, praktisk hjælp (handicaphjælper/aflastningstilbud) m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade handler blandt andet om at:

- have viden om erhvervet hjerneskade hos børn/unge
- have viden om rehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- have viden om neuropædagogik
- have viden om børneneuropsykologi
- kunne arbejde tværfagligt
- kunne inddrage barnet/den unge og dennes forældre i rehabiliteringsindsatsen
- have viden om alternativ og supplerende kommunikation og kunne tilpasse kommunikationen til barnets/den unges funktionsniveau
- hære rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen.

Fagpersonernes indsigt i og viden om barnets/den unges følger af den erhvervede hjerneskade er afgørende. Det er vigtigt at sikre, at relevante fagpersoner er tilstede og tilgængelige, så barnet/den unge kan modtage en indsats, der er individuelt tilrettelagt i forhold til både indhold, timing og intensitet (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Højt specialiserede indsatser og tilbud på det sociale område bidrager til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra dagtilbuds-, undervisnings- og sundhedsområdet. For rehabiliteringstilbud, der også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der særlige kvalitetskrav (Sundhedsstyrelsen, 2014).

I nedenstående skema forudsættes det, at fagpersoner på højt specialiseret niveau også har erfaring, viden og kompetencer beskrevet på moderat niveau.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer	
Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag og i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat niveau.	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende viden om eget fag i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt niveau.
Fagpersoner har: <ul style="list-style-type: none"> • Stor rutine og erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliterings-principper på moderat - eller højere niveau 	Fagpersoner har: <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende rutine og erfaring med eget fag og hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper på højt niveau

Moderat	Højt
<ul style="list-style-type: none"> Mere end to års erfaring med hjerne-skade-rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne. 	<ul style="list-style-type: none"> Mere end fire års erfaring med hjerneska-derehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne.
Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden, og medvirker til praksisudvikling.	Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens på området, og medvirker til praksisudvikling og forskning, fx via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner.
Kompetencer relateret til fagmiljø	
Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på moderat niveau samt fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.
Fagpersoner har adgang til faglig rådgivning, vejledning og supervision fra højt specialiseret niveau.	Fagpersoner modtager fast og hyppig supervision.
Kompetencer relateret til aktiv praksis	
Fagpersoner arbejder primært med indsatser til børn/ unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer	
Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et koordineret, tværfagligt samarbejde.	Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et teambaseret, tværfagligt (interdisciplinære) og helhedsorienteret samarbejde.

5.2 Metoder

I indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af barnet/den unges funktionsnedsættelser⁶⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på tværs af specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er dermed ikke udelukkende relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer har.

Afhængigt af problemstillingen kan der være tale om fx følgende tilgange og metoder:

- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik

⁶⁸ For nærmere beskrivelse af konkrete indsatser og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011).

- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Livsførelse)
- Fysisk træning
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sansorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Multimodal Communication Strategy
- Kognitiv affektiv træning
- Empowerment

5.3 Hjælpemidler og teknologi

Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 2) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) – Hjælpemidler og teknologi

Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi	
<p>Der kan anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til fx understøttelse af daglige aktiviteter, særlig teknologi til kommunikation samt støtteforanstaltninger i teknologisk form til fx strukturering af dagligdagen eller en enkelt aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2014). 	<p>Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014).
<p>Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.</p>	<p>Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.</p>

Moderat	Højt
Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet/den unge i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018).	Fagpersoner kan indstille/tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018). Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af barnet/den unge og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).

Referencer

- Brandt, Å., & Christensen, D. N. (2018). *Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet - anbefalinger om viden, færdigheder og*. Ergoterapeutforeningen.
- Børne- og Socialministeriet. (u.d.). *VEJ nr 10284 af 11/12/2017 Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte- og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i serviceloven*. Hentet fra www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10284.
- Glintborg, C. (2015). *Grin mennesket*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*.
- Johnson, J. (2015). Inter-professional team collaboration in stroke survivor care: a review of the literature. *Perspectives*, 38(2), s. 20-24.
- Karol, R. L. (2014). Team models in neurorehabilitation: structure, change, and culture change. *Neurorehabilitation*(34), s. 655-669.
- Körner, M., Bütof, S., Müllera, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *Journal of interprofessional care*, 30(1), s. 15–28.
- Marselisborgcentret. (2011). *Marselisborgcentret. ICF og ICF-CY - En dansk vejledning til brug i praksis, International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Revideret*.
- Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Hentet fra www.rehabiliteringsforum.dk.
- Schiøler, G., & Dahl, T. (2003). *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Munksgaard.
- Social- og Indenrigsministeriet. (u.d.). *LBK nr 1287 af 28/08/2020 Bekendtgørelse af lov om social service*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Ny metodehåndbog til Voksenudredningsmetoden, VUM 2.0*.
- Socialstyrelsen. (Forventes udgivet i 2021). *Forløbsbeskrivelse. Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade - på det mest specialiserede social- og speciaundervisningsområde*.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (u.d.). *BEK nr 918 af 22/06/2018 Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus*.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI)- traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Hjerneskaderehabilitering - En medicinsk teknologivurdering. Hovedrapport*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - En faglig visitationsretningslinje*.

- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Udredning og behandling af børn og unge med erhvervet hjerneskade og samtidig psykisk lidelse. En faglig visitationsretningslinje.*
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Slutevaluering af styrket indsats til unge med erhvervet hjerneskade.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade.*
- Ældre- og Sundhedsministeriet . (u.d.). VEJ nr 9538 af 02/07/2018 Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen på enten børne- eller voksenområdet:

- Anne Lindø, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Danske Regioner
- Astrid Riber, Vejle fjord Rehabilitering
Udpeget af Vejle fjord rehabilitering
- Birgitte Hysse Forchhammer, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Camilla Højgaard Nejst, Socialstyrelsen
- Hana Mala Rytter, Københavns Universitet
Udpeget af Københavns Universitet
- Helle Koldorf, Kildebo, Faxe Kommune
Udpeget af Kildebo, Faxe Kommune
- Ina Merete Schmidt, Center for Hjerneskade
Udpeget af Center for Hjerneskade
- Line Riddersholm, Sundhedsstyrelsen
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Lise Holten, KL
Udpeget af KL
- Lise Vide Petersen, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Lisbeth Harre, Socialtilsyn Hovedstaden
Udpeget af de fem socialtilsyn
- Lone Fjeldborg, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Maja Klamer Løhr, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Maria Dalby Pedersen, Kommunikationscentret Hillerød
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

- Mette Lund Møller, Socialstyrelsen
- Mette Underbjerg, Vejle fjord Rehabilitering
Udpeget af Vejle fjord rehabilitering
- Morten Lorenzen, Hjerneskadeforeningen
Udpeget af Hjerneskadeforeningen
- Ole Nissen, Geelsgårdskolen
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)
- Signe Egede Petersson, CSU Slagelse
Udpeget af CSU Slagelse
- Tanja Bach Laursen, Horsens Kommune
Udpeget af KL
- Uffe Jonasson Poulsen, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)
Udpeget af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen.

Øvrig faglig kvalitetssikring

Følgende har bidraget til faglig kvalitetssikring på enten børne- eller voksenområdet:

- Alina Junk Hansen, Ny Fjordbo
- Anders Degn Pedersen, Selskabet Danske Neuropsykologer
- Birthe Rusike, Børnepsykologisk Selskab
- Charlotte Glintborg, Aalborg Universitet
- Danny Melloul, Lionskollegiet
- Jan C. L. Jensen, Hjerneskerådningen, Odense
- Kamilla Mercado, Socialstyrelsen, VISO
- Mette Kofoed, Kommunikationscentret Hillerød
- Mirjam Gismervik, Socialstyrelse, VISO
- Peder Sobarnia Dichmann, Bo- og Rehabiliteringscentret Bjerggårdshaven
- Rigmor Lond, KL
- Rikke Koch-Poulsen, Nørrebro skolen
- Trine Schow, BOMI




Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

35.
**Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne
med synsnedsættelse**



Børn, unge og voksne med synsnedsættelse

Målgruppebeskrivelse i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde

Marts 2020

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indhold	2
Indledning	4
Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	5
1. Generelt om synsedsættelse	8
1.1 Afgrænsning af målgruppen	8
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	8
1.3 Snitflader til andre sektorer.....	10
2. Målgruppekompleksitet (Parameter 1)	12
2.2. Generelt om målgruppens funktionsevne.....	12
2.1.1. Synsmæssige udfordringer	12
2.1.2. Kommunikative problemstillinger	13
2.1.3. Aktivitet, deltagelse og sociale relationer.....	14
2.1.4. Omgivelsesfaktorer	15
2.1.5. Komorbiditet og belastningsreaktioner	15
2.1.6. Styrker og ressourcer.....	16
2.2. Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	16
3. Målgruppens størrelse (Parameter 2)	23
4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)	24
4.1. Generelt om målgruppens behov for indsatser	24
4.2. Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	25
4.3. Indsatser på socialområdet og tilstødende områder	29
4.3.1 Behandlingsindsats	29
4.3.2. Småbørn og skolebørn	29
4.3.3 Undervisning og uddannelse	30
4.3.4. Job og beskæftigelse	31
4.3.5 Voksne og ældre med synsedsættelse.....	32
4.3.6. Særligt om indsatser på det sociale område	33
4.4. Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer	34
4.4.1. Udredning og afdækning af behov	34
4.4.2 Rådgivning	37
4.4.3 Indsatser opdelt i livsfaser	38
4.4.4 Socialpædagogisk indsats og støtte	44

4.4.5	Indsatser til pårørende	46
5.	Fagligt indhold (Parameter 4)	48
5.1.	Generelt om behov for kompetencer i indsatsen	48
5.1.2	Metoder	54
5.1.3	Hjælpemidler og teknologi	56
5.1.4	Fysiske rammer	57
6.	Litteratur.....	58
7.	Bilag 1: Specialistgruppen	60

Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Ældreministeriet/Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og ældreministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsættelse. I denne målgruppebeskrivelse beskrives børn, unge og voksne med synsnedsættelser.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, lige som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde, som modellen afprøves på. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor dels af en foranalyse, hvor viden fra relevant dansk litteratur om målgruppen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende synsudsættelse er foregået dels via to arbejds møder, og dels via en skriftlig høring imellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret skriftlige bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til denne målgruppebeskrivelse enten via specialistgruppen eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer⁴.

I teksten optræder tal angivet i parentes. De henviser til referencer sidst i målgruppebeskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppenspecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne eller problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsats-er børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold.

Parameter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsudsættelse eller sociale problemstilling, eller som kompleksitet i bredden,

⁴ <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/tvaergaende-omrader/generel-model-for-beskrivelse-af-specialiseringsniveauer/udgivelser-og-redskaber>

forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet om målgruppekompleksitet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt ud fra de oplistede kriterier i figur 1 nedenfor. Få eller lettere funktionsnedsættelser kan således godt have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel, og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Parameter 2: Størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig eller kun i kraft af samarbejde med hinanden og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppe - kompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem, eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Parameter 3 :Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden,

funktionsevne og behov for hjælp og støtte.⁵ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personens perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁶. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. I målgruppebeskrivelserne er der således primært fokus på behov for indsatser på det sociale område (serviceloven). Herudover beskrives relevante snitflader til andre sektorer.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behovet for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppespecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger og 4) fagligt indhold

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4: Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

⁵ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁶ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

1. Generelt om synsnedsættelse

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Synsnedsættelse er en fysisk funktionsnedsættelse, som begrænser personens evne til at se. Evnen til at se omfatter synsskarphed, synsfelt, synskvalitet, den kognitive bearbejdning af synsstimuli⁷ eller manglende synsstimuli. Begrænsningen dækker hele spektret fra betydeligt nedsat syn til fuldstændig ophævet synsfunktion. Synsnedsættelse udgør kun en funktionsnedsættelse, når nedsættelsen rækker ud over det, der kan korrigeres for, fx ved brug af briller, kontaktlinser eller kirurgi (1). Målgruppen omfatter både personer med isoleret synsnedsættelse og personer, der ud over synsnedsættelsen har yderligere funktionsnedsættelser eller vanskeligheder (2), fx udviklingshæmning, hørenedsættelse, autisme eller erhvervet hjerneskade. En synsnedsættelse er ikke kun et spørgsmål om diagnose, det handler også om grundlæggende forudsætninger i livet. Således kan to personer med samme diagnose eller synsstatus meget vel have vidt forskelligt funktionsevneniveau. I lyset af Handicapkonventionen og intentionen med Serviceloven følger, at der er fokus på at afdække den enkelte persons funktionsevneniveau og opnå et nuanceret og helhedsorienteret billede af den enkelte persons udfordringer og behovet for at støtte og fremme udvikling og trivsel.

I denne tekst anvendes begrebet 'synsnedsættelse' for hele målgruppen (både mennesker med svagsynethed og med blindhed), medmindre andet er anført. Der skrives ligeledes 'personer' dækkende for både børn, unge, voksne og ældre, medmindre andet er angivet. Når der skrives voksne med synsnedsættelse, er ældre personer også inkluderet heri, medmindre andet er anført.

Målgruppen er personer, hvor synsnedsættelsen giver dem vanskeligheder i forhold til perception, kommunikation eller mobilitet i en sådan grad, at det har betydelige konsekvenser for personens sociale interaktion, identitet, selvværd, trivsel, læring eller deltagelse.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Alvorlig synsnedsættelse defineres, ved at personens perceptuelle udvikling og funktionelle kommunikationsevne via synet vil være stærkt begrænset eller slet ikke mulig uden kompensation med hjælpemidler og en særligt tilrettelagt synspædagogisk indsats (3). Ud over synsnedsættelsen kan målgruppen have andre funktionsnedsættelser, og der kan være personlige forhold eller faktorer i omgivelserne, som har betydning for personens samlede funktionsevne, trivsel og behov for hjælp og støtte.

Nedsat syn kan både defineres ud fra et socialt eller relationelt perspektiv samt et medicinsk perspektiv (1). De målinger, der konstaterer synsnedsættelsen vedrører både synsoplevelsen, den sensoriske forarbejdning og den perceptuelle kategorisering. En synsnedsættelse kan således udredes og konstateres af forskellige fagprofessionelle med indgående viden om syn og synsvanskeligheder, fx en øjenlæge, en optometrist og en neuropsykolog. Optimalt set vil et

⁷ evnen til at forstå og huske synsoplevelser

samarbejde mellem flere af disse være eksemplarisk, hvis synsnedsettelsen vedrører flere af de berørte områder.

I tillæg hertil, og med udgangspunkt i både målinger og personen med synsnedsettelsens evne til at anvende sit syn i forskellige kontekster, ses klassifikationer som det statiske, det dynamiske og det funktionelle syn (1).

Det statiske syn består af tre klassiske øjenbaserede funktioner: visus⁸, synsfelt og øjenmobilitet⁹, som udredes af en øjenlæge. Den medicinske definition af synsnedsettelse har sin oprindelse i det statiske syn og er funderet i den danske sociale klassifikation af synsnedsettelsen svarende til størrelsen af det resterende syn (visus og synsfelt). Kategorierne er anført i Tabel 1. Visus og synsfelt kan ikke stå alene i forhold til at vurdere en persons funktionsniveau, da funktionsevnen kan være forskellig på tværs af samme visus. Det er derfor væsentligt også at se på personens dynamiske og funktionelle syn.

Tabel 1: Kategorier af synsnedsettelse i henhold til den medicinske definition

Kategori	Synsstyrke	Betegnelse
A	6/18 (0,33) til bedre end 6/60 (0,1) (svarende til mellem 10 % og 33 % af normalt syn)	Svagsynet
B	6/60 til bedre end 1/60 (mindre end 10 % af normalt syn), og/eller synsfelt mindre end 20° og større end 10°	Social blind (stærkt svagsynet)
C	1/60 med lyssans medprojektion (retningsangivelse) (svarende til 1% eller mindre af normalt syn), og/eller synsfelt mindre end 10°	Praktisk blind
D	Lyssans minus projektion eller ingen lyssans	Total blind

Det dynamiske syn måles af optometristen og spiller en væsentlig rolle i forhold til vores evne til at holde balancen, orientere os i rummet og bearbejde bevægelse i vores omgivelser. Der ses på funktionen, altså hvad kan personen bruge sit syn til, når der er handling og bevægelse involveret samt hvor godt bearbejdningen af de visuelle input er integreret. Det omfatter en række funktioner, som alle har at gøre med handling og bevægelse, fx balance, rumlig opfattelse, mobility, kontrastopfattelse og dynamisk synsskarphe (4). Andre forhold er derfor vigtige i forhold til at forstå personen med synsnedsettelsens funktionelle syn, det kan være forhold som kontrastsyn, udtrætning, nystagmus¹⁰, latens, dobbeltsyn mv.

Det funktionelle syn er en konstaterbar størrelse, men er ikke udredt ved egentlige målinger. Det funktionelle syn er synet i funktion, det vil sige, hvad kan personen med synsnedsettelsen udføre af aktiviteter med sit syn og vil eventuelle kompensatoriske tiltag forbedre udførelsen af

⁸ Synsstyrken.

⁹ Bevægelighed, samarbejde og koordination af de to øjne ved hjælp af de ydre øjenmuskler.

¹⁰ Ufrivillige, rykvise øjenbevægelser, hvor øjnene både kan bevæge sig fra side til side, op og ned, rundt i forskellige kombinationer af de mange retninger.

funktionen. Som nævnt indledningsvist, vil personer med samme type af synsnedsættelse fungere forskelligt, hvorfor nedsættelsens udfordringer altid skal afprøves i aktivitet.

Ligeledes vil karakteren af en synsnedsættelse påvirke personen afhængigt af, hvornår den opstår i livet. For børn er de hyppigste årsager til nedsat syn medfødte. Synsnedsættelsen opda­ges inden barnet er fyldt 3 år blandt ca 40% af børnene. Arveligt betingede øjensygdomme, følger efter traumer og tumorer er de hyppigste årsager til nedsat syn efter 3-årsalderen (5). De hyppigste årsager til synsnedsættelse hos voksne og ældre er arvelige eller aldersbetingende sygdomme samt følger efter apopleksier, hjerneblødninger, traumer eller tumorer.

Medfødt, progredierende eller erhvervet synsnedsættelse betyder, at personen skal kunne med­inddrage (afkode og integrere) andre sanser end synet. Det vil sige, at personen perceptuelt og kognitivt skal udvikle alternative måder at tilegne sig information på, som ellers er forbundet med synsevnen. Børn med nedsat synsfunktion har udviklingsmæssige potentialer som andre børn, og med rette støtte i opvæksten og i forbindelse med skolegangen vil barnet have mulighed for at udvikle sig optimalt i forhold til egne forudsætninger (6).

Indtræder synsnedsættelsen senere i livet kræves tilpasning og ændret adfærd. Det kan være en stor omvæltning at tilpasse sig ændringer i bevægelsesfriheden, udførelse af hverdagsaktivi­ter og kommunikationsformen samt sanseindtryk.

Målgruppen er en heterogen gruppe præget af stor diversitet. Graden af synsfunktionstab og det deraf følgende individuelle, funktionelle niveau kompromitteres yderligere, hvis der forekommer andre samtidige funktionsnedsættelser, personlige forhold eller sociale problemstillinger. For mennesker med nedsat syn er der større risiko for udvikling af social angst, stress, depres­ion og ensomhed.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Personer med synsnedsættelse har brug for indsatser, som er forankret i sundhedsloven, ser­vice­loven, folkeskoleloven, lov om specialundervisning for voksne og lovgivning på uddannel­ses- og beskæftigelsesområderne (6). Det betyder, at forskellige fagpersoner bør inddrages i forløb tilpasset den enkelte. Fagpersonerne leverer ofte indsatser på tværs af sektorer og for­valtningsområder i kommunen, fx kan en autoriseret sundhedsperson levere sundhedsfaglige indsatser i et socialfagligt tilbud eller som en del af et specialundervisningstilbud. Fagperso­nerne kan eksempelvis være sundhedsplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædago­ger, pædagoger, skolelærere, studievejledere, jobkonsulenter, sagsbehandlere, social- og sundhedsassistenter, forebyggende medarbejdere mv. Indsatserne vil derfor ideelt set foregå i et koordineret samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, under­visnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regio­nale, landsdækkende, statslige og private tilbud. Ikke mindst snitfladerne fra det sociale område til undervisnings- og beskæftigelsesområderne er afgørende. Det er derfor af stor betydning for personen med synsnedsættelse, at der er fokus på koordinering og samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger mv., så der er en sammenhæng i personens rehabiliteringsproces (7).

Det er vigtigt, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med personen med synsnedsættelse og tager udgangspunkt i personens behov, ønsker og ressourcer i samarbejde med relevante fagpersoner. Dette vil ofte kræve, at der er en fagperson (fx en synsprofessionel¹¹ eller en kommunal sagsbehandler), som i tæt samarbejde med personen med synsnedsættelse fungerer som en slags koordinator eller tovholder.

På børneområdet er koordinering og samarbejde særligt relevant mellem forældre, barnet selv og barnets dagtilbud/skole, barnets synskonsulent, PPR, samt den kommunale socialforvaltning.

For unge med synsnedsættelse er det særligt vigtigt, at samarbejdet og koordineringen mellem den unge, den unges pårørende, synsprofessionelle, UU-vejledere og andre relevante fagpersoner, herunder børne/unge- og voksenområdet i kommunen bidrager til en god overgang til voksenlivet for de unge med synsnedsættelse. Herudover er det vigtigt, at der er fokus på overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse. For unge med synsnedsættelse i det tidlige voksenliv (ca. 19-27 år) opstår nye udfordringer som fx at flytte hjemmefra, studere, starte arbejdsliv, parforhold og at blive forældre.

På voksen- og ældreområdet vil der typisk være behov for tæt koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, pårørende, synsprofessionelle, øjenlæge, optiker, optometrist og andre relevante fagpersoner for at kunne støtte og hjælpe den enkelte bedst muligt. Det kan være sagsbehandlere, jobcentre, hjemmeplejen, beskæftigelses- eller uddannelses tilbud, samt eventuelt kontaktperson, bostøtte eller botilbud.

¹¹ Synsprofessionel omfatter fagprofessionelle/fagpersoner, som har en synsfaglig uddannelse og praktiserfaring inden for synsområdet. Det kan bl.a. være synskonsulenter, IKT-konsulenter, psykologer, ergoterapeuter, pædagoger, lærere med efteruddannelse i synspædagogik og synsrehabilitering samt praktiserfaring. Når teksten specifikt omhandler børne- og ungeområdet anvender vi betegnelsen synskonsulent og i andre sammenhænge anvender vi synsprofessionelle

2. Målgruppekompleksitet (Parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande for personer med synsnedsættelse, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer), og den samlede påvirkning af funktionsevnen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt (jf. kriterierne i nedenstående figur). Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Figur 2: Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem, eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.2. Generelt om målgruppens funktionsevne

Dette afsnit indeholder en generel beskrivelse af målgruppens funktionsevne og deraf følgende behov for varierede indsatser tilpasset personens aktuelle situation. Indsatser og funktionsevne afhænger af, hvor en person befinder sig i livet og kan ændres fx grundet ændring i livsomstændigheder. En omfattende eller længerevarende belastning kan forårsage langvarige følgevirkninger, hvor der er brug for lang tids indsats og behandling for at bedre og opretholde personens funktionsevne.

I det følgende betragtes målgruppens funktionsevne i forhold til: Synsmæssige udfordringer, kommunikative problemstillinger, aktivitet, deltagelse og sociale relationer, omgivelsesfaktorer, komorbiditet og belastningsreaktioner samt ressourcer og styrker (6).

2.1.1. Synsmæssige udfordringer

Synet er afgørende for indlæring og udvikling af kommunikation, motorik, relationer samt adfærd. En alvorlig synsnedsættelse påvirker dermed personens sociale og personlige udvikling, kommunikation, mobilitet, læring og trivsel samt mulighed for aktivitet og deltagelse. En synsnedsættelse indebærer nedsat eller manglende evne til at opfange, skelne, forstå og erfare visuelle informationer fra omgivelserne, herunder den visuelle kontakt i relation til omgivende personer.

Synsnedsættelse hos børn indebærer følgende risikofaktorer: nedsatte motoriske færdigheder samt nedsat balance og arousal, fordi barnet ikke modtager de visuelle stimuli, som skal udvikle

barnet til at udforske omgivelserne på egen hånd. Børn med synsnedsættelse kan have en forsinket udvikling af de basale motoriske færdigheder i bevægelsesapparatet, objektkontrol, balance, begrebsforståelse samt tids- og rumopfattelse (6).

Ved en erhvervet synsnedsættelse hos unge, voksne og ældre har det betydning for personens mulighed for at tilegne sig information og viden, motoriske færdigheder, balance, deltagelse i skole-, studie- og arbejdsliv, deltagelse i sociale aktiviteter og meget andet. Graden af den oplevede vanskelighed er afhængig af, hvornår i livet synsnedsættelsen opstår.

2.1.2. Kommunikative problemstillinger

Synet indgår i mange kommunikative formål i samspil med de øvrige sanser og omgivelserne. For at kommunikation kan fungere er det afgørende at kunne begrebsliggøre visuelle informationer og bruge dem til en forståelse af omverdenen og det sociale samvær. Nedsat syn kan derfor være en udfordring for personens kommunikative muligheder og omverdensforståelse. Ligeledes er kommunikativ deltagelse afgørende i forhold til at kunne udvikle sig og trives socialt, emotionelt og kognitivt sammen med andre. Der kan for personer med synsnedsættelse være visuel kommunikation, såsom kropssprog og ansigtsudtryk, som man ikke opfanger. Det kan gøre det udfordrende for personer med synsnedsættelse at vurdere stemningen, aflæse det sociale spil og opfatte de sociale spilleregler mellem personer samt selv benytte disse nonverbale udtryksformer over for andre.

Børn med synsnedsættelse kan have risiko for forsinket udvikling og nedsat funktion i forhold til kommunikation og sprog, hvilket kan have konsekvenser for både barnet og familien. Sproglig opmærksomhed og sproglig bevidsthed skal understøttes for at udvikle forståelse af sprogets referencer til konkrete og abstrakte betydninger.

Personer med synsnedsættelse kan have forskellige grader og former for udfordringer med kommunikation og mangelfuld eller nedsat evne til at afkode nonverbale udtryksformer og tilpasse egen adfærd hertil. Unge, voksne og ældre personer med nedsat syn kan være i risiko for delvist eller helt at have nedsat adgang til kommunikation og dermed mulighed for aktivitet og deltagelse i fællesskaber i uddannelses-, arbejds- og fritidsliv. Fx kan adgang til skriftlige og digitale medier være udfordret.

Personer med synsnedsættelse vil stort set altid have en forringet læseevne, herunder forringet læsehastighed- og udholdenhed samt indholdsfortsættelse, fordi læsning er en visuelt krævende proces. Læsning er en måde at tilegne sig information og viden på, så en forringet læseevne medfører en forringet adgang til kommunikativ deltagelse.

For personer med synsnedsættelse vil en forringet læseevne stille større krav til typografi såsom skrifttype, bogstavstørrelse, linjelængde, linjeafstand, o.lign. Typografisk tilrettelæggelse kan i nogle tilfælde forbedre læseevnen, således også anvendelse af fx specialoptik, læsehjælpe-midler og IKT¹². Oftest ses dog, at personen med synsnedsættelse, på trods af kompensatoriske tiltag, har svært ved at opnå et funktionelt læsesyn til længerevarende indholdslæsning.

¹² Informations- og Kommunikationsteknologi

2.1.3. Aktivitet, deltagelse og sociale relationer

Synsnedsættelse påvirker deltagelse, dels igennem praktiske udfordringer, manglende tilgængelighed og tilpasning, og dels fordi synsnedsættelsen kan påvirke udviklingen af sociale kompetencer. Eksklusion og manglende deltagelse kan føre til mistrivsel hos personer med synsnedsættelse. Følgende centrale risikofaktorer kan fremhæves:

- oplevelse af mere ensomhed/isolation og eksklusion fra aktiviteter og miljøer
- færre venner, færre muligheder for socialt samvær og for at udvikle interpersonelle evner i relation til andre.

Risikofaktorerne er det konkrete udtryk for mistrivsel. Underliggende ses ofte manglende mestring af synsnedsættelsen og redskaber til at skabe nødvendig social forandring mod større trivsel. Isolation og mistrivsel kan medføre lavt selvværd samt angst- og depressionssymptomer (6). Flere personer med synsnedsættelse oplever ensomhed end personer uden en funktionsnedsættelse, og flere ældre med nedsat syn oplever ensomhed og isolation end ældre med normalt syn (8,9,10).

I børne- og ungdomsårene kan synsnedsættelse desuden føre til mangelfuld udvikling. Synet spiller en rolle i udviklingen af sociale kompetencer, da synet er en vigtig sans i forhold til at opfatte, tolke og forstå social adfærd og dermed afkode tanker og følelser. Derudover fører synsnedsættelsen til praktiske udfordringer og en øget afhængighed af hjælp fra voksne. Dette kan medføre isolation og stigmatisering i de fællesskaber, barnet er i eller ønsker at blive en del af, som igen kan hæmme udviklingen af sociale kompetencer (6).

Særligt i ungdomsårene, hvor sociale interaktioner bliver mere komplekse, og den nonverbale kommunikation spiller en større rolle, er der risiko for, at den unge med synsnedsættelse ikke kan være en del af det jævnaldrende fællesskab. Dette kan påvirke den unges mulighed for at rykke sig fra rollen som barn og udvikle tilhørsforhold og selvstændighed i en anden social kontekst end i hjemmet. Dette kan både skyldes utilstrækkeligt udviklede sociale kompetencer, praktiske udfordringer som følge af synsnedsættelsen, manglende tilgængelighed samt manglende mestring af synsnedsættelse, mobility mv. (se nedenfor). Unge med synsnedsættelse har ofte et tættere forhold til deres forældre og søskende end deres seende jævnaldrende og de kan dertil være afhængige af disses hjælp. Den tætte tilknytning til familien kan give tryghed, forståelse og støtte, men der kan være behov for at hjælpe den unge og familien til, at den unge også får støtte til at opbygge sociale kompetencer og relationer til jævnaldrene.

I voksenlivet kan utilstrækkeligt udviklede sociale kompetencer, såvel som konsekvenserne af en senere erhvervet synsnedsættelse, medvirke til manglende deltagelse og eksklusion. Personer, der har mistet synet eller skal vænne sig til et forværret syn skal udvikle nye sociale og personlige kompetencer i forhold til at håndtere det nedsatte syn i relationen til andre og i forhold til deres egen identitet og selvværd. De skal erkende, hvornår de har behov for hjælp, hvordan man beder om denne, og hvordan de skal håndtere både deres egen og andres reaktion på deres synsnedsættelse.

Sociale kompetencer har en væsentlig betydning for at fungere i fællesskaber på institutioner og i arbejds- eller studiesammenhænge. Studerende og elever med stærke sociale netværk oplever at klare sig bedre fagligt på deres studier, og erfaringer fra arbejdsmarkedsprogrammet Pre-Employment Program (P.E.P.) tyder på, at arbejdssøgende med stærke sociale kompetencer har større chance for at få et job (11).

Udover udfordringer i forhold til sociale kompetencer kan synsnedstættelse føre til andre udfordringer i forhold til aktivitet og deltagelse. Personer med synsnedstættelse kan opleve udfordringer inden for almindelig daglig levevis (ADL), herunder orientering og mobility (O&M)¹³. Udfordringerne kan medføre begrænsninger i forhold til deltagelse i hverdags-, fritids-, uddannelses- og arbejdslivet. Det kan ofte være udfordringer med hverdagsaktiviteter som at lave mad, købe ind, tage tøj/sko af og på, foretage telefonopkald, tjekke digital post, være online i fællesskaber, tage medicin, arbejde i huset eller haven, komme fra A til B mv. (8). Derudover oplever voksne og ældre med nedsat syn problemer med at deltage i fritidsaktiviteter og være sammen med venner og familie. Daglig belastning og udtrætning øger målgruppens risiko for at fravælge sociale aktiviteter uden for hjemmet og deraf følgende isolation fra fællesskaber (10). Herudover kan der være særlige udfordringer for forældre med synsnedstættelse, som fx kan have udfordringer i forhold til daglige aktiviteter med deres børn eller at afkode børnenes tanker og følelser.

Personer med synsnedstættelse har ofte mindre uddannelse end resten af befolkningen. Desuden er der lidt flere personer med synsnedstættelse, der ikke færdiggør en påbegyndt uddannelse end personer uden en funktionsnedstættelse. Personer med synsnedstættelse har svagere arbejdsmarkedstilknytning og er sjældnere i ordinær beskæftigelse sammenholdt med personer uden funktionsnedstættelser (9). Uddannelses- og erhvervsmæssige problemstillinger er nærmere beskrevet i afsnit 4.3.3 og 4.3.4.

2.1.4. Omgivelsesfaktorer

Indretningen og udformningen af de fysiske omgivelser samt netværkets og familiens forståelse for en persons synsnedstættelse har betydning for personens samlede funktionsevne. Oplevelsen af at være begrænset af sin synsnedstættelse kan således mindskes, hvis personen fx har de rette hjælpemidler, teknikker, strategier og teknologier eller hvis omgivelserne (både de fysiske, de geografiske og de digitale) er indrettet tilgængeligt. Det har ligeledes en væsentlig betydning, hvordan pårørende og andre tolker og reagerer på det nedsatte syn. Personens netværk er en væsentlig omgivelsesfaktor og kan være både fremmende og hæmmende for personens funktionsevne. Omgivelsesfaktorer handler også om støtte fra fagpersoner og om samfundets viden om og holdninger til synsnedstættelsen, fx i form af programmer og politikker om inklusion i undervisning, fritidsaktiviteter, uddannelse og beskæftigelse. De konkrete omgivelser, som personen med synsnedstættelse befinder sig i, fx daginstitutionen, skolen, uddannelsesinstitutionen, arbejdspladsen, boligforhold, ældreinstitutionen mv., har også stor betydning for personens mestring og trivsel. Her bør bl.a. være fokus på tilgængelighed samt tilpas og korrekt kompensering, så selvstændighed og identitetsfølelse understøttes. Det kan dreje som om ledelinjer, farvevalg, indretning og opmærksomhed på belysning.

For personer med synsnedstættelse er det vigtigt, at ressourcepersonerne omkring dem har specialviden om de udvidede læringsmål og bidrager til, at dagtilbuddets, skolens, uddannelsesinstitutionens og arbejdspladsens fysiske rammer understøtter deltagelse, inklusion, udvikling og læring (12,13).

2.1.5. Komorbiditet og belastningsreaktioner

Personer med synsnedstættelse kan have andre somatiske og psykiatriske tilstande. Synsproblematikken vil altid forstærkes i tilfælde af komorbiditet. Det gælder blandt andet følgende hyppigt forekommende komorbiditeter:

- ADHD

¹³ O&M står for Orientering & Mobility, og omhandler evnen til at færdes og orientere sig i nærrområde eller over større afstande.

- Autismespektret
- Demens
- Diabetes
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning
- Stress, angst og depression
- Syndromer, hvor synet påvirkes
- CVI (hjernebetaget synsnedsættelse).

Der kan også optræde andre komorbide tilstande, fx fysiske funktionsnedsættelser som døvhed, hørenedsættelse, NCL samt andre psykiatriske og somatiske tilstande.

En længerevarende belastning og krise kan ligeledes forårsage andre følgevanskeligheder til synsnedsættelsen, som fx livskrise, repetitive eller stereotype adfærds- og aktivitetsmønstre, selvmordstanker, selvskade, skolevægring, spiseforstyrrelser, søvnvanskeligheder og udtrætning.

De sociale problemstillinger ved en synsnedsættelse og deres betydning for funktionsevnen kan forstærkes, når synsnedsættelsen optræder sammen med andre funktionsnedsættelser, som fx udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder.

2.1.6. Styrker og ressourcer

Det er vigtigt at få afklaret den enkeltes individuelle styrker og ressourcer, når personens samlede funktionsevne skal beskrives, da disse kan bidrage positivt til personens samlede trivsel, mestring og udviklingsmuligheder. Personens styrker og ressourcer er både individuelle og påvirket af miljø og kontekst. Her er en systematisk og helhedsorienteret udredning afgørende for, hvordan sammensætningen af indsatser planlægges og udføres samt, at der kan sikres et godt match mellem indsatserne. Personens egne forventninger, håb, drømme og mål er væsentlige at få indkredset og inddraget bl.a. for at fremme personens motivation og aktive deltagelse i indsatserne.

2.2. Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit om parameter 1 beskrives målgruppens funktionsevne og problemstillinger, som er gennemgået i foregående afsnit, skematisk på de tre specialiseringsniveauer. Der er tale om en generel beskrivelse af målgruppen på de tre niveauer. Konkrete personer med synsnedsættelse kan have udfordringer på tværs af niveauerne. For eksempel kan en person på nogle livsområder og i nogle livssituationer have behov for højt specialiserede indsatser, og på andre livsområder og i andre livssituationer have behov for let specialiserede indsatser. Ressourcer og styrker indgår ikke i tabellen, da disse går på tværs af de tre specialiseringsniveauer. Derudover vil varierende mentale processer og mestringsstrategier også spille ind på, hvordan synsnedsættelsen påvirker en persons hverdagsliv.

Synsnedsættelse er en fysisk funktionsnedsættelse, og målgruppen defineres ud fra forskellige typer af kompromitteret synsfunktion. Synsnedsættelsen påvirker personer forskelligt på trods af enslydende diagnoser og objektive synsmålinger, og dermed er det ikke kun et spørgsmål om en diagnose, men om grundlæggende forudsætninger i livet. Således kan to personer med samme diagnose eller synsstatus have vidt forskelligt funktionsniveau. Både den kontekst personen fungerer i samt personens livssituation har betydning for, hvordan den samlede synsevnefunktionen indvirker på den samlede funktionsevne. Dermed er både synsevnefunktionen,

kontekst og livssituation afgørende for specialiseringsgraden. Det betyder også, at alle de individuelle skemaer i teksten skal læses i forlængelse af hinanden og at de til sammen udgør de problematikker, som knytter sig til en synsnedsættelse på de tre specialiseringsniveauer. Det er i denne kontekst, at de følgende tabeller skal læses og forstås.

Børn og unge (0-17 år) beskrives i tabellerne kun på moderat og højt niveau, da synsnedsættelse hos børn og unge altid vil have en vis kompleksitet og vil kræve en integreret indsats (jf. parameter 3) og mere målgruppespecifikke kompetencer (jf. parameter 4) for at minimere, at synsnedsættelsen påvirker barnets generelle udvikling. Da der er tale om et lille og komplekst område, er det vigtigt, at fagpersoner der varetager indsatser til børn og unge på moderat specialiseret niveau løbende indhenter råd og vejledning fra fagpersoner der har viden og kompetencer om børn/unge med synsnedsættelse på højt specialiseringsniveau.

Skemaerne skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved de beskrevne vanskeligheder og forhold under det enkelte niveau. Karakteristika beskrevet på let niveau kan også være gældende på moderat og højt niveau, og karakteristika på moderat niveau kan også være gældende på højt niveau.

Tabel 2.1.1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1) – *Synsmæssige udfordringer* inddelt på de tre specialiseringsniveauer

Synsmæssige udfordringer		
Let	Moderat	Højt
	Børn og unge (0-17-årsalderen) med svagsynethed som ikke har andre vanskeligheder, og hvor synsnedsættelsen kun i mindre grad påvirker den generelle udvikling.	Børn og unge (0-17-årsalderen) med synsnedsættelse og evt. andre vanskeligheder eller funktionsnedsættelser, som til sammen påvirker funktionsevnen i høj grad. Synsnedsættelsen påvirker både synsudviklingen og den generelle udvikling
Voksne med svagsynethed med behov for optik, fx suppleret med lupper samt behov for øget belysning	Voksne med social blindhed, som ikke har andre væsentlige vanskeligheder.	Voksne med praktisk eller total blindhed, som ikke har andre væsentlige vanskeligheder.
	Voksne med svagsynethed evt. kombineret med andre funktionsnedsættelser eller vanskeligheder, som tilsammen påvirker funktionsevnen i moderat grad.	Voksne med social, praktisk eller total blindhed og andre vanskeligheder eller funktionsnedsættelser, som tilsammen påvirker funktionsevnen i høj grad.
	Voksne, hvis funktionelle syn er påvirket i nogen grad, det kan eksempelvis være kontrastsyn, udtrætning, nystagmus, latens, dobbeltsyn, samsyn mv.	Voksne, hvis funktionelle syn er påvirket i høj grad, det kan eksempelvis være kontrastsyn, udtrætning, nystagmus, latens, dobbeltsyn, samsyn mv.

Synsmæssige udfordringer		
Let	Moderat	Højt
	Voksne med synsnedsættelse med større forstørrelsesbehov, specialtilpasset belysningbehov, oplæringsbehov og behov for øget tilgængelighed	Voksne med svagsynethed kombineret med andre funktionsnedsættelser eller vanskeligheder, som tilsammen påvirker funktionsevnen i høj grad.
	Voksne med nyligt erhvervet synsnedsættelse eller blindhed	Voksne med akut opstået synsnedsættelse – tab af alle tidligere funktioner og identitet
	Voksne, der i nogen grad oplever lysfølsomhed og blændingsgener	Voksne, der i større grad oplever lysfølsomhed og blændingsgener

Tabel 2.1.2: Målgruppens kompleksitet (parameter 1) - *Kommunikative problemstillinger* inddelt på de tre specialiseringsniveauer

Kommunikative problemstillinger		
Let	Moderat	Højt
Mindre problemer med at genkende personer samt at aflæse kropssprog, mimik og ansigtsudtryk (visuel kommunikation)	I nogen grad vanskeligt ved at aflæse kropssprog, mimik og ansigtsudtryk (visuel kommunikation). Derudover i nogen grad svært ved at supplere med andre sanser, fx tolke ud fra stemmeføring og genkende personer og ansigter	I høj grad svært ved at aflæse kropssprog, mimik og ansigtsudtryk (visuel kommunikation). Derudover i høj grad svært ved at supplere med andre sanser, fx tolke ud fra stemmeføring og genkende personer og ansigter.
Mindre problemer med at bruge synet i kommunikation med andre, afkode nonverbale udtryksformer og tilpasse egen adfærd hertil	I nogen grad vanskeligt ved at bruge synet i kommunikation med andet, afkode nonverbale udtryksformer og tilpasse egen adfærd hertil	I høj grad svært ved at afkode nonverbale udtryksformer og tilpasse egen adfærd hertil, og kan have behov for synstolkning og adfærdsmæssige læring og rådgivning
Lettere nedsat mulighed for at tilgå information og kommunikation (fx adgang til skriftlige og digitale medier og tjenester)	I nogen grad nedsat mulighed for at tilgå information og kommunikation (fx adgang til skriftlige og digitale medier og tjenester)	I høj grad nedsat mulighed for at tilgå information og kommunikation (fx tilgængelighed og adgang til skriftlige og digitale medier og tjenester)
Lettere nedsat læseudholdenhed og hastighed, manglende overblik over tekst (både ved centrale og perifære synsfeltudfald), manglende indholdsforståelse, koncentrationsvanskeligheder mv.	I nogen grad nedsat læseudholdenhed og hastighed, manglende overblik over tekst (både ved centrale og perifære synsfeltudfald), manglende indholdsforståelse, koncentrationsvanskeligheder mv.	I høj grad nedsat læseudholdenhed og hastighed, manglende overblik over tekst (både ved centrale og perifære synsfeltudfald), manglende indholdsforståelse, koncentrationsvanskeligheder mv.
		Behov for struktureret alternativ og supplerende kommunikation (ASK) med afsæt i kognitive funktionsnedsættelser (fx ved CVI, udviklingshæmning, autisme, demens mv.)

Tabel 2.1.3: Målgruppens kompleksitet (parameter 1) – Aktivitet, deltagelse og sociale relationer inddelt på de tre specialiseringsniveauer

Aktivitet, deltagelse og sociale relationer		
Let	Moderat	Højt
	Børn kan være utrygge i uvante sammenhænge, tilbageholdende ift at prøve nyt, legekammerater bliver væk på legepladsen mv. Har brug for voksenstøtte længere end alderssvarende. Nogle børn har behov for at blive forberedt på brud i hverdagen, fx ved ekskursioner, ferier, lejrture.	Børn kan være utrygge i mange sammenhænge, tilbageholdende ift at prøve nyt, legekammerater bliver væk på legepladsen mv. Er afhængig af hjælp fra voksne længere end alderssvarende. Nogle børn har særligt behov for at blive forberedt på brud i hverdagen, fx ved ekskursioner, ferier, lejrture. Risiko for, at børn ikke gennemfører folkeskolens afgangsprøver eller ikke bliver erklæret parat til ungdomsuddannelse.
Har i mindre grad problemer med at udføre hverdagsaktiviteter (herunder ADL), men vil fx typisk selvstændigt kunne klare de fleste hverdagsaktiviteter med lettere introduktion i forskellige ADL-teknikker	Har i nogen grad problemer med at udføre hverdagsaktiviteter (herunder ADL)	Har i høj grad problemer med, eller kan ikke udføre hverdagsaktiviteter (herunder ADL), vil fx have behov for assistance i hverdagen
Kan i mindre grad være begrænset ift. at deltage i fritidsaktiviteter, uddannelse, undervisningsaktiviteter, beskæftigelse/fritidsjob mv.	Er i nogen grad forhindret i at deltage i fritidsaktiviteter, uddannelse, undervisningsaktiviteter, beskæftigelse mv. Svært ved at fastholde deltagelse i aktiviteter uden assistance.	Er i større grad eller helt forhindret i at deltage i fritidsaktiviteter, undervisningsaktiviteter, uddannelse, beskæftigelse/fritidsjob mv. Kan have svært ved at fastholde eller fravælger helt deltagelse i aktiviteter
I mindre grad problemer med orientering, vil fx typisk kunne færdes selvstændigt med lettere introduktion til O&M-teknikker	I nogen grad problemer med orientering	I større grad problemer med orientering, vil fx typisk kun kunne færdes selvstændigt på kendte ruter
	I nogen grad udfordret i forhold til tilgængelighed (fysisk og digitalt) og i nogen grad behov for særlig tilgængelighed	I større grad udfordret i forhold til tilgængelighed (fysisk og digitalt) og i større grad behov for særlig tilgængelighed
Trækker sig i mindre grad fra sociale sammenhænge eller har i reduceret grad mulighed for at deltage. Er i risiko for ensomhed og reduceret trivsel	Trækker sig i nogen grad fra sociale sammenhænge eller har stærkt reduceret mulighed for at deltage. Er i større risiko for ensomhed og risiko for depression	Trækker sig i større grad eller helt fra sociale sammenhænge eller kan ikke deltage. Depressions- og ensomhedsproblematikker

I mindre grad risiko for eksklusion fra aktiviteter og miljøer	I nogen grad risiko for eksklusion fra aktiviteter og miljøer	I større grad i risiko for eksklusion fra aktiviteter og miljøer samt risiko for isolation og mistrivsel
I mindre grad risiko for at blive ramt af økonomisk udsathed som konsekvens af manglende uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet	I nogen grad risiko for økonomisk udsathed som konsekvens af manglende uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet.	I større grad i risiko for økonomisk udsathed som konsekvens af manglende uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 2.1.4: Målgruppens kompleksitet (parameter 1) - *Omgivelsesfaktorer* inddelt på de tre specialiseringsniveauer

Omgivelsesfaktorer		
Let	Moderat	Højt
Har i omgivelserne mulighed for ved evt. behov at få hjælp med emotionelle eller praktiske udfordringer relaterede til synstabet	Har i omgivelserne færre muligheder for ved behov at få hjælp til emotionelle og praktiske udfordringer relateret til synstabet	Har i omgivelserne ringe muligheder for ved behov at få hjælp til emotionelle og praktiske udfordringer relateret til synstabet
	Familiesituation, der i nogen grad medvirker til kompleksitet, fx ift. varetagelse af forældrerollen eller at opvokse i en udsat familie	Familiesituation, der i høj grad medvirker til kompleksitet, fx ift. varetagelse af forældrerollen eller at opvokse i en udsat familie
I større grad en del af et socialt netværk, fx gennem fritidsaktiviteter	I nogen grad en del af et socialt netværk, fx gennem fritidsaktiviteter	I mindre grad en del af et socialt netværk, fx gennem fritidsaktiviteter
I mindre grad begrænset tilgængelighed i forskellige livssituationer, fx i forbindelse med kommunikation, at færdes på kendte og ukendte steder, bruge offentlige transportmidler, at få produceret materiale, adgang til e-boks m.m. Kan fx klare ovenstående med mindre besvær.	I nogen grad begrænset tilgængelighed i forskellige livssituationer, fx i forbindelse med kommunikation, at færdes på kendte og ukendte steder, bruge offentlige transportmidler, at få tilgængeligt materiale, adgang til e-boks m.m.	I høj grad begrænset eller manglende tilgængelighed i forskellige livssituationer, fx i forbindelse med kommunikation, at færdes på kendte og ukendte steder, bruge offentlige transportmidler, at få tilgængeligt materiale, adgang til e-boks m.m. Er fx helt afskåret fra en eller flere af de ovenstående forhold.
Kan i mindre grad opleve at blive mødt med manglende forståelse fra omgivelserne	Kan opleve at blive mødt med manglende forståelse fra omgivelserne, fx ved udtrætning	Kan opleve at blive mødt med manglende forståelse fra omgivelserne, fx ved udtrætning eller andet
I mindre grad behov for kontinuerligt at sikre, at omgivelserne har relevant viden om synsned-	I nogen grad behov for kontinuerligt at sikre, at omgivelserne har relevant viden om synsned-	I høj grad behov for kontinuerlig at sikre, at omgivelserne har relevant viden om synsned-

Omgivelsesfaktorer		
Let	Moderat	Højt
sættelse i børn/unges/voksnes/ældres forløb og på alle niveauer	sættelse i børn/unges/voksnes/ældres forløb og på alle niveauer	telse i i børn/unges/voksnes/ældres forløb og på alle niveauer. Det vil være en kontinuerlig proces med overførsel, bearbejdning og anvendelse af specialviden i forhold til personens udvikling, kontekstuelle rammer, aktiviteter og læringsmål

Tabel 2.1.5: Målgruppens kompleksitet (parameter 1) - *Komorbiditet og belastningsreaktioner* inddelt på de tre specialiseringsniveauer

Komorbiditet og belastningsreaktioner		
Let	Moderat	Højt
Har i mindre grad udtrætningsproblematikker	Har i nogen grad udtrætningsproblematikker	Har i større grad udtrætningsproblematikker
Har i mindre grad krise- og sorgreaktioner	Har i nogen grad krise- og sorgreaktioner	Har i større grad krise- og sorgreaktioner
En mindre hyppighed af belastningsreaktioner, psykiske vanskeligheder samt psyko-sociale og emotionelle vanskeligheder	Nogen hyppighed af belastningsreaktioner, psykiske vanskeligheder samt psyko-sociale og emotionelle vanskeligheder	En større hyppighed af belastningsreaktioner, psykiske vanskeligheder samt psyko-sociale og emotionelle vanskeligheder, fx livskrise, selvmordstanker, selvskade, skolevægring, spiseforstyrrelser, stereotype adfærds- og aktivitetsmønstre, søvnevanskeligheder og udtrætning
Har i mindre grad eller slet ikke andre fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser	Har i nogen grad andre fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser	Har i større grad andre fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse, fx hjernebetinget synsnedsættelse (CVI)

3. Målgruppens størrelse (Parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsats, som målgruppen har behov for (jf. kriterierne i nedenstående figur).

Figur 3: Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (udsnit fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Der findes ikke et centralt register over voksne personer med synsnedsættelse, og derfor vides det ikke med sikkerhed, hvem denne gruppe består af, og hvor stor den er. Med udgangspunkt i forskellige befolkningsundersøgelser skønner Dansk Blindesamfund, at der samlet set i Danmark er ca. 65.000 personer med en synsnedsættelse af varierende sværhedsgrad. Herunder skønnes det, at 20.000-25.000 har mindre end 10 procent af et normalt syn, dvs. at deres synsrest svarer til social blindhed, praktisk blindhed eller total blindhed (se afsnit 1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen). Langt størstedelen af disse er ældre mennesker (14).

Blandt børn og unge under 18 år er der større sikkerhed for antallet, da børn med nedsat syn registreres i synsregisteret. Registerudtræk fra Synsregisteret¹⁴ viser, at der i maj 2020 var 732 børn med isoleret synsnedsættelse, 1.087 børn med synsnedsættelse og udviklingshæmning eller hørenedsættelser samt 47 børn med andre funktionsnedsættelser eller som er under udredning (6). Fordelingen i sværhedsgrad svarer i store træk til voksenområdet beskrevet ovenfor.

Målgruppen af personer med alvorlig synsnedsættelse er lille, så hvad enten det drejer sig om botilbud, sociale tilbud eller matrikelløse institutioner er det en faglig vurdering, at det vil kræve, at flere kommuner samarbejder om opgaven, eller at den varetages af regionale eller nationale institutioner, for at have et grundlag for at generere erfaringer, samle specialistviden samt fastholde og udvikle specialiseret viden.

¹⁴ Synsregisteret er et register over alle børn i alderen 0-17 år, som har et synshandicap. Kriterierne for optagelse i registeret er synsstyrke $\leq 6/18$ på bedste øje med optimal korrektion eller synsfeltspåvirkning i form af hemianopsi eller koncentrisk indskrænket til under 20 gr. Derudover optages børn med arvelig nethindesygdom (dystrofia tapetoretinalis), som vides at medføre alvorlig synsnedsættelse over tid (6)

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) (jf. kriterierne i nedenstående figur) i den indsats, der skal imødekomme personen med synsnedsettelses behov for hjælp og støtte. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde samt behov for sociale indsatser (inden for Serviceloven) og indsatser inden for tilstødende områder (folkeskole-, specialundervisnings-, uddannelses-, beskæftigelses- og sundhedslovgivningen).

Figur 4: Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde.

Indsatser, der beskrives på de tre specialiseringsniveauer er indsatser på det specialiserede socialområde, som tydeligere kan differentieres i forhold til indsatsbehovet på let, moderat eller højt specialiseringsniveau. De beskrives i afsnit 4.4. *Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer*. Det drejer sig om følgende indsatser:

- udredning og afdækning af behov
- rådgivning
- indsatser opdelt i livsfaser, herunder psykosociale indsatser
- socialpædagogisk indsats og støtte
- indsatser til pårørende.

Relevante indsatser, der gives efter anden lovgivning end serviceloven er beskrevet generelt i afsnit 4.3 *Indsatser på socialområdet og tilstødende områder*.

4.1. Generelt om målgruppens behov for indsatser

I indsatserne bør der tages højde for den enkelte persons samlede funktionsevne, både hvad angår synsnedsettelsens karakter, hvordan personen kompenserer med de øvrige sanser, evner og styrker i forhold til personens kontekst, herunder familien og de institutioner, personen er tilknyttet eller benytter (fx dagtilbud, grundskole, uddannelsesinstitutioner, arbejdsplads og fritidsaktiviteter)⁶.

Indsatserne til målgruppen er sammensat af en lang række forskelligartede indsatser på social- og specialundervisningsområdet, sundhedsområdet og uddannelses- og beskæftigelsesområdet, der alle har til formål at medvirke til at realisere den enkelte persons potentiale for udvikling og læring samt mulighed for aktivitet og deltagelse i samfundslivet (15). Nogle indsatser er gennemgående mens andre vil være centreret omkring specifikke faser i personens skiftende livssituation. Det gælder fx behov for hjælpemidler og specialoptik, som tilpasses i takt med, at personen udvikler sig, funktionsevnenedsættelsen ændrer sig eller ved ændrede omstændigheder i øvrigt (6).

Ved ændring i personens livsvilkår eller livssituation er der behov for systematisk tværfaglig vidensdeling og koordinering for at bevare kontinuiteten i de nødvendige indsatser for personen. En del indsatser skal givet fortsætte og behov for nye indsatser kan opstå. Det kan fx være ved overgange fra dagtilbud til grundskole, fra barn/ung til voksen, fra uddannelse til erhverv eller ved andre ændringer i personens liv. Der vil i de følgende afsnit yderligere blive beskrevet væsentlige overgange og behov for indsatser i den sammenhæng.

Indsatstyperne er fælles for målgruppen af børn, unge, voksne og ældre, men intensiteten og specialiseringsniveauer vil variere afhængig af personens livssituation. Tidlige indsatser er afgørende på børneområdet, da barnet på alle udviklingsområder er påvirket af synsnedsettelsen. Tilsvarende vil en voksen person med en progredierende eller erhvervet synsnedsettelse have behov for intensive og tidlige indsatser for at mestre denne indgribende livsomstilling.

4.2. Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Indsatserne på synsområdet varetages af både matrikelfaste og matrikelløse institutioner og tilbud. De matrikelfaste indsatser er bl.a. særlige dagtilbud og klubtilbud (§§ 32 og 36), døgninstitution og anbringelsessted (§ 66), aflastning (§ 84), beskyttet beskæftigelse og aktivitets tilbud (§§ 103 og 104) samt botilbud (§§ 107 og 108). De matrikelløse indsatser er synsinstitutioner, kommunikationscentre og tilbud, som er forankret kommunalt, regionalt eller privat. De kan dække en eller flere kommuner, en region eller være landsdækkende. De yder specialrådgivning og vejledning og eventuel undervisning i relationen til personens synsnedsettelse bl.a. om inkluderende og synskompenenserende foranstaltninger samt undervisning, f.eks. i ADL og O&M. De kommunale synsrådgivninger varierer i kapacitet. De landsdækkende tilbud skal understøtte kommunerne, der hvor kommunen ikke selv har specialviden.

For at kunne give personen med synsnedsettelse en helhedsorienteret indsats er det afgørende at sikre koordinering mellem de forskellige aktører, der indgår i rehabiliteringsforløbet på tværs af sektorer. Fagpersonerne kan desuden levere indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder i kommunen (6).

En koordinerende funktion i personens samlede forløb kan sikre et koordineret og sammenhængende forløb for personer med synsnedsettelse. Koordinationsfunktionen skal sikre koordinering internt i den kommunale forvaltning og med eksterne parter samt løbende opfølgning på indsatserne. Overgange og skift i personens liv stiller ekstra krav til koordinering og samarbejde. Det drejer sig fx om overgangen fra barn til voksen eller når synet ændrer sig. Den koordinerende funktion/sagsbehandler har den koordinerende rolle i forhold til at videregive information om personen ved disse overgange (6). Behovet for koordinering er vedvarende og bør forankres i et synsfagligt miljø.

På børneområdet varetager den koordinerende sagsbehandler eller synskonsulenten kontakten med forældre og de involverede institutioner. Synskonsulenten indgår i hele barnets/den unges forløb og yder vejledning og undervisning til barnet/den unge og familien samt til andre ressourcpersoner i nærmiljøet, herunder til personale i dagtilbud, på skole og uddannelsesinstitutioner. Synskonsulenten indgår desuden i det tværfaglige samarbejde med andre specialiserede fagpersoner, eksempelvis om hjælpemidler og særlige tilpasninger i det fysiske miljø. Ligeledes vil synskonsulenten ofte være bindeled mellem barnets/den unges dag- og skoletilbud, uddannelsesinstitution, familien, PPR, optikere samt andre relevante aktører, fx landsdækkende synsinstitutioner. Der bør i barnets/den unges forløb være et kontinuerligt tæt samarbejde mellem øjenlæge, specialoptiker og synskonsulent for at sikre, at de rette indsatser iværksættes og justeres løbende (6).

I rehabiliteringsindsatsen til voksne med erhvervet synsnedsættelse er kommunerne og jobcentre vigtige aktører. De står ofte for at henvise og visitere personer med synsnedsættelse til indsatser, uddannelses- og kursustilbud samt bevillige hjælpemidler. For at personer med synsnedsættelse kan modtage en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats kræver det ofte et samarbejde med den kommunale, regionale eller landsdækkende synsinstitution eller kommunikationscenter. Dette samarbejde er vigtigt, da størstedelen af kommunerne og jobcentre ikke nødvendigvis selv har tilstrækkelig viden om synsnedsættelser. Derudover er der behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordinering mellem fx kommunernes forebyggelseskoordinatorer eller kommunale hjemmepleje/socialforvaltning, når det gælder voksne og ældre uden for arbejdsmarkedet med andre vanskeligheder ud over synet.

Et tværfagligt koordineret samarbejde på tværs af sektorer mellem øjenlæge, optometrist og synsprofessionel er væsentligt for tilrettelsen af indsatser, fx under udredning, når det er en førstegangshenvendelse. De faglige oplysninger og undersøgelser hos øjenlægen sammen med den optiske udredning af det funktionelle syn er basis for den synsprofessionelles videre arbejde, herunder rehabiliteringsforløb (3).

I nedenstående tabel 4.1 beskrives behovene for tværfaglig og tværsektoriel koordinering i henholdvist let, moderat og højt specialiserede indsatser. Børn og unge (0-17 år) beskrives i tabellerne kun på moderat og højt niveau, da synsnedsættelse hos børn og unge altid vil have en vis kompleksitet og vil kræve en integreret indsats.

Tabel 4.1: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - *Tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde* på de tre specialiseringsniveauer

Tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
Let	Moderat	Højt
Generelt for hele synsområdet		
Koordination og samarbejde om få og afgrænsede ydelser mellem sundhedsfaglig og social indsats (øjnlæge, optiker og synsprofessionel)	En vis grad af tværfaglig koordination og samarbejde mellem sundhedsfaglig og social indsats (øjnlæge, optiker/optometrist og synsprofessionel)	I høj grad behov for koordination og samarbejde mellem sundhedsfaglig og social indsats (øjnlæge, optiker/optometrist og synsprofessionel) om en særligt tilrettelagt og integreret indsats

Tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
Viden om snitfladerne på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet og om indsatser, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og landsdækkende institutioner	Behov for en vis grad af koordination og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet om indsatser, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og landsdækkende institutioner, fx, ved overgange i personens liv	Behov for høj grad og tæt koordination og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet om indsatser, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og landsdækkende institutioner. Dette kræver en særlig koordination og et tæt og integreret samarbejde om den helhedsorienterede indsats, fx ved akut opstået synstab
I mindre grad behov for etablering af en vedvarende koordinerende funktion. Den koordinerende funktion skal være forankret i et synsfagligt miljø	I vis grad behov for etablering af en vedvarende koordinerende funktion. Den koordinerende funktion skal være forankret i et synsfagligt miljø	I høj grad behov for etablering af en vedvarende koordinerende funktion. Den koordinerende funktion skal være forankret i et synsfagligt miljø f.eks. en synskonsulent
	I vis grad behov for koordination og samarbejde mellem faglige instanser omkring personer med komorbiditet, fx erhvervet hjerneskade eller belastningsreaktioner som fx angst	I høj grad behov for tæt koordination og samarbejde mellem faglige instanser omkring en særlig sammensat og integreret indsats til personer med komorbiditet, fx døvblindhed eller multiple funktionsnedsættelser, eller omfattende belastningsreaktioner som fx angst, depression, stress, udtrætning eller skolevægning
Børneområdet		
	Der er altid behov for koordination og samarbejde mellem forældre, sundhedsplejerske, dagtilbud, skoletilbud og synsprofessionel/-institution. Koordination er særlig vigtig i forbindelse med overgange såsom skift fra hjem til dagtilbud, fra dagtilbud til skole og til ungdomsuddannelse	Der er altid behov for tæt koordination og samarbejde mellem forældre, sundhedsplejerske, dagtilbud, skoletilbud og synsprofessionel/-institution. Koordination er særlig vigtig i forbindelse med overgange såsom skift fra hjem til dagtilbud, fra dagtilbud til skole og til ungdomsuddannelse
	Tæt koordination og samarbejde mellem sagsbehandler, PPR, forældre og synsprofessionel/-institution	Tæt koordination og samarbejde mellem sagsbehandler, PPR, forældre og synsprofessionel/-institution

Tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
		I høj grad behov for faglig koordinering og samarbejde omkring et barn med progredierende lidelse, som rammer både syn, motorik, kognition og kommunikation
Ungeområdet		
	I nogen grad behov for koordinering og samarbejde mellem den unge, uddannelsesinstitution, andre relevante instanser og synsprofessionel/-institution. Koordinering er særlig vigtig i forbindelse med overgange, såsom skift fra folkeskole til ungdomsuddannelse og overgangen fra børne-/ungeområdet til voksenområdet (18 år)	I høj grad behov for tæt koordinering og samarbejde mellem den unge, uddannelsesinstitution, andre relevante instanser og synsprofessionel/-institution. Koordinering er særlig vigtig i forbindelse med overgange, såsom skift fra folkeskole til ungdomsuddannelse og overgangen fra børne-/ungeområdet til voksenområdet (18 år)
Voksen- og ældreområdet		
	I nogen grad behov for koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, socialforvaltning/sagsbehandler og synsprofessionel	I høj grad behov for tæt koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, socialforvaltning/sagsbehandler og synsprofessionel
	I nogen grad behov for koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, dennes arbejdsplads, jobcenter og synsprofessionelle	I høj grad behov for tæt koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, dennes arbejdsplads, jobcenter og synsprofessionelle
	I nogen grad behov for koordinering mellem døgntilbud, ældrepleje/hjemmepleje og synsprofessionel	I større grad behov for tæt koordinering mellem døgntilbud, ældrepleje, hjemmepleje og synsprofessionel

4.3. Indsatser på socialområdet og tilstødende områder

I dette afsnit beskrives relevante indsatser på tværs af sektorområder i forhold til:

- behandling
- den tidlige indsats for småbørn og skolebørn
- undervisning og uddannelse
- job og beskæftigelse
- voksne og ældre med synsnedsættelse.

I slutningen af afsnittet sættes der særligt fokus på:

- indsatser på det sociale område (serviceloven)

4.3.1 Behandlingsindsats

Behandling sker i sundhedsvæsenet (6). Behandlingen afhænger af den sygdom eller skade, som er årsag til det nedsatte syn. I forløbet for personer med synsnedsættelser vil der dog opstå behov for løbende indsatser fra sundhedsfagligt personale og hospital i form af kontrol, behandling og rådgivning samt i visse tilfælde også akutte indsatser. Der kan yderligere være behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som kommunen skal koordinere i sammenhæng med indsatser på social- og undervisningsområdet.

Personer med synsnedsættelse kan løbende modtage indsatser fra sundhedsområdet forankret både kommunalt og regionalt, eksempelvis i form af yderligere øjenundersøgelser, kontrol eller behandling efter den trebenede model, det vil sige at øjenlæge, specialoptiker og synsprofessionel indgår i tæt fagligt, pædagogisk, didaktisk samarbejde om indsatsen.

4.3.2. Småbørn og skolebørn

Den tidlige indsats i dagtilbud, skole og på undervisningsområdet er væsentlig, fordi der her kræves særligt intensive og specialiserede sociale og specialpædagogiske indsatser. Dette understøttes af specialrådgivning målrettet barn, forældre og fagpersoner i barnets institutioner (13, 6).

Indsatserne er rettet mod udviklingsområder, der har grundlæggende betydning for barnets udvikling og dermed fundamentet for barnets fremtidige mulighed for inklusion, deltagelse og muligheder senere i livet (6). Det betyder, at følgende områder kræver særlig opmærksomhed i den tidlige indsats for et førskolebarn med synsnedsættelse:

- *Social og emotionel udvikling*, herunder udvikling af sociale relationer samt følelsesmæssig og personlig udvikling
- *Kommunikation, sprog og betydning*, herunder lytning, deltagelse og begrebsdannelse
- *Leg og læring*, herunder anvendelse af objekter og udvikling af sociale færdigheder
- *Bevægelse og mobilitet*, herunder kropsforståelse og motorik
- *Selvstændig egenomsorg*, herunder aktiviteter i dagliglivet.

Børn med synsnedsættelse har behov for en særlig specialpædagogisk indsats som støtte til inklusionen i dagtilbud og skole. Det gælder både børn, som er placeret i almene tilbud og i specialtilbud (6).

Børn, der udelukkende har nedsat synsevne går hovedsageligt i folkeskolens almindelige klasser. For at børnene kan fungere i en almindelig klasse har de i varierende grad brug for tilbud om forskellige hjælpemidler (se afsnit 5.3 *Hjælpemidler og teknologi*) og støtte i undervisningen, herunder undervisningsmaterialer og støttelærere (16). Det langsigtede mål med støttedfunctio-

nen er at gøre barnet selvstændigt, hvorfor barnet overordnet skal støttes i selv at mestre færdigheder i og uden for skolen. Barnet kan have behov for supplerende undervisning eller anden faglig støtte i henhold til folkeskoleloven. Undervisning og specialpædagogisk bistand er ikke i sig selv en garanti for, at barnet udvikler sig fagligt i samme grad som klassekammeraterne. Der er derfor behov for løbende opmærksomhed på, om barnets faglige niveau er alderssvarende (17).

Allerede fra barnets tidlige år er det nødvendigt at arbejde målrettet med træning i social interaktion, inddragelse af barnet i sociale sammenhænge og stimulation af barnet for at forebygge blandt andet social isolation (6). Dette kan forebygges ved hjælp af tidlige indsatser, som indeholder læring om: personlig udvikling, selvforståelse og erkendelse af funktionsevne, interpersonel relationsdannelse, herunder at lære at afkode og udøve sociale færdigheder samt brugbare strategier til aktivitet og deltagelse. Derudover kan deltagelse i netværk i form af eksempelvis kurser og arrangementer med ligestillede og rollemodeller have et socialt og fagligt formål. Det er nødvendigt, at barnet/den unge, de pårørende og fagpersonerne omkring har adgang til sparring med psykolog med synsfaglig viden og kendskab til målgruppen.

4.3.3 Undervisning og uddannelse

Det kan være vanskeligere for børn og unge, der er vokset op med nedsat syn at gennemskue, hvilke arbejdsfunktioner de vil kunne overkomme eller have interesse for, da de ikke har haft mulighed for at se voksne i arbejde. Valget af uddannelse kræver kendskab til både uddannelsens indhold, de krav, der stilles på uddannelsen, syns- og kompensationsbehov på uddannelsen samt arbejdsmarkedsperspektiverne efter uddannelsen samt hvordan disse spiller sammen med funktionsnedsættelsen og kompensationsbehov. Synsprofessionelle vejleder og hjælper elever og studerende samt bl.a. undervisere og UU-vejledere med at støtte personer med synsnedsættelse i at gennemføre en uddannelse. Hvis der er yderligere behov for udredning og vejledning i forhold til uddannelse kan et individuelt studieforberedende rehabiliteringsforløb være relevant.

Det er ofte mere krævende for studerende med nedsat syn at studere end for andre. Synsnedsættelsen indebærer bl.a. ofte en langsommere læsehastighed. Personer med synsnedsættelse på ungdomsuddannelse, erhvervsuddannelse og på videregående uddannelser kan få specialpædagogisk støtte (SPS). Det er vigtigt, at personen får specialiseret støtte i at opbygge kompetencer til at bruge hjælpemidler og IT effektivt, så dette ikke unødvendigt dræner personen for energi. Udover hjælpemidler og adgang til materialer i tilgængelige formater kan personer med synsnedsættelse få støtte i form af studiestøttetimer, mentorordning eller sekretærhjælp. Det er væsentligt med et koordineret samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, synsprofessionelle på lokale og landsdækkende synsinstitutioner, uddannelsesinstitutionen og evt. jobcenter for at formidle viden, sikre kontinuitet og opfølgning.

Der er herudover flere mulige indsatser, der kan hjælpe unge med synsnedsættelse i forhold til at udvikle sociale kompetencer og til at indgå i sociale relationer, og som kan hjælpe med til at fremme social trivsel og inklusion. Unge med synsnedsættelse har brug for en mere struktureret tilgang til læring af sociale kompetencer, fordi den unge ikke kan opfange den visuelle feedback i sociale sammenhænge (18). Det er afgørende for trivsel i ungdomslivet samt på uddannelse og arbejdsmarked, at unge med synsnedsættelse støttes i at lære at afkode og udøve sociale færdigheder for at kunne være en ligeværdig del af fællesskabet.

Unge i alderen 18-21 år, som ikke forventes at kunne gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse, kan modtage rehabiliteringsforløb eller specialundervisning hos de landsdækkende institutioner (19). Tilbuddene er primært målrettet voksne med flere funktionsnedsættelser eller udfordringer, hvis fremtidige beskæftigelse forventes at være på sociale tilbud. Derudover udbyder de landsdækkende institutioner en 3-årig særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU), som er målrettet unge/voksne, der ud over synsnedsættelsen også har andre funktionsnedsættelser og problematikker.

Den unge kan have behov for undervisning i ADL og O&M sideløbende med uddannelsen, det kan fx være i forbindelse med, at den unge flytter hjemmefra og skal til at klare sig selv på alle livets parametre. Det kan have væsentlig betydning for at have overskud til uddannelse og socialt liv, at personen ikke skal bruge uforholdsmæssig meget energi på at færdes eller klare sig i hverdagen. Relevante indsatser kan være individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb og specialundervisning, som ofte består i kursustilbud med et begrænset antal lektioner (3). Undervisningen foregår ofte i forbindelse med bevilling af hjælpemidler og kan foregå i personens hjem eller på de kommunale, regionale eller landsdækkende synsinstitutioner eller kommunikationscentre.

4.3.4. Job og beskæftigelse

Voksne med synsnedsættelse har markant lavere uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknnytning end resten af befolkningen. Flere af disse voksne oplever ikke at have fået tilstrækkelig og relevant rådgivning om, hvilken støtte de kan få fra det offentlige i forbindelse med uddannelse og beskæftigelse (9).

Personer, som har en medfødt synsnedsættelse eller som tidligt i livet har fået nedsat syn, kan have behov for særlig støtte i forhold til at få fodfæste på arbejdsmarkedet. De har ofte ikke haft et arbejde før de forlod uddannelsessystemet. De kan mangle kompetencer og viden om arbejdsmarkedet, arbejdsfunktioner samt de krav og forventninger, som findes på arbejdspladsen, herunder at kunne indgå socialt i arbejdsfællesskaber. Der kan derfor være behov for at lære yderligere faglige og sociale færdigheder, som styrker den enkelte i at forstå arbejdsfællesskaber og samspillet med arbejdsgiveren. For en del af målgruppen vil vejen ind i beskæftigelse typisk ske igennem en uddannelse med efterfølgende job. For andre kan tilknytning opnås gradvist igennem supported employment, hvor personen med et synshandicap støttes af f.eks. en synsfaglig mentor i håndtering af synsudfordringer i tilknytning til at varetage en jobfunktion. Jobfunktionen og de opgaver, som varetages, vil ligeledes kunne starte i mindre omfang og gradvist udvides igennem en sådan proces.

Personer med erhvervet synsnedsættelse skal lære store dele af de grundlæggende ADL-funktioner med brug af kompenserende strategier, teknikker og hjælpemidler. En del med aldersrelaterede synsnedsættelser kompenserer for vanskeligheder i arbejdet ved fx at arbejde flere timer, og samtidig er der en større andel af gruppen, der forlader arbejdsmarkedet før den almindelige pensionsalder end andre i samme aldersgruppe (10). For at opnå en bæredygtig tilknytning til arbejdsmarkedet vil personer med erhvervet synsnedsættelse ofte have behov for både tid og støtte til at bearbejde deres synstab. De vil til gengæld ofte være godt udstyrede til at genindtræde på arbejdsmarkedet, når denne rehabiliteringsproces er overstået.

For begge grupper af voksne med synsnedsættelse vil der være behov for at lære at formidle sin synsnedsættelse og sine kompetencer sat i relation til den ønskede jobfunktion således, at arbejdsgivere og omverdenen kan opnå forståelse af, hvordan jobfunktionen mestres (20). Det kan fx gøres ved hjælp af det amerikanske udviklede P.E.P. (Pre-Employment Program) (20).

På arbejdspladsen kan personer med synsnedsættelse opleve mange udfordringer i forhold til at varetage arbejdet. Det kan være udfordringer i forhold til bl.a. mobilitet og brug af synskom-penserende hjælpemidler. Der er derfor altid behov for en synsfaglig udredning af samspillet mellem personen med synsnedsættelses jobfunktioner og kompensationsbehov. Der er behov for at vurdere behovet for brug af de handicapkompenserende ordninger, som personlig assi-stance og hjælpemidler.

4.3.5 Voksne og ældre med synsnedsættelse

For voksne og ældre med erhvervet synsnedsættelse er det afgørende at kunne generobre mu-lighederne for aktiviteter, deltagelse og adgang til sociale relationer på ny ved hjælp af syns-kompenserende hjælpemidler, teknikker og strategier samt psykosocial støtte. En erhvervet synsnedsættelse i voksenalderen kræver synsfaglig og synspædagogisk udredning, rådgivning og indsats, hvor det bl.a. drejer sig om at anskueliggøre den proces personen kommer igen-nem. Behovet vil være afhængig af graden af synsnedsættelse og personens livssituation.

Rehabilitering kan anskues som en indre og ydre proces og det anbefales, at rehabiliteringspro-cessen tilgås som sådan. Den ydre proces involverer en praktisk arbejdsproces, hvor fagperso-ner hjælper personen til at kompensere for synsnedsættelsen og få en meningsfuld tilværelse, mens den indre proces inkluderer personens mentale bearbejdningsproces i relation til at få en synsnedsættelse. I den forbindelse kan der være behov for at give psykosocial støtte eller der kan inddrages synsfaglige psykologer (3). Indsatserne skal styrke personen med synsnedsæt-telses kompetencer og muligheder for at navigere rundt og varetage livsfunktioner selvstændigt og dermed fastholde en meningsfuld hverdag.

Rehabiliterende indsatser i gruppeforløb/netværksgrupper er et vigtigt supplement til individuel rehabilitering (3). At være sammen med andre mennesker med lignende problemstillinger og lære sammen kan være til nytte i rehabiliteringsprocessen. Personen med synsnedsættelse kan også have udbytte af at være med i brugerorganisationer og deltage i deres rehabiliterende ind-satser og tilbud (22).

Størstedelen af personer med synsnedsættelse er ældre, da mange synsnedsættelser er pro-gredierende, opstår sent i livet og fører til stærk svagsynethed eller blindhed (23). Med den sti-gende gennemsnitslevealder forventes denne gruppe at være stigende i fremtiden. Ældre med nedsat syn er i øget risiko for at opleve ensomhed og lavere livskvalitet i forhold til ældre i samme aldersgruppe (8,10).

Synsrehabilitering til voksne og ældre under det specialiserede social- og specialundervisnings-område udføres af kommunale, regionale eller landsdækkende synsinstitutioner eller kommuni-kationscentre. De overordnede opgaver er bl.a. (3):

- Synsrådgivning, afprøvning af og instruktion i hjælpemidler
- specialundervisning i ADL, herunder afmærkning, systemer, madlavning, rengøring, tøj-vask, spisning, indkøb, fritidsaktiviteter
- Undervisning i O&M – teknikker, strategier og hjælpemidler til færden inde og ude, her-under finde vej, orientere sig i omgivelserne og beskytte sig
- Undervisning i brug af synskom-penserende informations- og kommunikationsteknologi (IKT), herunder brug af computer, TV, telefon mv.
- Undervisning i punktskrift
- Psykosociale indsatser og støtte
- Rådgivning i tilgængelighed, evt. udførelse heraf i det fysiske miljø i og udenfor hjem-met og på arbejdspladsen, fx bedst mulig lys-sætning til aktiviteter i og indretning af uendørs omgivelser, fx ledelinjer, opmærksomhedsfelter oa.

- Rådgivning og indsatser i relation til at understøtte forælderrollen.

4.3.6. Særligt om indsatser på det sociale område

Personer med synsnedsættelse kan have behov for en bred vifte af ydelser af bl.a. kompenserende, støttende og rådgivende karakter. Mange vil have behov for indsatser fra forskellige faggrupper og på forskellige tidspunkter. Jf. servicelovens formålsparagraf tilrettelægges hjælp og støtte på baggrund af en individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Dette uanset specialiseringsniveau.

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med indsatser for personer med synsnedsættelse. Det drejer sig for børn og unge med synsnedsættelse fx om:

- Familieorienteret rådgivning og vejledning jf. § 11
- Forebyggende indsatser jf. § 11
- Rådgivning, undersøgelse og behandling jf. § 11, stk. 3
- Udredning og specialrådgivning i forhold til børn, unge og voksne med synsnedsættelse jf. § 13
- VISO-rådgivning og -udredning jf. § 13
- Særligt dagtilbud jf. § 32 for børn og unge, der også har andre vanskeligheder.
- Særligt klubtilbud jf. § 36 for børn og unge, der også har andre vanskeligheder.
- Merudgifter til børn § 41
- Tabt arbejdsfortjeneste jf. § 42
- Ledsageordning (børn og unge mellem 12-18 år) jf. § 45
- Pædagogisk, praktisk eller anden støtte i hjemmet eller frivillig anbringelse jf. § 52
- Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, på et opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-4, 6 og 7
- Personlig og praktisk hjælp jf. § 83
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Genoptræning og vedligeholdende træning jf. § 86
- Hjælpe midler, forbrugsgoder og boligindretning jf. § 112, 113, 116.

For voksne og ældre med synsnedsættelse drejer det sig fx om:

- Rådgivning jf. § 12¹⁵
- Udredning og specialrådgivning i forhold til børn, unge og voksne med synsnedsættelse jf. § 13
- VISO-rådgivning og -udredning jf. § 13
- Gruppebaseret hjælp, omsorg og støtte jf. § 82a
- Støttende og kompenserende indsatser jf. § 82b (et uvisiteret tilbud) eller § 83 om støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- Korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb jf. § 83a
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Hjælp, omsorg eller støtte samt optræning jf. § 85
- Genoptræning og vedligeholdende træning jf. § 86
- Ledsagelse jf. § 97
- Dækning af merudgifter § 100

¹⁵ Ved behov for rådgivning til pårørende anvender kommunerne ofte jf. lov om aktiv beskæftigelse eller specialundervisning for voksne, da serviceloven ikke rummer specifik lovhjemmel hertil.

- Tilbud af behandlingsmæssig karakter jf. § 102¹⁶
- Beskyttet beskæftigelse jf. § 103
- Aktivitets- og samværstilbud jf. § 104
- Botilbud jf. § 107 og § 108 og botilbudslignende tilbud efter almen boliglovens § 105
- Hjælpe midler, forbrugsgoder og boligindretning jf. § 112, 113, 116.

I det følgende afsnit beskrives de centrale indsatser på socialområdet differentieret til de tre specialiseringsniveauer, let, moderat og højt i tabellerne.

4.4. Målgruppens behov for indsatser på det specialise rede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer

Indsatser, der beskrives på de tre specialiseringsniveauer er sociale indsatser, som kan differentieres i forhold til indsatsbehovet på let, moderat eller højt specialiseringsniveau. Alle indsatser retter sig mod at styrke den enkeltes eller familiens mestring. Indsatserne er beskrevet under følgende temaer:

- Udredning og afdækning af behov
- Rådgivning
- Indsatser opdelt i livsfaser
- Socialpædagogisk indsats og støtte
- Indsatser til pårørende.

Beskrivelsen af indsatser på de tre specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen generelt set vil have. Indsatsbehovet for konkrete personer med en synsnedsættelse vil ofte ændre sig over tid, og den enkelte person kan have behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer. I tilrettelæggelse og praktisering af indsatser til personer med synsnedsættelser er det vigtigt, at fagpersoner modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om personer med synsnedsættelse på højt specialiseret niveau.

4.4.1. Udredning og afdækning af behov

Diagnosticering af personens synsfunktion sker i sundhedsvæsenet. Umiddelbart efter den lægelige udredning iværksættes en helhedsorienteret synsfaglig udredning i forhold til personen med synsnedsættelses behov for rehabilitering og specialpædagogisk støtte (6). Der kan ligeledes være behov for nye udredninger, når personens livsomstændigheder eller syn ændrer sig. En specialuddannet synsprofessionel varetager den helhedsorienterede synsfaglige udredning samt tilrettelægger de nødvendige indsatser med udgangspunkt i den livssituation og livsfase, personen aktuelt er i.

En helhedsorienteret indsats forudsætter blandt andet, at personen med synsnedsættelses perspektiver, ressourcer og styrker er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Ligesom koordination og samarbejde mellem sektorer er nødvendig for at opnå en sammenhængende indsats (7). Forståelsen for, hvordan synsnedsættelsen og eventuelle

¹⁶ Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

andre vanskeligheder, komorbiditeter eller belastningsreaktioner kommer til udtryk hos den enkelte, er afgørende i tilgangen til personen, så omgivelserne kan bringes til bedst muligt at understøtte personens deltagelses- og udviklingsmuligheder gennem tilpasning af krav, fysiske rammer og forventninger.

Udredningen af personer med synsnedsættelse bør indeholde en beskrivelse af den enkeltes funktionsevne og behov for indsatser og rehabilitering ofte i forhold til følgende overordnede områder (3):

- Synsfunktionen og brug af øvrige sanser
- ADL. Fx madlavning, spising, indkøb, rengøring, vask, telefoni, ur, TV, hobbies, foreningsliv, fritidsinteresser m.m.
- Belysning. Behov for synskompenserende ofte specialtilrettelagt belysning i hjemmet, dagtilbud, skole, uddannelsessted, arbejdsplads, ældreinstitutioner mv.
- Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT). Fx brug af computer, iPad, smart-phone, m.m. Behov for at kunne tilgå digital information, internettet, e-mail, bank mv. Herudover andre kommunikationsbehov
- Læsning. Daglig læsning af trykt tekst – post, bøger, blade og tidsskrifter, undervisningsmateriale m.m.
- O&M. Behov for at færdes sikkert og orientere sig i nærområde eller over større afstande, fx til/ skole, uddannelsessted, arbejdsplads, fritidsaktiviteter, aktivitetscenter mv.
- Aktivitets-, lærings- og undervisningsmaterialer i dagtilbud, skole, uddannelsessted og arbejdsplads – borgerens behov for individuelt tilpassede materialer (tilgængelighed)

Der bør ske en grundig løbende synsfaglig udredning med jævnlig opfølgning af børn og unge med nedsat syn, når der er skift i barnets/den unges liv eller hvor barnets/den unges situation ændres væsentligt (fx når barnet starter i daginstitution, børnehave, skole, på uddannelse eller når synet forværres). Fokus i udredningen bør bl.a. være vurdering af behov for specialpædagogiske og kompensatoriske indsatser (17), herunder læse- og skrivefærdigheder, belysnings- og IKT-hjælpemidler samt O&M. På baggrund af den synsfaglige udredning bør der hurtigst muligt iværksættes indsatser, der støtter barnets/den unges udvikling (6).

Ved synsfaglig udredning af voksne og ældre med synsnedsættelse anbefales det, at afdækningen af funktionsevnen sker på basis af ICF¹⁷-komponenterne krop, aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (3) med henblik på at afdække muligheder og begrænsninger i funktionsevnen. Afdækningen skal sikre et tilstrækkeligt fagligt grundlag for at kunne udlede behovet for synskompenserende og specialpædagogiske indsatser. Udredningens forløb og varighed kan være forskellig alt efter, hvor den enkelte er i sin livsomstillingsproces, det vil sige i hvilken grad man har erkendt og lært at leve med synsnedsættelsen. I tilfælde hvor personen ikke er motiveret eller klar til rehabilitering, ligger der en synsprofessionel opgave i at forklare om indhold og formål med en udredning samt om muligheder for synskompenserende støtte.

Tværfaglige synsfaglige udredninger af personer med synsnedsættelse tilbydes både af kommunale, regionale og landsdækkende synsinstitutioner og kommunikationscentre. Udredninger er udgangspunkt for at vurdere, hvilke specialiserede indsatser, der er behov for i forhold til den enkelte person med synsnedsættelse. Der er mange specifikke udredningsmetoder (se mere i

¹⁷ International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

afsnit 5.2 *Metoder*) til forskellige problematikker og livsfaser fra forskellige faggrupper. I nedenstående tabel beskrives udredning og afdækning af behov på let, moderat og højt specialiseringsniveau.

Tabel 4.2: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Udredning og afdækning af behov* på de tre specialiseringsniveauer

Udredning og afdækning af behov		
Let	Moderat	Højt
Helhedsorienteret socialfaglig udredning i kommunen af behov for kompenserende ydelser efter paragraffer i serviceloven, som er målrettet borgere med varige psykiske og fysiske funktionsnedsættelser, fx tabt arbejdsfortjeneste, dækning af merudgifter, BPA, ledsagelse o. lign	Helhedsorienteret og synsfaglig udredning og afprøvning af behov for ydelser og hjælpemidler hos voksne og ældre med synsnedsættelse	Helhedsorienteret og synsfaglig udredning af børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse som følge af sygdomsrelateret, progredierende, skadesudløst og/eller aldersbetinget alvorlig synsnedsættelse.
		Tværfaglige og synsfaglige udredninger ved fx: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticering - Overgange i livsfaser - Forværring af synsfunktion - Ved komorbiditet/kombinationsproblematikker - Ved belastningsreaktioner - Ændring i livsvilkår og livssituation (eksempelvis ændring i dagtilbud, skole, uddannelse, arbejdssituation, private forhold mv.)
		Synsfaglig udredninger inkl. behov for kompenserende hjælpemidler eksemplvis med særligt fokus på områderne: <ul style="list-style-type: none"> - Orientering & Mobility (O&M) - Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT), fx skærmlæsere og elektronisk punktudstyr. OCR-programmer og -devices, synsforstærkere/elektroniske briller mv. - Læsning - Punktskrift - Almindelig Daglig Levevis (ADL) - Lys og belysning

Udredning og afdækning af behov		
		- Psykosociale forhold

4.4.2 Rådgivning

Specialiseret synsfaglig rådgivning understøtter personen med synsnedsættelses trivsel, udvikling og læring i dagtilbud, skolen, på uddannelsesinstitutionen og arbejdsmarkedet samt i hverdags- og fritidslivet. Rådgivningen kan også være vigtig for pårørende og fagpersoner, der arbejder med målgruppen. Kommunale, regionale og landsdækkendes synsinstitutioner og kommunikationscentre samt interesseorganisationer yder rådgivning og vejledning til personer med synsnedsættelse, pårørende og fagpersoner. Rådgivningen indeholder blandet andet vejledning og rådgivning om:

- Aktiviteter både inden- og udendørs
- Særlige aktivitets-, lærings- og undervisningsmaterialer tilrettelagt for børn, unge og voksne med synsnedsættelse
- Mobility- og ADL-teknikker i relation til alle aktiviteter i dagtilbud, skole, arbejdsplads, ældreinstitutioner eller i hjemmet
- Social og emotionel udvikling samt psykoedukation og håndtering af livet med synsnedsættelse mere generelt
- Kommunikation og kommunikationsstrategier
- Tilrettelæggelse af undervisningen i forskellige fag (i grundskole, på ungdomsuddannelse og videregående uddannelse)
- Undervisning i før-punkt og punktskrift
- Anvendelse af hjælpemidler, herunder IKT-hjælpemidler
- Læsning og synsvanskeligheder
- Hensigtsmæssig tilgængelig indretning af det fysiske miljø
- Valg af institution, skole, uddannelse, job, fritidsaktivitet¹⁸.

I forhold til børn og unge med synsnedsættelse kan Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) alt efter den enkelte kommunes organisering have en central rolle i forhold til støtte og rådgivning til forvaltning, forældre og barnets dag- og skoletilbud. PPR kan bidrage til at sikre, at der løbende indhentes den fornødne højt specialiserede synsfaglige og psykologiske rådgivning til støtte for barn og familie, til fagpersoner i barnets dag- og skoletilbud og i forbindelse med (gen)udredning og visitation til de rette tilbud. Sagsbehandler og PPR samarbejder tæt med synskonsulenten om barnets behov og forløb (6).

VISO¹⁹ tilbyder specialiseret rådgivning til kommuner, regioner og personer i særligt komplicerede sager, og hvis kommunen ikke selv har den nødvendige højt specialiserede viden på området, både på børne- og voksenområdet. På synsområdet er det de landsdækkende synsinstitutioner under VISO KaS²⁰, der tilbyder specialrådgivning til børn, unge og voksne med synsnedsættelse samt pårørende og fagpersoner, der arbejder med målgruppen.

Inddeling af rådgivning i let, moderat og højt specialiseringsniveau vil kunne ses i tabellerne i næste afsnit 4.4.3 *Indsatser opdelt i livsfasen*.

¹⁸ De sidste seks punkter vil ofte ydes som en VISO KaS-ydelse under Serviceloven

¹⁹ Den nationale videns og specialrådgivningsorganisation i Socialstyrelsen

²⁰ Koordinering af Specialrådgivning

4.4.3 Indsatser opdelt i livsfaser

De indsatser en person med synsnedsettelse har behov for afhænger i høj grad af personens livssituation og livsfase, og hvornår synsnedsettelsen er opstået. Samtidigt er der ofte et særligt behov for specialiseret udredning, indsats og støtte i overgange mellem livets faser, og når synsnedsettelsen ændrer sig eller indtræder akut. Endvidere er opfølgning på igangsatte indsatser vigtig for dels at understøtte læring og optimal anvendelse af hjælpemidler og dels for at imødekomme behov for ændringer i indsatsen .

I de nedenstående tabeller er indsatser opdelt i livsfaser beskrevet på let, moderat og højt specialiseringsniveau. De oplyste indsatser vil være en del af personens samlede helhedsorienterede (re)habilleringsforløb, og derfor vil der altid være samarbejde og koordinering mellem fagpersoner i leveringen af indsatsen. (jf. afsnit 4.2)

Tabel 4.3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – Den tidlige indsats for småbørn og skolebørn på de tre specialiseringsniveauer

Den tidlige indsats for småbørn og skolebørn		
Let	Moderat	Højt
	Vejledning og rådgivning i brug af synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given opgave/aktivitet	Vejledning, rådgivning i brug af og tilpasning af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given kompleks opgave/aktivitet
	Støtte til deltagelse i sociale fællesskaber i dagtilbud og skole	Støtte til deltagelse i sociale fællesskaber i dagtilbud og skole samt gruppeforløb med ligestillede og andre familier i lignende situation, fx mestringsture for børn eller hele familien. Undervisning, fælles aktiviteter og rådgivning samt peer-to-peer aktiviteter
	Rådgivning om ledsagelse, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter	Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter, herunder individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb
	Familevejledning til familier med børn og unge med behov for særlig støtte Gruppeforløb med ligestillede og andre i lignende situation, fx mestringsture for børn mv. Undervisning, fælles aktiviteter og rådgivning samt peer-to-peer aktiviteter	Vejledning og rådgivning i forhold til indsatser, der støtter barnet i at udvikle begrebsdannelse, perception, relationsdannelse samt kropslig og motorisk forståelse (hernunder Alternativ Supplerende kommunikation (ASK)), herunder kommunikation, sprog og betydning
	Vejledning og rådgivning i forhold til social og emotionel ud-	Vejledning og rådgivning i forhold til social og emotionel ud-

Den tidlige indsats for småbørn og skolebørn		
Let	Moderat	Højt
	vikling, herunder udvikling af sociale relationer samt følelsesmæssig og personlig udvikling	vikling, herunder udvikling af sociale relationer samt følelsesmæssig og personlig udvikling
	Synsstimulering	Synsstimulering: synsudviklingen skal stimuleres for at udvikle synsfunktionen optimalt
	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og Informations- og Kommunikationsteknologi (hernunder Alternativ Supplerende Kommunikation (ASK)). Fokus på aldersbestemt relationsarbejde, nærmeste udviklingszone, ADL, O&M, fritid og fælles aktiviteter, effektivt sansebrug, motorisk udvikling samt konkrete færdigheder og deltagelse hos småbarnet og eleven.	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og Informations- og Kommunikationsteknologi (hernunder Alternativ Supplerende Kommunikation (ASK)). Fokus på aldersbestemt relationsarbejde, nærmeste udviklingszone, ADL, O&M, fritid og fælles aktiviteter, effektivt sansebrug, motorisk udvikling samt konkrete færdigheder og deltagelse hos småbarnet og eleven
	Rådgivning og støtte til forældre og øvrige voksne om at understøtte barnets ressourcer og styrke dets selvstændighed ved at stille krav og forvente deltagelse og selvhjulpethed	Rådgivning og støtte til forældre og øvrige voksne om at understøtte barnets ressourcer og styrke dets selvstændighed ved at stille krav og forvente deltagelse og selvhjulpethed
		Synsfaglig rådgivning og vejledning i netværk, dagtilbud, skoler, PPR mv. for at støtte op om deltagelse og inklusion (både i almene tilbud og specialtilbud). Afstemt pædagogik, herunder synstolkning, omgangsformer og ADL teknikker, der hjælper målgruppen
		Psykologisk rådgivning og indsats i forhold til trivsel mv. baseret på synsfaglig viden og kendskab til målgruppen, fx. om håndtering af sorg/krise
	Vurdering af indretning, farver, kontraster, lys, hjælpemidler, IT i: dagtilbud, skole og hjemme	Vurdering af indretning, farver, kontraster, lys, hjælpemidler, IT i: dagtilbud, skole og hjemme
		Vejledning og rådgivning i punktskrift og førpunkt samt hjælpemidler i relation hertil. Klæde

Den tidlige indsats for småbørn og skolebørn		
Let	Moderat	Højt
		pædagoger, lærere og støttepædagoger på i forhold til punktskrift. Mulighed for at indgå i et læringsmiljø med henblik på indlæring af punktskrift i fuldskrift og forkortet læse og skriftsprog samt svagsynslæsning ved hjælp af synskompenserende hjælpemidler
		Vejledning og rådgivning i aktivitets-, lærings- og undervisningsmaterialer, bøger og spil

Tabel 4.4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Indsatser i forhold til unge* på de tre specialiseringsniveauer

Indsatser i forhold til unge ²¹		
Let	Moderat	Højt
Vejledning og rådgivning i brug af simple synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given simpel opgave/aktivitet	Vejledning og rådgivning i brug af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given opgave/aktivitet	Vejledning, rådgivning i og tilpasning af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given kompleks opgave/aktivitet
Simpel instruktion i dagligsdags aktiviteter	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT)	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT). O&M kan fx være ift. sikker færden ved brug af hjælpemidler, teknikker og orientering, vejfinding, problemløsning i omgivelserne
Gruppeforløb med andre i en lignende situation	Gruppeforløb medigestillede og andre i lignende situation, fx mestringsture for unge, netværksarrangementer mv.	Gruppeforløb medigestillede og andre i lignende situation, fx mestringsture for unge, netværksarrangementer mv.
Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter	Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter	Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter

²¹ I denne tabel vil der fremgå indsatser som ofte ydes som en VISO KaS-ydelse under Serviceloven

Indsatser i forhold til unge ²¹		
Let	Moderat	Højt
Vejledning og rådgivning i brug af tilgængelige materialer, fx undervisningsmaterialer på lyd, forstørret skrift mv.	Vejledning og rådgivning i brug af tilgængelige materialer, fx undervisningsmaterialer på lyd, forstørret skrift mv.	Vejledning og rådgivning i brug af tilgængelige materialer, fx punktskrift, LaTeX ²² , undervisningsmaterialer på lyd, forstørret skrift mv. Klæde undervisere/lærere på på i forhold til punktskrift
	Synsfaglig rådgivning og vejledning i netværk, uddannelsesinstitutioner mv. for at støtte op om netværk, deltagelse og inklusion, herunder fastholdelse af uddannelse	Synsfaglig rådgivning og vejledning i netværk, uddannelsesinstitutioner mv. for at støtte op om netværk, deltagelse og inklusion, herunder fastholdelse af uddannelse
	Psykologisk rådgivning og indsats baseret på synsfaglig viden og kendskab til målgruppen	Psykologisk rådgivning og indsats baseret på synsfaglig viden og kendskab til målgruppen. Bl.a. sorg/krise
	.	Individuelt rehabiliteringsforløb bl.a. med henblik på valg af uddannelse el. beskæftigelse
Lyssætning på studiet eller studiepladsen	Lyssætning på studiet eller studiepladsen	Vurdering af indretning, lys, kontraster, hjælpemidler, IT, punktskrift mv.: <ul style="list-style-type: none"> • På uddannelsessted • I hjemmet • På arbejdsplads • På fritidsjob • Til fritidsaktivitet
		Seksuualvejledning

Tabel 4.5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Indsatser i forhold til mennesker i den erhvervsaktive alder* på de tre specialiseringsniveauer

Indsatser i forhold til personer i den erhvervsaktive alder ²³		
Let	Moderat	Højt
Vejledning og rådgivning i brug af simple synskompenserende hjælpemidler i forhold til at en given simpel opgave/aktivitet	Vejledning og rådgivning i brug af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given opgave/aktivitet	Vejledning, rådgivning i og tilpasning af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til at en given kompleks opgave/aktivitet
Simpel instruktion i dagligsdags aktiviteter	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M) og

²² LaTeX er et program til at lære matematik for mennesker med blindhed.

²³ I denne tabel vil der fremgå indsatser som ofte ydes som en VISO KaS-ydelse under Serviceloven

Indsatser i forhold til personer i den erhvervsaktive alder ²³		
Let	Moderat	Højt
Ledsageteknik via app eller pjece. Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter	Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT)	Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT)
Gruppeforløb med andre i en lignende situation.	Gruppeforløb medigestillede og andre i lignende situation, fx netværksarrangementer, fyraftensmøder for mennesker i job mv.	Gruppeforløb medigestillede og andre i lignende situation, fx netværksarrangementer, fyraftensmøder for mennesker i job mv.
	Rådgivning om det at leve med en synsnedsettelse – genoptage aktiviteter på en ny måde	Rådgivning om det at leve med en synsnedsettelse – genoptage aktiviteter – på en helt ny måde ved at lære nye teknikker og strategier
Lyssætning på arbejdspladsen	Lyssætning på arbejdspladsen	Vurdering af indretning, lys, kontraster, hjælpemidler, IT, punktskrift mv.: <ul style="list-style-type: none"> • På arbejdspladsen • I hjemmet • Uddannelsesplads
	Vejledning og rådgivning i jobmatch i forhold til synssituation og hvordan synssituation og behov for justeringer præsenteres til en arbejdsgiver, og i sammenhæng med kompetencer/færdigheder	Vejledning og rådgivning i jobmatch i forhold til synssituation og hvordan synssituation og behov for justeringer præsenteres til en arbejdsgiver, og i sammenhæng med kompetencer/færdigheder
	Vejledning og rådgivning i brug af tilgængelige materialer, fx punktskrift, undervisningsmaterialer på lyd, forstørret skrift mv., herunder, hvordan man får det produceret	Vejledning og rådgivning i brug af tilgængelige materialer, fx punktskrift, LaTeX, undervisningsmaterialer på lyd, forstørret skrift mv., herunder, hvordan man får det produceret
	Vejledning og rådgivning omkring beskæftigelsesindsats, kompenserende ordninger, beskæftigelseslovgivning mv.	Vejledning og rådgivning omkring beskæftigelsesindsats, kompenserende ordninger, beskæftigelseslovgivning mv.
		Individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb
		Rådgivning, udredning samt afprøvning af samspillet mellem kompensations-software og softwaresystemer på arbejdspladsen eller uddannelsesinstitutionen
		Synsfaglig rådgivning og vejledning i netværk, arbejdspladser mv. for at støtte op om netværk,

Indsatser i forhold til personer i den erhvervsaktive alder ²³		
Let	Moderat	Højt
		deltagelse og inklusion samt energiforvaltning og eventuelt supported employment (tæt og kontinuerlig støtte af både borgeren, medarbejderne og arbejdsgiveren) ved indtræden i beskæftigelse
		Psykologisk rådgivning og indsats baseret på synsfaglig viden og kendskab til målgruppen. Bl.a. sorg/krise

Tabel 4.6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Indsatser i forhold til voksne og ældre* på de tre specialiseringsniveauer

Indsatser i forhold til voksne og ældre		
Let	Moderat	Høj
Vejledning og rådgivning i brug af simple synskompenserende hjælpemidler i forhold til at en given simpel opgave/aktivitet	Vejledning og rådgivning i brug af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given opgave/aktivitet	Vejledning, rådgivning i og tilpasning af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til at en given kompleks opgave/aktivitet
Ledsageteknik. Rådgivning om ledsagning, måltidsteknik, muligheder for fritidsaktiviteter	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M), Ledsagning og Informations- og Kommunikationsteknologi (hernunder Alternativ supplerende kommunikation (ASK))	Vejledning og rådgivning i Almindelig Daglig Levevis (ADL), Orientering & Mobility (O&M), Ledsagning og Informations- og Kommunikationsteknologi (hernunder Alternativ supplerende kommunikation (ASK)) O&M handler om sikker færden ved brug af hjælpemidler, teknikker og orientering, vejfinding, problemløsning i omgivelserne
Gruppeforløb med andre i en lignende situation	Gruppeforløb med ligestillede og andre i lignende situation, fx netværksarrangementer, gruppehabilitering mv.	Gruppeforløb med ligestillede og andre i lignende situation, fx netværksarrangementer, gruppehabilitering mv.
Indretning af hjemmet, fx: Lys og belysning og afmærkning/opmærkning	Indretning af hjemmet, fx: Synskompenserende specialtilrettelagt belysning og afmærkning/opmærkning	Vurdering af indretning, lys, hjælpemidler, IT mv.: <ul style="list-style-type: none"> • I hjemmet • På ældreinstitution
	Indsats i forhold til at støtte op om netværk	Indsats i forhold til at støtte op om netværk Fx Synsfaglig rådgivning og vejledning i netværk mv. for at

Indsatser i forhold til voksne og ældre		
Let	Moderat	Høj
		støtte op om deltagelse og inklusion
	Psykologisk indsats baseret på kendskab til målgruppen	Psykologisk rådgivning, indsats og hjælp til mestring af synstabet baseret på synsfaglig viden og kendskab til målgruppen. Bl.a. sorg/krise
	Synsfaglig rådgivning og vejledning i tilgængelige materialer og muligheder for at læse og skrive	Synsfaglig rådgivning og vejledning i tilgængelige materialer og muligheder for at læse og skrive
		Individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb
		Vejledning og rådgivning til personale og andre fagpersoner, fx fysio- og ergoterapeut
		Vejledning på ældreinstitutioner samt til visitatorer og hjemmepleje
		Vejledning og rådgivning i forhold til forælderrolle

4.4.4 Socialpædagogisk indsats og støtte

Personer med synsnedsættelse har varierende behov for socialpædagogisk støtte fra indsatser af en mere forebyggende karakter til mere omfattende interventioner målrettet de fleste livsområder. Personen med synsnedsættelses behov og ønsker er styrende for den socialpædagogiske støtte, som foregår i samarbejde med personen med synsnedsættelse og med størst mulig inddragelse og deltagelse.

I indsatserne er der brug for, at støtten kan gives på forskellige specialiseringsniveauer. Personer med synsnedsættelse kan have brug for støtte på et let specialiseringsniveau i forhold til ét aspekt i livet, fx støtte til at indgå i relationer, og samtidig have brug for højt specialiseret støtte på andre områder, fx kommunikation og sociale kompetencer.

Personer med synsnedsættelse og komorbiditet, som fx udviklingshæmning, ADHD eller angst har ofte brug for indsatser på moderat eller højt specialiseringsniveau, der støtter dem på flere livsområder. Det kan fx dreje sig om hjælp og støtte til at indgå i relationer, støtte til kommunikation og til at indgå i fritidsliv og job/uddannelse både som gruppeforløb og individuelt tilrettelagte indsatser. Personer med synsnedsættelse og komorbiditet eller belastningsreaktioner har ofte brug for kontinuerlig vejledning med tydelige rammer samt en genkendelig struktur.

Der kan også være brug for specialiseret seksualvejledning, der understøtter udviklingen af seksualitet og selvforståelse samt specialiseret undervisning i seksualitet og sundhed, som bidrager til bl.a. forståelse for god hygiejne, forståelse for kønspræferencer og passende adfærd. Alvorlig synsnedsættelse kan være hæmmende for udvikling af kropsbevisthed, kropsforståelse og balance, hvorfor der kan være behov for bevægelsepædagogiske indsatser.

Følgende er eksempler på behov for socialpædagogisk indsats og støtte hos målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Udgangspunktet er beskrivelsen af målgruppens funktionsevne og behov på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit og omhandler:

- Synspædagogisk og socialpædagogisk støtte
- Praktisk hjælp og støtte
- Støtte til aktivitet og deltagelse
- Støtte til bolig/botilbud.

I tabellen er socialpædagogisk støtte og indsatser til personer med synsnedsettelse beskrevet på de tre specialiseringsniveauer.

Tabel 4.7: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Socialpædagogisk støtte og indsats* på de tre specialiseringsniveauer

Socialpædagogisk indsats og støtte		
Let	Moderat	Højt
Til personer med synsnedsettelse <ul style="list-style-type: none"> • Pædagogisk støtte i forhold • Praktisk hjælp og støtte • Støtte til bolig • Bostøtte 	Til personer med synsnedsettelse og komorbiditet/kombinationsproblematikker, fx udviklingshæmning, ADHD, CVI eller angst kan der være behov for: <ul style="list-style-type: none"> • Pædagogisk støtte i forhold til at indgå i og opretholde relationer • Pædagogisk støtte til anvendelse af synskompenserende hjælpemidler • Støtte til kommunikation • Støtte til aktivitet og deltagelse • Støtte til familier og tidlig indsats 	Til personer med synsnedsettelse og komorbiditet/kombinationsproblematikker, fx udviklingshæmning, ADHD, CVI eller angst kan der være behov for: <ul style="list-style-type: none"> • Pædagogisk støtte i forhold til at indgå i og opretholde relationer • Pædagogisk støtte til anvendelse af synskompenserende hjælpemidler • Støtte til kommunikation • Støtte til aktivitet og deltagelse • Støtte til familier og tidlig indsats
Støtte og hjælp til at indgå i og	Peer-to-peer indsatser	Peer-to-peer indsatser
	Botilbud (evt. tidsbegrænset) eller bostøtte, som modtager synsfaglig rådgivning	Specialiseret botilbud eller specialiserede plejecentre/plejeboliger
	Aktivitetstilbud	Specialiseret aktivitetstilbud
	Praktisk støtte, fx hjemmehjælp	Praktisk støtte, fx hjemmehjælp
		Bevægelsepædagogiske indsatser
		Seksualvejledning
		Synspædagogisk støtte til selvforståelse og identitetsudvikling
		Rådgivning til andre fagpersoner om synsnedsettelse

4.4.5 Indsatser til pårørende

Når en person får en synsnedsættelse, er der behov for omgivelsernes forståelse af de udfordringer og støttebehov, det medfører. Det kan være svært for forældre at få et barn med synsnedsættelse, og nogle familier kan opleve at stå i en decideret krise, når barnet får konstateret en synsnedsættelse. En central indsats til familien er derfor støtte til bearbejdning af denne situation (6).

Kommunen skal jf. serviceloven § 11, stk. 7-8 tilbyde familievejledning til familier med børn under 18 år med varigt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne inden for 3 måneder efter, at kommunen har fået kendskab til, at synsnedsættelsen er konstateret. Med familievejledningen får familien viden om, hvilke muligheder de har for hjælp og støtte. Denne vejledning bør samtidig suppleres med opstart af et egentlig synsfagligt rådgivningsforløb og vurdering af eventuelt behov for anden rådgivning til barn, forældre og søskende. Heri indgår tilbud, hvor familien kan møde andre forældre med børn med synsnedsættelse (peer-to-peer) og modtage undervisning, rådgivning og vejledning om synsnedsættelsen. Indsatserne kan være via det kommunale, regionale eller landsdækkende synsinstitution eller kommunikationscenter.

Kommunerne kan yderligere tilbyde et forløb fx med Stepping Stones for forældre eller et forløb til søskende, hvis kommunen vurderer, at det er nødvendigt (6). Eksempelvis kan en af følgende indsatser til søskende benyttes, Att ge syskon utrymme, SibworkS og Sibs (24). I tilfælde, hvor familien står i en krise, er der særligt behov for rådgivning ud over familievejlederordningen. I denne situation bør krisen mødes og bearbejdes med psykologisk rådgivning så tidligt som muligt (6).

Inddragelse af familien i både valg, planlægning og udførelse af indsatserne er afgørende for effekten af indsatsen i de tidlige interventioner, såvel som senere, når barnet starter i dagtilbud og skole (6). Børn og unge med synsnedsættelse er i højere grad end andre børn afhængige af kontakt til forældrene og meget afhængige af deres hjælp (17). Forældrene kan have behov for rådgivning og vejledning, som kan hjælpe dem til at hjælpe barnet til selvstændigt at mestre både praktiske udfordringer og følelsesmæssige problemstillinger.

For voksne og ældre med progredierende eller erhvervet synsnedsættelse er det ligeledes væsentligt at inddrage pårørende i udredning, rådgivning, undervisning og rehabilitering. Det kan være svært og udfordrende for mange pårørende til personer med erhvervet synsnedsættelse at håndtere den nye situation. Der er en risiko for, at der opstår en afhængighed af pårørende for personen med synsnedsættelse, da det fx opleves nemmere at deltage i sociale arrangementer og fritidsaktiviteter, hvis man har en ægtefælle eller partner, som man kan følges med (10). Det medfører en forskydning af relationen, som er væsentlig at have en opmærksomhed på. Derudover kan pårørende også opleve en sorg og krise ved synstabet hos ægtefælle, partner eller forældre. Der er behov for støtte i familier, hvor en eller flere forældre har en synsnedsættelse, hvor både evt. seende partner og børn oplever udfordringer. Derfor er der behov for indsatser, støtte og rådgivning i forhold til at takle den nye situation ved fx psykolog og derudover er introduktion til synskompenenserende hjælpemidler, teknikker og strategier væsentligt.

Tabel 4.8: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) – *Indsatser til pårørende* på de tre specialiseringsniveauer

Indsatser til pårørende		
Let	Moderat	Høj
Information omkring øjensygdommen eller evt. anden sygdom/traume	Information omkring øjensygdommen eller evt. anden sygdom/traume	Information omkring øjensygdommen eller evt. anden sygdom/traume
Generel rådgivning og vejledning om det at leve med en synsnedsættelse	Rådgivning til pårørende vedrørende synstabets psykiske og fysiske konsekvenser	Rådgivning til pårørende vedrørende synstabets psykiske og fysiske konsekvenser
Rådgivning til pårørende vedrørende synstabets psykiske og fysiske konsekvenser	Rådgivning til pårørende i forhold til, hvordan man kan hjælpe den berørte med at takle sit synstab, fx med ledsageteknik når omstændighederne kræver det, fx mørke	Rådgivning til pårørende i forhold til, hvordan man kan hjælpe den berørte med at takle sit synstab, fx med ledsageteknik når omstændighederne kræver det, fx mørke
Rådgivning og vejledning af forældre ved gruppeforløb, herunder overgangsvejledning	Undervisning, rådgivning og vejledning af forældre ved gruppeforløb, herunder overgangsvejledning Rådgivning og vejledning af forældre, søskende, partnere og andre pårørende (med henblik på mestring i hele familien) Rådgivning og vejledning til forældre om børn og unges skole/uddannelsesforløb	Undervisning, rådgivning og vejledning af forældre ved gruppeforløb, herunder overgangsvejledning Rådgivning og vejledning af forældre, søskende, partnere og andre pårørende (med henblik på mestring i hele familien) Rådgivning og vejledning til forældre om børn og unges skole/uddannelsesforløb
Psykologhjælp	Psykologisk bistand baseret på kendskab til målgruppen	Psykologisk bistand baseret på kendskab til målgruppen
	Rådgivning og støtte til børn med forældre med synsnedsættelse	Rådgivning og støtte til børn med forældre med synsnedsættelse
	Weekend og fyraftensarrangementer for målgruppen, der fx giver mulighed for at møde andre i samme situation samt få input og viden fra synsprofessionelle	Weekend og fyraftensarrangementer for målgruppen, der fx giver mulighed for at møde andre i samme situation samt få input og viden fra synsprofessionelle

5. Fagligt indhold (Parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatser på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi samt fysiske rammer. I beskrivelserne fokuseres på de kompetencer, der skal være til stede i indsatsen, herunder kompetencer i at anvende relevante faglige tilgange og metoder samt til at benytte hjælpemidler og teknologi i indsatsen (Jf. kriterierne i nedenstående figur).

Figur 5: Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

5.1. Generelt om behov for kompetencer i indsatsen

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for medarbejdere med synsfaglig viden, kompetencer og praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Personer med synsnedsættelse har særligt behov for støtte og rådgivning i overgangssituationer. F.eks. kan der være behov for en rehabiliterende indsats efter tab eller forværring af syn eller ved overgang til ny bosituation. Det niveau af kompetencer, praksiserfaring og specialisering, der er behov for, kan både afhænge af kompleksiteten af synsnedsættelsen såvel som samspillet mellem det nedsatte syn og den enkeltes omgivelser og livssituation.

Der bør være opmærksomhed på, at personer med synsnedsættelse også udgør en ressource som rollemodeller, såfremt at personen, som peer indgår i en aktiv praksis og selv har praksiserfaring. Peer-to-peer kan have positiv betydning for udbyttet af rehabiliteringsindsatsen. Den viden og erfaring rollemodeller besidder kan give andre indsigt i og forståelse af, hvordan en synsnedsættelse kan mestres på forskellige områder i hverdagen. Rollemodellernes viden er relevant for nye personer i målgruppen samt for fagpersoner.

Synsprofessionelle bør på alle niveauer have et bredt kendskab til og en bred indsigt i hele synsområdet. Derudover vil der være behov for specialisering og særlig ekspertise hos den enkelte synsprofessionelle inden for et eller flere af nedenstående områder.²⁴

²⁴ Forløbsbeskrivelsens (6) definition: "Med et fagligt miljø forstås mindst 3 personer, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen".

Synsfaglige kompetencer består af viden om og fortrolighed med anvendelsen af et bredt spektrum af kompenserende metoder, teknikker, strategier, materialer og hjælpemidler, der kan hjælpe de begrænsninger, som synsnedsættelsen medfører hos den enkelte (19). Synsfaglig ekspertise og faglighed består derudover både af kompetencer opbygget gennem daglig praksis samt viden om metoder og hjælpemidler, der kan kompensere for synsnedsættelsen. Herudover er det vigtigt med viden inden for optik, oftalmologi, hjælpemidler samt viden om fysiologiske, psykologiske, motoriske, sociale og personlighedsmæssige forhold og udvikling samt en bred vifte af andre kompetencer.

Synsfaglig specialviden og kompetencer omhandler bl.a. følgende:

Aktuel viden om:

- Synsnedsættelse i teori og praksis (herunder viden om oftalmologi og synsdiagnoser samt viden om bruge af optiske hjælpemidler)
- Viden om sanser og sanseintegration, når synssanser er ramt
- Målgruppens udvikling, samt forhold, som påvirker målgruppen, fx nye årsager til alvorlig synsnedsættelse og sociale forhold i målgruppen
- Synsnedsættelse som følge af medfødt og erhvervet hjerneskade
- Læsning og synsvanskeligheder
- Punktskrift og taktil læring, didaktik, særlig tilrettelagt materiale, punktskrifthjælpemidler og teknologi
- Validerede metoder til udredning af udviklings-, kommunikations- og mobilitetsvanskeligheder samt aktivitetsproblemer forårsaget af synsnedsættelse
- Synskompenserende teknikker og strategier i ADL og O&M
- Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT).
- Synshjælpemidler og teknologi, herunder udvælgelse af det rigtige hjælpemiddel og instruktion i anvendelsen, så det sikres, at personen kan benytte det effektivt
- Inddragelse af erfaringer fra rollemodeller og ligestillede
- Den livsomstillingsproces personen gennemgår, når man får en synsnedsættelse/funktionsnedsættelse, herunder ændringer i selvbillende, identitet, relationer til nærtstående, kompetencer i forhold til beskæftigelse, sociale aktiviteter mv.
- Relevant lovgivning på social-, undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet samt tilgrænsende relevant lovgivning
- Inklusionsstrategier for målgruppen i almene tilbud og samfundsdeltagelse
- Sammenhængende, koordinerende og effektive forløb under hensyn til hensigtsmæssig ressourceudnyttelse – herunder viden om tværfaglighed
- Fælles sprog om og fælles forståelse for kompleksiteten i synsrehabilitering på tværs af faggrupper og sektorer som forudsætning for sammenhængende, koordinerede processer i samarbejde med personen med synsnedsættelse (7).

Følgende kompetencer og viden bør inddrages i indsatsen til personer med synsnedsættelse:

- Psykologisk viden. At der inddrages psykologisk bistand med særligt kendskab til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse. Den psykologiske indsats koblet med højt specialiseret synsfaglig viden bør være til stede for at støtte personen i forbindelse med problematikker vedr. eksempelvis personlig udvikling og trivsel, svære overgange, oplevelse af social eksklusion (6) eller sorg-krise-reaktioner.
- Viden om læsning og læsestrategier. Det er afgørende for personer med synsnedsættelses udvikling og uddannelses- og arbejdsmarkedsparathed, at vedkommendes læseprogression bliver vurderet og fulgt af en læsekonsulent med højt specialiseret viden om henholdsvis svagsynslæsere og punktskriftlæsere (6).

- Viden om udvikling for børn med synsnedsættelse. Det er vigtigt for børn med synsnedsættelse, at de følges af synsprofessionelle (fx en synskonsulent) med viden om småbørn og specialpædagogik, sanser, krop og bevægelse, og viden om forældreskab, når barnet har en synsnedsættelse. Det er vigtigt, at der er viden om skoleparathed, de udvidede læringsmål (13) og viden om kommunale tilbud og ydelser til børn og unge i forskellige aldre.
- Viden om uddannelsesparathed, uddannelse, arbejdsmarkedsparathed, beskæftigelse og fastholdelse af arbejdsmarkedstilknytning. Fx Viden om STU-forløb for personer med flere problemstillinger. At uddannelses- og studievejledere samt jobcentre inddrager specialiseret, synsfaglig viden i afklaringen af muligheder på baggrund af personens ønsker og interesse for videreuddannelse og beskæftigelse (6).
- Viden om aldring i relation til synsnedsættelse – gerontologi/geriatri/ældrepædagogik/andragogik – normale aldringsprocesser, sygdomme i aldring – jf demens, stroke og anden kognitiv funktionsnedsættelse.
- Kompetencer til at bruge forskellige specialpædagogiske metoder, som passer til den enkelte, fx til at støtte personens tillæring af anvendelsen af teknologi.

Synsfaglig rådgivning og rehabilitering forudsætter fagpersoner med en pædagogisk eller sundhedsfaglig grunduddannelse, fx ergoterapeut, fysioterapeut, lærer, psykolog eller pædagog. Da grunduddannelse ikke er tilstrækkeligt grundlag for at kunne udføre moderat og højt specialiserede indsatser på synsområdet bør grunduddannelsen altid suppleres med relevant efter- eller videreuddannelse, løbende kurser samt grundig og systematisk sidemandsoplæring/mesterlære suppleret med faglig sparring og praktikophold hos erfarne synsprofessionelle. Særligt gælder det, at ADL og O&M bør udføres af specialuddannede fagpersoner med specialviden om synskompenserende teknikker, strategier og hjælpemidler. Efter- og videreuddannelse i form af relevante diplommoduler på den pædagogiske diplomuddannelse i synspædagogik og syns(re)habilitering, evt. nordisk masteruddannelse i synspædagogik og synsrehabilitering eller tilsvarende certificerede kurser og uddannelser fra udlandet, som ikke tilbydes i Danmark. Pædagogisk Diplomuddannelse i synspædagogik og syns(re)habilitering er en specialiseret efteruddannelse inden for området.

Tabel 5.1: Fagligt indhold (parameter 4) – *Kompetencer* på de tre specialiseringsniveauer

Kompetencer		
Let	Moderat	Højt
ADL (Almindelig Daglig Levevis) specialiseret i forhold til aktiviteter i og udenfor hjemmet og arbejdsmarkedsfastholdelse	ADL (Almindelig Daglig Levevis) specialiseret i forhold til aktiviteter i og udenfor hjemmet og arbejdsmarkedsfastholdelse. ADL tilpasset synsnedsættelse eller blindhed i hjemmet og personens institutioner og arbejdsplads	ADL (Almindelig Daglig Levevis) specialiseret i forhold til aktiviteter i og udenfor hjemmet og arbejdsmarkedsfastholdelse. ADL tilpasset synsnedsættelse eller blindhed i hjemmet og personens institutioner og arbejdsplads
Viden om ledsageteknik	Diplomuddannet O&M-instruktør med viden om ledsagelse og Mobility og Orientering (O&M) tilpasset personens synsneds-	Diplomuddannet O&M-instruktør med viden om og erfaring i komplekse sager/omstændigheder ift Mobility og Orientering til-

Kompetencer		
Let	Moderat	Højt
	sættelse i hjemmet og persons institutioner, arbejdsplads og udemiljøer	passet personens synsned-sættelse eller blindhed i hjemmet og personens institutioner, arbejdsplads og udemiljøer
	Viden om læsning og læsestrategier samt testmuligheder af progression hos målgruppen	Viden om læsning og læsestrategier samt testmuligheder af progression hos målgruppen Viden om undervisning i braille - førpunkt, punkt for begyndere og fortsat brug af punktskrift Viden om punktskrift og understøttende hjælpemidler. Kompetencer i læsevejledning ved læsning med punktskrift Kompetencer i læsevejledning ved læsning med forskellige typer af synsned-sættelse, anvendelse af forstørrelse og anvendelse af oplæsning Viden om matematik/naturvidenskabelige fag (kompensation, læring, alternative metoder, materialer, programmer m.m.) Viden om og kompetencer i forhold til produktion af særlig tilrettelagt materialer, følbart materialer, relieffer mv
Aktuel teoretisk viden om syns-nedsættelse . Nødvendig grunduddannelse og efteruddannelse.	Aktuel teoretisk viden om syns-nedsættelse og nødvendig grunduddannelse og efteruddannelse. Fx påbegyndt eller færdiggjort PD i synspædagogik og synsrehabilitering	Aktuel teoretisk viden om syns-nedsættelse og nødvendig grunduddannelse og synsfaglig efter- og videreuddannelse eller certificering. Fx PD i synspædagogik og synsrehabilitering, nordisk master i synsrehabilitering og pædagogik eller international certificeret uddannelse og kursus
Viden om lovgivning og tværprofessionelt samarbejde	Viden om lovgivning og tværprofessionelt samarbejde	Viden om lovgivning og erfaring med tværprofessionel koordinering, indsatser og samarbejde
De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser

Kompetencer		
Let	Moderat	Højt
eller ældre med synsned- sættelse, der har behov for en let specialiseret indsats, har samlet set ²⁵ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau	til børn, unge, voksne eller ældre med synsned- sættelse, der har behov for en moderat specialiseret indsats, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau	til børn, unge, voksne eller ældre med synsned- sættelse, der har behov for en højt specialiseret indsats, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau
<p>Psykologisk viden om relevante indsatser for målgruppen for at kunne vejlede til evt. videre indsats</p> <p>Sundhedsfaglig terapeutisk viden</p>	<p>Psykologisk viden om relevante indsatser for målgruppen, fx i forhold til sociale og psykiske konsekvenser af synsned- sættelse</p> <p>Sundhedsfaglig terapeutisk viden og erfaring</p>	<p>Psykologisk teoretisk og praksis- viden om indsatser for målgrup- pen, fx særligt kendskab til sorg- krise-reaktioner og forståelse for en persons parathed ift at kunne indgå i en rehabiliteringsproces</p> <p>Sundhedsfaglig viden og læn- gere praksiserfaring med tera- peutiske indsatser for målgrup- pen</p> <p>Psykologisk og synspædagogisk specialviden til at differentiere synsrelaterede og anden ad- færd, mønstre og strategier hos et menneske med synsned- sættelse med henblik på at udpege relevant støtte</p>
Viden om øjensygdomme og synsfunktion	Viden om øjensygdomme og synsfunktion	Viden om øjensygdomme og synsfunktion
Viden om lys og belysning	Viden om og erfaring med lys og belysning til personer med syns- ned- sættelse	Viden om og længere erfaring med lys og belysning til perso- ner med synsned- sættelse
Viden om udvikling for børn med synsned- sættelse	Viden om udvikling for børn med synsned- sættelse	Viden om udvikling for børn med synsned- sættelse og blindhed
	Viden om brugen af sanser, særligt den auditive og taktile, inklusiv ekstraordinære evner (gehør), sanseintegration og be- hovet for lyd- og lysindretning	Viden om og længere praksiser- faring med brugen af sanser, særligt den auditive og taktile, inklusiv ekstraordinære evner (gehør), sanseintegration og be- hovet for lyd- og lysindretning

²⁵ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring eller hvor mange års praksiserfaring det skal være.

Kompetencer		
Let	Moderat	Højt
<p>IT-komptencer til at bruge og undervise i hjælpemidler til personer med synsnedsættelse</p> <p>Viden om og erfaring med indbyggede forstørrelsesfunktioner i pc'er og mobile devices samt muligheder for ændringer i indstillinger for lys og kontrast</p>	<p>IT-kompetencer til at bruge og undervise i hjælpemidler til personer med synsnedsættelse, fx i at anvende forstørrelseshjælpemidler til læsning med forstørrelse</p> <p>Viden om og erfaring med installation og opsætning af dedikerede forstørrelses- og oplæsningsprogrammer samt indbyggede oplæsningsfunktioner på mobile devices</p> <p>Viden om og erfaring med IT-undervisning og -didaktik i forhold til personer med synsnedsættelse</p>	<p>IT-kompetencer til at bruge og undervise i hjælpemidler til personer med synsnedsættelse eller blindhed</p> <p>Viden om og erfaring med installation og opsætning af skærm-læsere og elektronisk punktudstyr. Viden om og erfaring med installation og opsætning af OCR-programmer, -devices og apps</p> <p>Viden om synsforstærkere/elektroniske briller</p> <p>Viden om og erfaring med IT-undervisning og -didaktik i forhold til personer med synsnedsættelse eller blindhed</p>
		<p>Viden om udredning og vejledning inden for CVI-området (Cortical Visual Impairment (hjernebetaget synsnedsættelse)) og syn/hjerneskaedområdet</p> <p>Viden om og erfaring med udredning af det funktionelle syn og tilrettelæggelse af indsatser, der balancerer behovet for selvstændig deltagelse og egenomsorg</p>
		<p>Kompetencer til at udarbejde særlig tilrettelagte materialer til elever, studerende og erhvervsaktive personer med synsnedsættelse, fx studierelevant taktilt materiale</p> <p>Kompetencer til at vejlede og undervise pårørende, personale og andre fagprofessionelle</p>

5.1.2 Metoder

Der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange, som kan anvendes afhængigt af behov og forudsætninger hos den enkelte og omgivelsernes krav. Det er derfor afgørende, at fagpersonerne har indsigt i og viden om personen med synsnedsættelse, og om relevante metoder med størst mulig grad af dokumenteret effekt. Anvendelsen af metoderne kræver viden om synsnedsættelse og synskompenserende hjælpemidler samt viden om samarbejde med personen såvel som pårørende og fagpersoner. Meget materiale, fx testmateriale er overvejende visuelt og kræver derfor en erfaren specialist til at kompensere og fortolke ved alvorlig synsnedsættelse.

Eksempler på synsfaglige, sundhedsfaglige, psykologiske og pædagogiske tilgange, redskaber og metoder.

Metoder til at afklare, udrede og indsamle viden (eksempler):

- Stressprofilen
- Kognitiv udredning med validerede psykologiske test
- Synskuffert (udredning af funktionelt syn hos børn og personer med lavt funktionsniveau)
- Synstest Kay Pictures
- Synstests: LH-kort, kontrastfølsomhedstest, LH-grating, Farvesynstest (øjenlæge Lea Hyvärinen).
- "Increased Visual behavior in Low Vision Children" af Natalie Barraga
- Synsprøvning av barn" af Lea Hyvärinen og Eva Lindstedt 1981
- Udredning/undersøgelse/screening af sansemotorik, fin- og grovmotorik, daglige færdigheder/ADL, fysisk aktivitet, orientering og grad af selvhjulpenhed med fokus på grov- og finmotorik.
- Pædagogisk observation af udviklingsalder 0-10 år.
- lagttagelse af leg og anden aktivitet, herunder sociale kompetencer ud fra teori om leg (Dion Sommer)
- Udredning af funktionelt syn hos skolebørn
- Fokus MDVI og Kortlægning af synsfunktion
- Sensorisk profil (herunder SPM-P Sensory Processing Measure – Preschool 2-5 år og Sensory Profile 2; 0 – 14 år)
- Lysudredning (DS/EU-standard, DTHS -vejledninger om belysning)
- Funktionsundersøgelse i O&M. Redskab til udredning af personens funktionsevne i relation til O&M
- Observationer af hverdagsaktiviteter (ADL). Metode til give indblik i personens niveau af selvhjulpenhed samt sikkerhed
- Individually Prioritised Problems Analysis (IPPA). Redskabet anvendes til udredning af aktivitets- og deltagelsesproblemer samt dokumentation af effekten af hjælpemiddel- og rehabiliteringsindsatser
- The Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Redskab til måling af en persons egen opfattelse af sine problemer i forbindelse med aktivitetsudøvelse.

Øvrige faglige metoder på området (eksempler):

- Response to Intervention (RTI). Bruges til måling af progression i læringskonteksten. Metoden er med gode resultater afprøvet systematisk i forhold til elever med synsnedsættelse, og kan dermed bruges til at tilføre synsområdet et relevant fokus på effektmåling

- Pre-employment Programme (P.E.P.). Et beskæftigelsesprogram for personer med synsnedsættelse
- Narrativ tilgang og metode, psykodynamisk tilgang, kognitiv adfærdsterapi, compassion focused therapy mv.
- Den motiverende samtale. Fokus på personens motivation for forandring
- SMART-metoden. Metode til at arbejde med personens målsætninger.

Det er væsentligt at indarbejde evaluering i de enkelte indsatser for at sikre, at personen med synsnedsættelse kontinuerligt udvikler synskompenserende færdigheder og opnår progression i forhold til ADL, mobilitet, punktskrift og læsning samt anvendelsen af hjælpemidler og teknologi (6).

De forskellige metoder og programmer kan typisk modelleres til at imødekomme personen med synsnedsættelses behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer. Der er også metoder, tilgange og programmer, som kræver en efteruddannelse eller specialiseret kursus. Forskellen i specialiseringsniveau er således mere relateret til de kompetencer, og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer skal have for at kunne anvende, tilpasse og kombinere metoderne, så de passer til den enkelte person. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne således i højere grad have kompetencer til at anvende en bred vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder, der adresserer forskellige områder af barnets, den unges, den voksne eller den ældres funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer.

Tabel 5.2: Fagligt indhold (parameter 4) – Metoder på de tre specialiseringsniveauer

Metoder		
Let	Moderat	Højt
Kompetencer til at anvende relevante metoder og faglige tilgange, fx Observationer af hverdagsaktiviteter (ADL), IPPA	<p>Kompetencer til at anvende en række forskellige relevante synsfaglige, specialpædagogiske, sundhedsfaglige og psykologiske metoder og faglige tilgange samt særligt tilpassede metoder og tilgange (fx Observationer af hverdagsaktiviteter (ADL)), Lysudredning, Sensorisk profil, IPPA (se endvidere ovenfor)</p> <p>Kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksne eller ældres specialiserede behov</p>	<p>Kompetencer til at anvende en række forskellige synsfaglige, specialpædagogiske, sundhedsfaglige og psykologiske metoder og faglige tilgange samt særligt tilpassede metoder og faglige tilgange, fx Synskuffert, Fokus MDVI, Kortlægning af synsfunktion, Synstest Kay Pictures, Den interaktionsbaserede observationsmetode, Stressprofilen, Funktionsundersøgelse i O&M, Observationer af hverdagsaktiviteter (ADL), Lysudredning, Sensorisk profil, Pre-employment Programme (P.E.P.) (se endvidere ovenfor)</p> <p>Kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksne eller ældres mere specialiserede behov</p>

Metoder		
Let	Moderat	Højt
Skal kunne modtage vejledning og supervision fra mere specialiserede synsprofessionelle	Skal kunne give og modtage vejledning samt modtage supervision fra specialiserede synsprofessionelle	Skal kunne udføre særlig indsats samt vejlede og undervise andre fagpersoner

5.1.3 Hjælpemidler og teknologi

For synsprofessionelle er det vigtigt at have en bred viden, teknologiforståelse og kendskab til hjælpemidler og hverdagsteknologi, som en integreret del af indsatsen. Der findes mange forskellige hjælpemidler og teknologier, som kan være relevante for personer med synsnedsættelse, men der er stor forskel på, hvilke af dem, der bedst er egnet for den enkelte.

Personer med synsnedsættelse kan have behov for kompenserende hjælpemidler og materialer samt have behov for særlig indretning og belysning (17). Forskellige typer af hjælpemidler er en forudsætning for at kunne få adgang til information, orientere sig og færdes selvstændigt og sikkert. Hjælpemidlerne kan i forskellig udstrækning kompensere for det nedsatte syn og er væsentlige for, at personen kan indgå i skole, uddannelse og arbejde samt øvrige dele af livet (6). Hjælpemidler har fx betydning for personens muligheder for læring, udvikling og deltagelse, men også eksempelvis for personens identitetsudvikling, kropsforståelse og muligheder for at opbygge sociale kompetencer. Hjælpemidler spiller herved en afgørende rolle i forhold til at kompensere målgruppen for synsnedsættelsen, understøtte mestring, selvstændighed, deltagelse og livskvalitet for personer med synsnedsættelse.

En struktureret tilgang i hjælpemiddelformidling består fx i udredning/afdækning, afprøvning, instruktion og træning, inddragelse og regelmæssig opfølgning. Den strukturerede tilgang skal sikre, at hjælpemidlet løbende bliver tilpasset personen, og at der følges op på brugen af hjælpemidlet efter nogen tid (6).

Mange personer med synsnedsættelse benytter hjælpemidler i hverdagen og anvender flere forskellige typer af hjælpemidler. Personer med en synsrest kan ved brug af hjælpemidler benytte det resterende syn og i undervisningssituationer, i jobbet og i hverdagen generelt have udbytte af forstørrelseshjælpemidler, som gør dem i stand til at udnytte synsresten. Det kan være lysfiltre, konventionelle eller elektroniske lupper, hovedbåren specialoptik, kikkerter, elektroniske forstørrelsesapparater (CCTV) og software til forstørrelse på computer. For personer med blindhed kan punktskriftsudstyr være vitalt. Desuden kan personer med synsnedsættelse have brug for hjælpemidler til orientering som mobility- og orienteringsstokke, teknologiske og elektroniske navigationshjælpemidler (eksempelvis apps på smartphones) med taleoutput, hjælpemidler til akustisk navigation, taktile landkort, kompasser, hjælpemidler til læsning, skrive- og tegnehjælpemidler og udstyr til optagelse og afspilning af lyd samt daisy-afspillere til lydbøger. Endvidere kan afmærkning af genstande, knapper, osv. gøre, at personer med synsnedsættelse kan orientere sig bedre på egen hånd. Der findes hjælpemidler til skelnen og afmærkning såsom materialer og redskaber til afmærkning samt værktøj til at måle farver og til belysning. Afmærkningen kan fx være taktil-, lys- eller lydafmærkning. Førerhund kan være relevant for mange blinde eller stærkt svagsynede som et naturligt mobilitetshjælpemiddel (6,9,8).

Tabel 5.3: Fagligt indhold (parameter 4) – *Hjælpemidler og teknologi* på de tre specialiseringsniveauer

Hjælpemidler og teknologi		
Let	Moderat	Højt
Kompetencer til at understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne (jf. skema 4.1 <i>Kompetencer</i>)	Kompetencer i at understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi (jf. skema 4.1 <i>Kompetencer</i>)	Omfattende og bred viden om eksisterende hjælpemidler og teknologi samt høje kompetencer i at understøtte anvendelse, afprøvning, tilpasning og understøttelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi (jf. skema 4.1 <i>Kompetencer</i>)
	Skal kunne give og modtage vejledning i forhold til hjælpemidler og teknologi	Skal kunne udføre særlig indsats i forhold til hjælpemidler og teknologi samt vejlede og undervise andre fagpersoner i at understøtte brugen af hjælpemidler hos personer med synsnedsettelse

5.1.4 Fysiske rammer

Udformningen af omgivelserne omkring personer med synsnedsettelse kan have indflydelse på, i hvor høj grad synsnedsettelsen opleves som et handicap. Synsnedsettelsen opleves fx ikke i lige så høj grad som et handicap, hvis omgivelserne (både de fysiske og de digitale) er tilgængelige eller hvis personen har de rette hjælpemidler og bruger dem optimalt (3). Når en person med synsnedsettelse starter i et nyt dagtilbud, skole, uddannelse eller job, kan det således være relevant med forskellige tilpasninger af det fysiske miljø fx belysning, afmærkninger, kontraster og farver (25,25).

Fysiske rammer omfatter bl.a. personens behov for tilpasning af det fysiske miljø i hjemmet, på institutioner eller arbejdsplads og generelt i samfundets inkluderende tiltag. Tilpasninger af de fysiske rammer skal sikre, at personen kan færdes sikkert i inde- og udemiljøer, som er rammer for personernes aktiviteter. Eksempler herpå er specialbelysning for personer med svagsynethed, afskærmning som modvirker blænding fra lyskilder og solindfald, gode kontrastforhold (farver), som fremmer personens orientering og mobilitet i det fysiske miljø, synlige og taktile ledelinjer og lydfyr, som især kan give personer med blindhed sikkerhed og selvstændighed i orientering og mobilitet for personen i givne fysiske miljøer. En kompetent udredning af personens behov er en forudsætning for at ansøge kommunen om evt. bevilling af tilpasningerne. De fysiske tilpasninger i personens miljø skal suppleres med undervisning i O&M og hjælpemidler som kan understøtte personens aktiviteter under de givne fysiske rammer. Desuden skal der være supplerende specialrådgivning til de fagpersoner, som er omkring personen i dennes hverdag. Indsatser på dette område aktualiseres, når personen oplever skift i fysisk miljø – fx ved flytning til ny bopæl, skift af institution og ved evt. jobskifte.

6. Litteratur

- 1) Langeland H. (2020). *Definition af synshandicap*. Odense: Socialstyrelsen. Lokaliseret 8. januar 2021 på: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/synshandicap/om-synshandicap/defintion>
- 2) *Synsregisteret. Årsberetning 2018*. (2019). Glostrup: Øjenklinikken Kennedy Centret
- 3) *Udredning af synsvanskeligheder hos voksne. Generelt samt ADL, O&M, IKT*. (2019). Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner (DTHS).
- 4) Suter, P. & Harvey, L.H. (2011). *Vision Rehabilitation. Multidisciplinary Care of the Patient Following Brain Injury*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- 5) *Synsregisteret. Årsberetning 2019*. (2020). Glostrup: Øjenklinikken Kennedy Centret
- 6) *Forløbsbeskrivelse. Rehabilitering og undervisning af børn og unge med alvorlig synsnedsættelse 0-18 år*. (2020). Odense: Socialstyrelsen.
- 7) MarselisborgCentret (2004). *Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: MarselisborgCentret.
- 8) Amilon, A., Caiser, F. & Røgeskov, M. (2019). *Ældre blinde og stærkt svagsynedes levevilkår*. Kbh.: VIVE.
- 9) Amilon, A., Bojsen, L., Østergaard, S. & Rasmussen, A. (2017). *Blinde og stærkt svagsynedes levevilkår. Muligheder og barrierer for samfundsdeltagelse*. Kbh.: VIVE.
- 10) Amilon, A., Røgeskov, M. Poulsen, J.B., Siren, A. & Brünner, R.N. (2021). *Ældre med synstab*. Kbh.: VIVE.
- 11) Kjær, S. (2020). *Pre-Employment Programme: Et beskæftigelsesprogram for borgere med alvorlig synsnedsættelse*. Odense: Socialstyrelsen. lokaliseret 4. marts 2021 på: <https://vidensportal.dk/handicap/Handicap-og-beskaeftigelse/indsatser/Pre-Employment%20Programme>
- 12) Nygaard, B. [2021]. *Vidensoptimering af kontekst. De udvidede læringsmål for børn og unge med synsnedsættelse 0-17 år i dagtilbud og skole*. Kalundborg: Synscenter Refsnæs.
- 13) *De udvidede læringsmål for børn og unge med synsnedsættelse 0-17 år i dagtilbud og skole. Handlingsanvisende vejledning til inkluderende fællesskaber og læringsmiljøer. Samlet vejledning*. (2021). Kalundborg: Synscenter Refsnæs.
- 14) *Fakta. Hvor mange blinde er der i Danmark?* Dansk Blindesamfund (2021). Lokaliseret 4. marts 2021 på: <https://blind.dk/fakta>
- 15) *Central udmelding for børn og unge fra 0 til 17 år med alvorlig synsnedsættelse*. (2014). Odense: Socialstyrelsen.
- 16) Bengtsson S, Mateu N, & Høst A. (2010). *Blinde børn - integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. Kbh.: SFI, Det nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 17) *Vejledning i udredning og indsats vedrørende børn og unge med nedsat synsfunktion*. (2011). I: *Vejledninger i udredning – Vol. 3*. pp: 7-60. Danske Tale-Høre-Synsinstitutioner, DTHS
- 18) Krøl M. (2017). *Sociale kompetencer hos unge med alvorlig synsnedsættelse - For unge, forældre og professionelle*. Hellerup: Institut for Blinde og Svagsynede, IBOS.
- 19) Christensen, F. (2012). *Kortlægning af de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. 2007-2012*. Kbh.: Ministeriet for Børn og Undervisning.
- 20) *Ny praksis. Afslutningsrapport*. (2013). Hellerup, Institut for Blinde og Svagsynede, IBOS.
- 21) Kjær, S. (2020). *Pre-Employment Programme: Et beskæftigelsesprogram for borgere med alvorlig synsnedsættelse*. Odense. Socialstyrelsen.
- 22) Ryding, K. & Jespersen, E. (2014). *At mestre livet med et synstab - kursus for nyblinde som led i en rehabiliteringsindsats*. Odense: Center for Handicap og Bevægelsesfremme

- 23) Bengtsson S, Mateu N, & Høst A. *Blinde og stærkt svagsynede – barrierer for samfundsdeltagelse*. (2010). Kbh.: SFI, Det nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 24) *Søskende til børn og unge med funktionsnedsættelse. Vidensportalen på det sociale område*. Odense: Socialstyrelsen. Lokaliseret 8. januar 2021 på: <https://vidensportal.dk/handicap/soskende-til-born-og-unge-med-funktionsnedsaettelse>.
- 25) *De udvidede læringsmål for børn og unge med synsnedsættelse 0-17 år i dagtilbud og skole. Handlingsanvisende vejledning til inkluderende fællesskaber og læringsmiljøer. Overgange småbørn 0-6 år*. (2021). Kalundborg: Synscenter Refsnæs.
- 26) *De udvidede læringsmål for børn og unge med synsnedsættelse 0-17 år i dagtilbud og skole. Handlingsanvisende vejledning til inkluderende fællesskaber og læringsmiljøer. Indskoling*. (2021). Kalundborg: Syncenter Refsnæs

Øvrig anvendt baggrundslitteratur:

Baltzer K. Læringsmiljøer for blinde elever i folkeskolen. (2009). In: Egelund N, Tetler S, Eds., *Effekter af specialundervisning. Pædagogiske vilkår i komplicerede læringssituationer og elevernes faglige, sociale og personlige resultater*. Kbh.: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Breumlund A, Hansen I. (2019). *Narrativt inspireret socialpædagogik på det specialiserede socialområde. Udvikling af en narrativ metode på Synscenter Refsnæs - Det nationale specialpædagogiske ressource- og videnscenter for børn og unge med synsnedsættelse*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Gustafsson S, Preisler G. (2006). *Legudvikling hos blinde småbørn*. Kalundborg: Videnscenter for Synshandicap og Synscenter Refsnæs.

Idræt i øjenhøjde (2019). Kalundborg: Synscenter Refsnæs.

Krøl, M. (2017). *Litteraturstudie af unge med synsnedsættelser og sociale kompetencer*. Hellerup, Institut for Blinde og Svagsynede, IBOS.

Punktskriftguide. Vejledning og anbefalinger vedrørende punktskriftsindlæring hos børn og unge med alvorlig synsnedsættelse. (2019). Kalundborg: Synscenter Refsnæs

Shamshiri-Petersen, D., & Frederiksen, S. C. (2017). *De usynlige: Arbejdsgiveres holdning til blinde og stærkt svagsynede medarbejdere*. CCWS Working Paper Aalborg: Aalborg Universitet, Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning,.

Syncenter Refsnæs ydelser under KaS 2017-2021. Kalundborg: Synscenter Refsnæs.

Aagaard, N.L., Røgeskov, M., Amilon, A. & Johansson, G. (2021). *Livet med synstab*. Kbh.: VIVE.

7. Bilag 1: Specialistgruppen

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen vedr. synsnedsættelse:

Susanne Svendsen, Socialtilsyn Øst
Udpeget af de fem socialtilsyn

Katrine Nørtoft Magelund
Udpeget af KL

Berit Houmølle
Udpeget af Danske Regioner og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

Rikke Hellberg Pedersen, Institut for Blinde og Svagsynede (IBOS)
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

Emil Bülow
Udpeget af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)

Bente Elisabeth Pedersen, Vordingborg Synscentral
Udpeget af Sammenslutningen af Danske Tale- Høre- og Synsinstitutioner (DTHS)

Lone Dyekjær, Kommunikationscenter Hellerup
Udpeget af Sammenslutningen af Danske Tale- Høre- og Synsinstitutioner (DTHS)

Ask Løvbjerg Ablidgaard, Dansk Blindesamfund
Udpeget af Dansk Blindesamfund

Leni Friis, UC Syd Pædagogisk diplomuddannelse - Synspædagogik og syns(re)habilitering samt Hjælpemiddelhuset & Tale Høre Syn i Aabenraa
Udpeget af UC Syd

Karen Jensen, NOTA
Udpeget af NOTA

Sofie Monggaard Christensen, Dansk Blindesamfund Ungdom
Udpeget af Dansk Blindesamfund Ungdom

Thomas Sonne Jensen, Landsforeningen af Forældre til blinde og svagsynede
Udpeget af Landsforeningen af Forældre til blinde og svagsynede

Anna Amilon, VIVE
Udpeget af VIVE

Kamilla Nissen, Synsregistret Kennedy Centret under Rigshospitalet
Udpeget af Socialstyrelsen

Stine Bersang Back, Institut for syn, hørelse og døvblindhed i Region Nord
Udpeget af Socialstyrelsen

Peter von Seelen, Center for Syn og Hjælpemidler, Aarhus
Udpeget af Socialstyrelsen

Formandskab er varetaget af Socialstyrelsen, og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen i samarbejde med følgende medarbejdere hos IBOS og Synscenter Refsnæs:

Lea Johanne Sarfelt, IBOS

Isak Kornerup Houe, IBOS

Bendt Christian Nygaard Jensen, Synscenter Refsnæs

Rikke Kannegaard, Synscenter Refsnæs

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

36.
Vejledning til indplacering af leverandører på
området for autisme

Version 0,75 til afprøvning

Vejledning til indplacering af leverandører på området for autisme

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indledning	4
Overordnede rammer for indplacering af leverandører	4
Systematik for vurdering og indplacering af leverandører	5
Målgruppespecifikke specialiseringsparametre	7
Aktiv praksis	8
Praksiserfaring.....	10
Uddannelsesmæssige kompetencer	13
Fagmiljø	16
Samarbejdsformer	18
Vidensudvikling.....	21
Metoder og faglige tilgange	24
Hjælpe midler og teknologi	27
Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for autisme	30

Indledning

Dette er en målgruppespecifik vejledning for målgruppen børn, unge og voksne med autisme. Vejledningen angiver, hvordan specialiseringsniveauet vurderes for leverandører af indsatser til målgruppen ud fra i alt otte specialiseringsparametre. Vejledningen udgør grundlaget for socialtilsynenes indplacering af cirka 50 leverandører til målgruppen.

Vejledningen er en del af et redskab, som Socialstyrelsen har udarbejdet som del af udviklingen og afprøvningen af en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.¹ Modellen omfatter målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.

Modellen bliver udviklet og afprøvet af Socialstyrelsen i spor 2 i Social- og Indenrigsministeriets evaluering af det specialiserede socialområde³. Den skal anvendes til at skabe overblik over målgrupperes forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen og redskabet skal afprøves på tre målgruppeområder, herunder området for autisme. Afprøvningen er delt op i to dele, der indebærer dels udarbejdelse af målgruppebeskrivelser for målgruppen af børn, unge og voksne med autisme og dels indplacering af et udsnit af leverandørerne, der leverer sociale indsatser til denne målgruppe. Modellen skal efterfølgende, såfremt det besluttet politisk, kunne udbredes med henblik på specialeplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Redskabet består ud over nærværende vejledning af tre hjælperedskaber til socialtilsynene, herunder et oplysningsskema til indhentning af data, en guide til interviews med ledere og medarbejdere hos leverandørerne og en skabelon for socialtilsynenes afrapportering.

Formålet med redskabet er at vejlede og understøtte socialtilsynene i at vurdere og indplacere de udvalgte leverandører på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. Desuden skal redskabet bidrage til at sikre, at de fem socialtilsyn har en ensartet tilgang til indplacering af leverandørerne, og at indplacering foregår i overensstemmelse med de overordnede rammer, der er beskrevet i den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I det følgende beskrives først de overordnede rammer for indplacering af leverandører og efterfølgende systematikken for vurdering og indplacering på specialiseringsniveauerne. Derefter er hvert af de otte specialiseringsparametre konkretiseret i forhold til børn, unge og voksne med autisme, og herunder er det beskrevet, hvad socialtilsynet skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter, og med hvilket datagrundlag.

Bilag 1 indeholder en oversigt over de otte specialiseringsparametre gradueret i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med autisme.

Overordnede rammer for indplacering af leverandører

Ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer opstår specialisering, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der

¹ Den generelle model er nærmere beskrevet i notatet "Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer".

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>.

skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes. Derfor kan specialisering på socialområdet afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen

Kendetegn ved målgruppens særlige problemstillinger og behov (første spørgsmål) samt kendetegn ved den indsats, der kan imødekomme behovet (andet spørgsmål) er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med autisme⁴. Den målgruppenspecifikke vejledning på området for autisme og hjælperedskaberne skal understøtte socialtilsynene i at afdække og vurdere, hvad der er til stede hos de cirka 50 leverandører til målgruppen, der indgår i afprøvningen (tredje spørgsmål).

Besvarelsen af det tredje spørgsmål tager afsæt i en graduering af de otte specialiseringsparametre, der ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer skal være opfyldt for, at en leverandør kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. De otte parametre er:

- Aktiv praksis
- Praksiserfaring
- Uddannelsesmæssige kompetencer
- Fagmiljø
- Samarbejdsformer
- Vidensudvikling
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpemidler og teknologi

Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, bliver det betragtet som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den *fornødne* kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området – uanset specialiseringsniveau. Det indgår derved ikke i vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, om leverandøren har lav eller høj kvalitet.

For sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer godkender og fører driftsorienteret tilsyn.⁵ For at være godkendt er det en betingelse, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den fornødne kvalitet.

For leverandører, der leverer indsatser efter serviceloven, men ikke er omfattet af socialtilsynet, er det ifølge servicelovens § 148 a kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen. Det omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er kommunerne, der vurderer, om disse tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde.

Systematik for vurdering og indplacering af leverandører

Forløbet for socialtilsynenes indplacering af en leverandør består af følgende tre skridt:

⁴ *Børn, unge og voksne med autisme. Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde.* Socialstyrelsen. December 2020.

⁵ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

- *Dataindhentning.* Socialtilsynene indhenter en række forskellige data om leverandøren for at vurdere specialiseringsniveauet. Disse data indhentes via et oplysningsskema og via et besøg hos leverandøren, hvor ledelsen og udvalgte medarbejdere interviewes.
- *Vurdering og indplacering.* Socialtilsynene vurderer på baggrund af de indhentede data, hvilket specialiseringsniveau leverandøren skal indplaceres på.
- *Afrapportering.* Socialtilsynene udarbejder en kort skriftlig rapport, hvoraf begrundelsen for indplaceringen fremgår.

Socialtilsynenes indplacering af leverandørerne på let, moderat og højt specialiseringsniveau foregår med afsæt i en fast systematik, der tager afsæt i tre overordnede hensyn:

1. *Gennemsigtighed.* Det skal være tydeligt for den enkelte leverandør, hvad der ligger bag indplaceringen, og hvilken sammenhæng der er mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering.
2. *Forudsigelighed.* Der skal være en forudsigelig sammenhæng mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering på specialiseringsniveau.
3. *Ensartethed.* Der skal være en ensartethed i vurderingerne på tværs af de gennemførte vurderinger af specialiseringsniveauer. Det skal bidrage til at sikre, at to leverandører, der bliver vurderet ens i de otte specialiseringsparametre, også bliver indplaceret på det samme specialiseringsniveau.

For hvert specialiseringsparameter vurderer socialtilsynene, om en leverandør opfylder kravene på enten let, moderat eller højt specialiseringsniveau. På baggrund af denne vurdering af hvert parameter indplaceres tilbuddet på et af de tre specialiseringsniveauer efter en foruddefineret systematik. Socialtilsynene foretager således alene en faglig vurdering i forbindelse med vurderingen af det enkelte specialiseringsparameter. Den endelige indplacering af en leverandør på let, moderat eller højt specialiseringsniveau foretages efter en foruddefineret fast systematik, jf. boks 1 nedenfor. Denne systematik bidrager til, at der tages højde for de tre overordnede hensyn.

Ved indplaceringen af leverandørerne vil de otte specialiseringsparametre i afprøvningen blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en prioritering eller sortering i parametrene.

I systematikken for indplacering på de forskellige specialiseringsniveauer er udgangspunktet, at alle leverandører hører under det specialiserede socialområde og dermed som minimum er let specialiserede.

Boks 1: Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

Specialiseringsniveau	Indplacering
Let	Alle leverandører på det specialiserede socialområde er i udgangspunktet minimum let specialiserede.
Moderat	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på moderat eller højt niveau, indplaceres som moderat specialiserede.
Højt	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på højt niveau og maksimum ést på moderat niveau, indplaceres som højt specialiserede.

Målgruppespecifikke specialiseringsparametre

I dette afsnit udfoldes de otte specialiseringsparametre i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med autisme. Formålet er at vejlede socialtilsynene i, hvordan leverandører af sociale indsatser til målgruppen kan indplaceres på de tre specialiseringsniveauer.

Specialiseringsparametrene for målgruppen er udarbejdet på baggrund af de overordnede rammer for specialisering, der fremgår af den generelle model, og med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med autisme.

For hvert specialiseringsparameter er der først en kort beskrivelse af det overordnede indhold i specialiseringsparametre, som det er formuleret i den generelle model. Derefter følger en oversigt over kravene på hvert af de tre specialiseringsniveauer i relation til målgruppen ledsaget af eksempler på, hvordan det kan komme til udtryk i praksis. Derudover er det beskrevet, hvad socialtilsynene skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter og på hvilket datagrundlag.

For hvert parameter er der henvist til udvalgt viden fra målgruppebeskrivelsen for børn og unge med autisme, hvor der findes uddybende beskrivelser af målgruppens funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Her findes også beskrivelser af målgruppens behov for indsatser og det faglige indhold i indsatserne, som kan imødekomme målgruppens behov på de tre specialiseringsniveauer.

Målgruppebeskrivelsen for børn og unge med autisme udgør således et væsentligt vidensgrundlag for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialiseringsniveau, og den er et vigtigt supplement til denne vejledning.

Aktiv praksis

I den generelle model beskrives aktiv praksis således:

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i ideen om, at "øvelse gør mester". Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppenspecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Boks 2: Aktiv praksis i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen ⁶ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Eksempler	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med autisme	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med en grad

⁶ Med "den specifikke del af målgruppen" menes børn og unge eller voksne med autisme, der har behov for henholdsvis let, moderat eller højt specialiserede indsatser.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	med behov for let støtte. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme, der i let grad påvirker funktionsevnen, så de har behov for støtte til i planlægning af dagligdagsaktiviteter og/eller skole og fritid.	autisme i en grad, som påvirker den mentale og fysiske funktionsevne i moderat grad. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme og samtidig en grad af angst, der medfører, at personen isolerer sig socialt.	af autisme, eventuel komorbiditet eller sociale problemstillinger, som gør, at personens livsførelse i høj grad er påvirket. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme og udviklingshæmning med betydelig udfordrende adfærd.

En aktiv praksis hos leverandører af indsatser til børn, unge og voksne med autisme er kendetegnet ved, at medarbejderne har mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere indsatser til minimum fem eller minimum ti børn, unge eller voksne med autisme i samme målgruppe. Det vil sige, at det skal være minimum fem eller minimum ti børn, unge eller voksne med autisme, som har behov for indsatser på samme specialiseringsniveau. Denne skelnen mellem indsatstyper skyldes, at en leverandørs indsats til borgere i døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud er mere omfangsrig og dermed giver bedre grundlag for at sikre ”øvelse gør mester” end ved indsatser, der ikke omfatter et døgnophold.

En aktiv praksis forudsætter for leverandører på let specialiseringsniveau således, at der er tale om børn, unge og voksne med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger. På moderat niveau skal der være tale om børn, unge og voksne med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats. I forhold til leverandører på højt specialiseringsniveau skal børnene, de unge eller de voksne have særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Aktiv praksis

Socialtilsynet skal undersøge, hvor mange børn, unge eller voksne med autisme på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau leverandøren har leveret indsatser til det seneste kalenderår.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren har en aktiv praksis, herunder:

- om de børn, unge eller voksne med autisme, som leverandøren leverer indsatser til, har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats.
- om leverandøren leverer indsatser til et tilstrækkeligt antal børn, unge eller voksne med autisme i den specifikke del af målgruppen til at opretholde en specialisering på hhv. let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de børn, unge eller voksne med autisme, som leverandøren har leveret indsatser til i løbet af det seneste kalenderår med oplysninger om, hvilke fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer børnene, de unge eller de voksne har⁷.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysningerne indhentet via oplysningsskemaet.

⁷ Leverandøren angiver oplysningerne i oplysningsskemaet i pseudonymiseret form. Det vil sige, at leverandøren ikke må angive oplysninger, der kan være personhenførbare så som navne, personnumre mv. Dette er tydeliggjort for leverandøren i vejledningen til udfyldelse af oplysningsskemaet og understøttes samtidigt af den måde, oplysningsskemaet er opbygget på.

Praksiserfaring

I den generelle model beskrives praksiserfaring således:

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Boks 3: Praksiserfaring i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har samlet set ⁸ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på let specialiseret niveau til børn, unge eller voksne med autisme er fx erfaring fra arbejdet med at støtte op om kommunikation, udvikling og fastholdelse af relationer og motivationsarbejde i samarbejde med personen med autisme som fx støttekontaktperson.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseret niveau til børn, unge og voksne med autisme er fx praksiserfaring med støtte til selvstændighed, udvikle og træne kommunikative evner samt sociale, personlige og praktiske færdigheder fx som pædagog på specialskole, autismlinje på STU eller i botilbud.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på højt specialiseret niveau til børn, unge og voksne med autisme er fx praksiserfaring med at støtte personen med autisme i forhold til komorbiditet og stressbelastning. Det kan også være erfaringer med kontinuerlig hjælp og støtte til kommunikation og sprogudvikling samt stor erfaring med at kunne støtte personen til at indgå i socialt samvær/danne relationer og arbejde med konfliktløsning og udfordrende adfærd. Endvidere at kunne arbejde med alternativ kommunikation og forstå personens

⁸ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring eller hvor mange års praksiserfaring det skal være. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			basale behov, fx som fagperson i specialbørnehaver, bo-steder eller behandlingsskoler.

Det gælder for alle specialiseringsniveauer, at medarbejdernes praksiserfaring skal være relevant i forhold til den specifikke del af målgruppen. Eksempler på målgruppens behov for indsats på de tre specialiseringsniveauer kan ses i målgruppebeskrivelsen⁹.

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de medarbejdere, der samarbejder med personer med autisme i indsatserne, har autismspecifik praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Erfaring skal således vurderes ift., om de matcher personer med autisms differentierede behov. Jo højere specialiseringsniveau, jo flere års erfaring er det nødvendigt at medarbejderne har. Dette ud fra en betragtning om, at praksiserfaring styrker færdighedsniveauet, således at det kræver to til tre års erfaring at blive kompetent, mens det kræver tre til fem års erfaring at blive kyndig¹⁰.

Væsentlig autismspecifik praksiserfaring er fx¹¹:

- Erfaring med at arbejde med motivation med udgangspunkt i personens individuelle funktionsevne og interesser, erfaring med at praktisere kommunikation, som er visuelt underbygget og med opmærksomhed på personens latenstid.
- Erfaring med at praktisere struktur, forudsigelighed og genkendelighed.
- Erfaring med at opbygge en relation, hvor tydelighed, logik og fakta, herunder at samarbejde omkring et tydeligt formål, er bærende elementer.
- Erfaring med at praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme, som er meningsgivende og sammenhængende for personen med autisme.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Praksiserfaring

Socialtilsynet skal undersøge, hvilken og hvor mange års praksiserfaring medarbejderne har med at arbejde med børn, unge eller voksne med autisme.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne har relevant praksiserfaring, herunder:

- hvor mange medarbejdere, der har erfaring med at levere indsatser til børn, unge eller voksne med autisme.
- om den praksiserfaring, medarbejderne har, er relevant set i forhold til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.
- om andelen af medarbejdere med relevant praksiserfaring svarer til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de medarbejdere, som er ansat hos leverandøren, som arbejder med målgruppen med angivelse af, hvilken og hvor mange års praksiserfaring de enkelte medarbejdere har med at arbejde med børn, unge eller voksne med autisme.

⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 23-34.

¹⁰ Patricia Brenner: "Fra novice til ekspert - mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepsis". Munksgaard. 2013.

¹¹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 36.

- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysninger indhentet via oplysningskemaet.

Uddannelsesmæssige kompetencer

I den generelle model beskrives uddannelsesmæssige kompetencer således:

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagt indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne aktører.

Boks 4: Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set ¹² nødvendige grund- og efteruddannelser ¹³ i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og autisme, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser samt eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, psykologer, fysio- og ergoterapeuter eller logopæder. Nødvendige efteruddannelser er fx kurser, der giver viden om autisme og relateret komorbiditet.	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, logopæder, psykologer, psykiatere, sygeplejersker eller sundhedsplejersker. Nødvendige efteruddannelser er fx kurser og uddannelser, der giver viden og færdigheder i forhold til autisme og relatere-	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, logopæder, psykologer, psykiatere, sygeplejersker eller sundhedsplejersker. Nødvendige efter- og videreuddannelser er fx kurser og uddannelser, der giver viden og færdigheder om autisme og

¹² Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke specifikke krav til, hvor stor en andel af medarbejdere, der skal have de nødvendige grund- og efteruddannelser. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes, om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

¹³ Efteruddannelse er almindeligvis defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse er defineret som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		de komorbiditet og viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres. Afhængig af målgruppens kommunikative funktionsevne kan nødvendige efteruddannelser også omhandle træning i at anvende alternative kommunikationsformer.	relaterede komorbiditet og viden om, hvordan andre tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres, fx neuropædagogik eller neuropsykologi. Det kan også være særlige uddannelser eller certificeringer i at anvende særlige metoder.

Det kræver stor viden og autismespecialiserede kompetencer, at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal have indgående viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte.

Der kan være brug for psykiatere, psykologer, pædagoger, lærere, logopæder og fysio- og ergoterapeuter, som har stor viden om autisme. Når autisme optræder sammen med komorbide tilstande og andre tilstødende vanskeligheder, så som angst, belastningsreaktioner, selvskadende eller udfordrende adfærd, er der brug for stor viden om autismen og de komorbide tilstandes indbyrdes virkninger. Ligesom socialrådgivere og andre fagfolk, der er i kontakt med personer med autisme, bør have en elementær viden om og forståelse for funktionsnedsættelsen, samt hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person. Fagpersonerne skal arbejde sammen og sammensætte en fælles og helhedsorienteret behandling, hjælp og støtte sammen med personen med autisme og eventuelt dennes forældre/pårørende¹⁴.

Erfaring fra praksis viser, at en af de måder, hvorpå fagpersoner kan udvikle deres kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer inden for autismeområdet, er via mesterlæreprincipperne. Autismekyndige og højt specialiserede fagpersoner har ud over deres faglige grund- og efteruddannelser ofte årelang og specifik erfaring med at arbejde inden for feltet. For fortløbende at uddanne nye medarbejdere, kræver det en tydelige kompetencestrategi, som understøtter den løbende faglige kompetenceudvikling på tilbuddet¹⁵.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Uddannelsesmæssige kompetencer

Socialtilsynet skal undersøge de uddannelsesmæssige kompetencer hos alle medarbejdere, der aktuelt er ansat hos leverandøren til at arbejde med målgruppen. Det vil sige både fastansatte og timeansatte samt vikarer og eventuelle eksterne konsulenter/eksperter m.fl., som leverandøren bruger i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer hos leverandøren.

Socialtilsynet skal vurdere, om en relevant andel af medarbejdere har de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, herunder:

- hvor stor en andel af medarbejderne, der har de grund- efter og videreuddannelser, der er nødvendige i forhold til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.

¹⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 37.

¹⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 40.

- hvor stor en andel af de fastansatte medarbejdere har de særlige uddannelser eller certificeringer, der er nødvendige i forhold den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvordan leverandøren eventuel gør brug af eksterne aktører, og om dette sikrer, at de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er til stede.

Datagrundlag

- Liste over medarbejdere, der arbejder med målgruppen, med angivelse af relevante grund-, efter- og videreuddannelse(r) samt særlige uddannelser eller certificeringer.
- Beskrivelse af, hvordan kompetencer eventuelt sikres ved brug af eksterne aktører. Med angivelse af, hvordan samt i hvilket omfang disse aktører indgår i indsatsen.
- Interview med ledelse og medarbejdere.

Fagmiljø

I den generelle model beskrives fagmiljø således:

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Boks 5: Fagmiljø i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Eksempler	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den let specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den moderat specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den højt specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Organisatorisk robusthed skal kunne imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Den faglige robusthed skal sikre erfaringsudvikling og faglig sparring, så leverandørerne kan være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Fagmiljø

Socialtilsynet skal undersøge robustheden i leverandørens fagmiljø.

Socialtilsynet skal vurdere, om der er robusthed i leverandørens fagmiljø, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering, herunder:

- om leverandøren har kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage, året rundt. Det vil sige, om leverandøren kan sikre, at indsatserne kan gives og de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i medarbejdergruppen.
- om der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, hvilket skal vurderes i forhold til leverandørens størrelse.
- om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan de sikrer, at de rette kompetencer er til stede, og at de kan levere indsatserne alle dage, hele året.
- Leverandørens beskrivelse af deres praksis i forhold til erfaringsudveksling og faglig sparring, herunder fx beskrivelse af kultur og struktur for faglig sparring i det daglige.
- Oplysninger om medarbejderes uddannelsesmæssige kompetencer og antal års praksiserfaring indhentes og bruges i forbindelse med vurderingen af parametrene "Uddannelsesmæssige kompetencer" og "Praksiserfaring". Disse oplysninger kan holdes op mod antallet af børn, unge og voksne med autisme, som leverandøren leverer indsatserne til.
- Interview med ledelse og medarbejdere, herunder fx interview med ledelsen om, hvordan de sikrer organisatorisk robusthed, herunder sikrer de nødvendige kompetencer ved ferie og sygdom samt om og hvordan de understøtter udvikling og opretholdelse af et robust fagmiljø. Interview med medarbejdere om, hvordan erfaringsudveksling og faglig sparring foregår i praksis.

Samarbejdsformer

I den generelle model beskrives samarbejdsformer således:

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På let specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Boks 6: Samarbejdsformer i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde som sikrer, at medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.
Eksempler	Leverandøren har fx efter behov netværksmøder med et barn med autisme med deltagelse af skole, hjem og myndighed i forhold til barnets trivsel i sit aktuelle skoletilbud og eventuelt behov for ekstra støtte.	Leverandøren har fx fortløbende tværfagligt samarbejde i form af jævnlige møder med en voksen med autisme med deltagelse af pårørende, pædagoger, talepædagoger, ergoterapeuter og psykologer om indsatsen i forhold til opfølgning på mål for den voksne	Leverandøren har fx tværsektorielt samarbejde i form af og skriftlige/visuelle planer og faste, hyppige møder mellem en ung med autisme, pårørende, pædagoger, ergoterapeuter og psykiatri i forhold til svær spiseforstyrrelse om indsatsen, opfølgning på mål og eventuel

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		med autisme og eventuel justering af indsatsen i takt med, at personens behov ændres.	justering af indsatsen i takt med, at personens behov ændres.

I arbejdet med at støtte børn, unge og voksne med autisme er der stort behov for samarbejde og koordination

Indsatsen til mennesker med autisme vil ofte være sammensat af flere sociale, undervisningsmæssige, beskæftigelsesmæssige og sundhedsfaglige tilbud. Det betyder, at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale, statslige og private tilbud. Ikke mindst snitfladerne mellem det sociale område til undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet og psykiatrien er afgørende. Det er derfor af afgørende betydning for personen med autisme, at der sker en koordinering og et samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger og øvrige samarbejdsflader.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at ydelser og foranstaltninger tager udgangspunkt i personen med autisme og forældre/pårørendes perspektiv, ressourcer og behov samt at dette perspektiv gennemsyrrer samarbejdet og koordinering i de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning¹⁶.

Kompleksiteten i indsatsen øges med antallet af aktører, der er involveret - både forskellige fagpersoner, forvaltninger og psykiatriske afdelinger – og det stiller større krav til koordinering og samarbejde.

På let specialiseret niveau kan der for eksempel være behov for koordinering af indsatsen, som blandt andet kan sikre, at personen får koordineret information om ydelser i forskellige forvaltninger og på tværs af sektorer (fx ungdomsuddannelse og samtidig § 85 forløb).

På moderat specialiseret niveau vil der ofte være behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering og samarbejde om indsatsen.

Der vil på højt specialiseret niveau ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering og tæt og integreret samarbejde om indsatsen fx i form af etablering af et særligt koordinerende team med autismeviden.

Kommunale fagfolk, VISO-specialister og pårørende peger på en række opmærksomhedspunkter i samarbejdet mellem forskellige dele af de kommunale forvaltninger, som er afgørende for at støtte personer med autisme. Det gælder bl.a. samarbejdet mellem børne- og ungeområdet og voksenområdet, og samarbejdet mellem de kommunale repræsentanter på voksenområdet, fx mellem jobcenter og socialafdeling, som indbyrdes må koordinere indsatser og kommunikation med personen med autisme.

På børneområdet er koordinering og samarbejde omkring barnets skolegang særlig relevant. Børn med autisme oplever oftere problemer med skolevægring. At få løst udfordringen med skolevægring kan være komplekst, da der ofte er mange parter involveret - både forskellige fagpersoner og ofte flere forvaltninger og psykiatriske afdelinger. I disse situationer er samar-

¹⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 33.

bejdet omkring barnet særligt vigtigt for at sikre implementering af relevante indsatser og (lærings)strategier i hjem/skole/institution, herunder behov for tilpasning af barnets omgivelser/fysiske miljø og den pædagogiske tilgang¹⁷.

For unge er det særligt vigtigt med opmærksomhed på at skabe en god og autismevenlig overgang til voksenlivet for de unge med autisme, som nærmer sig 18 år, herunder fokus på overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse¹⁸.

På voksenområdet vil der typisk være behov for tæt samarbejde mellem beskæftigelsestilbud eller uddannelsestilbud, eventuelt døgntilbud og myndighed for at kunne støtte og hjælpe den voksne bedst muligt. Der kan være brug for møder med henblik på at sikre en fælles forståelse af den voksnes situation og profil, samt gensidig orientering og koordinering med henblik på sikring af samarbejde og fælles tilgang¹⁹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Samarbejdsformer

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren samarbejder tværfagligt internt og eksternt og eventuelt tværsektorielt med andre faggrupper. Herunder leverandørens praksis, procedurer og formaliserede samarbejdsaftaler.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne samarbejder med relevante parter tværfagligt og tværsektorielt, herunder:

- om medarbejderne arbejder tværfagligt og tværsektorielt med de aktører, der er relevante set i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes behov.
- om samarbejdet er systematisk. Det vil sige, om det er en integreret del af leverandørens måde at arbejde på.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde internt og eksternt er organiseret og foregår i praksis. Herunder hvordan leverandøren sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper arbejder med de samme metoder og faglige tilgange i forhold til de enkelte børn, unge eller voksne.
- Formaliserede samarbejdsaftaler og procedurer.
- Interview med ledelse og medarbejdere om, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis.

¹⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

¹⁸ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

¹⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

Vidensudvikling

I den generelle model beskrives vidensudvikling således:

Vidensudvikling indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatserne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppenspecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Boks 7: Vidensudvikling i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efteruddannelse og eventuelt videreuddannelse ²⁰ for medarbejderne, der giver generel viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse for medarbejderne, der giver særlig viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse samt særlige uddannelser eller certificeringer for medarbejderne, der giver specialiseret viden om autisme og relateret komorbiditet. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet.
Eksempler	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser, der giver generel viden om eget fag i forhold til målgruppen og om autisme samt relaterede komorbide tilstande, samt hvordan denne viden kan omsættes i praksis.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser, og videreuddannelse, der giver særlig viden om eget fag i forhold til målgruppen og om viden om autisme, om relaterede komorbide tilstande, viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, samt viden om, hvordan denne viden kan omsættes i praksis.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse og videreuddannelse, der giver højt specialiseret viden om eget fag i forhold til målgruppen og om autisme samt relaterede komorbide tilstande, viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, samt viden om, hvordan denne viden kan omsættes i praksis. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet ved fx at deltage aktivt i eller leder faglige netværk eller udviklingsprojekter, levere

²⁰ Efteruddannelse er defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse er defineret som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører og/eller medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner.

Det kræver stor viden og autismespecialiserede kompetencer at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal på alle specialiseringsniveauer have viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte. Samtidigt skal der være mulighed for at hente specialiseret viden hos mere specialiserede kolleger i kommunen eller andre tilbud²¹, hvis fagpersonerne mangler viden og kompetencer.

Autismespecifik viden omhandler fx²²:

- Viden om autisme i teori og praksis.
- Viden om, hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person.
- viden om stressfaktorer for den enkelte person med autisme.
- Viden om komorbide tilstande.
- Viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles.

Det er væsentligt, at medarbejdernes viden løbende opdateres via autismespecifikke efteruddannelser, herunder kurser, og eventuelle videre uddannelser, der matcher behovet for indsats på det pågældende specialiseringsniveau.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Vidensudvikling

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren holder sig opdateret om aktuelt bedste viden på autismeområdet. Socialtilsynet skal endvidere undersøge, hvordan leverandøren bidrager til udvikling af aktuelt bedste viden på området, og hvori det bidrag består.

Socialtilsynet skal vurdere:

- om leverandøren løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder, faglige tilgange og hjælpemidler, der er relevante for indsatserne til målgruppen børn, unge og voksne med autisme.
- om leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet. Dette kan leverandøren fx gøre ved at opsamle og videreformidle viden fra egen eller andre praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter og/eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner eller andre leverandører om målgruppen autisme.

Datagrundlag

- Liste over kompetenceudviklingsaktiviteter for medarbejderne inden for de seneste to år.
- Leverandørens kompetenceudviklingsstrategi.
- Liste over de vidensudviklingsaktiviteter (rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører, deltagelse i faglige netværk, udviklings- og forskningsprojekter mv.) på autismeområdet, som leverandøren deltager aktivt i eller leder.

²¹ Fx VISO eller Specialfunktionen Job & Handicap i Styrelsen For Arbejdsmarked og Rekruttering.

²² Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 40.

- Interview med ledelse og medarbejdere, der er behov for uddybning af de oplysninger, der er indhentet via oplysningskemaet.

Metoder og faglige tilgange

I den generelle model beskrives metoder og faglige tilgange således:

Metoder og faglige tilgange indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på blandt andet at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppespecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Boks 8: Metoder og faglige tilgange i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange ²³ , der er relevante i forhold til at levere indsats på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens specialiserede behov.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens mere specialiserede behov.
Eksempler	Relevante metoder og faglige tilgange i en let specialiseret indsats er fx PEERS, Social Tænkning og Sociale historier i forhold til social træning samt samtalemapper og KAT-kassen i forhold til psyko- edukation.	Relevante metoder og faglige tilgange i en moderat specialiseret indsats er fx TEACCH, hvor der lægges en særlig vægt på at sikre gode rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne og visualiseringer.	Relevante metoder og faglige tilgange i en højt specialiseret indsats er fx Low Arousal herunder en fælles faglig tilgang til brug af indretning så som afskærmning og muligheder for at trække sig for at forhindre udad reagerende adfærd.

Metoder og faglige tilgange kan være de samme på alle specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersoner på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau har udi at anvende dem.

Metoder og faglige tilgange skal altid tilpasses de enkelte børn, unge eller voksnes forudsætninger og behov.

Indsats til personer med autisme bør tage udgangspunkt i målgruppens behov for genkendelige rutiner og forberedelse, tydelighed i kommunikation, rammer og struktur, samt brug af visuel støtte²⁴ i forhold til at navigere i hverdagens aktiviteter, socialt samspil og kommunikation. Ind-

²³ Jf. Socialstyrelsens begrebsbase defineres *metode* som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>).

²⁴ Visuel støtte kan fx dække over visuel og konkret støtte med brug af billeder, tekst, programmer, opskrifter, aktivitetens rækkefølge mm.

satser bør altid tilrettelægges med udgangspunkt i viden om autisme og den enkelte person med autismes alder og livssituation i øvrigt. Indsatser målrettet personer med autisme kan fx være²⁵.

- Indsatser, der understøtter udvikling af den enkeltes mestringsstrategier i personlige, sociale og faglige henseender.
- Indsatser, der undersøger og arbejder med den enkeltes fortællinger om sig selv og verden.
- Indsatser målrettet tilpasning af omgivelser med udgangspunkt i autismespecifik viden.

Der er behov for autismevenligt miljø og tilgang for at reducere stressbelastninger. Personer med autisme har potentielt en større andel af stressfaktorer i sine omgivelser og stresses ofte af andre faktorer end andre mennesker opfanger eller opfatter som værende stressende. Grundet stressfaktorer og som reaktion på belastning kan personen med autisme udvise symptomer som tilbagetrækning eller en ekstrem kravundgående adfærd, samt udadreagerende eller selvskadende adfærd i forskellig grad. Da det sociale omkring én person er dynamisk og i konstant bevægelse, gælder det, at der skal være særlig opmærksomhed på, at overgange og større ændringer kan være en særlig belastning²⁶.

Fagpersonernes indsigt i og viden om personen med autisme er afgørende. Der synes ikke at være bestemte enkeltmetoder, der generelt er virksomme på tværs af alle kontekster, men der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange, som kan anvendes afhængig af behov. Eksempler på metoder og faglige tilgange er²⁷:

- TEACCH (rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne, Social stories og visualiseringer)
- Social træning (fx PEERS, Social Tænkning, Sociale historier, KAT-kassen)
- Psykoedukation (fx samtalemapper, KAT-kassen)
- Low Arousal (fx Afstemt Pædagogik, LA2)
- Kognitiv adfærdsterapi (fx Cool kids, MASSI)
- Fælles faglig tilgang til kommunikation (fx Alternativ og Supplerende Kommunikation (ASK) med visuelle elementer)
- Fælles faglig tilgang til brug af fysiske rammer og indretning (fx afskærmning, mulighed for at trække sig, plads til at finde ro)
- Fokus på sundhedsmæssige forhold (kontinuerlige lægetjek, Det dobbelte KRAM (Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Kompetencer, Relationer, Accept, Mestring)
- Fælles faglig tilgang til støtte til almindelig daglig livsførelse (ADL) tilrettet den enkelte og den aktuelle situation.

Der kan også være behov for specialviden. Dette gør sig fx gældende ved børn og unge med autisme og samtidig angst, hvor der er behov for kognitiv adfærdsterapi. Dette gør sig fx også gældende i forhold til børn og unge uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov, hvor der er brug for specialiseret viden om kommunikationsnedsættelser og metodiske tilgange inden for dette felt. Ligesom der til eksempelvis personer med autisme og svær spiseforstyrrelse vil være behov for særlig specialviden inden for denne komorbiditet.

²⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

²⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

²⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 37.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Metoder og faglige tilgange

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke metoder og faglige tilgange medarbejderne anvender, og hvordan de arbejder med disse.

Socialtilsynet skal vurdere:

- om medarbejderne arbejder med afsæt i en velfunderet praksis.
- om medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til børn, unge eller voksne med autisme. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne kunne anvende en række metoder og skal løbende kunne tilpasse metoderne til de enkelte børn, unge og voksnes specialiserede behov.

Datagrundlag

- Beskrivelse af, hvilke metoder og faglige tilgange, leverandøren anvender.
- Beskrivelse af, hvordan leverandøren anvender metoderne i forhold til børnene, de unge eller de voksne.
- Interview med ledelse og medarbejdere, hvis der er behov for at uddybe de oplysninger, som er indhentet via oplysningsskemaet.

Hjælpemidler og teknologi

I den generelle model beskrives hjælpemidler og teknologi således:

Hjælpemidler og teknologi indebærer et fokus på, at medarbejderne, når det er relevant, skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen for at imødekomme konkrete behov hos den enkelte borger.

På alle specialiseringsniveauer kan der være behov for hjælpemidler og teknologi, men det er individuelt og uafhængigt af specialiseringsniveau, hvilke konkrete typer af hjælpemidler og teknologier der er relevante for den enkelte borger. På moderat og højt specialiseret niveau vil målgruppen ofte have et større behov for løbende tilpasning af indsatsen med og sammensætningen af hjælpemidler og teknologi.

Boks 9: Hjælpemidler og teknologi i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.
Eksempler	Hjælpemidler i en let specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones samt tablets i forhold til at skabe overblik.	Hjælpemidler i en moderat specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler samt apps til smartphones og tablets, der understøtter social interaktion og teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner og abstraktionsniveau.	Hjælpemidler i en højt specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones samt tablets, der understøtter social interaktion, hjælpemidler i forhold til at skabe overblik, teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner og abstraktionsniveau samt hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning.

For fagpersoner, som arbejder med personer med autisme, er det vigtigt at have nuanceret viden, stor teknologiforståelse og dyb kendskab til hjælpemidler og teknologi, og herunder hverdagsteknologi²⁸, som kan anvendes, som en integreret del af indsatsen. Der findes mange forskellige hjælpemidler og helt almindelige (hverdags)teknologier, der kan være relevante for personer med autisme. Men der er stor forskel på, hvilke hjælpemidler eller teknologier der er bedst egnet for den enkelte²⁹.

Kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones og tablets kan være med til at understøtte interaktion, interpersonel relationsdannelse og socialisering i et fællesskab med andre. Den

²⁸ Hverdagsteknologier er teknologier der bruges så de får karakter af et hjælpemiddel fx en almindelig iPhones kalender med påmindelser. Disse vil kunne bruges til en stor del af målgruppen med autisme. Derfor er disse også relevante teknologier ift. mennesker med autisme.

²⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 38.

fagprofessionelle er kommunikationspartner og giver kommunikativ støtte og hjælper personen med autisme til at udvikle en kommunikationsstrategi. Det handler først og fremmest om etablering af en anerkendende social interaktion, som tager udgangspunkt i de mulige udtryksmuligheder, som personen med autisme har. Det er meget individuelt hvordan og hvilken kommunikationsstrategi, der fungerer for den enkelte person med autisme. Det kræver stor kendskab til de mange muligheder der findes med understøttende hjælpemidler og teknologi. Det omfatter også respekten for de ofte anderledes måder at kommunikere på. Til børn og unge med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov findes forskellige former for kommunikationshjælpemidler, både lav- og højteknologiske og særlige strategier, der understøtter den enkeltes kommunikationsudtryk.

Sansestimulerende hjælpemidler kan ligeledes være en hjælp, hvis personen fx har søvnproblemer, oplever motorisk uro eller ubehag ved visse typer berøring. Herudover findes der hjælpemidler ud over almindelige ure og kalendere, som kan hjælpe med at skabe overblik over dagen/ugen.

Endvidere kan *teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner, samt abstraktionsniveau* kan være nyttige.

Hjælpemidler, der understøtter visualisering, kan også være relevante. De kan bruges i mange situationer. Visualisering og prompting igangsætter en handling, og visualisering gør det muligt at foretage de forskellige handlinger i en rigtig rækkefølge ved at aktivitetens opbygning er gengivet visuelt i de nødvendige step. Visualisering kan fx bruges til at forstå og huske mundtlige beskeder, bearbejde følelser vha. billeder, forstå en opskrift, hvor teksten er suppleret med billeder, som viser, hvordan man tænder ovnen, vasker hænder osv.

Eksempler på hjælpemidler og teknologi³⁰:

- Hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning kan fx være hørebøffer, tyngdedyner/veste/puder, massage, dufte, tangles mv.
- Kommunikationshjælpemidler kan fx være KAT-kassen, piktogrammer, PECS samt app's så som Avaz, Moment Diary eller Padlet.
- Strukturunderstøttende hjælpemidler kan fx være digitale tidsplaner og kalendere så som MobilizeMe, Tiimo, Showmyday, MemoAssist og Scan How.

For at kunne understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi skal medarbejderne have viden om hjælpemidlet og færdigheder til at kunne understøtte den enkelte person i at bruge hjælpemidlet. For at et hjælpemiddel får den forventede effekt for den enkelte, er det vigtigt, at hjælpemidlet bliver formidlet fagligt kompetent. En vigtig del af implementeringen af et hjælpemiddel er oplæring eller træning i brugen af det, i den situation hvor det skal anvendes. Det vil sige, at denne del af interventionen skal være aktivitetsbaseret. I nogle tilfælde kan oplæringen/træningen være omfattende, f.eks. hvis brugeren har en kognitiv funktionsnedsættelse, eller hvis pårørende, sundhedspersonale og /eller pædagoger indgår i brugen af hjælpemidlet, fx et kommunikationshjælpemiddel. I andre tilfælde kan oplæringen bestå af instruktion understøttet af skriftligt materiale³¹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Hjælpemidler og teknologi

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke hjælpemidler og teknologi leverandøren anvender i indsatsen.

³⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 38.

³¹ "Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet – anbefalinger om viden, færdigheder og kompetence". Af Åse Brandt og Didde Neuchs Christensen, Hjælpemiddelcentret, Københavns Kommune. Oktober 2018.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier, herunder:

- om leverandøren anvender hjælpemidler og teknologier svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.
- om medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelse af relevante hjælpemidler og teknologi i indsatsen svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

Datagrundlag

- Liste over hvilke hjælpemidler og teknologier, herunder hverdagsteknologier, leverandøren anvender til målgruppen med angivelse af, hvor mange børn, unge eller voksne der bruger det enkelte hjælpemiddel samt angivelse af, hvordan det er sikret, at der er de rette kompetencer til stede i hos leverandøren i forhold til at understøtte anvendelsen af hjælpemidlet.
- Ved besøget kan socialtilsynet observere brugen af hjælpemidler og teknologi eller bede en medarbejder om at demonstrere, hvordan et hjælpemiddel anvendes.
- Interview med ledelse og medarbejdere: Ledelsen kan fx interviewes om, hvordan det sikres, at medarbejdere har de rette kompetencer ift. at understøtte brugen af hjælpemidler og teknologi. Medarbejdere kan fx interviewes om, hvordan de i det daglige understøtter børnene, de unge eller de voksne i at anvende hjælpemidler og teknologi.

Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for autisme

Dette bilag er en oversigt over de otte målgruppespecifikke specialiseringsparametre for børn, unge og voksne med autisme, som vejledningen omhandler.

Boks 10: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre på området for autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Praksiserfaring	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Uddannelsesmæssige kompetencer	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og autisme, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser samt eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Fagmiljø	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Samarbejdsformer	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde som sikrer, at medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.
Vidensudvikling	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen understøtter, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter de enkelte børn, unge eller voksnes mål.
Vidensudvikling	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efteruddannelse og eventuelt videreuddannelse for medarbejderne, der giver generel viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse for medarbejderne, der giver særlig viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse samt særlige uddannelser eller certificeringer for medarbejderne, der giver specialiseret viden om autisme og relateret komorbiditet. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet.
Metoder og faglige tilgange	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseret	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsat-	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsat-

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Hjælpemidler og teknologi	<p>seringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>	<p>ser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens specialiserede behov.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>	<p>ser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens mere specialiserede behov.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>

37.
Vejledning til indplacering af leverandører på
området for erhvervet hjerneskade

Version 0,75 til afprøvning

Vejledning til indplacering af leverandører på området for erhvervet hjerneskade

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indledning	4
Overordnede rammer for indplacering af leverandører	4
Systematik for vurdering og indplacering af leverandører	5
Målgruppespecifikke specialiseringsparametre	7
Aktiv praksis	8
Praksiserfaring.....	10
Uddannelsesmæssige kompetencer	12
Fagmiljø	15
Samarbejdsformer	17
Vidensudvikling.....	21
Metoder og faglige tilgange	23
Hjælpe midler og teknologi	27
Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for erhvervet hjerneskade	30

Indledning

Dette er en målgruppespecifik vejledning for målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Vejledningen angiver, hvordan specialiseringsniveauet vurderes for leverandører af indsatser til målgruppen ud fra i alt otte specialiseringsparametre. Vejledningen udgør grundlaget for socialtilsynenes indplacering af cirka 50 leverandører til målgruppen.

Vejledningen er en del af et redskab, som Socialstyrelsen har udarbejdet som del af udviklingen og afprøvningen af en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.¹ Modellen omfatter målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.

Modellen bliver udviklet og afprøvet af Socialstyrelsen i spor 2 i Social- og Indenrigsministeriets evaluering af det specialiserede socialområde³. Den skal anvendes til at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen og redskabet skal afprøves på tre målgruppeområder, herunder området for erhvervet hjerneskade. Afprøvningen er delt op i to dele, der indebærer dels udarbejdelse af målgruppebeskrivelser for målgruppen af børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og dels indplacering af et udsnit af leverandørerne, der leverer sociale indsatser til denne målgruppe. Modellen skal efterfølgende, såfremt det besluttet politisk, kunne udbredes med henblik på specialplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Redskabet består ud over nærværende vejledning af tre hjælperedskaber til socialtilsynene, herunder et oplysningsskema til indhentning af data, en guide til interviews med ledere og medarbejdere hos leverandørerne samt en skabelon for socialtilsynenes afrapportering.

Formålet med redskabet er at vejlede og understøtte socialtilsynene i at vurdere og indplacere de udvalgte leverandører på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. Desuden skal redskabet bidrage til at sikre, at de fem socialtilsyn har en ensartet tilgang til indplacering af leverandørerne, og at indplaceringen foregår i overensstemmelse med de overordnede rammer, der er beskrevet i den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I det følgende beskrives først de overordnede rammer for indplacering af leverandører og efterfølgende systematikken for vurdering og indplacering på specialiseringsniveauerne. Derefter er hvert af de otte specialiseringsparametre konkretiseret i forhold til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade, og herunder er det beskrevet, hvad socialtilsynet skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter, og med hvilket datagrundlag.

Bilag 1 indeholder en oversigt over de otte specialiseringsparametre graderet i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

Overordnede rammer for indplacering af leverandører

Ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer opstår specialisering, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige

¹ Den generelle model er nærmere beskrevet i notatet "Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer".

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>.

behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør, for at specialiseringen kan udvikles og opretholdes. Derfor kan specialisering på socialområdet afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen?

Kendetegn ved målgruppens særlige problemstillinger og behov (første spørgsmål) samt kendetegn ved den indsats, der kan imødekomme behovet (andet spørgsmål) er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade⁴. Den målgruppespecifikke vejledning på området for erhvervet hjerneskade og hjælperedskaberne skal understøtte socialtilsynene i at afdække og vurdere, hvad der er til stede hos de cirka 50 leverandører til målgruppen, der indgår i afprøvningen (tredje spørgsmål).

Besvarelsen af det tredje spørgsmål tager afsæt i en graduering af de otte specialiseringsparametre, der ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer skal være opfyldt for, at en leverandør kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. De otte parametre er:

- Aktiv praksis
- Praksiserfaring
- Uddannelsesmæssige kompetencer
- Fagmiljø
- Samarbejdsformer
- Vidensudvikling
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpe midler og teknologi

Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, bliver det betragtet som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den *forholdne* kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området – uanset specialiseringsniveau. Det indgår derved ikke i vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, om leverandøren har lav eller høj kvalitet.

For sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer godkender og fører driftsorienteret tilsyn.⁵ For at være godkendt er det en betingelse, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den forholdne kvalitet.

For leverandører, der leverer indsatser efter serviceloven, men ikke er omfattet af socialtilsynet, er det ifølge servicelovens § 148 a kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen. Det omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er kommunerne, der vurderer, om disse tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde.

Systematik for vurdering og indplacering af leverandører

Forløbet for socialtilsynenes indplacering af en leverandør består af følgende tre skridt:

⁴ *Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde.* Socialstyrelsen. December 2020.

⁵ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

- *Dataindhentning.* Socialtilsynene indhenter en række forskellige data om leverandøren for at vurdere specialiseringsniveauet. Disse data indhentes dels via et oplysningskema og dels ved et besøg hos leverandøren, hvor ledelsen og udvalgte medarbejdere interviewes.
- *Vurdering og indplacering.* Socialtilsynene vurderer på baggrund af de indhentede data, hvilket specialiseringsniveau leverandøren skal indplaceres på.
- *Afrapportering.* Socialtilsynene udarbejder en kort skriftlig rapport, hvoraf begrundelsen for indplaceringen fremgår.

Socialtilsynenes indplacering af leverandørerne på let, moderat og højt specialiseringsniveau foregår med afsæt i en fast systematik, der tager afsæt i tre overordnede hensyn:

1. *Gennemsigtilighed.* Det skal være tydeligt for den enkelte leverandør, hvad der ligger bag indplaceringen samt hvilken sammenhæng, der er mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering.
2. *Forudsigelighed.* Der skal være en forudsigelig sammenhæng mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering på specialiseringsniveau.
3. *Ensartethed.* Der skal være en ensartethed i vurderingerne på tværs af de gennemførte vurderinger af specialiseringsniveauer. Det skal bidrage til at sikre, at to leverandører, der bliver vurderet ens i de otte specialiseringsparametre, også bliver indplaceret på det samme specialiseringsniveau.

For hvert specialiseringsparameter vurderer socialtilsynene, om en leverandør opfylder kravene på enten let, moderat eller højt specialiseringsniveau. På baggrund af denne vurdering af hvert parameter indplaceres leverandøren på ét af de tre specialiseringsniveauer efter en foruddefineret systematik. Socialtilsynene foretager således alene en faglig vurdering i forbindelse med vurderingen af det enkelte specialiseringsparameter. Den endelige indplacering af en leverandør på let, moderat eller højt specialiseringsniveau foretages efter en foruddefineret fast systematik, jf. boks 1 nedenfor. Denne systematik bidrager til, at der tages højde for de tre overordnede hensyn.

Ved indplaceringen af leverandørerne vil de otte specialiseringsparametre i afprøvningen blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en prioritering eller sortering i parametrene.

I systematikken for indplacering på de forskellige specialiseringsniveauer er udgangspunktet, at alle leverandører hører under det specialiserede socialområde og dermed som minimum er let specialiserede.

Boks 1: Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

Specialiseringsniveau	Indplacering
Let	Alle leverandører på det specialiserede socialområde er i udgangspunktet minimum let specialiserede.
Moderat	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på moderat eller højt niveau, indplaceres som moderat specialiserede.
Højt	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på højt niveau og maksimum ét på moderat niveau, indplaceres som højt specialiserede.

Målgruppespecifikke specialiseringsparametre

I dette afsnit udfoldes de otte specialiseringsparametre i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Formålet er at vejlede socialtilsynene i, hvordan leverandører af sociale indsatser til målgruppen kan indplaceres på de tre specialiseringsniveauer.

Specialiseringsparametrene for målgruppen er udarbejdet på baggrund af de overordnede rammer for specialisering, der fremgår af den generelle model, og med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

For hvert specialiseringsparameter er der først en kort beskrivelse af det overordnede indhold i specialiseringsparameteret, som det er formuleret i den generelle model. Derefter følger en oversigt over kravene på hvert af de tre specialiseringsniveauer i relation til målgruppen ledsaget af eksempler på, hvordan det kan komme til udtryk i praksis. Derudover er det beskrevet, hvad socialtilsynene skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter og på hvilket datagrundlag.

For hvert parameter er der henvist til udvalgt viden fra målgruppebeskrivelsen, hvor der findes uddybende beskrivelser af målgruppens funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Her findes også beskrivelser af målgruppens behov for indsatser og det faglige indhold i indsatserne, som kan imødekomme målgruppens behov på de tre specialiseringsniveauer.

Målgruppebeskrivelsen udgør således et væsentligt vidensgrundlag for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialiseringsniveau, og den er et vigtigt supplement til denne vejledning.

Aktiv praksis

I den generelle model beskrives aktiv praksis således:

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i ideen om, at "øvelse gør mester". Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppespecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Boks 2: Aktiv praksis i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen ⁶ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Eksempler	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem eller minimum ti	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem eller mini-	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem eller minimum ti

⁶ Med "den specifikke del af målgruppen" menes børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, der har behov for henholdsvis let, moderat eller højt specialiserede indsatser.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med enkle og/eller afgrænsede funktionsevnenedsættelser med lidt betydning for ét afgrænset livsområde.	minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med lette og/eller omfattende (betydelige) funktionsevnenedsættelser ofte af nogen betydning for et eller flere livsområder.	børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser med megen betydning for flere livsområder, som oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

En aktiv praksis er kendetegnet ved, at medarbejderne har mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere indsatser til minimum fem eller minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade i samme specifikke del af målgruppen. Det vil sige, at det skal være minimum fem eller minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som har behov for indsatser på samme specialiseringsniveau. Denne skelnen mellem indsats-typer skyldes, at en leverandørs indsats til borgere i døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud er mere omfangsrig og dermed giver bedre grundlag for at sikre "øvelse gør mester" end ved indsatser, der ikke omfatter et døgnophold.

Nærmere beskrivelse af både børn og unge og voksnes typiske problemstillinger på de tre specialiseringsniveauer findes i målgruppebeskrivelsen, fx tabellen side 12-15 for voksne og tabellen side 44-46 for børn og unge.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Aktiv praksis

Socialtilsynet skal undersøge, hvor mange børn og unge eller voksne i målgruppen på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau leverandøren har leveret indsatser til det seneste kalenderår.

Socialtilsynet skal vurdere om leverandøren har en aktiv praksis, herunder:

- om de børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren leverer indsatser til, har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats.
- om leverandøren leverer indsatser til et tilstrækkeligt antal børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade i den specifikke del af målgruppen til at opretholde en specialisering på hhv. let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over, hvor mange af de børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren har leveret indsatser til i løbet af det seneste kalenderår med oplysninger om, de fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer borgene har⁷.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysningerne indhentet via oplysningsskemaet.

⁷ Leverandøren angiver oplysningerne i oplysningsskemaet i pseudonymiseret form. Det vil sige, at leverandøren ikke må angive oplysninger, der kan være personhenførbare såsom navne, personnumre mv. Dette er tydeliggjort for leverandøren i vejledningen til udfyldelse af oplysningsskemaet og understøttes samtidigt af den måde, oplysningsskemaet er opbygget på.

Praksiserfaring

I den generelle model beskrives praksiserfaring således:

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Boks 3: Praksiserfaring i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set ⁸ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på let specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med træning, genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning for børn og unge med erhvervet hjerneskade.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med rehabiliteringsindsatser evt. vedligeholdelsestræning til børn og unge med erhvervet hjerneskade som fx genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på højt specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med rehabiliteringsindsatser for børn og unge som fx specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mobilitet eller specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kognitive funktionsnedsættelser.

⁸ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring eller hvor mange års praksiserfaring det skal være. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

Det gælder for alle niveauer, at praksiserfaringen skal være relevant i forhold til at levere indsatser på det pågældende specialiseringsniveau. Eksempler på målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer kan ses i målgruppebeskrivelsen⁹.

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne, har praksiserfaring i forhold til hjerneskade-rehabilitering og herunder rehabiliterings-principper for henholdsvis børn og unge eller voksne. Kompetencer og erfaring skal således vurderes i forhold til, om de matcher målgruppens differentierede behov¹⁰. Jo højere specialiseringsniveau, jo flere års erfaring er det nødvendigt, at medarbejderne har. Dette ud fra en betragtning om, at praksiserfaring styrker færdighedsniveauet, således at det kræver to til tre års erfaring at blive kompetent, mens det kræver tre til fem års erfaring at blive kyndig¹¹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Praksiserfaring

Socialtilsynet skal undersøge, hvilken og hvor mange års praksiserfaring medarbejderne har med at arbejde med målgruppen.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne har relevant praksiserfaring, herunder:

- hvor mange medarbejdere, der har erfaring med at levere indsatser til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- om den praksiserfaring, medarbejderne har, er relevant set i forhold til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.
- om andelen af medarbejdere med relevant praksiserfaring svarer til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de medarbejdere, som aktuelt er ansat hos leverandøren, som arbejder med målgruppen med angivelse af, hvilken og hvor mange års praksiserfaring de enkelte medarbejdere har med at arbejde med målgruppen.
- Interview med ledelse hvis der er behov for uddybning af oplysninger indhentet via oplysningsskemaet.

⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, s. 20-29 for voksne og s. 48-55 for børn og unge.

¹⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, s. 33.

¹¹ Patricia Brenner: "Fra novice til ekspert - mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis". Munksgaard, 2013.

Uddannelsesmæssige kompetencer

I den generelle model beskrives uddannelsesmæssige kompetencer således:

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagte indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne.

Boks 4: Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set ¹² nødvendige grund- og efteruddannelser ¹³ samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagog samt ergo- og fysioterapeut. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-	Nødvendige grunduddannelser er fx ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske, audiologo-pæd/talepædagog, pædagog, speciallærer, og socialrådgiver, neurolog, neuropsykolog og børneneuropsykolog. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-	Nødvendige grund- og efteruddannelser er fx ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske, audiologo-pæd/talepædagog, pædagog, speciallærer og socialrådgiver. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-

¹² Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke specifikke krav til, hvor stor en andel af medarbejdere, der skal have de nødvendige grund- og efteruddannelser. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

¹³ Efteruddannelse defineres som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse defineres som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	logi og hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	logi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.	logi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.
	Videreuddannelser eller certificeringer, der kan være brug for i en let specialiseret indsats, er fx specialistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi.	Nødvendige videreuddannelser eller certificeringer er fx speciallistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi.	Nødvendige videreuddannelser eller certificeringer er fx speciallistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi eller i forhold til certificerede metoder og tests.

Uddannelsesmæssige kompetencer skal ses i forhold til, hvad der kendetegner den indsats, som målgruppen på de tre specialiseringsniveauer har behov for og det faglige indhold i denne indsats. Dette er nærmere beskrevet i målgruppebeskrivelsen.

Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

De faggrupper, som er involveret i indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade, er typisk socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, speciallærere, pædagoger/specialpædagoger, logopæder, neuropsykologer, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt praktiserende læger. Derudover har leverandører typisk mulighed for samarbejde med og adgang til fx bandagister, kliniske diætister, neurologer, psykiatere, synskonsulenter, teknologikonsulenter, neurooptometriste mfl. Behovet for forskellige faggrupper og graden af neurofaglige kompetencer afhænger af behovet for genoptræning og/eller rehabilitering, og mulighed for tæt teambaseret interdisciplinært samarbejde kan være nødvendigt inden for alle niveauer¹⁴.

For yderligere beskrivelse af behovet for kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade, se målgruppebeskrivelsen side 32 til 36.

Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

Alt afhængig af de indsatser, som leverandøren leverer, har de typisk ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, audiologopæder, børneneuropsykologer, sygeplejersker, lærere/speciallærere og pædagoger/specialpædagoger. Derudover kan det være nødvendigt også at samarbejde med fx neuropædiatere, ortopædkirurger, bandagister, kliniske diætister, synskonsulenter, optometriste, IKT konsulenter, sagsbehandlere, familiebehandlere, praktisk hjælp (handicaphjælpere/aflastningstilbud) m.fl.¹⁵

For yderligere beskrivelse af behovet for kompetencer i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade, se målgruppebeskrivelsen side 58 til 61.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Uddannelsesmæssige kompetencer

Socialtilsynet skal undersøge de uddannelsesmæssige kompetencer hos alle medarbejdere, der aktuelt er ansat hos leverandøren til at arbejde med målgruppen. Det vil sige både fastansatte og timeansatte samt vikarer og eventuelle eksterne konsulenter/eksperter m.fl., som leverandøren bruger i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer hos leverandøren.

¹⁴Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 33

¹⁵Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 58-59

Socialtilsynet skal vurdere, om en relevant andel af medarbejdere har de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, herunder:

- hvor stor en andel af medarbejderne, der har de grund- efter og videreuddannelser, der er nødvendige i forhold til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvor stor en andel af de fastansatte medarbejdere har de særlige uddannelser eller certificeringer, der er nødvendige i forhold den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvordan leverandøren eventuel gør brug af eksterne aktører, og om dette sikrer, at de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er til stede.

Datagrundlag

- Liste over medarbejdere, der arbejder med målgruppen, med angivelse af relevante grund-, efter- og videreuddannelse(r) samt særlige uddannelser eller certificeringer.
- Beskrivelse af, hvordan kompetencer eventuelt sikres ved brug af eksterne aktører. Herunder beskrivelse af, hvordan samt i hvilket omfang disse aktører indgår i indsatsen.
- Interview med ledelsen.

Fagmiljø

I den generelle model beskrives fagmiljø således:

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygdommeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Boks 5: Fagmiljø i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Eksempler	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den let specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt.	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den moderat specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt.	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den højt specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt.
	Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.	Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.	Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.
	Medarbejderne har mulighed	Medarbejderne har mulighed	Medarbejderne har mulighed

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Organisatorisk robusthed skal kunne imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger og lignende med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede i indsatsen. Den faglige robusthed skal sikre erfaringsudvikling og faglig sparring, så leverandørerne kan være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Fagmiljø

Socialtilsynet skal undersøge robustheden i leverandørens fagmiljø.

Socialtilsynet skal vurdere, om der er robusthed i leverandørens fagmiljø, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering, herunder:

- om leverandøren har kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne på de respektive specialiseringsniveauer alle dage, året rundt. Det vil sige, om leverandøren kan sikre, at indsatserne kan gives og de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i medarbejdergruppen.
- om der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, hvilket skal vurderes i forhold til leverandørens størrelse.
- om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan de sikrer, at de rette kompetencer er tilstede, og at de kan levere indsatserne alle dage, hele året.
- Leverandørens beskrivelse af deres praksis i forhold til videndeling, erfaringsudveksling og faglig sparring. Fx beskrivelse af kultur og struktur for videndeling i det daglige.
- Oplysninger om medarbejderes uddannelsesmæssige kompetencer og antal års praksiserfaring indhentes og bruges i forbindelse med vurderingen af parametrene "Uddannelsesmæssige kompetencer" og "Praksiserfaring". Disse oplysninger kan holdes op mod antallet af børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren leverer indsatserne til.
- Interview med ledelse og medarbejdere. Fx interview med ledelsen om, hvordan de sikrer organisatorisk robusthed, herunder sikrer de nødvendige kompetencer ved ferie og sygdom samt om, hvordan de understøtter udvikling og opretholdelse af et robust fagmiljø. Interview med medarbejdere om, hvordan erfaringsudveksling og faglig sparring i praksis.

Samarbejdsformer

I den generelle model beskrives samarbejdsformer således:

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På let specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Boks 6: Samarbejdsformer i forhold til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne ved behov har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår og deltager i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og koordineret omkring indsatserne og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår i tværfagligt (interdisciplinært) og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
	Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.	Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.	Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.
Eksempler	Indsatsen varetages typisk af enkelte faggrupper. Der kan være behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, som varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb eller behov for samarbejde med leverandører, der varetager	Indsatsen varetages typisk i et såvel tværfagligt som tværsektorielt samarbejde grundet målgruppens behov for indsatser på tværs af sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.	Indsatsen varetages som udgangspunkt af et (eller flere) højt specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor der typisk er tale om tværfagligt (interdisciplinært) teamsamarbejde.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	ger faglige indsatser til målgruppen på moderat niveau.		

Tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

Givet dels den kompleksitet, som hjerneskaderehabilitering ofte udgør, og dels den aldersmæssige profil og multimorbiditet, som er at finde hos mange i målgruppen, er der øget sandsynlighed for, at personer med erhvervet hjerneskade med større eller mindre mellemrum kommer til at bevæge sig mellem sygehus, kommune og almen praksis. Behovet for tværsektoriel koordinering er derfor stort.¹⁶

På det let specialiserede niveau varetages indsatserne til voksne af enkelte faggrupper og der er behov for, at faggrupperne samarbejder om forløbet.

På det moderat specialiserede niveau er der i indsatserne til voksne behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og evt. private leverandører. Dette kræver særlig koordinering af indsatsen, herunder koordinering med andre indsatser på andre specialiseringsniveauer.

På det højt specialiserede niveau er der i indsatserne til voksne behov for rehabiliteringsindsatser, der organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er afgørende. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.

Tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

På det let specialiserede niveau leveres indsatserne til børn og unge med erhvervet hjerneskade oftest som monofaglige indsatser, hvor der kan samarbejdes med andre fagpersoner.¹⁷

På det moderat specialiserede niveau organiseres indsatserne til børn og unge i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem de relevante fagpersoner fx lærere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl.

På højt specialiseret niveau organiseres rehabiliteringsindsatsen til børn og unge som teambaserede (interdisciplinære), tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede højt specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.

På alle specialiseringsniveauer er der typisk behov for at sikre et tæt, koordineret, fagligt samarbejde imellem de involverede fagpersoner, inklusiv pædagoger, lærere og sagsbehandlere og med inddragelse af barnet eller den unges familie og, i det omfang det er muligt, barnet eller den unge. Alle fagpersoner omkring barnet eller den unge bør sikres viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Fagpersoner bør være opmærksomme på overgangssituationer i barnets/den unges liv som fx overgang fra daginstitution til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ung-

¹⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne md erhvervet hjerneskade, side 30

¹⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne md erhvervet hjerneskade, side 57.

domsuddannelse samt overgangen fra ét indsatsforløb til et andet. Dette med henblik på, at relevant viden viderefremmes og ikke går tabt i overgangen. Ligesom der er særlige udfordringer med overgangen, fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen.

Interdisciplinært samarbejde

Rehabilitering af personer med komplekse følger af erhvervet hjerneskade fordrer interdisciplinært teamsamarbejde. Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige fagligområder, og at indsatsen til barnet, den unge eller den voksne fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer.

Det interdisciplinære teamsamarbejde skal bidrage med rettidig udredning og indsatser baseret på fælles mål samt beslutning om timing af de forskellige indsatser. Kvaliteten ved det interdisciplinære team er, at kombinationen af forskellige fagpersoner bidrager med langt mere viden end én fagperson kan besidde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. I forhold til viden, fordrer det, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både barnet, den unge eller den voksne samt at teammedlemmer i et forståeligt sprog er villige til at indgå konsensus om indsatsen i forhold til barnet, den unge eller den voksne mål.

Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende. Som teammedlem skal man være fortrolig med at samarbejde, kunne præsentere forskellige perspektiver og formulere en rehabiliteringsplan i overensstemmelse med de fastsatte mål. I teamet vil der typisk være en leder eller et teammedlem, som påtager sig rollen at sikre dels en samarbejdende atmosfære og dels, at ressourcer og støtte fordeles mest hensigtsmæssigt.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Samarbejdsformer

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren samarbejder tværfagligt internt og eksternt og eventuelt tværsektorielt med andre faggrupper. Herunder leverandørens praksis, procedurer og formaliserede samarbejdsaftaler.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne samarbejder med relevante parter tværfagligt og tværsektorielt, herunder:

- om medarbejderne arbejder tværfagligt og tværsektorielt.
- om medarbejderne samarbejder de aktører, der er relevante set i forhold til de enkelte børn og unges eller voksnes behov.
- om samarbejdet er systematisk. Det vil sige, om det er en integreret del af leverandørens måde at arbejde på.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis. Herunder beskrivelse af, hvordan leverandøren sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper arbejder med afsæt i fælles tilgange og mål i forhold til de enkelte børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- Formaliserede samarbejdsaftaler og procedurer.
- Interview med ledelse og medarbejdere om, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis.

Vidensudvikling

I den generelle model beskrives vidensudvikling således:

Vidensudvikling indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsætterne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppespecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Boks 7: Vidensudvikling i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse ¹⁸ og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for erhvervet hjerneskade.
Eksempler	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og eventuelt videreuddannelse, der giver medarbejderne generel viden om eget fag i forhold til målgruppen og om neurologi samt hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne særlig viden om eget fag i forhold til målgruppen samt om neurologi, neuropsykologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne specialiseret viden om eget fag i forhold til målgruppen og specialiseret viden om neurologi, neuropsykologi, hjerneskaderehabilitering, og rehabiliteringsprincipper. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på hjerneskadeområdet fx i form af at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter, levere rådgivning og un-

¹⁸ Efteruddannelse er defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			dervisning til kommuner og andre leverandører eller medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner.

Fagpersonernes indsigt i og viden om personens følger af den erhvervede hjerneskade er afgørende.

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos voksne omhandler blandt andet at have viden om målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade, viden om eget fag, viden om hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper, viden om neuropædagogik og viden om neuropsykologi¹⁹.

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos børn og unge omhandler blandt andet at have viden om erhvervet hjerneskade hos børn/unge, at have viden om rehabilitering og rehabiliteringsprincipper, at have viden om neuropædagogik og at have viden om børneneuropsykologi.²⁰

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Vidensudvikling

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren holder sig opdateret om aktuelt bedste viden på området erhvervet hjerneskade. Socialtilsynet skal endvidere undersøge, hvordan leverandøren bidrager til udvikling af aktuelt bedste viden på området, og hvori det bidrag består.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne holder sig opdateret med aktuel bedste viden om erhvervet hjerneskade, herunder:

- om leverandøren løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden, om metoder, faglige tilgange og hjælpemidler, der er relevante for indsatserne til målgruppen børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- om leverandøren bidrager til vidensudvikling på området erhvervet hjerneskade. Dette kan leverandøren fx gøre ved at opsamle og videreformidle viden fra egen eller andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter og/eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner eller andre leverandører om målgruppen erhvervet hjerneskade.

Datagrundlag

- Liste over kompetenceudviklingsaktiviteter for medarbejderne inden for de seneste to år.
- Leverandørens kompetenceudviklingsstrategi.
- Liste over de vidensudviklingsaktiviteter (rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører, deltagelse i faglige netværk, udviklings- og forskningsprojekter mv.) på hjerneskadeområdet, som leverandøren deltager aktivt i eller leder.
- Interview med ledelse og medarbejdere, der er behov for uddybning af de oplysninger, der er indhentet via oplysningsskemaet.

¹⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 33.

²⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 59

Metoder og faglige tilgange

I den generelle model beskrives metoder og faglige tilgange således:

Metoder og faglige tilgange indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på blandt andet at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppenspecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Boks 8: Metoder og faglige tilgange i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange ²¹ , der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes specialiserede behov.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes mere specialiserede behov.
Eksempler	Relevante metoder og faglige tilgange i en let specialiseret indsats til voksne med erhvervet hjerneskade er fx empowerment, fysisk træning og ADL-træning.	Relevante metoder og faglige tilgange i en moderat specialiseret indsats til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade er fx neuropædagogik, støtte til energiforvaltning, sanseorienteret tilgang, Fejlfri Læring og struktureret visualiseret specialpædagogik.	Relevante metoder og faglige tilgange i en højt specialiseret indsats til voksne er fx støtte af hukommelsesfunktion, Talking Mats, Low Arousal og FITS (Familie intervention efter traumatisk skade). I forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade er relevante metoder og faglige tilgange fx Multimodal Communication Strategy. Affektregulerings- og konflikthåndteringsstilgang, Low Arousal og kognitiv affektiv træning.

²¹ Jf. Socialstyrelsens begrebsbase defineres *metode* som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>)

I indsatser til såvel børn og unge som voksne med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og faglige tilgange²², som anvendes afhængigt af barnet/den unges eller den voksne funktionsnedsættelser. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på tværs af specialiseringsniveauerne, og der er således ikke bestemte metoder og faglige tilgange, som knytter sig til hhv. det ene eller det andet niveau.

Forskellen i specialiseringsniveau er således mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer har i forhold til at kunne anvende, tilpasse og kombinere metoderne, så de passer til den enkelte person. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne således i højere grad have kompetencer til at anvende en vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder, der adresserer forskellige områder af barnets, den unges eller den voksnes funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer.

Borgerinddragelse anses ifølge målgruppebeskrivelsen som et centralt princip for genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb for børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, da det er med til afstemme forventninger og fremme motivationen. Metoder og faglige tilgange skal altid tilpasses de enkelte børn og unge eller voksnes potentiale, forudsætninger og behov. Indsatsen skal være helhedsorienteret med inddragelse og samarbejde med andre faggrupper samt eventuelle pårørende.

På let specialiseringsniveau skal fagpersoner kunne inddrage personen med erhvervet hjerneskade og pårørendes præferencer, behov og motivation og omsætte dette til egen praksis. På moderat og højt specialiseringsniveau skal fagpersoner kunne realisere personcentreret målsætning gennem beherskelse af metoder og tilgange til inddragelse af personer med kognitive og kommunikative vanskeligheder samt deres pårørende.²³

Metoder og faglige tilgange i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

Afhængigt af problemstillingen og den voksnes funktionsnedsættelser kan følgende metoder og faglige tilgange være relevante i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade²⁴:

- Rehabiliteringspsykologi
- Recoveryunderstøttende tilgang
- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning
- Fysisk træning
- SCA (Supported Conversations for Adults with Aphasia)
- SPPARC
- CILT
- Talking Mats
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sanseorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal

²² *Metode* defineres som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>).

²³ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 35.

²⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 37.

- Kognitiv affektiv træning
- Kognitiv adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Den narrative tilgang
- Systemisk og narrativ psykoterapi
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- CFT (Compassion Focused Therapy)
- FITS (Familie intervention efter traumatisk skade)
- Empowerment

Der er ofte behov for særlig specialviden, når det gælder komorbide tilstande og sociale problemstillinger i sammenhæng med den erhvervede hjerneskade. I den højt specialiserede indsats til voksne med erhvervet hjerneskade uden talesprog (fx locked in syndrom) eller komplekse kommunikationsbehov samt voksne med erhvervet hjerneskade og misbrug vil der ligeledes være behov for specialviden.

Personer med erhvervet hjerneskade, som grundet skaden har funktionsevnededsættelser i forhold til agitation og adfærdsforstyrrelser udgør ligeledes en særlig problemstilling. En problemstilling der fordrer en specialiseret neuropædagogisk indsats og fagpersoner, som har neurofaglige kompetencer²⁵.

Metoder og faglige tilgange i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

Afhængigt af problemstillingen og barnet/den unges funktionsnedsættelser kan følgende metoder og faglige tilgange være relevante i indsatser til børn og unge med erhvervet hjerneskade²⁶:

- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning
- Fysisk træning
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sansorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low Arousal
- Multimodal Communication Strategy
- Kognitiv affektiv træning
- Empowerment

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Metoder og faglige tilgange

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke metoder og faglige tilgange medarbejderne anvender, og hvordan de arbejder med disse.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren anvender målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i indsatsen, herunder:

- om medarbejderne arbejder med afsæt i en velfunderet praksis.
- om medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til hhv. børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade. På moderat og højt spe-

²⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 36.

²⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 61.

cialiseret niveau skal medarbejderne kunne anvende en række metoder og skal kunne tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksne.

Datagrundlag

- Beskrivelse af, hvilke metoder og faglige tilgange, leverandøren anvender.
- Beskrivelse af, hvordan leverandøren anvender metoderne i forhold til børnene og de unge eller de voksne.
- Interview med ledelse og medarbejdere, hvis der er behov for at uddybe de oplysninger, som er indhentet via oplysningsskemaet.

Hjælpemidler og teknologi

I den generelle model beskrives hjælpemidler og teknologi således:

Hjælpemidler og teknologi indebærer et fokus på, at medarbejderne, når det er relevant, skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen for at imødekomme konkrete behov hos den enkelte borger.

På alle specialiseringsniveauer kan der være behov for hjælpemidler og teknologi, men det er individuelt og uafhængigt af specialiseringsniveau, hvilke konkrete typer af hjælpemidler og teknologier der er relevante for den enkelte borger. På moderat og højt specialiseret niveau vil målgruppen ofte have et større behov for løbende tilpasning af indsatsen med og sammensætningen af hjælpemidler og teknologi.

Boks 9: Hjælpemidler og teknologi i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
	Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder.	Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.	Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og kan instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.
Eksempler	Hjælpemidler i en let specialiseret indsats kan fx være hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser.	Hjælpemidler i en moderat specialiseret indsats kan fx være hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter samt særlig teknologi til kommunikation.	Hjælpemidler i en højt specialiseret indsats kan fx være særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, og særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx IKT. ²⁷

Såvel børn og unge som voksne med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler og teknologi til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. På alle specialiseringsniveauer kan der således være behov hjælpemidler og teknologi, men kravene til fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau. Der kan blandt andet være behov for alternative, supplerende kommunikationsløsninger, herunder såvel lav- som højteknologi.

²⁷ IKT står for Informations- og kommunikationsteknologi. Se mere på: https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=12952&x_newstype=39.

På let specialiseringsniveau skal medarbejderne have kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder. På moderat specialiseringsniveau skal medarbejderne kunne tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet/unge/voksen i anvendelse af hjælpemidlet. På højt specialiseringsniveau skal medarbejderne kunne indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

For at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi skal medarbejderne have viden om hjælpemidlet og færdigheder til at kunne understøtte den enkelte person med erhvervet hjerneskade i at bruge det.

For at et hjælpemiddel får den forventede effekt for den enkelte, er det vigtigt, at hjælpemidlet bliver formidlet fagligt kompetent. En vigtig del af implementeringen af et hjælpemiddel er oplæring eller træning i brugen af det i den situation, hvor det skal anvendes. Det vil sige, at denne del af interventionen skal være aktivitetsbaseret. I nogle tilfælde kan oplæringen/træningen være omfattende fx hvis personen med erhvervet hjerneskade har en kognitiv funktionsnedsættelse eller hvis pårørende, sundhedspersonale og /eller pædagoger indgår i brugen af hjælpemidlet, herunder fx et kommunikationshjælpemiddel. I andre tilfælde kan oplæringen bestå af instruktion understøttet af skriftligt materiale.²⁸

Fagpersoner kan have viden om hjælpemidler på generelt niveau fra grunduddannelsen, fx ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kompetencer kan også erhverves ved formel uddannelse i forhold til hjælpemidler, specialistgodkendelser mm. og gennem sidemandsoplæring.

Hjælpemidler og teknologi i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

I let specialiserede indsatser kan der være tale om hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser. I moderat specialiserede indsatser kan der være tale om hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter samt særlig teknologi til kommunikation. Der kan også være behov for, at der i genoptræningsforløbet anvendes hjælpemidler og udstyr, som enten er kostbare, eller som kræver særlige kompetencer at anvende. På det højt specialiserede niveau kan der være tale om særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse, samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne.²⁹

Nærmere beskrivelse af hjælpemidler og teknologi i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade findes i målgruppebeskrivelsen (s.37-39).

Hjælpemidler og teknologi for børn og unge med erhvervet hjerneskade

For let specialiseret niveau kan der anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende. For moderat specialiseret niveau kan der anvendes hjælpemidler og udstyr, som er kostbart, og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende. For højt specialiseret niveau kan der anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart, og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler.³⁰

²⁸ <https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Professionen/ergo-kompetenceprofil-hjaelpemidler-011118.pdf>

²⁹ Målgruppebeskrivelse for bør, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 37-38

³⁰ Målgruppebeskrivelse for bør, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 61-62.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Hjælpemidler og teknologi

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke hjælpemidler og teknologi medarbejderne anvender i indsatsen.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier, herunder:

- om leverandøren anvender relevante hjælpemidler og teknologier svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.
- om medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelse af relevante hjælpemidler og teknologi i indsatsen svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

Datagrundlag

- Liste over hvilke hjælpemidler og teknologier, leverandøren anvender til målgruppen med angivelse af, hvor mange børn og unge eller voksne der bruger det enkelte hjælpemiddel samt angivelse af, hvordan det er sikret, at der er de rette kompetencer til stede hos leverandøren ift. at understøtte anvendelsen af hjælpemidlet.
- Ved besøget kan socialtilsynet observere brugen af hjælpemidler og teknologi eller bede en medarbejder om at demonstrere, hvordan et hjælpemiddel anvendes.
- Interview med ledelse og medarbejdere: Ledelsen kan fx interviewes om, hvordan det sikres, at medarbejdere har de rette kompetencer ift. at understøtte brugen af hjælpemidler og teknologi. Medarbejdere kan fx interviewes om, hvordan de i det daglige understøtter børnene og de unge eller de voksne i at anvende hjælpemidler og teknologi.

Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for erhvervet hjerneskade

Dette bilag er en oversigt over de otte målgruppespecifikke specialiseringsparametre for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, som vejledningen omhandler.

Boks 10: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre på området for erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Praksiserfaring	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Uddannelsesmæssige kompetencer	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Fagmiljø	<p>let specialiseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>	<p>specialiseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>	<p>liseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>
Samarbejdsformer	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne ved behov har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.</p>	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår og deltager i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og koordineret omkring indsatserne og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.</p>	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår i tværfagligt (interdisciplinært) og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.</p>
Vidensudvikling	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.</p>	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.</p>	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen.</p> <p>Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for erhvervet hjerneskade.</p>
Metoder og faglige	<p>Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange,</p>	<p>Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og</p>	<p>Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og</p>

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
tilgange	der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes specialiserede behov.	faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes mere specialiserede behov.
Hjælpemidler og teknologi	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder.</p>	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.</p>	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og kan instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.</p>

38.
Vejledning til indplacering af leverandører til
området for synsudsættelse



Socialstyrelsen

Vejledning til indplace-
ring af leverandører på
området for synsned-
sættelse

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indledning	4
Overordnede rammer for indplacering af leverandører	4
Systematik for vurdering og indplacering af leverandører	7
Målgruppespecifikke specialiseringsparametre	9
Aktiv praksis	10
Praksiserfaring.....	13
Uddannelsesmæssige kompetencer	15
Fagmiljø	18
Samarbejdsformer	20
Vidensudvikling.....	24
Metoder og faglige tilgange	27
Hjælpe midler og teknologi	29
Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for syns ned sættelse	32

Indledning

Dette er en målgruppespecifik vejledning for målgruppen børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse. Vejledningen angiver, hvordan specialiseringsniveauet vurderes for leverandører af indsatser til målgruppen ud fra i alt otte specialiseringsparametre. Vejledningen udgør grundlaget for socialtilsynenes indplacering af leverandører til målgruppen.

Vejledningen er en del af et redskab, som Socialstyrelsen har udarbejdet som led i udviklingen og afprøvningen af en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer¹. Modellen omfatter målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.

Modellen bliver udviklet og afprøvet af Socialstyrelsen i spor 2 i Social- og Ældreministeriets evaluering af det specialiserede socialområde³. Den skal anvendes til at skabe overblik over målgrupperes forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen og redskabet skal afprøves på tre målgruppeområder, herunder området for synsnedsættelse. Afprøvningen er delt op i to dele, der indebærer dels udarbejdelse af målgruppebeskrivelser for målgruppen af børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse og dels indplacering af et udsnit af leverandørerne, der leverer sociale indsatser til denne målgruppe. Modellen skal efterfølgende, såfremt det besluttes politisk, kunne udbredes med henblik på specialeplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Redskabet består ud over nærværende vejledning af tre hjælperedskaber til socialtilsynene, herunder et oplysningsskema til indhentning af data, en guide til interviews med ledere og medarbejdere hos leverandørerne samt en skabelon for socialtilsynenes afrapportering.

Formålet med redskabet er at vejlede og understøtte socialtilsynene i at vurdere og indplacere de udvalgte leverandører på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. Desuden skal redskabet bidrage til at sikre, at de fem socialtilsyn har en ensartet tilgang til indplacering af leverandørerne, og at indplaceringen foregår i overensstemmelse med de overordnede rammer, der er beskrevet i den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I det følgende beskrives først de overordnede rammer for indplacering af leverandører og efterfølgende systematikken for vurdering og indplacering på specialiseringsniveauerne. Derefter er hvert af de otte specialiseringsparametre konkretiseret i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, og herunder er det beskrevet, hvad socialtilsynet skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter, og med hvilket datagrundlag.

Bilag 1 indeholder en oversigt over de otte specialiseringsparametre graderet i forhold til målgruppen børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse.

Overordnede rammer for indplacering af leverandører

Ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer opstår specialisering, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det

¹ Den generelle model kan ses på Socialstyrelsens hjemmeside: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/model-for-beskrivelse-af-specialiseringsniveauer-december-2020>.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Ældreministeriets hjemmeside: <https://evaluering-af-det-specialiserede-socialomrade.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade>.

betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør, for at specialiseringen kan udvikles og opretholdes. Derfor kan specialisering på socialområdet afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen?

Kendetegn ved målgruppens særlige problemstillinger og behov (første spørgsmål) samt kendetegn ved den indsats, der kan imødekomme behovet (andet spørgsmål) er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse⁴. Den målgruppespecifikke vejledning på området for synsnedsættelse og hjælperedskaberne skal understøtte socialtilsynene i at afdække og vurdere, hvad der er til stede hos de cirka 50 leverandører til målgruppen, der indgår i afprøvningen (tredje spørgsmål).

Besvarelsen af det tredje spørgsmål tager afsæt i en graduering af de otte specialiseringsparametre, der ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer skal være opfyldt for, at en leverandør kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. De otte parametre er:

- Aktiv praksis
- Praksiserfaring
- Uddannelsesmæssige kompetencer
- Fagmiljø
- Samarbejdsformer
- Vidensudvikling
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpe midler og teknologi

Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, bliver det betragtet som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den *forholdsmæssige* kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området – uanset specialiseringsniveau. Det indgår derved ikke i vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, om leverandøren har lav eller høj kvalitet.

For sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer godkender og fører driftsorienteret tilsyn⁵. For at være godkendt er det en betingelse, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den forholdsmæssige kvalitet.

For leverandører, der leverer indsatser efter serviceloven, men ikke er omfattet af socialtilsynet, er det ifølge servicelovens § 148 a kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen. Det omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er kommunerne, der vurderer, om disse tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde.

⁴ Børn, unge og voksne med synsnedsættelse. Målgruppebeskrivelse i forbindelse med evalueringen af det specialiserede socialområde. Socialstyrelsen. Marts 2021.

⁵ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

Matrikelløse indsatser inden for det specialiserede socialområde

Afprøvningen af modellen på synsområdet sker blandt andet med henblik på at sikre modellens potentiale for udbredelse i forhold til indsatser og leverandører, der ikke er omfattet af socialtilsynsloven, herunder såkaldte matrikelløse indsatser inden for det specialiserede socialområde.

Matrikelløse indsatser inden for det specialiserede socialområde er defineret og afgrænset ud fra følgende kriterier:

1. Barnet, den unge, den voksne eller ældre har ikke fast ophold hos leverandøren
2. Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen
3. Indsatsen har hjemmel i serviceloven
4. Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte

Kriterierne er samtidig definerende for, hvilke typer matrikelløse indsatser, der er omfattet af afprøvningen.

Ad 1. Barnet, den unge, den voksne eller ældre har ikke fast ophold hos leverandøren

Matrikelløse indsatser forstås som indsatser, hvor barnet, den unge, den voksne eller ældre, der modtager indsatsen, ikke har fast ophold hos leverandøren. Således er anbringelsessteder efter servicelovens §§ 66, stk. 1, nr. 6-8, samt botilbud og boformer efter servicelovens §§ 107-110 ikke matrikelløse indsatser.

Afgrænsningen udelukker dog ikke, at børn, unge, voksne og ældre på et anbringelsessted eller i et botilbud eller boform kan modtage en matrikelløs indsats i en periode. Det kan eksempelvis være nødvendigt at inddrage viden fra andre aktører i indsatsen end det tilbud, hvor barnet, den unge, den voksne eller ældre bor. Ligeledes kan leverandører af indsatser efter servicelovens § 66, stk. 1, nr. 6-8 eller §§ 107-110 levere matrikelløse indsatser for eksempel i form af socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 som en udgående indsats.

Ad 2. Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen

Matrikelløse indsatser forstås som indsatser, der dels kan leveres som en udgående indsats i barnets, den unges, den voksnes eller ældres nærmiljø, hvor indsatsen så at sige rykker ud. Dels kan indsatsen leveres som en indsats, der finder sted hos leverandøren af indsatsen, hvor barnet, den unge, den voksne eller ældre kommer til leverandøren. Det kan for eksempel være i form af et gruppeforløb efter servicelovens § 85, der sigter på optræning eller udvikling af færdigheder og mestring af hverdagen.

Ad 3. Indsatsen har hjemmel i serviceloven

Matrikelløse indsatser på det specialiserede socialområde forstås som matrikelløse indsatser, der leveres efter servicelovens bestemmelser. Det vil sige, at den samlede indsats eller dele af indsatsen skal have hjemmel i serviceloven. Indsatser, der alene leveres med hjemmel i lovgivningen på eksempelvis specialundervisningsområdet eller sundhedsområdet, er derimod ikke omfattet af denne afgrænsning. Afgrænsningen betyder desuden, at det alene er målgrupper med behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, jf. servicelovens § 1, og de indsatser, der er omfattet.

Ad 4. Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte

Matrikelløse indsatser er karakteriseret ved at have et udviklende, habiliterende eller rehabiliterende sigte, hvilket betyder, at de har til formål, at barnet, den unge, den voksne eller ældre kan opnå eller fastholde bedst mulig funktionsevne og tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, jf. servicelovens § 1.

Indsatser, der er karakteriseret ved alene at være kompenserende for en funktionsnedsættelse, er ikke omfattet af denne afgrænsning af matrikelløse indsatser. Dermed er eksempelvis praktisk hjælp (servicelovens § 83), borgerstyret personlig assistance (BPA) (servicelovens § 96) eller ledsagelse (servicelovens § 97) i udgangspunktet ikke omfattet af afgrænsningen. Målgrupper og indsatser på det almene ældreområde er ligeledes ikke inkluderet i begrebet matrikelløse indsatser.

Systematik for vurdering og indplacering af leverandører

Forløbet for socialtilsynenes indplacering af en leverandør består af følgende tre skridt:

- *Dataindhentning.* Socialtilsynene indhenter en række forskellige data om leverandøren for at vurdere specialiseringsniveauet. Disse data indhentes dels via et oplysnings-skema og dels ved et besøg hos leverandøren, hvor ledelsen og udvalgte medarbejdere interviewes.
- *Vurdering og indplacering.* Socialtilsynene vurderer på baggrund af de indhentede data, hvilket specialiseringsniveau leverandøren skal indplaceres på.
- *Afreportering.* Socialtilsynene udarbejder en kort skriftlig rapport, hvoraf begrundelsen for indplaceringen fremgår.

Socialtilsynenes indplacering af leverandørerne på let, moderat og højt specialiseringsniveau foregår med afsæt i en fast systematik, der tager afsæt i tre overordnede hensyn:

1. *Gennemsigtighed.* Det skal være tydeligt for den enkelte leverandør, hvad der ligger bag indplaceringen samt hvilken sammenhæng, der er mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering.
2. *Forudsigelighed.* Der skal være en forudsigelig sammenhæng mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering på specialiseringsniveau.
3. *Ensartethed.* Der skal være en ensartethed i vurderingerne på tværs af de gennemførte vurderinger af specialiseringsniveauer. Det skal bidrage til at sikre, at to leverandører, der bliver vurderet ens i de otte specialiseringsparametre, også bliver indplaceret på det samme specialiseringsniveau.

For hvert specialiseringsparameter vurderer socialtilsynene, om en leverandør opfylder kravene på enten let, moderat eller højt specialiseringsniveau.

Vurderingen foretages på baggrund af en samlet vurdering af den enkelte leverandørs indsatser og ydelser til den pågældende målgruppe efter Serviceloven. Vurderingen kan således omfatte forskellige typer af ydelser, fx udredning, rådgivning og socialpædagogisk støtte. Vurderingen kan også både omfatte matrikelløse og matrikelfaste ydelser eller indsatser, men ydelser uden for servicelovens rammer indgår ikke.

På baggrund af vurderingen af hvert parameter indplaceres leverandøren på ét af de tre specialiseringsniveauer efter en foruddefineret systematik. Socialtilsynene foretager således alene en faglig vurdering i forbindelse med vurderingen af det enkelte specialiseringsparameter. Den endelige indplacering af en leverandør på let, moderat eller højt specialiseringsniveau foretages efter en foruddefineret fast systematik, jf. boks 1 nedenfor. Denne systematik bidrager til, at der tages højde for de tre overordnede hensyn.

Ved indplaceringen af leverandørerne vil de otte specialiseringsparametre i afprøvningen blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en justering, prioritering eller sortering i parametrene.

I systematikken for indplacering på de forskellige specialiseringsniveauer er udgangspunktet, at alle leverandører hører under det specialiserede socialområde og dermed som minimum er let specialiserede.

Boks 1: Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

Specialiseringsniveau	Indplacering
Let	Alle leverandører på det specialiserede socialområde er i udgangspunktet minimum let specialiserede.
Moderat	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på moderat eller højt niveau, indplaceres som moderat specialiserede.
Højt	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på højt niveau og maksimum ét på moderat niveau, indplaceres som højt specialiserede.

Målgruppespecifikke specialiseringsparametre

I dette afsnit udfoldes de otte specialiseringsparametre i forhold til målgruppen børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse.

Formålet med vejledningen er at vejlede socialtilsynene i, hvordan leverandører af sociale indsatser til målgruppen kan indplaceres på de tre specialiseringsniveauer.

Specialiseringsparametrene for målgruppen er udarbejdet på baggrund af de overordnede rammer for specialisering, der fremgår af den generelle model, og med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse.

For hvert specialiseringsparameter er der først en kort beskrivelse af det overordnede indhold i specialiseringsparameteret, som det er formuleret i den generelle model. Derefter følger en oversigt over kravene på hvert af de tre specialiseringsniveauer i relation til målgruppen ledsaget af eksempler på, hvordan det kan komme til udtryk i praksis. Derudover er det beskrevet, hvad socialtilsynene skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter og på hvilket datagrundlag.

For hvert parameter er der henvist til udvalgt viden fra målgruppebeskrivelsen, hvor der findes uddybende beskrivelser af målgruppens funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Her findes også beskrivelser af målgruppens behov for indsatser og det faglige indhold i indsatserne, som kan imødekomme målgruppens behov på de tre specialiseringsniveauer.

Målgruppebeskrivelsen udgør således et væsentligt vidensgrundlag for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialiseringsniveau, og den er et vigtigt supplement til denne vejledning.

Aktiv praksis

I den generelle model beskrives aktiv praksis således:

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejderes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i ideen om, at "øvelse gør mester". Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppenspecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Boks 2: Aktiv praksis i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem</i> børn og unge, voksne eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen</i> ⁶ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem</i> børn og unge, voksne eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen</i> ⁷ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem</i> børn og unge, voksne eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen</i> ⁸ .
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3 (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti</i> børn og unge, voksne	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3, (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti</i> børn og unge eller,	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-3 (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti</i> børn og unge, voksne

⁶ Med "den specifikke del af målgruppen" menes her børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, der har behov for let specialiserede indsatser.

⁷ Med "den specifikke del af målgruppen" menes her børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, der har behov for moderat specialiserede indsatser.

⁸ Med "den specifikke del af målgruppen" menes her børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, der har behov for højt specialiserede indsatser.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Eksempler	<p>eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen.</i></p> <p>Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret indsatser til minimum fem eller minimum ti børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse med få og afgrænsede funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.</p>	<p>voksne eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen.</i></p> <p>Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret indsatser til minimum fem eller minimum ti børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse med en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.</p>	<p>eller ældre <i>i den specifikke del af målgruppen.</i></p> <p>Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret indsatser til minimum fem eller minimum ti børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse med svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.</p>

En aktiv praksis er kendetegnet ved, at medarbejderne har mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere indsatser til minimum fem eller minimum ti børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse i samme specifikke del af målgruppen.

Det vil sige, at der skal være tale om minimum fem eller minimum ti børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, som har behov for indsatser på samme specialiseringsniveau.

En aktiv praksis forudsætter således for leverandører på let specialiseringsniveau, at der er tale om børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse med få og afgrænsede problemstillinger, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i let grad.

På moderat niveau skal der være tale om børn, unge, voksne og ældre med en eller flere problemstillinger, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.

I forhold til leverandører på højt specialiseringsniveau skal der være tale om børn, unge, voksne eller ældre med særligt komplekse problemstillinger, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

Nærmere beskrivelse af typiske problemstillinger for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse på de tre specialiseringsniveauer findes i målgruppebeskrivelsen⁹.

Der skelnes mellem indsatstyper, da en leverandørs indsats til borgere i døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud er mere omfangsrig og dermed giver bedre grundlag for at sikre "øvelse gør mester" end ved indsatser, der ikke omfatter et døgnophold.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Aktiv praksis

Socialtilsynet skal undersøge, hvor mange børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse med behov for indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau, som leverandøren har leveret indsatser til det seneste kalenderår.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren har en aktiv praksis, herunder:

⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med synsnedsættelse, afsnit 2.

- om de børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, som leverandøren leverer indsatser til, har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats.
- om leverandøren leverer indsatser til et tilstrækkeligt antal børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse i den specifikke del af målgruppen til at opretholde en specialisering på hhv. let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Grupperede oplysninger om antal børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse, som leverandøren har leveret indsatser til i løbet af det seneste kalenderår. Suppleret med leverandørens beskrivelse af de fysiske og psykiske funktionsnedsettelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som børnene, de unge, de voksne og de ældre har¹⁰.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysningerne indhentet via oplysningsskemaet.

¹⁰ Leverandøren angiver oplysningerne i oplysningsskemaet i pseudonymiseret form. Det vil sige, at leverandøren ikke må angive oplysninger, der kan være personhenførbare såsom navne, personnumre mv. Dette er tydeliggjort for leverandøren i vejledningen til udfyldelse af oplysningsskemaet og understøttes samtidigt af den måde, oplysningsskemaet er opbygget på.

Praksiserfaring

I den generelle model beskrives praksiserfaring således:

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Boks 3: Praksiserfaring i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for en let specialiseret indsats, har samlet set ¹¹ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for en moderat specialiseret indsats, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for en højt specialiseret indsats, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på let specialiseret niveau er fx praksiserfaring med at yde støtte til personer med synsnedsættelse i forhold til selvstændighed i eget hjem.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseret niveau er fx praksiserfaring med støtte til selvstændighed, udvikling og træning af kommunikative evner samt sociale, personlige og praktiske færdigheder fx fra arbejdet som socialpædagog på et aktivitetstilbud eller i et botilbud.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på højt specialiseret niveau er fx praksiserfaring med at udrede, rådgive, vejlede og undervise mennesker med synsnedsættelse indenfor kompenserende teknikker og strategier ift. O&M og ADL, punktskrift og/eller informations- og kommunikationsteknologi (IKT).

Det gælder for alle niveauer, at praksiserfaringen skal være relevant i forhold til at levere indsatser på det pågældende specialiseringsniveau. Eksempler på målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer kan ses i målgruppebeskrivelsen¹².

¹¹ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring, eller hvor mange års praksiserfaring det skal være.

¹² Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 5.1.

Jo højere specialiseringsniveau, jo flere års erfaring er det nødvendigt, at medarbejderne har. Dette ud fra en betragtning om, at praksiserfaring styrker færdighedsniveauet, således at det kræver to til tre års erfaring at blive kompetent, mens det kræver tre til fem års erfaring at blive kyndig¹³.

Relevant praksiserfaring i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse er fx¹⁴:

- Erfaring med brug af validerede metoder til udredning af udviklings-, kommunikations- og mobilitetsvanskeligheder forårsaget af synsnedsættelse.
- Erfaring med at rådgive personer, der får en synsnedsættelse i forhold til den livsomstillingsproces, personen gennemgår, herunder ændringer i selvbillede, identitet, relationer til nærtstående, kompetencer i forhold til beskæftigelse, sociale aktiviteter mv.
- Erfaring i undervisning i synskompenserende teknikker og strategier til varetagelse af almindelig daglig levevis (ADL), herunder Orientering & Mobility (O&M).
- Erfaring med Informations- og Kommunikationsteknologi til målgruppen, herunder afprøvning, undervisning og teknisk support.
- Erfaring med at udvælge og instruere i brugen af synshjælpemidler og teknologi.
- Erfaring med Punktskrift og taktile læring, didaktik, særlig tilrettelagt materiale, punktskrift-hjælpemidler og teknologi.
- Erfaring med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Praksiserfaring

Socialtilsynet skal undersøge, hvilken og hvor mange års praksiserfaring de medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har med at levere let, moderat eller højt specialiserede indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne har relevant praksiserfaring, herunder:

- om den praksiserfaring, medarbejderne har, er relevant set i forhold til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.
- om andelen af medarbejdere med relevant praksiserfaring svarer til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Grupperet opgørelse over antal medarbejdere, som aktuelt er ansat hos leverandøren, og som leverer indsatser til målgruppen, fordelt på ansættelse (fastansat eller vikar) samt antal års erfaring.
- Beskrivelse af medarbejdernes praksiserfaring med målgruppen.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysninger indhentet via oplysningskemaet.

¹³ Patricia Benner: "Fra novice til ekspert - mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis". Munksgaard, 2013.

¹⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 2.2.

Uddannelsesmæssige kompetencer

I den generelle model beskrives uddannelsesmæssige kompetencer således:

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagte indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne.

Boks 4: Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har samlet set ¹⁵ nødvendige grund- og efteruddannelser ¹⁶ samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Nødvendige grunduddannelser er fx ergoterapeut, fysioterapeut, lærer, pædagog og psykolog.	Nødvendige grunduddannelser er fx ergoterapeut, fysioterapeut, lærer, pædagog og psykolog.	Nødvendige grunduddannelser er fx ergoterapeut, fysioterapeut, lærer, pædagog og psykolog og neuropsykolog.
	Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til øjenssygdomme (oftalmologi og optik), krise- og forandringsprocesser ved nedsat syn. Samt viden	Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til øjenssygdomme (oftalmologi og optik), krise- og forandringsprocesser ved nedsat syn, neuropsykologiske problemstillinger, visuel	Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til øjenssygdomme (oftalmologi og optik), krise- og forandringsprocesser ved nedsat syn, neuropsykologiske problemstillinger, visuel

¹⁵ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke specifikke krav til, hvor stor en andel af medarbejdere, der skal have de nødvendige grund- og efteruddannelser.

¹⁶ Efteruddannelse defineres som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse defineres som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen (Dansk Socialrådgiverforening).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	om komorbiditet og belastningsreaktioner hos personer med synsnedsættelse.	perception, informations- og kommunikationsteknologi. Herudover viden om komorbiditet og belastningsreaktioner hos målgruppen samt tilstødende vanskeligheder.	perception, informations- og kommunikationsteknologi, kompenserende teknikker og strategier ift. ADL og O&M. Herudover viden om komorbiditet og belastningsreaktioner hos målgruppen samt tilstødende vanskeligheder. Nødvendige videreuddannelser eller certificeringer er fx specialistuddannelse i fx klinisk psykologi, krisepsykologi, neuropsykologi, herudover ergoterapeutisk certificerede testredskaber (AMPS, sensorisk profil). Det kan fx være Pædagogisk Diplomuddannelse i Synspædagogik og synsrehabilitering eller specialpædagogik. Eller nordisk Master i synspædagogik og synsrehabilitering. Der kan desuden være andre relevante diplomuddannelser ift. målgruppen, fx læsevejleder, erhvervet eller medfødt hjerneskade kombineret med synsnedsættelse.

Uddannelsesmæssige kompetencer skal ses i forhold til, hvad der kendetegner den indsats, som målgruppen på de tre specialiseringsniveauer har behov for og det faglige indhold i denne indsats. Dette er nærmere beskrevet i målgruppebeskrivelsen.

På både let, moderat og højt specialiseret niveau, er der behov for medarbejdere med synsfaglig viden, kompetencer og praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Det niveau af kompetencer, praksiserfaring og specialisering, der er behov for, kan både afhænge af kompleksiteten af synsnedsættelsen såvel som samspillet mellem det nedsatte syn og den enkeltes livssituation¹⁷.

Den synsfaglige rådgivning og rehabilitering er baseret på en bred vifte af kompetencer og kræver viden om både synsnedsættelse samt tekniske og pædagogiske hjælpemidler for på den måde at hjælpe personen med synsnedsættelse til at kompensere for de synsmæssige udfordringer på den bedste mulige måde. Derudover er den målrettet og tager udgangspunkt i den enkelte person med synsnedsættelse (Målgruppebeskrivelse 0,75, s. 52).

¹⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 5.1.

Synsfaglig rådgivning og rehabilitering forudsætter fagpersoner med en pædagogisk eller sundhedsfaglig grunduddannelse, fx ergoterapeut, fysioterapeut, lærer, psykolog eller pædagog. Da grunduddannelsen ikke er tilstrækkeligt grundlag for at kunne udføre moderat og højt specialiserede indsatser på synsområdet, bør grunduddannelsen altid suppleres med relevant efter- og/eller videreuddannelse, løbende kurser samt grundig og systematisk sidemandsoplæring/mesterlære suppleret med faglig sparring og praktikophold hos erfarne synsprofessionelle. Særligt gælder det, at ADL¹⁸ og O&M¹⁹ bør udføres af specialuddannet fagpersoner med specialviden om synskompenserende teknikker, strategier og hjælpemidler, fx diplomuddannet O&M-instruktør²⁰.

Relevante efter- og/eller videreuddannelse er fx diplommoduler på den pædagogiske diplomuddannelse i synspædagogik og evt. nordisk masteruddannelse i synspædagogik og synsrehabilitering eller tilsvarende certificerede kurser og uddannelser fra udlandet, som ikke tilbydes i Danmark²¹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Uddannelsesmæssige kompetencer

Socialtilsynet skal undersøge de uddannelsesmæssige kompetencer hos alle medarbejdere, der aktuelt er ansat hos leverandøren til at levere indsatser til målgruppen. Det vil sige både fastansatte og timeansatte samt vikarer og eventuelle eksterne konsulenter/eksperter m.fl., som leverandøren bruger i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer hos leverandøren.

Socialtilsynet skal vurdere, om en relevant andel af de medarbejdere, der leverer indsatser til målgruppen, har de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, herunder:

- hvor stor en andel af medarbejderne, der har de grund- efter og videreuddannelser, der er nødvendige i forhold til at levere indsatser til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvor stor en andel af de fastansatte medarbejdere har de særlige uddannelser eller certificeringer, der er nødvendige i forhold til at levere indsatser til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvordan leverandøren eventuel gør brug af eksterne aktører, og om dette sikrer, at de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er til stede.

Datagrundlag

- Grupperet opgørelse over antal medarbejdere, der leverer indsatser til målgruppen, fordelt på grunduddannelser, efter- og videreuddannelse(r) samt kurser eller certificeringer – med mulighed for gruppering af medarbejdere.
- Beskrivelse af, hvordan kompetencer eventuelt sikres ved brug af eksterne aktører. Herunder beskrivelse af, hvordan samt i hvilket omfang disse aktører indgår i indsatsen.
- Interview med ledelsen, hvis der er brug for uddybelse af de oplysninger, der er indhentet via oplysningskemaet.

¹⁸ ADL står for Activities of Daily Living, og kan oversættes til Almindelig Daglig Levevis.

¹⁹ O&M står for Orientering & Mobility, og omhandler evnen til at færdes og orientere sig i nærområde eller over større afstande.

²⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 2.2.

²¹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 2.2.

Fagmiljø

I den generelle model beskrives fagmiljø således:

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har for få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Boks 5: Fagmiljø i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Eksempler	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den let specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den moderat specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den højt specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	Medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Organisatorisk robusthed skal kunne imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger og lignende med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede i indsatsen. Den faglige robusthed skal sikre erfaringsudvikling og faglig sparring, så leverandørerne kan være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Fagmiljø

Socialtilsynet skal undersøge robustheden i leverandørens fagmiljø.

Socialtilsynet skal vurdere, om der er robusthed i leverandørens fagmiljø, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering, herunder:

- om leverandøren har kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne på de respektive specialiseringsniveauer alle dage, året rundt. Det vil sige, om leverandøren kan sikre, at indsatserne kan gives og de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i medarbejdergruppen.
- om der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, hvilket skal vurderes i forhold til leverandørens størrelse.
- om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan de sikrer, at de rette kompetencer er til stede, og at de kan levere indsatserne alle dage, hele året.
- Leverandørens beskrivelse af deres praksis i forhold til vidensdeling, erfaringsudveksling og faglig sparring. Fx beskrivelse af kultur og struktur for vidensdeling i det daglige.
- Oplysninger om medarbejderes uddannelsesmæssige kompetencer og antal års praksiserfaring indhentes og bruges i forbindelse med vurderingen af parametrene "Uddannelsesmæssige kompetencer" og "Praksiserfaring". Disse oplysninger kan holdes op mod antallet af børn og unge, voksne samt ældre med synsnedsættelse, som leverandøren leverer indsatserne til.
- Interview med ledelse og medarbejdere. Fx interview med ledelsen om, hvordan de sikrer organisatorisk robusthed, herunder sikrer de nødvendige kompetencer ved ferie og sygdom samt om, hvordan de understøtter udvikling og opretholdelse af et robust fagmiljø. Interview med medarbejdere om, hvordan erfaringsudveksling og faglig sparring foregår i praksis.

Samarbejdsformer

I den generelle model beskrives samarbejdsformer således:

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På et specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Boks 6: Samarbejdsformer i forhold til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne ved behov har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår - og deltager i - tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og koordineret omkring indsatserne og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår i - og deltager i - tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og tæt koordineret omkring, tværfaglige, helhedsorienterede forløb og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
Eksempler	Leverandøren har fx ved behov statusmøder med en voksen med synsnedsættelse og evt. andre vanskeligheder og dennes kommune omkring personens udvikling og trivsel i fx et botilbud og/eller aktivitetstilbud.	Leverandøren har fortløbende tværfaglige og koordinerende møder med fx en voksen med synsnedsættelse og jobcentret i forhold til tilbagevenden på arbejdsmarkedet efter at synet er forværret eller pludselig mistet. Her deltager synsprofessionel, jobkonsulent og evt. arbejdsgiver.	Leverandøren har fx tværsektorielt samarbejde i form af skriftlige udredningsrapporter, planer, mv. mellem en ung med synsnedsættelse, der skal starte på en ungdomsuddannelse, synsfaglig studievejleder, SPS-vejleder, STUK, NOTA, kommunen og andre relevante aktører, som skal understøtte gennemførelse af uddannelsen. Leverandøren (synskonsulent og psykolog) indgår fx i tværsektorielt samarbejde med for-

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			<p>ældre, sagsbehandler, lærer/skoletilbud og PPR omkring et barn med progredierende lidelse, som rammer både syn, motorik, kognition og kommunikation.</p> <p>Leverandøren indgår fx i samarbejde omkring udredning fx mellem øjenlæge, optometrist og neuropsykolog hos en person, hvor synsbedømmelsen vedrører både synsoplevelsen, den sensoriske forarbejdning og den perceptuelle kategorisering.</p>

Let specialiserede indsatser består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt. Her er der i mindre grad behov for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet.

En moderat specialiseret indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, hvilket forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde. I forhold til personer med synsbedømmelse er der i nogen grad behov for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet om indsatser, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og landsdækkende institutioner. Fx ved akut opstået synstab, ved ændring i funktionsniveau/synsstatus, ved ændring af livssituation, ved overgange i personens liv mv. Der er i nogen grad behov for etablering af en vedvarende koordinerende funktion forankret i et synsfagligt miljø. Der er endvidere i høj grad behov for tæt koordinering og samarbejde mellem kommunale, regionale og landsdækkende synsinstitutioner eller kommunikationscentre samt interesseorganisationer.

En højt specialiseret indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, hvilket forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde. I forhold til personer med synsbedømmelse er der i høj grad behov for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet om indsatser, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale, landsdækkende, statslige og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering og et tæt og integreret samarbejde om den helhedsorienterede indsats. Fx omkring personer med døvblindhed, multiple funktionsbedømmelser, erhvervet hjerneskade, psykiske og sociale problemstillinger mv.

Personer med synsbedømmelse kan have brug for indsatser, som er forankret i sundhedsloven, serviceloven, folkeskoleloven, specialundervisningsloven samt uddannelses- og beskæftigelsesloven. Det betyder, at der indgår en række forskellige fagpersoner i de forløb, som personerne kan blive tilbudt. Fagpersonerne leverer ofte indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder i kommunen, fx kan en autoriseret sundhedsperson levere sundhedsfaglige indsatser i et socialfagligt tilbud eller som en del af et specialundervisningstilbud. Fagpersonerne kan eksempelvis være sundhedsplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, pædagoger,

skolelærere, studievejledere, jobkonsulenter, sagsbehandlere, social- og sundhedsassistenter, forebyggende medarbejdere mv. Indsatserne vil derfor ideelt set foregå i et koordineret samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale, landsdækkende, statslige og private tilbud. Ikke mindst snitfladerne fra det sociale område til undervisnings- og beskæftigelsesområderne er afgørende. Det er derfor af afgørende betydning for personen med synsnedsættelse, at der er fokus på koordinering og samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger og øvrige samarbejdsaftaler, så der er en sammenhæng i personens rehabiliteringsproces²².

Det er vigtigt, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med personen med synsnedsættelse og tager udgangspunkt i personens behov, ønsker og ressourcer i samarbejde med relevante fagpersoner²³.

På børneområdet er koordinering og samarbejde særligt relevant mellem forældre, barnet selv og barnets dagtilbud/skole, barnets synskonsulent, PPR samt den kommunale socialforvaltning. Igennem barnet og den unges opvækst er der flere overgange og skift, som stiller ekstra krav til koordinering og samarbejde. Det drejer sig bl.a. om overgangen fra dagtilbud til skole og overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse²⁴.

For unge med synsnedsættelse er det særligt vigtigt, at samarbejdet mellem den unge, den unges pårørende, synsprofessionelle, UU-vejledere og andre relevante fagpersoner, bidrager til en god overgang til voksenlivet. Herunder er det vigtigt, at der for unge med synsnedsættelse, som nærmer sig 18 år, er fokus på overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse. For unge med synsnedsættelse i det tidlige voksenliv (ca. 19-27 år) er det vigtigt, at der er opmærksomhed på de nye udfordringer, der opstår i den forbindelse som fx at flytte hjemmefra, studere, starte arbejdsliv, parforhold og at blive forældre²⁵.

På voksen- og ældreområdet vil der typisk være behov for tæt koordinering og samarbejde mellem personen med synsnedsættelse, pårørende, synsprofessionelle, øjenlæge, optiker, optometrister og andre relevante fagpersoner for at kunne støtte og hjælpe den enkelte bedst muligt. Andre fagpersoner kan være sagsbehandlere, jobcentre, hjemmeplejen, beskæftigelses- eller uddannelsesstilbud, samt eventuelt kontaktperson, bostøtte eller botilbud.²⁶

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Samarbejdsformer

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren samarbejder tværfagligt internt og eksternt og eventuelt tværsektorielt med andre faggrupper. Herunder leverandørens praksis, procedurer og formaliserede samarbejdsaftaler.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne samarbejder med relevante parter tværfagligt og tværsektorielt, herunder:

- om medarbejderne arbejder tværfagligt og tværsektorielt.
- om medarbejderne samarbejder med de aktører, der er relevante set i forhold til de enkelte børn og unges, voksnes eller ældres behov.
- om samarbejdet er systematisk. Det vil sige, om det er en integreret del af leverandørens måde at arbejde på.

²² Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 1.3. og afsnit 4.2.

²³ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 1.3.

²⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 1.3.

²⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 1.3.

²⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 1.3.

- om samarbejdet har karakter af orientering/ad hoc koordinering, koordinering af delindsatser i et forløb eller en integreret teambaseret indsats.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse er organiseret og foregår i praksis.
- Formaliserede samarbejdsaftaler og procedurer.
- Interview med ledelse og medarbejdere om, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis.

Vidensudvikling

I den generelle model beskrives vidensudvikling således:

Vidensudvikling indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatserne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppenspecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Boks 7: Vidensudvikling i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse ²⁷ og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for synsnedsettelse.
Eksempler	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og eventuelt videreuddannelse, der giver medarbejderne generel viden om eget fag i forhold til målgruppen og generel viden om øjenssygdomme (oftalmologi og optik), generel viden om synsnedsettelsens indvirkning på funktionsevne, udvikling, læring, aktivitet og deltagelse, herunder krise- og belastningsreaktioner hos personer med synsnedsettelse, samt	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne særlig viden om eget fag i forhold til målgruppen samt særlig viden om øjenssygdomme (oftalmologi og optik), synsnedsettelsens indvirkning på funktionsevne udvikling, læring, aktivitet og deltagelse, herunder krise og belastningsreaktioner samt særlig viden om kompenserende foranstalt-	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne specialiseret viden om eget fag i forhold til målgruppen, og specialiseret viden om øjenssygdomme (oftalmologi og optik), synsnedsettelsens indvirkning på funktionsevne udvikling, læring, aktivitet og deltagelse, herunder krise og belastningsreaktioner samt særlig viden om kompense-

²⁷ Efteruddannelse er defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen (Dansk Socialrådgiverforening).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	generel viden om kompenserende foranstaltninger/grundlæggende teknikker og strategier ift. ADL og O&M.	ninger, foranstaltninger/grundlæggende teknikker og strategier ift. ADL og O&M.	rende foranstaltninger, foranstaltninger/grundlæggende teknikker og strategier ift. ADL og O&M. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på synsnedsettelsesområdet fx i form af at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter på tværs af kommunale, regionale og landsdækkende tilbud, levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører eller medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner.

Synsfaglige medarbejdere bør på alle niveauer have et bredt kendskab til, og en bred indsigt i synsområdet. Med stigende kompleksitet og sværhedsgrad af funktionsnedsettelsen i målgruppen, er der behov for øget specialisering hos den enkelte medarbejder samtidig med at kendskab og indsigt i hele området er nødvendigt. Desuden er det nødvendigt med et bæredygtigt fagligt vidensmiljø, hvor der er mulighed for deltagelse i synsfaglige og tværfaglige netværk og vidensmiljøer med vidensdeling, sparring mm.

Synsfaglig specialviden (og kompetencer) omhandler bl.a. aktuel viden om følgende:

- Synsnedsettelse i teori og praksis.
- Målgruppens udvikling, samt forhold, som påvirker målgruppen, fx nye årsager til alvorlig synsnedsettelse og sociale forhold i målgruppen.
- Synsnedsettelse som følge af medfødt og erhvervet hjerneskade.
- Punktskrift og taktil læring, didaktik, særlig tilrettelagt materiale, punktskrifthjælpemidler og teknologi.
- Validerede metoder til udredning af udviklings-, kommunikations- og mobilitetsvanskeligheder forårsaget af synsnedsettelse.
- Synskompenenserende teknikker og strategier i ADL og O&M.
- Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT).
- Synshjælpemidler og teknologi. Herunder udvælgelse af det rigtige hjælpemiddel og instruktion i anvendelsen, så det sikres at personen kan benytte det effektivt.
- Den livsomstillingsproces personen gennemgår, når man får en synsnedsettelse, herunder ændringer i selvbillede, identitet, relationer til nærtstående, kompetencer i forhold til beskæftigelse, sociale aktiviteter mv.
- Inklusionsstrategier for målgruppen i almene tilbud og samfundsdeltagelse.
- Relevant lovgivning på social-, undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet samt tilgrænsende relevant lovgivning.
- Sammenhængende, koordinerende og effektive forløb under hensyn til hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Det er væsentligt, at medarbejdernes viden løbende opdateres via efteruddannelser, som er specifikke ift. synsudsættelser, herunder kurser, og via eventuelle videreuddannelser, der matcher behovet for indsatser på det pågældende specialiseringsniveau.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Vidensudvikling

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren holder sig opdateret om aktuelt bedste viden på området synsudsættelse. Socialtilsynet skal endvidere undersøge, hvordan leverandøren bidrager til udvikling af aktuelt bedste viden på området, og hvori det bidrag består.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren løbende holder sig opdateret med aktuell bedste viden om synsudsættelse, herunder:

- om leverandøren løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder, faglige tilgange og hjælpemidler, der er relevante for indsatserne til målgruppen børn, unge, voksne eller ældre med synsudsættelse.
- om leverandøren bidrager til vidensudvikling på området synsudsættelse. Dette kan leverandøren fx gøre ved at opsamle og videreformidle viden fra egen eller andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter og/eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner eller andre leverandører om målgruppen synsudsættelse.

Datagrundlag

- Oplysninger om kompetenceudviklingsaktiviteter for medarbejderne inden for de seneste to år.
- Leverandørens kompetenceudviklingsstrategi.
- Oplysninger om vidensudviklingsaktiviteter såsom rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører, deltagelse i faglige netværk, udviklings- og forskningsprojekter mv. på synsområdet, som leverandøren deltager aktivt i eller leder.
- Interview med ledelse og medarbejdere, der er behov for uddybning af de oplysninger, der er indhentet via oplysningskemaet.

Metoder og faglige tilgange

I den generelle model beskrives metoder og faglige tilgange således:

Metoder og faglige tilgange indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på blandt andet at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppespecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Boks 8: Metoder og faglige tilgange i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange ²⁸ , der er relevante og gerne dokumenteret virksomme i forhold til at levere indsats på let specialiseringsniveau til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante og gerne dokumenteret virksomme i forhold til at levere indsats på moderat specialiseringsniveau til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksnes eller ældres specialiserede behov.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante og gerne dokumenteret virksomme i forhold til at levere indsats på højt specialiseringsniveau til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksnes eller ældres mere specialiserede behov.
Eksempler	Relevante metoder i en let specialiseret indsats er fx observationer af hverdagsaktiviteter (IPPA).	Relevante metoder og faglige tilgange i en moderat specialiseret indsats er fx observationer af hverdagsaktiviteter (IPPA), Lysudredning og Sensorisk profil.	Relevante metoder og faglige tilgange i en højt specialiseret indsats er fx Synskuffert, Fokus MDVI, Kortlægning af synsfunktion, Synstest Kay Pictures, Den interaktionsbaserede observationsmetode, Stressprofilen, Funktionsundersøgelse i O&M, Observationer af hverdagsaktiviteter (ADL), Lysudredning, Sensorisk profil, Pre-employment Programme (P.E.P.).

²⁸ Jf. Socialstyrelsens begrebsbase defineres *metode* som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (link til begrebsbasen)

Der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange²⁹, som kan anvendes afhængig af behov hos den enkelte og omgivelsernes krav.

De forskellige metoder kan typisk modelleres til at imødekomme personen med synsnedsættelses behov for indsatser med forskellige specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er derfor relateret mere til de kompetencer, den viden og erfaring, som fagpersoner på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau skal have i forhold til at kunne anvende, tilpasse og kombinere metoderne, så de passer til den enkelte person. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne således i højere grad have kompetencer til at anvende en vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder, der adresserer forskellige områder af barnets, den unges, den voksne eller den ældres funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer. Der er også metoder, tilgange og programmer, som kræver en efteruddannelse eller specialiseret kursus³⁰.

I målgruppebeskrivelsen nævnes en række eksempler på metoder og faglige tilgange på synsområdet. Det er blandt andet forskellige synstest, metoder til lysudredning, metoder til udredning af funktionelt syn hos personer med lavt funktionsniveau (fx Synskuffert), psykologiske test til kognitiv udredning, metoder til observation af hverdagsaktiviteter (ADL), metoder til udredning af aktivitets- og deltagelsesproblemer (fx IPPA og COPM) og metoder til undersøgelse af funktionsniveaen i relation til O&M. Relevante faglige tilgange er fx narrativ og psykodynamisk tilgang³¹.

Det er væsentligt at indarbejde evaluering i de enkelte indsatser for at sikre, at personen med synsnedsættelse kontinuerligt udvikler synskompenserende færdigheder og opnår progression i forhold til ADL, mobilitet, punktskrift og læsning samt anvendelsen af hjælpemidler og teknologi til dette:

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Metoder og faglige tilgange

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke metoder og faglige tilgange medarbejderne anvender, og hvordan de arbejder med disse.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren anvender målgruppespecifikke og dokumenteret virksomme faglige tilgange og metoder i indsatsen, herunder:

- om medarbejderne arbejder med afsæt i en velfunderet praksis.
- om medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante set i forhold til den indsats, der leveres til hhv. børn og unge, voksne og ældre med synsnedsættelse. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne kunne anvende en række metoder og skal kunne tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksne eller ældre.

Datagrundlag

- Beskrivelse af, hvilke metoder og faglige tilgange, leverandøren anvender.
- Beskrivelse af, hvordan leverandøren anvender metoderne i praksis.
- Interview med ledelse og medarbejdere, hvis der er behov for at uddybe de oplysninger, som er indhentet via oplysningsskemaet.

²⁹ *Metode* defineres som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (link til begrebsbasen).

³⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 5.1.2.

³¹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, afsnit 5.1.2.

Hjælpemidler og teknologi

I den generelle model beskrives hjælpemidler og teknologi således:

Hjælpemidler og teknologi indebærer et fokus på, at medarbejderne, når det er relevant, skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen for at imødekomme konkrete behov hos den enkelte borger.

På alle specialiseringsniveauer kan der være behov for hjælpemidler og teknologi, men det er individuelt og uafhængigt af specialiseringsniveau, hvilke konkrete typer af hjælpemidler og teknologier der er relevante for den enkelte borger. På moderat og højt specialiseret niveau vil målgruppen ofte have et større behov for løbende tilpasning af indsatsen med og sammensætningen af hjælpemidler og teknologi.

Boks 9: Hjælpemidler og teknologi i forhold til børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, har kompetencer til at understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne.	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, har kompetencer til at understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi.	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsettelse, har omfattende og bred viden om eksisterende hjælpemidler og teknologi samt høje kompetencer i anvendelse, afprøvning, tilpasning og understøttelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel eller teknologi. Medarbejderne skal kunne vejlede og undervise andre fagpersoner i at understøtte brugen af hjælpemidler hos personer med synsnedsettelse.
Eksempler	Medarbejderne kan vejlede og rådgive i brug af simple synskompenserende hjælpemidler, i forhold til en given simpel opgave/aktivitet	Medarbejderne kan vejlede og rådgive i brug af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given opgave/aktivitet.	Medarbejderne kan vejlede, rådgive i og understøtte tilpasning af komplekse synskompenserende hjælpemidler i forhold til en given kompleks opgave/aktivitet. Medarbejderne kan vejlede og undervise pædagoger, lærere og støttepædagoger i brugen af komplekse synskompenserende hjælpemidler som fx

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			punktskrift og før-punkt samt hjælpemidler i relation hertil.

Mange personer med synsnedsettelse benytter hjælpemidler i hverdagen og anvender flere forskellige typer af hjælpemidler, og der er store individuelle forskelle på, hvilke hjælpemidler den enkelte person kan have brug for³².

Personer med synsnedsettelse kan have behov for kompenserende hjælpemidler og materialer, samt have behov for særlig indretning og belysning. Forskellige typer af hjælpemidler er en forudsætning for at kunne få adgang til information, orientere sig og færdes selvstændigt og sikkert. Hjælpemidlerne kan i forskellig udstrækning kompensere for det nedsatte syn og er væsentlige for, at personen kan indgå i skole, uddannelse og arbejde samt øvrige dele af livet. Hjælpemidler og teknologi har fx betydning for personens muligheder for læring, udvikling, deltagelse men også eksempelvis for personens identitetsudvikling, kropsforståelse og muligheder for at opbygge sociale kompetencer. Hjælpemidler spiller herved en afgørende rolle i forhold til at kompensere målgruppen for synsnedsettelsen, understøtte mestring, selvstændighed, deltagelse og livskvalitet for personer med synsnedsettelse.

I målgruppebeskrivelsen³³ er forskellige typer af hjælpemidler nærmere beskrevet. På hjælpemiddeldatabasen³⁴ kan der også findes nærmere beskrivelse af forskellige synskompenserende hjælpemidler til personer med synsnedsettelse.

En struktureret tilgang til hjælpemiddelformidlingen understøtter optimal brug af hjælpemidlerne. Den består fx i udredning/afdækning, afprøvning, instruktion og træning, inddragelse samt regelmæssig opfølgning. Den strukturerede tilgang skal sikre, at hjælpemidlet løbende bliver tilpasset personen, og at der følges op på brugen af hjælpemidlet efter nogen tid³⁵.

For at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi skal medarbejderne have viden om hjælpemidlet og færdigheder til at kunne understøtte den enkelte person med synsnedsettelse i at bruge det. For at et hjælpemiddel får den forventede effekt for den enkelte, er det vigtigt, at hjælpemidlet bliver formidlet fagligt kompetent. En vigtig del af implementeringen af et hjælpemiddel er oplæring eller træning i brugen af det i den situation, hvor det skal anvendes³⁶.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Hjælpemidler og teknologi

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke hjælpemidler og teknologi medarbejderne anvender i indsatsen.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier, herunder:

- om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

³² Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse, afsnit 5.1.3.

³³ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse, afsnit 5.1.3.

³⁴ Hjælpemiddelbasen.

³⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsettelse, afsnit 5.1.3.

³⁶ Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet.

- om medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelse af relevante hjælpemidler og teknologi i indsatsen svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

Datagrundlag

- Oplysninger om de kategorier af hjælpemidler og teknologier, leverandøren anvender til målgruppen med angivelse af, hvor mange børn og unge, voksne eller ældre der bruger hjælpemidlerne samt angivelse af, hvordan det er sikret, at der er de rette kompetencer til stede hos leverandøren ift. at understøtte anvendelsen af hjælpemidlet.
- Ved besøget kan socialtilsynet observere brugen af hjælpemidler og teknologi eller bede en medarbejder om at demonstrere, hvordan medarbejderen understøtter et barn, en ung, en voksen eller en ældre person med synsnedsettelse i at anvende hjælpemidlet.
- Interview med ledelse og medarbejdere: Ledelsen kan fx interviewes om, hvordan det sikres, at medarbejdere har de rette kompetencer ift. at understøtte brugen af hjælpemidler og teknologi. Medarbejdere kan fx interviewes om, hvordan de i det daglige understøtter børnene og de unge, de voksne eller de ældre i at anvende hjælpemidler og teknologi.

Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for synsnedsættelse

Dette bilag er en oversigt over de otte målgruppespecifikke specialiseringsparametre for børn, unge, voksne og ældre med synsnedsættelse, som vejledningen omhandler.

Boks 10: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre på området for synsnedsættelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum fem børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>
	Leverandører, der ikke er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>	Leverandører, der ikke er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>	Leverandører, der ikke er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, (herunder leverandører af matrikelløse indsatser), har det seneste kalenderår leveret indsatser til <i>minimum ti børn og unge, voksne eller ældre i den specifikke del af målgruppen.</i>
Praksiserfaring	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for en let specialiseret indsats, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for en moderat specialiseret indsats, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, der har behov for højt specialiseret, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Uddannelsesmæssige kompetencer	De medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har samlet set nødvendige grund- og efterud-	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har nødvendige grund- og efteruddannelser	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der leverer indsatser til børn og unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har nødvendige

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Fagmiljø	dannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Samarbejdsformer	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Vidensudvikling	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for synsudsættelse.
Metoder og faglige tilgange	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge,	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge,

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Hjælpemidler og teknologi	<p>unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse.</p> <p>De medarbejderne, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har kompetencer til understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne.</p>	<p>voksne eller ældre med synsnedsættelse, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksne eller ældres specialiserede behov.</p> <p>De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har kompetencer til at understøtte afprøvning, implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi</p>	<p>voksne eller ældre med synsnedsættelse, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge, voksne eller ældres mere specialiserede behov.</p> <p>De medarbejdere, der leverer indsatser til børn, unge, voksne eller ældre med synsnedsættelse, har omfattende og bred viden om eksperterende hjælpemidler og teknologi samt høje kompetencer i anvendelse, afprøvning, tilpasning og understøttelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel eller teknologi.</p> <p>Medarbejderne skal kunne vejlede og undervise andre fagpersoner i at understøtte brugen af hjælpemidler hos personer med synsnedsættelse.</p>

39.
Evaluering af model for specialisering



Socialstyrelsen

Evaluering af model for specialisering

Spør 2 i Evaluering af det
specialiserede socialområde

oktober 2021

Evaluering af model for specialisering
Spør 2 i Evaluering af det specialiserede socialområde

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet 8. oktober 2021

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital ISBN: 978-87-94059-51-0

Indhold

Forord	1
1. Sammenfatning	2
1.1 Modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen	3
1.2 Modellens accept og forudsætninger for udbredelse	5
2. Formål og genstand for evalueringen i spor 2.....	8
2.1 Formål med evalueringen.....	8
2.2 Evalueringens genstand.....	8
2.2.1 Specialiseringsmodellens parametre	10
2.3 Evalueringens hovedspørgsmål	13
2.4 Evalueringsdesign og metoder	14
2.4.1 Datagrundlag	14
3. Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen.....	17
3.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier.....	17
3.2 Afprøvning af specialiseringsmodellen på tre pilotområder	18
3.2.1 Specialistgruppers beskrivelse af målgruppers problemstillinger og indsatsbehov	18
3.2.2 Delkonklusioner – specialistgruppernes erfaringer og vurderinger	28
3.2.3 Socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører.....	29
3.2.4 Delkonklusioner – socialtilsynenes arbejdsgruppers erfaringer og vurderinger	43
3.2.5 Modellens relevans for myndighedsfunktioner	43
3.2.6 Delkonklusioner – relevans for myndighedsfunktioner	46
4. Modellens accept og forudsætninger for udbredelse	48
4.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier.....	48
4.2 Forudsætninger for udbredelse af modellen til andre områder	48
4.2.1 Interessenters tilbagemeldinger på afprøvningen på pilotområder.....	48
4.2.2 Interessenters accept og vurdering af modellens anvendelighed	49
4.2.3 Interessenters vurdering af forudsætninger for udbredelse af modellen	52
4.3 Delkonklusioner – interessentperspektiver	54
4.3.1 Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed.....	54
4.3.2 Forudsætninger for anvendelse af modellen i specialeplanlægning.....	54
Bilag.....	56
A. Metodebeskrivelse	56
B. Datarapport	56

Forord

Evaluering af det specialiserede socialområde har til formål at sikre, at børn, unge og voksne i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap får den hjælp, de har behov for. Som det fremgår af kommissoriet for evalueringen skal formålet opnås gennem en evaluering i tre spor:

1. Afdækning af det specialiserede socialområde
2. Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning
3. Initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

Spør 1 om afdækning af tilbud, målgrupper og strukturel opbygning på det specialiserede socialområde samt spør 3 om udarbejdelse af løsningsforslag varetages af Social- og Ældreministeriet, mens spør 2 varetages af Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens arbejde med spør 2 indgår tre hovedleverancer:

- udarbejdelse af en generel model for opgørelse af specialiseringsniveau
- afprøvning af modellen på tre pilotområder (autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse)
- evaluering af erfaringerne fra afprøvningen

Denne rapport indeholder Socialstyrelsens evaluering af erfaringer med udvikling og afprøvning af en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

Først gengives hovedkonklusionerne i en kort sammenfatning af rapporten. Kapitel 2 indeholder en kort indledning til initiativet og en gennemgang af den model, som er udviklet og afprøvet.

Kapitel 3 vedrører modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen. Her indgår erfaringer og vurderinger hos de fagspecialister, tilsynskonsulenter og andre ressourcepersoner, som har medvirket til udarbejdelse af beskrivelser, vejledninger og vurderinger. Endvidere indgår perspektiver fra medarbejdere i myndighedsfunktioner, som er blevet interviewet om modellen og målgruppebeskrivelsernes relevans for praksis hos myndigheder, som visiterer til indsatser på pilotområderne.

Kapitel 4 vedrører bredere perspektiver på modellens gyldighed og anvendelighed fra aktører på området. Her belyses interessentperspektiver på modellens legitimitet og forudsætninger for dens anvendelse i specialeplanlægning gennem feedback fra interessenter på det specialiserede socialområde.

1. Sammenfatning

Regeringen igangsatte i juni 2020 en evaluering af det specialiserede socialområde. Formålet er at sikre, at mennesker i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap modtager den hjælp, de har behov for. Evalueringen gennemføres i tre parallelle spor. Socialstyrelsen forestår spor 2, der omfatter udarbejdelse, afprøvning og evaluering af en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer (herefter: *specialiseringsmodellen*).

Denne rapport indeholder resultaterne af evalueringen af specialiseringsmodellen på baggrund af afprøvningen på tre pilotområder; autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse. Evalueringen har fokus på modellens faglige gyldighed og operationelle anvendelighed på de tre pilotområder samt en belysning af interessentperspektiver på modellens legitimitet og dens videre anvendelse til specialeplanlægning.

Specialiseringsmodellen indeholder en beskrivelse af målgrupper, indsatsbehov og den nødvendige specialisering hos de leverandører, som skal levere de pågældende indsatser. Afprøvning og evaluering af modellen er udført i fire overordnede delprocesser.

Evalueringens første del har fokus på, om modellen er gyldig og anvendelig som ramme for beskrivelse af pilotmålgruppernes problemstillinger og indsatsbehov på tre niveauer. Genstanden for evalueringens første del er således de specifikke målgruppebeskrivelser, som er udarbejdet for hvert af de tre pilotområder i et samarbejde mellem Socialstyrelsen og specialistgrupper fra de relevante praksisfelter¹.

Evalueringens anden del omhandler specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed til vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører. Socialstyrelsen udarbejdede på baggrund af målgruppebeskrivelserne vejledninger til socialtilsynenes vurdering af specialisering hos leverandører på hvert af de tre pilotområder. I denne del af afprøvningen forestod de fem socialtilsyn indhentning af oplysninger og vurdering af leverandører.

I evalueringens tredje del er modellen blevet præsenteret for medarbejdere i myndighedsfunktioner inden for de tre pilotområder med henblik på undersøgelse af modellens relevans for myndighedspraksis og visitation.

I fjerde del indgår en belysning af interessentperspektiver² på modellens legitimitet og forudsætninger for dens anvendelse til specialeplanlægning.

Evalueringen beror på data indsamlet fra januar 2021 til maj 2021 via surveys og gruppeinterviews med deltagere fra specialistgrupper, socialtilsyn og myndighedsfunktioner samt drøftelser med interessenter på områderne.

¹ Bestående af fagspecialister, repræsentanter for henholdsvis et driftsherreperspektiv, brugerorganisationer, socialtilsyn, ledere og andre ressourcepersoner med særlige kompetencer og et særligt ansvar.

² Listen over interessenter fremgår af bilag A.

1.1 Modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

Herunder sammenfattes evalueringens hovedkonklusioner.

Specialistgruppers erfaringer med beskrivelse af målgrupper

Specialistgrupper anvendte specialiseringsmodellen som ramme for at beskrive de tre pilotmålgruppers problemstillinger og indsatsbehov i målgruppebeskrivelser. Overordnet finder specialisterne specialiseringsmodellens logik for graduering af målgruppers problemstillinger og indsatsbehov på let, moderat og højt niveau både relevant og fagligt gyldig. Samtidig rejser medlemmer af specialistgrupperne en række opmærksomhedspunkter vedrørende modellens gyldighed og anvendelighed.

Modellens forståelse af en borgers funktionsevne og behov deles af medlemmer af specialistgrupperne. Det indebærer, at funktionsevnen ikke bare afhænger af funktionsnedsættelsen i sig selv, men af borgerens mestringssevne og ikke mindst af forhold i omgivelserne, som kan understøtte eller udgøre barrierer for borgerens aktivitet og deltagelse. Funktionsevne og indsatsbehov kan således ændre sig over kort tid. Samtidig kan en borger have indsatsbehov på flere specialiseringsniveauer på samme tid. Det betyder, at *den samlede indsats* til en borger kan fordrer samarbejde mellem leverandører, som leverer ydelser på forskellige specialiseringsniveauer. Relevansen af det lette specialiseringsniveau varierer mellem delområder, og når det er relevant, vil det ofte indgå i en samlet indsats eller et forløb, hvor der også indgår moderat eller højt specialiserede indsatser.

Specialiseringsmodellen er afgrænset til at omfatte indsatser inden for serviceloven. Det rejses af specialisterne som en problematik, fordi relevante indsatser ofte går på tværs af lovgivninger og kan være afhængige af hinanden for at kunne efterleve det samlede formål med foranstaltningen. Når målgruppens problemstillinger i målgruppebeskrivelserne beskrives helhedsorienteret, er det udelukkende indsatser efter serviceloven, som gradueres direkte i modellen. Dette medfører efter flere specialisters opfattelse en begrænsning i målgruppebeskrivelsernes faglige gyldighed.

Specialisterne giver endvidere udtryk for en generel bekymring for, om specialeplanlægning kan medføre øget centralisering af højt specialiserede tilbud. Hvis et tilbud ligger i lang afstand fra en borgers hjem, vil det medføre et behov for kontinuerligt fokus på kontakt til netværk.

Specialistgrupperne fandt det inddragende at medvirke til udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne, men fandt også at processen var karakteriseret ved et stort tids- og arbejdspress.

Specialiseringsmodellens relevans for myndighed

Sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere fra kommunale myndighedsfunktioner blev interviewet om specialiseringsmodellens relevans og gyldighed i myndighedspraksis; selvom den afprøvede specialiseringsmodel ikke er udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Generelt er der accept af modellens grundlæggende principper og parametre blandt de interviewede, der anser den for at være relevant i myndighedspraksis, men de deler også flere af de samme opmærksomhedspunkter som specialistgrupperne.

Det gælder vigtigheden af, at borgerens indsatsbehov forstås dynamisk, og at mange borgere modtager en samlet indsats sammensat af indsatser fra leverandører på flere specialiseringsniveauer og på tværs af lovgivninger. Myndighedspersonerne finder, at indsatser på let specialiseret niveau er mere vanskelige at identificere, og det understreges, at det ikke er

funktionsnedsættelsen i sig selv, men et samspil af faktorer, som udgør kompleksiteten. Fastholdelse af kontakt til familie og netværk, hvis et højt specialiseret tilbud ligger i lang afstand fra en borgers hjem, er også et opmærksomhedspunkt hos medarbejdere i myndighedsfunktioner.

Selvom specialiseringsmodellens forståelse af kompleksitet ikke er ukendt for medarbejdere i myndighedsfunktioner, vil formaliseret stillingtagen til faglig specialisering i indsatsen være en ny dimension i sagsgangene, der adskiller sig fra mere velkendte forhold relateret til en borgers støttebehov såsom omfang, varighed og intensitet i ydelser.

Erfaringer med socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører

Tilsynskonsulenter og andre medlemmer³ af socialtilsynenes arbejdsgrupper, der i afprøvningen vurderede specialiseringsniveauet hos et udsnit af leverandører på de tre pilotområder, finder overvejende hvert af de otte parametre for specialisering hos leverandører (Tabel 3 side 11) både relevante og egnede til vurdering af specialisering.

Flere fremhæver, at specialiseringsmodellen kan gå 'hånd i hånd' med og supplere kvalitetsmodellen, da den skærper blikket på andre dimensioner i leverandørens kapacitet og giver en styrket opmærksomhed på, at en borgers behov for specialiseret støtte til udvikling ikke nødvendigvis er dækket, selvom borgeren er i trivsel.

Anvendeligheden af nogle af parametrene viste sig imidlertid forholdsvis vanskelig i afprøvningen. Dels kan parametrenes graduering på let, moderat og højt niveau forekomme utydelig, og dels har de indhentede oplysninger fra leverandørerne i en række tilfælde været utilstrækkelige for vurderingen. Det gælder særligt parametrene 'aktiv praksis' og 'praksiserfaring' og i nogen grad 'hjælpe midler og teknologi'.

I vejledningerne til socialtilsynenes vurdering af de enkelte parametre for specialisering henvises til de respektive målgruppebeskrivelser for pilotområderne. Målgruppebeskrivelserne udgør dermed et nødvendigt supplement for, at socialtilsynene kan vurdere, om leverandørens specialisering er passende i forhold til målgruppens behov på hhv. let, moderat eller højt niveau.

Imidlertid har målgruppebeskrivelserne været vanskelige for socialtilsynenes arbejdsgrupper at anvende i vurderingen, idet det har været krævende at koble målgruppebeskrivelsen direkte til beskrivelsen af parametre i vejledningen. Dette har kompliceret vurderingen af de parametre, hvis beskrivelser er mest afhængige af målgruppebeskrivelserne.

Opmærksomhedspunkter for det videre arbejde

Opmærksomhedspunkterne fra specialisterne, myndighedspersonerne og de sociale tilsyn er beskrevet i kapitel 3. En række af disse opmærksomhedspunkter knytter sig til de følgende temaer:

- Modellen bør understrege forståelsen af, at en borgers funktionsevne afhænger af omgivelser og mestringssevne. En borgers indsatsbehov må derfor forstås dynamisk.
- Det kan udfoldes yderligere, at en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid, og at flere leverandører med forskellige specialiseringsniveauer kan samarbejde om eller koordinere en samlet indsats.

³ Dækker over fagkonsulenter, udviklingskonsulenter eller lignende.

- Der er risiko for, at afgrænsningen til indsatser inden for serviceloven kan afkoble beskrivelsen fra relevante indsatser til målgrupperne efter anden lovgivning. Rammen for målgruppebeskrivelsen bør give større mulighed for at beskrive samarbejdet mellem aktører på tværs af områder, som indgår i *en samlet indsats* til en borger.
- Beskrivelsen af det let specialiserede niveau i målgruppebeskrivelser kan nuanceres, så det fremgår, at niveauets relevans varierer mellem delområder. Det vil give mulighed for at fremhæve, hvornår det er relevant.
- Specialisering er en ny dimension i myndighedspraksis, som er forskellig fra omfang, varighed og intensitet i støttebehov. Specialiseringsmodellens kompleksitetsforståelse vil imidlertid kunne koble sig til eksisterende forståelser i feltet.
- Der er i praksisfeltet en opmærksomhed på balancen mellem centralisering af højt specialiserede indsatser og et nærhedsprincip, herunder kontakt til familie og netværk. Matrikelløse indsatser kan være relevante i denne sammenhæng, idet leverandører af højt specialiserede matrikelløse indsatser kan indgå sammen med andre leverandører i en samlet indsats for borgeren.
- Målgruppebeskrivelsens formål og tiltænkte anvendelse bør gøres tydelig for specialistgrupper og andre, som medvirker til udarbejdelsen. Sammenhængen mellem målgruppebeskrivelse og den målgruppespecifikke vejledning til vurdering af leverandører bør være let gennemskuelig for den, der skal foretage vurdering.
- Den indbyrdes afgrænsning og graduering af parametrene for vurdering af specialisering hos leverandører bør være tydeligere.

1.2 Modellens accept og forudsætninger for udbredelse

Interessenters tilbagemeldinger om afprøvningen på pilotområder

En række interessenter har i forbindelse med afprøvning og evaluering af specialiseringsmodellen givet udtryk for, at modellen er relevant og værd at arbejde videre med. Samtidig udtrykkes kritik om eller bekymring for konkrete operationaliseringer af nogle af parametrene og af de administrative arbejdsgange hos leverandører og socialtilsyn, der indgår i forbindelse med en vurdering.

Andre interessenter har tilkendegivet en grundlæggende kritik af modellens gyldighed og anvendelighed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet. I den sammenhæng fremhæves, at modellens anvendelighed i høj grad afhænger af scenariet for specialeplanlægning. Af scenarier blev nævnt henholdsvis en certificeringsmodel for hele områder eller en model med specialeplanlægning kun for udvalgte delmålgrupper med særligt komplekse problemstillinger.

Nogle interessenter tolker udfaldet af afprøvningen sådan, at det med vurderingerne på to af de tre pilotområder, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse, ikke er lykkedes at tegne et retvisende billede af leverandørernes specialisering. Det forhold, at modellen har fokus på tilbuds- eller leverandørniveau og ikke på fx afdelingsniveau blev nævnt som en mulig medvirkende årsag til, at andelen af højt specialiserede leverandører er højere end forventet. Der nævnes flere muligheder for et mere præcist fokus: vurderingen kan vedrøre specialisering hos afdelinger i en større leverandørorganisation, eller modellen kan ændres så den i stedet for målgrupper tager udgangspunkt i specialer forstået som indsatser, funktioner og vidensmiljøer.

Desuden fremhæves et behov for at fokusere på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer, og hvad det kræver af socialtilsynet at kunne foretage vurderinger

heraf. Både uddannelsesmæssige kompetencer eller realkompetencer, der ikke beror på formelle kompetencer, men fx er tilegnet gennem praksis eller sidemandsoplæring på et område, nævnes som relevante. Interessenter fremhæver også, at der for nuværende kun i mindre omfang findes autoriserede tilgange til realkompetencevurdering.

Blandt interessenter efterspørges endvidere, at specialiseringsmodellen i højere grad har fokus på de tværsektorielle sammenhænge, som sociale indsatser indgår i, fx sammenhænge til sundhedsfaglige og undervisningsmæssige specialer.

Interessenters perspektiver på modellens anvendelighed til specialeplanlægning

Der fremhæves flere grunde til at foretrække et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder, herunder en mindre administrationsbyrde og et større fokus på delmålgrupper med særlige behov – fx dobbeltproblematikker. Samtidig foreslår en række interessenter at der tages udgangspunkt i indsatser eller specialfunktioner, så en specialeplanlægning kan imødekomme delmålgruppernes indsatsbehov.

Det fremhæves også, at specialeplanlægning vil være afhængig af et underliggende vidensmiljø på områderne, og at denne forudsætning for en række målgrupper på socialområdet for nuværende ikke er opfyldt. Herunder efterlyses et fokus på etablering af samarbejder mellem leverandører på områderne.

Endvidere blev fremhævet, at uanset scenarie vil specialeplanlægning være afhængig af en samtidig reform af finansiering af området for at sikre opretholdelse og udvikling af højt specialiseret viden og kompetencer, ligesom der er behov for tilsvarende kompetencer og procedurer hos visiterende myndighedsfunktioner.

Opmærksomhedspunkter for det videre arbejde

Interessenternes opmærksomhedspunkter og forslag til det videre arbejde med en specialiseringsmodel og specialeplanlægning er beskrevet i kapitel 4. En række af disse opmærksomhedspunkter knytter sig til de følgende fire temaer:

1. Scenarie for specialeplanlægning: certificering eller udvælgelse?

Scenariet for specialeplanlægning har betydning for, hvordan specialiseringsmodellen skal udformes. En række interessenter foreslår, at specialeplanlægning tager udgangspunkt i udvalgte undermålgrupper med særligt komplekse problemstillinger og behov for højt specialiserede indsatser. Andre fremhæver, at fokus på undermålgrupper ikke vil give det nødvendige løft på et helt område, og at det stadig vil være væsentligt at have fokus på sammenhæng i den samlede indsats til borgerne, hvorfor en certificeringsmodel, der omfatter alle leverandører og det samlede område, ud fra dette synspunkt kan være at foretrække.

2. Mere præcist fokus for specialiseringsmodel: målgrupper eller specialfunktioner?

Specialiseringsmodellen er i afprøvningen blevet anvendt til vurdering af specialisering på 'tilbudsniveau' hos sociale tilbud og andre leverandører, som leverer specialiserede indsatser til en målgruppe. En række interessenter foreslår, at modellen i stedet tager udgangspunkt i en forståelse af specialer som *indsatsområder* eller *funktioner*, som skal dække særlige behov, fx hos en undermålgruppe med dobbeltproblematikker. Samtidig nævnes, at en målgruppebeskrivelse for et område kan tjene til indkredsning af, hvilke undermålgrupper der har særlige behov.

3. Større sammenhæng til sundhedsfaglige specialer og specialundervisningsområdet

Mens beskrivelse af tværsektorielle sammenhænge indgår i målgruppebeskrivelserne for de tre pilotområder i afprøvningen, har gradueringen af specialisering i målgruppebeskrivelserne udelukkende fokus på indsatser efter serviceloven og disse indsatsers koordinering med indsatser i andre sektorer. Efter en række interessenters opfattelse er konsekvensen, at der ikke gives en retvisende beskrivelse af den samlede indsats, som en borger har behov for, lige som der er bekymring for siloopdeling af områder frem for helhedsorienterede indsatser på tværs af lovgivninger.

4. Større og bredere fokus på medarbejderkompetencer

I interessentkredsen efterlyses større fokus på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer hos leverandører på områderne. Det gælder dels formelle uddannelsesmæssige kompetencer på socialområdet, og dels realkompetencer i arbejdet med en specifik målgruppe, som er opnået i praksis. Endvidere gøres opmærksom på, at udbyttet af specialeplanlægningen først opnås, når borgerne modtager den hjælp og støtte, de har behov for. Derfor nævnes også behov for fokus på kompetencer hos medarbejdere i sagsbehandling og visitation samt hos de medarbejdere fra fx socialtilsynene, som skal vurdere specialisering hos en leverandør.

2. Formål og genstand for evalueringen i spor 2

2.1 Formål med evalueringen

Evalueringen af det specialiserede socialområde gennemføres i tre spor. Social- og Ældreministeriet varetager afdækning af det specialiserede socialområde i spor 1 og initiativer til understøttelse af specialisering og kvalitet i spor 3, mens modeludviklingen i spor 2 varetages af Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens arbejde indgår tre hovedleverancer: udarbejdelse af en generel model for opgørelse af specialiseringsniveau, afprøvning af modellen på tre pilotområder (autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse) samt en evaluering af erfaringerne fra afprøvningen. Evalueringen skal bidrage til et beslutningsgrundlag for det videre arbejde med sikring af specialisering og kvalitet på det specialiserede socialområde (spor 3).

Centrale aktører på området - interesseorganisationer, kommunale myndighedsfunktioner, fagspecialister, socialtilsynene m.fl. – er i spor 2 blevet inddraget i afprøvning og evaluering af en model for beskrivelse og vurdering af specialisering (herefter: *specialiseringsmodellen*).

I denne rapport opsamles og systematiseres erfaringer fra afprøvningen og tilbagemeldingerne fra de involverede parter. Det ligger uden for rammen af evalueringen i spor 2 at afgive anbefalinger om den præcise udformning af en specialiseringsmodel eller konkret udformning af en specialeplanlægning på socialområdet. I stedet peges på baggrund af evalueringens resultater på en række væsentlige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med specialiseringsmodellen og strategier for specialeplanlægning.

Udfaldet af afprøvningen og vurderingen af specialisering hos leverandører på de tre pilotområder: erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsættelse vil blive rapporteret selvstændigt.

2.2 Evalueringens genstand

Evalueringen i spor 2 vedrører den generelle model for beskrivelse og vurdering af specialiseringsniveauer, som er afprøvet på tre pilotområder⁴. Specialiseringsmodellen har tre niveauer som vist i Figur 1.

⁴ Socialstyrelsen (2020): Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer. Tilgængelig: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/model-for-beskrivelse-af-specialiseringsniveauer-december-2020>

Figur 1
Specialiseringsniveauer på det specialiserede socialområde



Specialiseringsmodellens fire hovedkomponenter er:

- 1) En overordnet graduering af det specialiserede sociale område i tre forskellige niveauer for specialisering**
 - a) Principper og niveauer for specialisering på socialområdet.
- 2) Beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov**
 - a) Ramme og fire parametre for målgruppebeskrivelser med udgangspunkt i målgruppens problemstillinger og indsatsbehov på forskellige specialiseringsniveauer.
- 3) Parametre og målgruppenspecifikke vejledninger til vurdering og indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer**
 - a) Vejledning og redskaber til vurdering af otte parametre for specialisering hos leverandører af indsatser på et område.
- 4) Beskrivelse af organisering og proces for anvendelse af specialiseringsmodellen**
 - a) Organisering og procesbeskrivelse for, hvordan målgrupper, indsatser og leverandører beskrives i samarbejde med faglige specialistgrupper og med inddragelse af et rådgivende udvalg og et planlægningsudvalg.
 - b) Organisering og procesbeskrivelse for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialisering.

Modellen beror på en forståelse af, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem 1) en målgruppes særlige behov, 2) den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og 3) de parametre hos leverandører, der skal være opfyldt for at specialisering på et givet niveau kan udvikles og opretholdes. Jo mere sjælden eller kompleks målgruppens problemstillinger er, og jo mere specialiserede krav, der stilles til tilrettelæggelsen af og indholdet i indsatsen, desto mere specialiseret skal den sociale indsats være for at imødekomme behovet.

Modeludviklingen tager udgangspunkt i, at målgrupperne på det specialiserede socialområde er forskellige ift. hvilke typer støtte og hjælp, de har brug for, ligesom der også inden for de enkelte målgrupper er forskel på de individuelle behov. Specialiseringsmodellen skal tage højde for

denne forskellighed, men samtidig bibringe en generel systematik og procedure for beskrivelse og vurdering af specialisering på et område.

2.2.1 Specialiseringsmodellens parametre

De to parametre for en målgruppes problemstillinger vedrører, *hvor komplekse* problemstillingerne er, og *hvor hyppigt forekommende de er*. Gradueringen er vist i Tabel 1.

Tabel 1
Parametre for graduering af kompleksitet i problemstillinger og størrelse hos en målgruppe på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykisk vanskelighed eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Tabel 2 viser de to parametre for en målgruppes indsatsbehov, som hænger tæt sammen med parametrene for målgruppens problemstillinger. Det gælder fx, at jo flere og jo mere tæt forbundne en borgers problemstillinger er, jo mere sammensatte og integrerede ydelser vil borgeren have behov for.

Tabel 2
Parametre for graduering af specialisering i indsatser til en målgruppe på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4. Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

Afprøvningen på hvert af de tre områder er foregået ved, at Socialstyrelsen i samarbejde med en specialistgruppe af eksterne eksperter og ressourcepersoner har udarbejdet en beskrivelse af målgruppens problemstillinger og indsatsbehov på hvert niveau. Socialstyrelsen har herefter udarbejdet en vejledning og redskaber til vurdering af specialisering hos leverandører, som kan levere indsatser på specialiseringsniveauer som beskrevet i målgruppeskildringen.

Afprøvningen af modellen omfattede leverandører, hvoraf nogle var sociale tilbud, mens andre var leverandører, hvis indsatser ikke er omfattet af socialtilsynsloven, herunder såkaldte matrikelløse indsatser, som spiller en væsentlig rolle på området for synsudsættelse. I afprøvningen var 11 af de i alt 13 leverandører på synsområdet leverandører af matrikelløse indsatser.

Den målgruppespecifikke vejledning for indplacering af leverandører på dette område definerer en matrikelløs indsats som en indsats, der opfylder følgende kriterier:

- 1) Barnet, den unge, den voksne eller ældre har ikke fast ophold hos leverandøren
- 2) Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen
- 3) Indsatsen har hjemmel i serviceloven
- 4) Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte.

I vejledningen for hvert af de tre pilotområder indgår en graduering af otte parametre på de tre niveauer for specialisering hos en leverandør på området:

1. Aktiv praksis
2. Praksiserfaring
3. Uddannelsesmæssige kompetencer.
4. Fagmiljø
5. Samarbejdsformer
6. Vidensudvikling
7. Metoder og faglige tilgange
8. Hjælpe midler og teknologi

I Tabel 3 er vist den generiske graduering af de otte parametre, som dannede udgangspunkt for de målgruppespecifikke vejledninger.

Tabel 3
Generisk graduering af parametre for specialisering hos en leverandør på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	Leverandøren skal – som følge af et forventeligt lille underlag – levere indsatser til et minimum antal borgere med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Praksiserfaring	Medarbejderne skal have relevant praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for

Evaluering af model for specialisering
Spør 2 i Evaluering af det specialiserede socialområde

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Uddannelses-mæssige kompetencer	en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Fagmiljø	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser – og eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer – der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Samarbejds-former	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en let grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en moderat grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en høj grad af specialisering.
Videns-udvikling	Medarbejderne skal kunne arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af eventuelle flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af sammensatte ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.
Metoder og faglige tilgange	Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	Leverandøren skal holde sig opdateret om – og bidrage til udvikling af – aktuelt bedste viden om målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Hjælpemidler og teknologi	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats til borgere med særligt komplekse problemstillinger.
	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger.	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger.	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med særligt komplekse problemstillinger.

I afprøvningen er alle otte parametre for leverandører vægtet ens. Systematikken for indplacering på specialiseringsniveau efter vurdering af parametre er vist i Tabel 4.

Tabel 4
Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

Specialiseringsniveau	Indplacering
Let	Alle leverandører på det specialiserede socialområde er i udgangspunktet minimum let specialiserede.
Moderat	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på moderat eller højt niveau, indplaceres som moderat specialiserede.
Højt	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på højt niveau og maksimum ét på moderat niveau, indplaceres som højt specialiserede.

2.3 Evalueringens hovedspørgsmål

Evalueringen har fokus på to hovedspørgsmål:

- I. Er specialiseringsmodellen gyldig og anvendelig ifølge erfaringen hos de fagfolk og ressourcepersoner som har indgået i afprøvningen?
- II. Hvilken accept af modellen eller opmærksomhedspunkter vedr. dens anvendelse er der blandt interessenter på socialområdet?

I rapportens kapitel 3 og 4 indgår derfor følgende evalueringsspørgsmål:

Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

- 1) Giver modellen gyldig og tilstrækkelig vejledning til fagspecialister, som medvirker i udarbejdelse af niveaudelte beskrivelser af målgrupper og indsatser?
- 2) Giver modellen gyldig og tilstrækkelig vejledning til tilsynskonsulenter, som vurderer specialisering hos en konkret leverandør?
- 3) Er modellen vejledende for visiterende sagsbehandlere og relevant for myndighedspraksis?
- 4) Er den afprøvede organisering og procesplan for involvering af fageksperter, interessenter og socialtilsyn i beskrivelser og vurderinger egnet til inddragelse af den rette viden og ekspertise?

Specialiseringsmodellens accept blandt interessenter og forudsætninger for anvendelse på hele socialområdet

- 1) Har modellen accept blandt interessenter på området? Stemmer principper og niveauinddeling overens med interessenternes forståelse af specialisering?
- 2) Hvilke forudsætninger kræver ifølge interessenterne særlig opmærksomhed, hvis den generelle model vil skulle anvendes i et videre arbejde med specialeplanlægning på socialområdet?

2.4 Evalueringsdesign og metoder

Tabel 5 viser en oversigt over de datakilder og metoder, som er anvendt til besvarelse af evalueringsspørgsmålene. Nærmere beskrivelse og opgørelse af metoder, kilder og kvantitative data fremgår af Bilag A og B.

Tabel 5
Evaluering af specialiseringsmodel - oversigt over evalueringsspørgsmål, metoder og datakilder

EVALUERINGS-SPØRGSMÅL	AKTØRER OG INFORMANTGRUPPER	METODER OG DATAKILDER
Gyldighed og anvendelighed for specialistgrupper	Specialistgrupper nedsat af Socialstyrelsen, som har bidraget til udarbejdelsen af målgruppebeskrivelser for et af de tre pilotområder.	<ul style="list-style-type: none"> • Ét gruppeinterview med udvalgte medlemmer fra hver specialistgruppe. • Analyse ved hjælp af kvalitative displays. • Survey blandt alle medlemmer.
Gyldighed og anvendelighed for socialtilsynenes arbejdsgrupper	Socialtilsynenes arbejdsgrupper af tilsynskonsulenter og andre, som har vurderet specialisering hos leverandører på de tre pilotområder.	<ul style="list-style-type: none"> • Ét gruppeinterview for hvert pilotområde på tværs af socialtilsyn. • Survey blandt alle medlemmer.
Relevans for myndighedspraksis	Medarbejdere i myndighedsfunktioner som har erfaring med visitation af borgere til indsatser hos leverandører på områderne: <ul style="list-style-type: none"> • Voksne med erhvervet hjerneskade. • Børn med autisme. • Voksne med synsnedsettelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppeinterviews: ét for hvert område. • Analyse ved hjælp af kvalitative displays.
Accept blandt interessenter og forudsætninger for anvendelse på hele socialområdet	Medlemmer af det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i spor 2 (jf. Bilag A).	<ul style="list-style-type: none"> • Opsamling på afgivne bemærkninger i de to udvalg • Virtuelt evalueringsseminar d. 18-05-2021 • Skriftlig opfølgning med indhentning af korte supplerende bemærkninger (18-05-2021 til 21-05-2021)

2.4.1 Datagrundlag

Survey – specialistgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey (spørgeskemaundersøgelse) via SurveyXact blandt medlemmer af de nedsatte specialistgrupper for de tre pilotområder i ESS spor 2.

Surveyen blandt specialistgrupperne for hhv. erhvervet hjerneskade og autisme blev gennemført i januar 2021, efter at grupperne havde afsluttet deres arbejde ved udgangen af

2020; mens surveyen hos specialistgruppen for synsnedsættelse blev gennemført i april 2021, kort efter afslutningen af gruppens arbejde.

Fordelingen af respondenter fra specialistgrupper er vist i Tabel 6. Det har ikke været muligt at gennemføre en bortfaldsanalyse, da der ikke findes data for de respondenter, som ikke har besvaret surveyen.

Tabel 6

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse	Ingen besvarelse	I alt	Svarprocent (fuld besvarelse)
Erhvervet Hjerneskade	12	4	3	19	63
Autisme	8	1	4	13	62
Synsnedsættelse	15	0	1	16	94
I alt	35	5	8	48	73

Anm: Survey ESS 2 – Socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021

Som det fremgår er svarprocenten højere for specialistgruppen for området synsnedsættelse (94 pct.) end for erhvervet hjerneskade (63 pct.) og autisme (62 pct.). Området for synsnedsættelse fylder derfor mere end hvert af de andre to områder i den samlede opgørelse af svarene på surveyen. I evalueringsrapportens afsnit 3.2.1 er analysegrundlaget dog fastholdt på aggregeret niveau på tværs af de tre områder i surveyen. Det skyldes for det første, at genstanden for evalueringen er den generelle model og ramme for målgruppebeskrivelser, som er anvendt af alle tre specialistgrupper. For det andet er der tale om så små antal respondenter, at det er vanskeligt at analysere og konkludere på kvantitative svardata for de enkelte områder. Differentieringen mellem de tre områder er i stedet foretaget på baggrund af den kvalitative analyse.

På baggrund af ovenstående er surveyen i rapportens afsnit 3.2.1 anvendt som en indikation på udbredelsen og tyngden af de forståelser og bekymringer, som er kommet til udtryk i evalueringens kvalitative dataindsamling.

Den fulde datarapport med svarfordeling for hver af de tre specialistgrupper indgår i evalueringsrapportens Bilag B. Svar i surveyens fritekstfelter er indgået i den kvalitative analyse sammen med interviewdata fra medlemmer af samme informantgrupper.

Survey – socialtilsynenes arbejdsgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey via SurveyXact blandt medlemmer af de fem socialtilsyns arbejdsgrupper for vurdering af leverandører på de tre pilotområder. Surveyen blev gennemført i april 2021 kort efter, at grupperne havde afsluttet deres arbejde med vurdering af leverandører efter specialiseringsmodellens parametre.

Svarprocent og stillingskategorier for respondenter fra socialtilsynenes arbejdsgrupper er vist i Tabel 7 og Tabel 8.

Evaluering af model for specialisering
Spør 2 i Evaluering af det specialiserede socialområde

Tabel 7

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse*	Ingen besvarelse	I alt **	Svarprocent (fuld besvarelse)
De fem socialtilsyns arbejdsgrupper	19	1	1	21	90

Anm.: *I kategorien Delvis besvarelse indgår 1 respondent, som kun har besvaret spørgsmålet om stillingsbetegnelse. **Antal efter frafald. 23 medlemmer af arbejdsgrupperne modtog invitation til undersøgelsen. 2 frafaldt med den begrundelse, at de ikke havde medvirket i det konkrete arbejde med vurdering af leverandører efter model og redskaber, der blev afprøvede.

Tabel 8

Socialtilsyn	Tilsynskonsulent	Andet*	Leder eller mellemlider	I alt
Stillingskategori	14	5	1	20

Anm.: *Omfatter faglige koordinatore, fagkonsulenter, udviklingskonsulent eller akademiske medarbejdere. Kun respondenter med fuld eller delvis besvarelse indgår.

Kilde: Survey ESS 2 – Socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021

Datarapport for denne survey er vist i Bilag B.

Gruppeinterviews

Der er gennemført i alt ni gruppeinterviews: ét for hver af de tre informantgrupper for hvert af de tre områder. Fordelingen af interviewpersoner er vist i Tabel 9. Strategier for formålsbestemt udvælgelse af interviewpersoner og metodebeskrivelse for den kvalitative analyse fremgår af Bilag A.

Tabel 9

Deltagere i gruppeinterviews

	Specialistgrupper	Myndighedsfunktioner*	Socialtilsynenes arbejdsgrupper**		I alt
			Tilsynskonsulenter	Andre**	
Autisme	6	4	3	2	
Erhvervet hjerneskade	4	6	3	2	
Synsnedsettelse	7	4	2		
I alt	17	14	8	4	43

Anm.: *Dækker over sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation.

**Dækker over fagkonsulenter, udviklingskonsulenter eller lignende.

Belysning af interessentperspektiver

Evalueringsspørgsmålet om interessenternes accept af specialiseringsmodellen og deres perspektiver på modellens forudsætninger er belyst gennem inddragelse af interessenter, som indgår i Det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i evalueringens spor 2. Den fulde liste over interessenter og en beskrivelse af den mundtlige og skriftlige dataindsamling fremgår af Bilag A.

3. Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

3.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier

Denne del af evalueringen vedrører specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed for de involverede fagpersoner i forbindelse med afprøvningen: Medlemmer af de tre specialistgrupper, som har bidraget til målgruppebeskrivelser for pilotområderne; medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper, som har anvendt modellen til vurdering af specialisering hos leverandører på områderne; og medarbejdere i myndighedsfunktioner, som har erfaring med visitation af borgere til indsatser på de tre områder.

Rationalet bag evalueringsspørgsmålene er, at pålidelige resultater af modellens anvendelse forudsætter, at parametrenes faglige relevans er tydelige for brugerne af modellen, og at parametrenes operationalisering er anvendelig.

Spørgsmålet om gyldighed vedrører, hvorvidt modellens parametre og niveauer for specialisering er tilstrækkeligt dækkende til at stemme med forståelserne af specialisering på de relevante fagområder. Hvor godt stemmer rammen for målgruppebeskrivelser og vejledningen til vurdering overens med fagpersonernes forståelse af områdets målgrupper, indsatser og leverandører? Hænger beskrivelserne logisk og fagligt sammen som tiltænkt?

Den afprøvede specialiseringsmodel er ikke udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Inddragelsen af medarbejdere fra myndighedsfunktioner i evalueringen har derfor ikke vedrørt modellens konkrete anvendelighed i visitationspraksis, men har i stedet haft fokus på specialiseringsmodellens kommunikative gyldighed for sagsbehandlere, visitatorer og andre fagpersoner: Kan specialiseringsmodellens grundelementer og sammenhængen mellem kompleksiteten i målgruppers problemstillinger og deres indsatsbehov gøres forståelig og acceptabel for medarbejdere i myndighedsfunktioner? Er grundelementerne i modellen kompatible med eksisterende praksis?

Spørgsmålet om anvendelighed skal afdække, hvorvidt modellens ramme for målgruppebeskrivelse og vejledning til vurdering af specialisering hos leverandører er tilstrækkeligt retningsgivende til, at man som fagperson ved, hvordan man skal gå frem for at anvende modellen. Kriteriet er, at modellen bør være tilstrækkelig specifik til at være anvendelig, samtidig med at den ikke bør medføre u hensigtsmæssige bindinger, som gør anvendelsen og resultaterne heraf ugyldige. Her er fokus på erfaringer med brug af modellen som ramme for udarbejdelse af målgruppebeskrivelser og brug af vejledningen til vurdering af specialisering hos leverandører: Hvad fungerer godt, og hvor er der særlige vanskeligheder?

3.2 Afprøvning af specialiseringsmodellen på tre pilotområder

3.2.1 Specialistgruppers beskrivelse af målgruppers problemstillinger og indsatsbehov

I dette afsnit beskrives specialistgruppernes feedback på model og målgruppebeskrivelse for de tre pilotområder, der har indgået i afprøvningen: erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsettelse. Deltagerne i de nedsatte specialistgrupper er udpeget af centrale interessenter på socialområdet og har bestået af fagspecialister, repræsentanter for henholdsvis et driftsherreperspektiv, brugerorganisationer, socialtilsyn og andre ressourcepersoner.

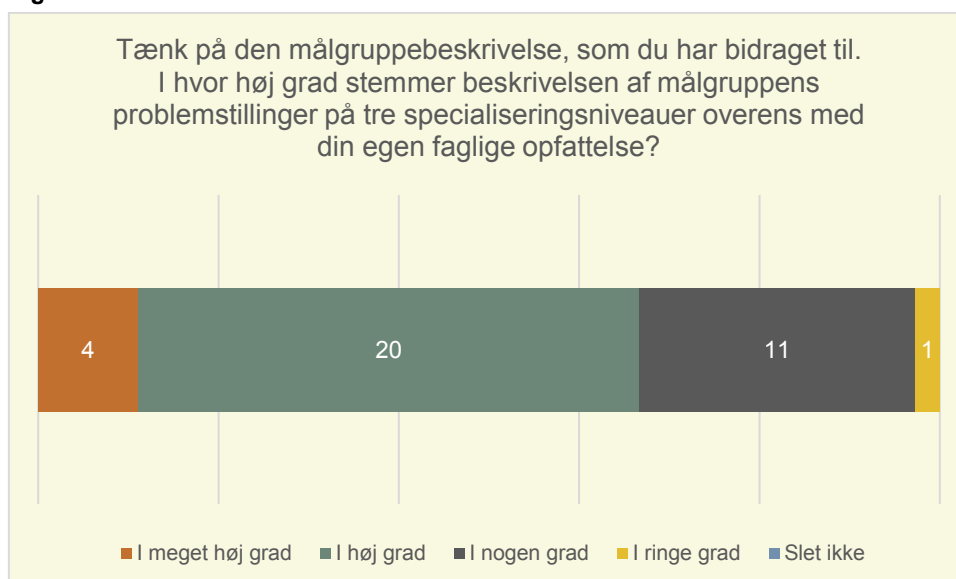
En gennemgående tilbagemelding fra specialistgrupperne i surveys og interviews var, at specialiseringsmodellen er anvendelig til at opnå overblik over og beskrive målgrupper og deres behov for specialiserede indsatser. I interviews nævnte flere specialister det som positivt, at modellen tilføjer specialisering som en ekstra dimension i borgernes behov ved siden af den dimension, der vedrører indsatsens kvalitet.

Samtidig gjorde specialistgruppernes medlemmer dog opmærksom på en række forbehold eller begrænsninger ved modellen, som beskrives i det følgende. Den overordnede opbakning til modellen og dens parametre skal derfor ses i lyset af disse kvalificeringer.

Målgruppebeskrivelse

Som vist i Figur 2 viser svarene i surveyen, at to tredjedele af specialistgruppernes medlemmer mener, at de udarbejdede målgruppebeskrivelser *i meget høj* eller *høj grad* er i overensstemmelse med deres faglige opfattelse af målgruppens problemstillinger; mens knap en tredjedel har svaret *i nogen grad*. Et medlem af specialistgruppen vedrørende synsnedsettelse har svaret, at der *i ringe grad* er overensstemmelse.

Figur 2



Anm: N = 36, Autismen = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsettelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

I interviews gav medlemmer af specialistgrupperne udtryk for, at de i store træk kunne genkende de respektive målgrupper i målgruppebeskrivelserne, og at det overordnet er lykket at udfolde kompleksiteten på deres områder. En specialist sagde om beskrivelsen for erhvervet hjerneskade:

I betragtning af, hvor komplekst det er, så er beskrivelsen den bedste, der er mulig.

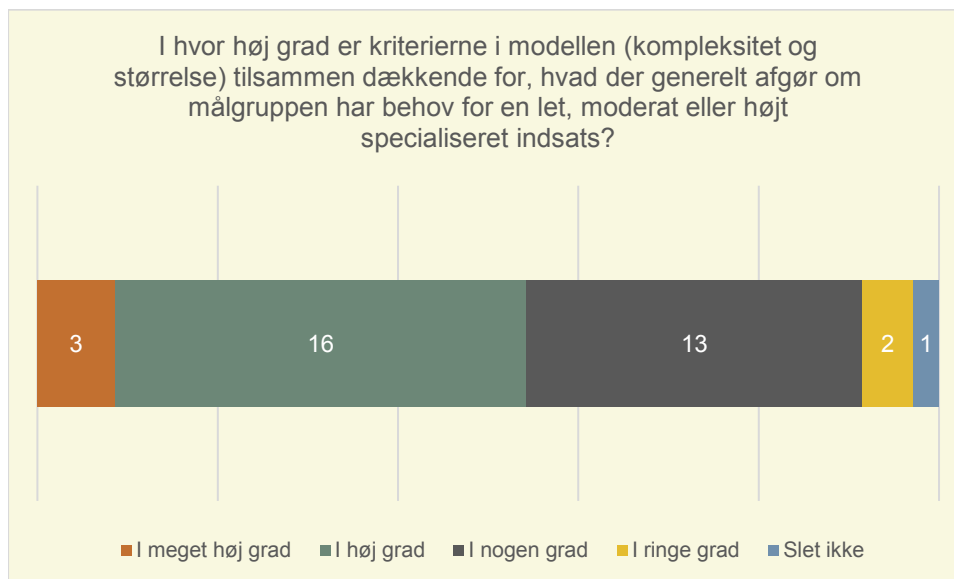
Flere understregede dog samtidig, at de positive tilkendegivelser skulle forstås som en anerkendelse af vilkårene for afprøvningen: For det første opdraget om udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse, som ikke er for detaljeret til at være anvendelig, men samtidigt indeholder det væsentlige. For det andet en proces præget af stort tidspres, hvor store mængder stof flere gange skulle behandles af specialistgruppen inden for meget korte tidsfrister. Erfaringerne fra processen uddybes sidst i dette afsnit.

Gyldighed af specialiseringsmodellens parametre for målgruppebeskrivelser

I survey og interviews er specialistgrupperne blevet spurgt om deres opfattelse af gyldigheden og anvendeligheden af dels specialiseringsmodellen og dens graduering af fire parametre, dels de specifikke målgruppebeskrivelser, som er udarbejdet ud fra parametrene i modellen. Her har specialisterne svaret på spørgsmål om den målgruppebeskrivelse, som de har medvirket til.

Specialiseringsmodellens fire parametre for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov er vist i Tabel 1 og Tabel 2 i rapportens indledning. Figur 3 viser svar på surveyens spørgsmål om, hvor dækkende de to parametre vedrørende målgruppen *tilsammen* er for beskrivelse af behovet for specialisering i indsatsen. Godt halvdelen af de 39 respondenter i specialistgrupperne for de tre områder finder i *meget høj* eller *høj grad*, at parametrene vedrørende kompleksitet i problemstillinger og målgruppens størrelse samlet set er dækkende, mens godt en tredjedel finder dem dækkende i *nogen grad*. Der er dog også tre respondenter, som finder, at de to parametre er dækkende i ringe grad eller slet ikke er fyldestgørende.

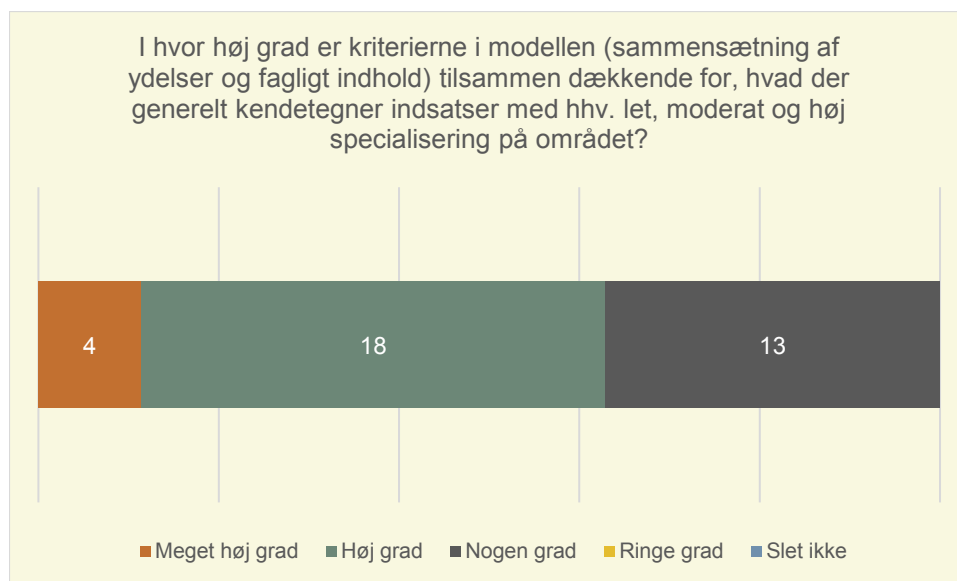
Figur 3



Anm: N = 35, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 12, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

Figur 4 viser svar vedrørende parametrene for specialisering i indsatser. De fleste medlemmer af specialistgrupperne finder dem i *meget høj* eller *høj grad* dækkende, mens godt en tredjedel finder, at de to parametre kun i nogen grad er dækkende. Samlet er de 15 respondenter fra synsområdet mere forbeholdne end de to andre grupper her; idet 8 deltagere fra synsområdet har svaret i *nogen grad*, 6 i *høj grad* og 1 i *meget høj grad*.

Figur 4



Anm: N = 35, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 12, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

Nedenfor uddybes specialistgruppernes betragtninger vedrørende de enkelte parametre, som de er kommet til udtryk gennem interviews og svar i surveyens fritekstfelter.

Kompleksitet i målgruppens problemstillinger

I interviews gav medlemmer af de tre specialistgrupper udtryk for enighed i modellens forståelse af kompleksitet i en målgruppes problemstillinger. Der var således bred enighed om, at kompleksiteten i en borgers problemstillinger både afhænger af fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelse(r) sociale faktorer såsom støtte og ressourcer i omgivelserne (på skolen, arbejdspladsen, i hjemmet eller fritiden) og den enkeltes mestringssevne - alle faktorer, der påvirker en borgers samlede funktionsevne.

Flere bemærkede dog et behov for, at det i modellen bliver mere tydeligt, at kompleksiteten i problemstillingerne dermed ikke alene skyldes en funktionsnedsættelse, men af et samspil mellem ydre og indre forhold hos et menneske i målgruppen. Der blev givet eksempler på, at to borgere kan have den samme funktionsnedsættelse, men i hvilken grad den påvirker deres funktionsevneniveau – og dermed indsatsbehovet – afhænger både af forhold i omgivelserne samt borgerens mestringssevne.

På området synsnedsættelse kan familiesammensætning eksempelvis have betydning for funktionsevneniveauet på både børne- og voksenområdet. For en ældre borger med synsnedsættelse kan det have betydning, om vedkommende har voksne børn eller mennesker i

det personlige netværk, der kan hjælpe og støtte i dagligdagen, og som har mulighed for at hjælpe med eksempelvis transport til og fra en indsats. På børneområdet vil det tilsvarende have betydning, hvilke ressourcer forældrene har til at støtte et barn med synsnedsettelse.

På autismeområdet blev det ligeledes påpeget, at funktionsnedsettelsen (diagnosen) i sig selv ikke er afgørende for, hvorvidt et barn eller en voksen har behov for højt specialiserede indsatser. Et barn med autisme kan fx være normalbegavet, men hvis støtte i barnets familie og nære omgivelser ikke er tilstrækkelig til at dække støttebehovene, kan barnet have behov for indsatser på højt specialiseret niveau. Omvendt vil der være børn i målgruppen, som har færre udfordringer i dagligdagen som følge af autisme, og som ikke har behov for indsatser efter serviceloven, hvis det fx trives i sit dagtilbud, har ressourcestærke forældre og får støtte igennem netværket.

Denne forståelse af kompleksitet blev også udtrykt i specialistgruppen for erhvervet hjerneskade, hvor det blev fremhævet, at definitionen medfører, at kompleksiteten i problemstillinger kan ændres over tid, uden at der nødvendigvis er sket en ændring af hjerneskadens karakter. Det kan i stedet være ændringer i forhold omkring borgeren eller i borgerens livssituation, som giver sociale udfordringer og medfører ændringer i den samlede funktionsevne. På børneområdet kræver skaden på en umoden hjerne opmærksomhed på, hvordan funktionsnedsettelse og funktionsevne udvikler sig over tid.

Målgruppens størrelse

Parameteret om målgruppens størrelse hænger sammen med princippet om, at 'øvelse gør mester'. For små målgrupper med specialiserede behov vil det derfor være nødvendigt at samle indsatsen hos et mindre antal leverandører med henblik på at opnå det nødvendige faglige, organisatoriske og økonomiske grundlag for at opretholde en aktiv praksis på et højt specialiseret niveau. 'Øvelse gør mester' er ligeledes et bærende princip i specialeplanlægning på sundhedsområdet.

Flere medlemmer af specialistgrupperne pegede i interviews på, at det grundlæggende er rigtigt, at en målgruppes størrelse har betydning for de tilbud og den specialisering, der kan etableres og opretholdes. På området synsnedsettelse blev det eksempelvis tilkendegivet, at der kan være steder i landet, hvor det er vanskeligt at finde institutioner med det rette niveau af specialisering, idet hyppigheden i målgruppens problemstillinger har betydning for opretholdelsen af tilbud. For erhvervet hjerneskade blev det nævnt, at dette parameter stemmer med øvrige tendenser på området.

I specialistgruppen for autismeområdet blev spørgsmål om parameterets nærmere sammenhæng til indsatsens specialiseringsniveau rejst. Her blev givet det eksempel, at en målgruppe med komorbiditet som fx autisme og udviklingshæmning vil have komplekse problemstillinger, men målgruppen kan være stor nok til, at indsatsen kan varetages i en del kommuner og ikke kræver samling hos et mindre antal leverandører på nationalt plan. I sammenhæng hertil blev udtrykt en bekymring for, om modellens definition af det højt specialiserede niveau medfører en centralisering og en tænkning, hvor de højt specialiserede indsatser nødvendigvis forstås som 'store specialinstitutioner', der samler borgere i målgruppen langt fra deres familie og netværk. Dette vil kunne være en bekymring hos borgere og pårørende, især hvis der er tale om et livslangt behov for støtte:

-Hvis vi vil til at sige, at der er tre tilbud i Jylland og to på Fyn, der kan påtage sig det her, og så må man jo tage derhen... Det er sundhedstænkningen; men det er jo livslangt det her [funktionsnedsettelse og støttebehov på autismeområdet], og væk fra netværket.

I den afprøvede specialiseringsmodel er størrelse ét blandt flere parametre for beskrivelse af en målgruppe, og det vil derfor ikke alene være udslagsgivende for, om målgruppen har behov for højt specialiseret indsats. Derudover skal det bemærkes, at princippet om samling af indsatser

hos et mindre antal leverandører ikke nødvendigvis betyder en centralisering af indsatsernes leveringssted. Efter modellen vil højt specialiserede indsatser også kunne leveres som matrikelløse indsatser i borgerens nærmiljø.

Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

Parameteret om indsatsens sammensætning vedrører, hvor selvstændigt de enkelte dele af den samlede indsats kan gennemføres eller hvor meget koordinering eller integration, der kræves. Parameteret er gradueret parallelt med parameteret om målgruppekompleksitet, idet princippet er, at jo flere og jo tættere forbundne borgerens problemstillinger er, jo stærkere koordineret eller jo tættere integreret skal indsatsen være. Efter modellen er koordinering og integrering af ydelser derfor udtryk for højere specialisering end indsatser, der gennemføres parallelt. Koordinering kan fx ske ved samarbejdsaftaler og deling af informationer mellem aktører, mens integrerede indsatser kan leveres af et tværfagligt team med fælles udredning og opfølgning.

Medlemmer af specialistgrupperne gav udtryk for enighed i modellens logik om, at graden af behov for koordination og integration i indsatser varierer og kan opfattes i forhold til forskellige niveauer af specialisering. Den gennemgående betragtning var imidlertid, at behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde generelt er stort på de tre områder. Dette skyldes, at indsatsbehovet ofte rækker ud over serviceloven, og at sagsforløb således vil foregå samtidig i regi af både serviceloven og anden lovgivning. Det er derfor oftest ikke et spørgsmål om koordinering og samarbejde eller ej, men om graden af tæthed i samspillet. Behovet for tværsektoriel koordinering udfoldes særskilt senere i indeværende afsnit.

For området synsudsættelse fremhævede specialister, at koordinerede eller integrerede indsatser på tværs af sektorer eksempelvis kan bestå af samtidig synskonsulentbistand i flere miljøer; det være sig fx i daginstitution eller skole i samarbejde med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), mens en belysningssag samtidig pågår i hjemmet.

For autismeområdet blev det nævnt i interviewet, at formuleringen om 'enkeltstående ydelser' på det let specialiserede niveau kan forstås som om, at der er tale om kortvarige indsatser. Det blev anbefalet at tydeliggøre, at varighed ikke indgår i parameteret.

Fagligt indhold

Parameteret vedrører, hvor målgruppenspecifikt det faglige indhold i indsatsen er. Parameteret var genkendeligt og blev fundet relevant af medlemmer af specialistgrupperne, som delte en forståelse af, at målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi bør indgå i vurderingen af målgruppens indsatsbehov.

På området synsudsættelse blev fx nævnt flere målgruppenspecifikke kompetencer samt særligt tilpassede hjælpemidler og teknologi af betydning for graden af specialisering. Det blev fremhævet, at *udredning* af en borgers problemstillinger og indsatsbehov altid kræver faglig viden på højt specialiseret niveau for at danne grundlag for valg af indsats og dens specialiseringsniveau. *Undervisning* i 'mobility', som gives efter Lov om Specialundervisning, forudsætter faglig viden på højt specialiseret niveau, mens det vil være mindre nødvendigt med særligt målgruppenspecifikke kompetencer i en situation, hvor *råd og vejledning* er tilstrækkelig indsats til at imødekomme borgerens behov. Efter serviceloven kan råd fx gives ved hjælp af en måltidsinstruktionsfolder.

I specialistgruppen for autisme gjorde flere medlemmer opmærksom på, at modellens krav til det faglige indhold og kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer vil kræve et stort kompetenceløft hos leverandørerne.

Niveauer for specialisering

Medlemmer af specialistgrupperne gav udtryk for, at specialiseringsmodellens graduering af specialisering på tre niveauer analytisk er fagligt meningsfuld og bidrager til forståelse af indsatsbehov hos en målgruppe; men at øvelsen med at anvende modellen til inddeling af et komplekst videns- og praksisfelt på tre niveauer har været vanskelig.

Skønt et flertal af medlemmerne af specialistgrupperne opfatter de specifikke målgruppebeskrivelser som genkendelige og fagligt gyldige (Figur 2), blev der i interviews også givet udtryk for, at anvendelse af modellen kræver en række væsentlige kvalificeringer, som vil blive belyst i dette afsnit. Problemer i anvendelsen af modellens graduering af problemstillinger og indsatsbehov blev især nævnt i forbindelse med følgende tre temaer:

Relevansen af det let specialiserede niveau: Skønt specialiseringsmodellens niveauer opfattes som anvendelige til analytisk sondring mellem behov på flere niveauer, ses det let specialiserede niveau ikke som relevant for alle undermålgrupper på de tre pilotområder.

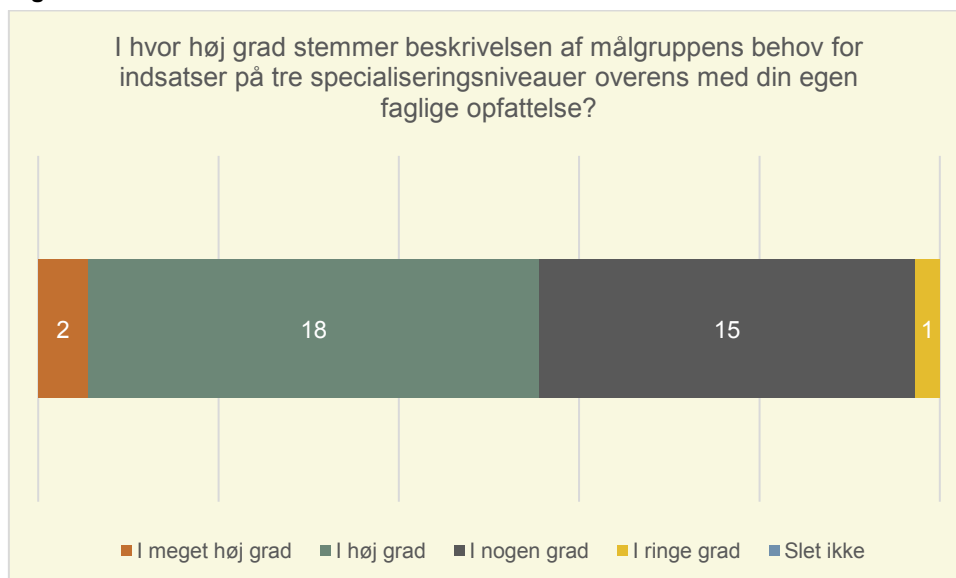
Dynamik i behovsudviklingen: Komplexiteten i borgernes problemstillinger og indsatsbehov kan ændre sig over kort eller længere tid, ligesom en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid.

Sammenhæng i indsatser: Der ses begrænsninger i beskrivelsen af sammenhæng mellem målgruppens problemstillinger, indsatsbehov og tværsektorielle indsatser, fordi en sådan sammenhæng ikke er lineær, og fordi modellens afgrænsning til indsatser i regi af serviceloven afkobler andre relevante indsatser.

Det let specialiserede niveau er vanskeligt at beskrive og ikke altid relevant

Som vist i Figur 5 mener over halvdelen af specialisterne, at beskrivelsen af målgruppens indsatsbehov på de tre specialiseringsniveauer i *meget høj* eller *høj grad* er i overensstemmelse med deres egen faglige opfattelse, mens lidt under halvdelen i *nogen grad* kan tilslutte sig dette.

Figur 5



Anm: N = 36, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

I inddelingen af indsatser på tre niveauer fandt specialistgrupperne på tværs af de tre målgrupper det vanskeligere at identificere og beskrive indsatser på let specialiseret niveau sammenlignet med indsatser på moderat og højt niveau. Deltagerne i specialistgrupperne arbejder selv overvejende med indsatser på de højere specialiseringsniveauer.

Mange af de let specialiserede indsatser, der blev givet som eksempler, er indsatser, som indgår i en samlet indsats eller i et forløb, hvor der også er moderat eller højt specialiserede indsatser. Det er altså indsatser, som er afhængige af andre, mere specialiserede indsatser. En højt specialiseret leverandør kan fx yde vejledning til borgeren i øvelser eller hjælpemidler, som en let eller moderat specialiseret leverandør derefter støtter borgeren i at bruge i det daglige i en genoptrænings- eller vedligeholdelsesindsats.

Andre eksempler på indsatser på det lette specialiseringsniveau vedrørte borgere, som modtog en let specialiseret indsats fra én aktør (fx bostøtte) efter at være blevet udredt og evt. have modtaget en indsats fra en anden højt specialiseret aktør på social- eller sundhedsområdet eller fx undervisning efter lov om specialundervisning.

I målgruppebeskrivelsen for erhvervet hjerneskade trækkes der i høj grad på de tre specialiseringsniveauer fra det tilsvarende område på sundhedsområdet, hvorfor niveauinddelingen var genkendelig for specialistgruppen. Dog gav medlemmer af specialistgruppen udtryk for, at forskellig organisering og terminologi på tværs af sundheds- og socialområdet kan gøre det svært at forstå samspillet mellem områderne og området som helhed. Endvidere er indsatsens specialiseringsniveau afhængigt af, hvilken fase i et behandlings- og rehabiliteringsforløb der er tale om. Når en borger med erhvervet hjerneskade udskrives fra et sygehus, er det genoptræningsplanen, der definerer, hvilken indsats borgeren skal have.

Hvad voksenområdet angår, opfattes særligt de let specialiserede indsatser som svære at beskrive. Som eksempel blev givet, at voksne med erhvervet hjerneskade, der har problemstillinger og behov på let niveau, typisk vil modtage indsatser inden for beskæftigelseslovgivningen. Indsatser efter serviceloven vil for de fleste voksne i denne målgruppe derimod være på moderat eller højt niveau.

På børne- og ungeområdet for synsnedsættelse og erhvervet hjerneskade blev det fremhævet, at det lette niveau af problemstillinger og indsatsbehov er mindre relevant, idet den konstante udvikling, som børn og unge gennemgår, i sig selv øger kompleksiteten. Derfor valgte man i målgruppebeskrivelsen for børn med erhvervet hjerneskade kun at beskrive problemstillinger og indsatsbehov på moderat og højt niveau, hvilket er i overensstemmelse med sundhedsområdets inddeling. Et eksempel på en let specialiseret indsats på synsområdet kunne imidlertid være et barn, der efter en højt specialiseret udredning hos en øjenlæge modtager tilstrækkelig hjælp gennem udlevering af pjecer og rådgivning.

For autismeområdet var tilbagemeldingen også, at det er vanskeligere at genkende målgruppebeskrivelsens indsatser på det lette niveau end på de to andre niveauer. Her blev også rejst spørgsmål vedrørende afgrænsning og kobling til almenområdet. Det blev nævnt, at børn med behov på det lette niveau ikke nødvendigvis har behov for særligt tilrettelagte tilbud fx i fritidstilbud og dagtilbud, men godt kan fungere i almindelige dagtilbud evt. med støtte eller i almene fritidstilbud.

Dynamisk forståelse af borgernes indsatsbehov

I hver af de tre specialistgrupper blev det fremhævet som væsentligt, at specialiseringsmodellen beror på en forståelse af dynamikken i borgernes udviklingsbehov. Dette hænger sammen med den kompleksitetsforståelse, som er udfoldet ovenfor. En borger kan befinde sig i en situation, som vedkommende mestrer, og hvor den rette støtte er til rådighed i omgivelserne, og derved

have ét funktionsevneniveau og indsatsbehov på et bestemt specialiseringsniveau. Ændrer situationen sig, kan funktionsevnen blive påvirket i en sådan grad, at borgeren vil have behov på et andet specialiseringsniveau. Ændringer i situationen – og dermed potentielt funktionsevnen – kan ændre sig langsomt over tid, men kan også indtræffe inden for en ganske kort tidsperiode. En borger kan ligeledes have behov for højt specialiseret støtte på nogle områder, men behov på moderat eller let specialiseret niveau på andre områder.

Medlemmer af specialistgrupperne, herunder repræsentanter for brugerorganisationer på området for synsnedsettelse, fremhævede, at en sådan dynamisk forståelse vil være en forudsætning for anvendelsen af en specialiseringsmodel. Hvis der sættes barrierer for bevægelsen mellem niveauerne, vil borgere og pårørende kunne opleve en frygt for at blive 'underserviceret', og der vil være risiko for, at de altid vil forsøge at opnå indsatser på højt specialiseret niveau for at være sikre på at kunne få den støtte, de har behov for.

På området for synsnedsettelse blev fremhævet, at livssituationen er afgørende for synsnedsettelsens indflydelse på dagligdagens gøremål. Overgange mellem livsfaser fx fra barn til ung eller fra ung til voksen kan medføre ændringer i indsatsbehovene. Betydningen heraf understreges ved, at specialistgruppen i arbejdet med målgruppebeskrivelsen valgte at inddele denne efter borgernes livsfaser. Pointen blev også understreget af specialistgruppen for autismeområdet, som pegede på behov for, at målgruppebeskrivelsen udfoldede behovene i overgangen fra barn til voksen, hvor nogle indsatser og tilbud forsvinder.

På området for autisme lagde specialistgruppen i interviewene vægt på, at et menneske i målgruppen vil have forskellige behov alt efter den konkrete situation, som vedkommende befinder sig i. Forskellige personer med de samme problemstillinger vil også kunne have behov for forskellige indsatser. Én bemærkede:

-Der er et heterogent mønster af problemstillinger, og et endnu mere heterogent behov for indsatser.

Yderligere gjorde specialisterne opmærksom på, at en bevægelse mellem niveauerne ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der er en progression i borgerens problemstillinger, idet problemstillingerne også kan blive mere komplekse med alderen eller med skift i personens omgivelser og situation som tidligere nævnt.

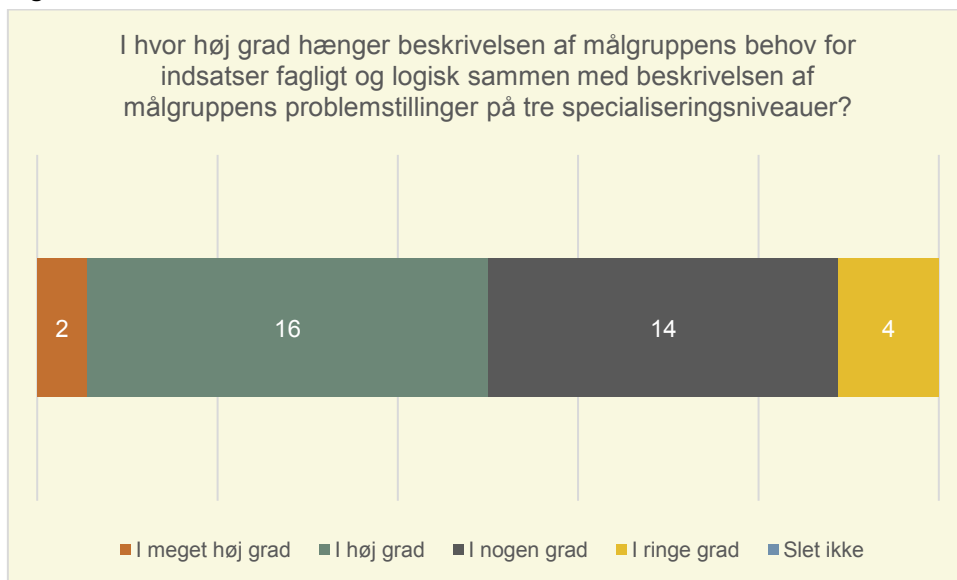
Netop det perspektiv, at kompleksiteten i målgruppernes problemstillinger henholdsvis kan mindskes og øges betyder også, at modellens tre niveauer ikke må forhindre en forebyggende indsats. I specialistgruppen for erhvervet hjerneskade blev det bemærket, at der kan være behov for enkelte højt specialiserede indsatser som fx terapeutisk behandling, også før problemstillinger bliver meget komplekse. Det blev fremhævet, at modellen bør give blik for, hvordan de højt specialiserede indsatser kan anvendes i et forebyggende sigte.

Sammenhæng mellem problemstillinger, behov og tværsektorielle indsatser

Specialiseringsmodellen grundlæggende logik er, at beskrivelsen af målgruppens problemstillinger og behov på tre niveauer skal modsvares af en indsats, der imødekommer dette behov på tilsvarende specialiseringsniveauer. Målgruppens problemstillinger og indsatsbehov beskrives i målgruppebeskrivelsen.

I surveyen er specialisterne blevet spurgt, i *hvor høj grad* de vurderede, at beskrivelsen af behov for indsatser hænger fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger. Som det fremgår af Figur 6 vurderer halvdelen, at der i *meget høj* eller *høj grad* er en faglig og logisk sammenhæng, hvorimod den anden halvdel kun i *nogen* eller i *ringe grad* ser denne sammenhæng.

Figur 6



Anm: N = 36, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

I interviews med specialistgrupperne kan dette mønster genfindes. På tværs af målgrupperne forklares forbeholdene med, at det er svært at lave lineære overgange fra problemstillinger til indsatser, da indsatser ofte vil skulle skræddersyes til den enkeltes behov. Der er således ikke nødvendigvis et direkte svar på, hvilke indsatser der imødekommer problemstillingerne, og der vil ofte være flere indsatser, der kan beskrives som relevante.

En anden forklaring er, at det kan være svært at se den direkte sammenhæng mellem problemstillinger og indsatsbehov i målgruppebeskrivelserne, da problemstillingerne beskrives helhedsorienteret, mens *gradueringen* af indsatser efter specialiseringsniveauer vedrører indsatser efter serviceloven.

Tværasektoriel koordinering og samarbejde med aktører, der leverer andre indsatser, er i stedet beskrevet i *teksten* uden graduering. Det gælder koblinger til specialundervisningsområdet for voksne og børn, sundhedsområdet (på hjerneskadeområdet gælder fx genoptræningsplaner ved udskrivning), og beskæftigelsesområdet. Da der gælder andre gradueringer på disse områder, er indsatserne her ikke graduert efter den afprøvede specialiseringsmodel. I stedet gradueres *tætheden i disse samarbejder* dels i parameteret for indsatsbehov, 'sammensætning af ydelser', dels i et parameter for leverandørers specialisering ('samarbejdsformer').

Målgruppebeskrivelsens fokus på indsatser i regi af serviceloven opleves gennemgående som en barriere af interviewpersonerne fra specialistgrupperne. Dels påpegede specialister på området for erhvervet hjerneskade, at de forskellige begreber og termer, der bruges på tværs af sundheds- og socialområdet gør det svært at opnå en samlet forståelse af området, og der blev givet udtryk for ønsker om et vidensprodukt, der sammenskriver og integrerer sektorerne i højere grad. For autismeområdet blev det udtrykt, at afgrænsningen til serviceloven betyder, at der i målgruppebeskrivelsen mangler en beskrivelse af koblingen til almenområdet herunder uddannelse, beskæftigelse og fritidsliv. Det medfører en bekymring for "bobler" med afgrænsede indsatser designet til mennesker med autisme frem for at sikre målgruppen adgang til det omgivende samfund. På synsområdet mente specialisterne, at afgrænsningen ikke muliggør dækkende beskrivelser af, hvordan indsatsforløb kan se ud i praksis, idet dele af en

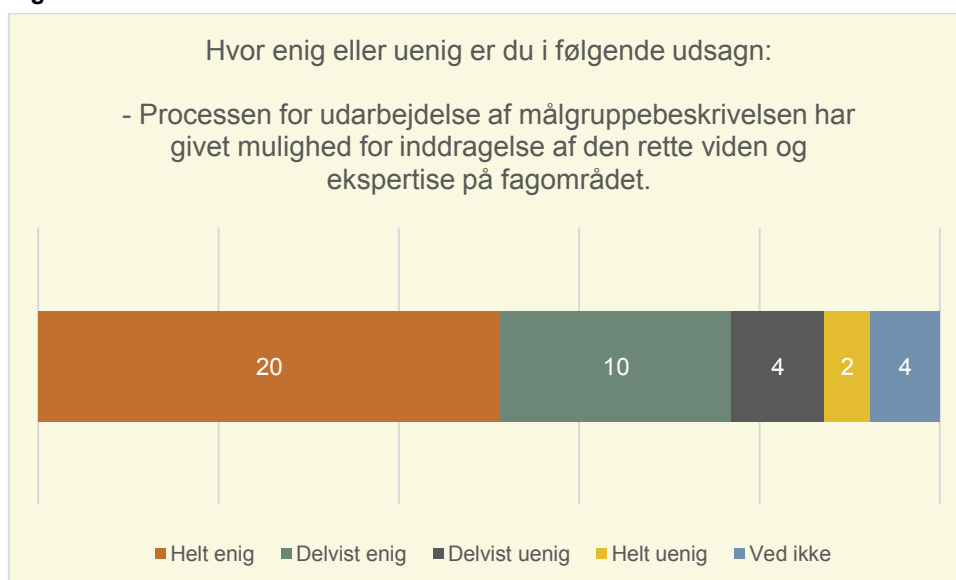
indsats kan foregå under serviceloven og andre dele inden for anden lovgivning såsom lov om specialundervisning for voksne.

Tilrettelæggelse og organisering

Processen med specialistgruppernes medvirken til udarbejdelse af målgruppebeskrivelserne var præget af inddragelse og lydhørhed, men forløb under et stort tids- og arbejdspress.

Som nedenstående diagram viser, mener deltagerne i specialistgrupperne overvejende, at den rette viden og ekspertise har været tilgængelig i processen, hvor målgruppebeskrivelserne blev udarbejdet. Af de 39 respondenter er 20 helt enige og 10 delvist enige, men 4 er delvist uenige og 2 helt uenige. 4 har svaret ved ikke. Nedenfor belyses flere årsager til de mere forbeholdne svar på baggrund af interviews og fritekstfelter i surveyen.

Figur 7



Anm: N = 39, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 16, Synsnedsettelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

Specialistgruppernes sammensætning

Medlemmer af specialistgrupperne fremhæver det som positivt, at der har været en bred repræsentation i grupperne. Her blev det fremhævet som væsentligt, at repræsentanter fra andre sektorer som fx STAR (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering), STUK (Styrelsen for Undervisning og Kvalitet) eller Børne- og Undervisningsministeriet (UVM) indgår, idet arbejdet med målgruppebeskrivelser ikke alene kræver et socialfagligt perspektiv.

I specialistgrupperne har indgået både fagspecialister, repræsentanter for brugerorganisationer, repræsentanter for et driftsperspektiv og andre ressourcepersoner. I interviews og survey gav nogle af deltagerne udtryk for, at det dermed i dele af processen var uklart, hvilke perspektiver, der skulle veje tungest: de faglige ambitioner om udvikling af området eller de reelle muligheder inden for det aktuelle rum for driften.

Deltagerne har oplevet lydhørhed, følt sig inddraget og erfarede, at deres input blev taget til efterretning. De fandt, at tilrettelæggelsen af processen med mulighed for både at kommentere mundtligt og skriftligt på materialet gav mulighed for konstruktiv dialog undervejs. Flere nævnte dog, at de havde savnet en tydelig rammesætning af processen og forventningerne til målgruppebeskrivelserne. Dernæst fandt deltagerne, at arbejdet har fordret meget specialfaglig viden.

Endvidere gav flere deltagerne i de tre grupper udtryk for, at processen omkring udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne havde været meget tidspresset, og at de korte deadlines og mængden af læsestof med fordel kunne have været meldt ud på forhånd, så det havde været muligt at planlægge derefter. Eftersom arbejdsopgaven var omfangsrig og ulønnet, krævede det, at deltagerne arbejdede på materialet i deres fritid eller i deres almindelige arbejdstid. Dette forhold medførte, at ikke alle oplevede at kunne levere den indsats og det bidrag, de gerne ville. Særligt for private aktører kunne det være vanskeligt at finde tiden og ressourcerne til at indgå i arbejdet på lige fod med andre specialister. Nogle bemærkede endvidere, at de gerne ville have haft mulighed for at bidrage til målgruppebeskrivelsen i den afsluttende fase, hvor den blev færdiggjort af Socialstyrelsen.

3.2.2 Delkonklusioner – specialistgruppernes erfaringer og vurderinger

I surveys og interviews på hvert af de tre områder udtrykker medlemmer af specialistgrupperne generelt opbakning til den faglige gyldighed af specialiseringsmodellen og til den målgruppebeskrivelse, de har bidraget til. Det ses som positivt, at modellen tilføjer specialisering som et andet perspektiv end kvalitet.

Samtidig gør medlemmer af specialistgrupperne opmærksom på væsentlige opmærksomhedspunkter og begrænsninger ved modellen, når den skal anvendes til udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse:

- En målgruppes størrelse bør – i overensstemmelse med specialiseringsmodellen - ikke altid *i sig selv* kunne være udslagsgivende for, om målgruppen vurderes at have behov for en højt specialiseret indsats.
- Det lette specialiseringsniveau er mest vanskeligt at beskrive og relevansen af dette niveau varierer mellem delmålgrupper. Når let specialiserede indsatser er relevante, er det ofte, når de indgår i en samlet indsats eller i et forløb, hvor der også er moderat eller højt specialiserede indsatser.
- *Den samlede indsats* til en borger kan bestå af ydelser på forskellige specialiseringsniveauer, fx både en højt specialiseret matrikelløs leverandør og ydelser fra fx botilbud eller bostøtte, som er let eller moderat specialiseret.
- Komplexiteten i borgernes problemstillinger og indsatsbehov kan ændre sig over kort eller længere tid, ligesom en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid. Dette afhænger bl.a. af forløbsfase (erhvervet hjerneskade), konkret kontekst (autisme) og livsfaser (synsnedsættelse) samt af problemstillingernes sammensætning.
- Der er ikke et 1:1 forhold mellem beskrivelserne af målgruppens problemstillinger og beskrivelserne af indsatser, idet problemstillinger beskrives helhedsorienteret, mens det kun er indsatser efter serviceloven, som gradueres i modellen. Sammenhængen mellem målgruppens problemstillinger, indsatsbehov og tværsektorielle indsatser er ikke lineær, og modellens afgrænsning til indsatser inden for serviceloven forhindrer en samlet og dækkende beskrivelse.

- Der er en bekymring for øget centralisering af højt specialiserede tilbud, der dermed kan ligge i lang afstand fra en borgers hjem. Derfor kan højt specialiserede matrikelløse indsatser, der kan leveres i nærmiljøet, være relevante.
- Processen med specialistgruppernes medvirken til udarbejdelse af målgruppebeskrivelserne forløb med inddragelse og lydhørhed, men under usikkerhed om rammen og et stort tidspres, hvilket gav vanskelige betingelser for specialistgruppernes bidrag.

3.2.3 Socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører

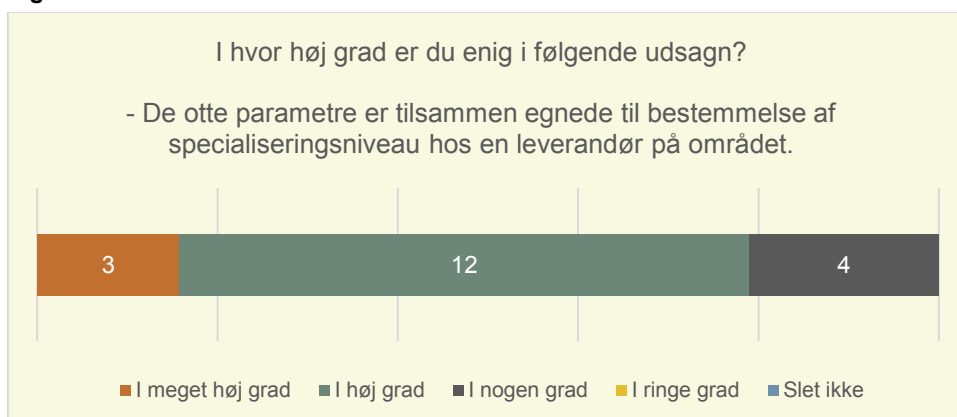
Vurderingen af specialisering hos leverandører er i afprøvningen foretaget af de fem socialtilsyn. Alle socialtilsyn har vurderet leverandører på områderne erhvervet hjerneskade og autisme, mens ét socialtilsyn har foretaget vurdering af leverandører på området for synsudsættelse.

Til vurderingen har Socialstyrelsen udarbejdet målgruppespecifikke vejledninger for de tre områder. I vejledningerne henvises til den relevante målgruppebeskrivelse således, at vurderingen af et parameters opfyldelse skal ske ved sammenholdelse af vejledning og målgruppebeskrivelse. Vejledningens anvisninger på vurdering af, om leverandørens kapacitet og kompetencer er passende for specifikke dele af målgruppen med behov på givne niveauer, fordrer dermed kendskab til målgruppebeskrivelsens niveauer og beskrivelser af problemstillinger og indsatsbehov.

Socialtilsynenes arbejdsgrupper har indhentet oplysninger fra et udsnit af leverandører på pilotområderne og har vurderet leverandørerne på de otte parametre for specialisering (Tabel 3). I arbejdsgrupperne har indgået tilsynskonsulenter samt andre konsulenter og ledere, som har bidraget med sparring og kvalitetssikring på tværs af vurderingerne.

Arbejdsgruppernes overordnede vurdering af modellens gyldighed er overvejende positiv. 15 af de 19 respondenter i surveyen vurderer, at modellens parametre tilsammen *i meget høj* eller *i høj grad* er egnede til bestemmelse af specialisering hos leverandører på områderne i afprøvningen, mens 4 vurderer, at parametrene *i nogen grad* er egnede (Figur 8).

Figur 8



Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I det følgende udfoldes medlemmerne i arbejdsgruppernes tilbagemeldinger på modellens anvendelighed, som de er fremgået af interviews og fritekstfelter i surveys.

Anvendelse af vejledning og redskaber til vurdering af specialisering

Målgruppespecifik vejledning og redskaber til dataindsamling er de primære redskaber - målgruppebeskrivelsen er anvendt som støtte

De fem socialtilsyns arbejdsgrupper har indhentet oplysninger via oplysningsskemaer for leverandører og opfølgende interviews (ofte i form af videomøder). Derefter har de vurderet leverandørerne på hvert af specialiseringsmodellens otte parametre for specialisering hos leverandører. I afprøvningen er indplacering af leverandører på specialiseringsniveau derefter sket efter den systematik, som er vist i Tabel 4.

Som det fremgår i diskussionen af de enkelte parametre nedenfor, viste det sig for nogle parametres vedkommende at være en ressourcekrævende opgave for leverandørerne at registrere de indhentede oplysninger. Leverandørernes medvirken i afprøvningen er som sådan ikke indgået i evalueringen; men socialtilsynenes arbejdsgrupper har gjort den erfaring, at oplysningerne i mange tilfælde har været ufuldstændige.

Det generelle billede var, at arbejdsgruppemedlemmerne enten havde foretaget vurderingerne to-og-to eller havde anvendt en arbejdsform i to trin, hvor én konsulent først havde afgivet sin vurdering og derpå drøftet den med en kollega eller leder i arbejdsgruppen. Langt de fleste konsulenter havde medvirket til vurdering af leverandører på to eller alle tre områder.

Flere medlemmer i arbejdsgrupperne fortalte i interviews, at de i vurderingen primært har anvendt den målgruppespecifikke vejledning, mens målgruppebeskrivelsen typisk er anvendt som opslagsværk på udvalgte områder. Til trods for, at der i vejledningen gennemgående henvises til målgruppebeskrivelsen som en forudsætning for vurdering, fortalte et flertal i interviews, at målgruppebeskrivelsen primært har været anvendt til vurdering af parameteret aktiv praksis og i nogle tilfælde også af uddannelsesmæssige kompetencer, praksiserfaring, metoder og indsatser samt hjælpemidler.

Flere interviewpersoners erfaring var, at målgruppebeskrivelsen har været vanskelig at anvende, og at der mangler en mere direkte forbindelse mellem denne og den målgruppespecifikke vejledning. Målgruppebeskrivelsen giver information, hvoraf noget ikke er direkte relevant for vurderingen, lige som der blev udtrykt overraskelse over, at målgruppebeskrivelsen er opbygget omkring fire andre parametre (Tabel 1 og Tabel 2) end de otte i den målgruppespecifikke vejledning (Tabel 3). En interviewperson bemærkede, målgruppebeskrivelsens tekst har været tung læsning, men at gradueringen af indsatser i 'bokse' har været anvendelig:

-Boksene har været til at gå til, men ellers har det været svært.

Flere fremhævede samtidig, at målgruppebeskrivelsen er et væsentligt supplement til vejledningen, idet den giver uddybende information om målgruppens problemstillinger og indsatsbehov, som er nødvendige for vurderingen.

Vurdering af kvalitet vs. vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører

Afprøvningen har givet Socialtilsynenes arbejdsgrupper ny indsigt i områdernes leverandører. Specialiseringsmodel og kvalitetsmodel går 'hånd i hånd'.

Socialtilsynene har til opgave at vurdere kvaliteten i de sociale tilbud, mens vurdering af en leverandørs specialisering har været en ny opgave. I evalueringen er tilsynskonsulenter og

andre medlemmer af arbejdsgrupperne derfor blevet spurgt om deres opfattelse af samspillet mellem kvalitetsmodellen for sociale tilbud og den specialiseringsmodel, som er afprøvet.

Flere fortalte i interviews, at erfaringen fra vurderinger af leverandørers specialiseringsniveau havde givet nye vinkler på tilbuddenes kvalitet, idet specialiseringsmodellen og dens operationalisering af parametrene tydeliggjorde nye og relevante dimensioner fx mht. et tilbuds generelle eller specialiserede kompetencer. Anvendelsen af specialiseringsmodellen havde i nogle tilfælde også ledt til en ny erkendelse af, at nogle borgere på socialpædagogiske tilbud ikke i tilstrækkelig grad får en indsats, der kunne gøre dem mere selvhjulpne.

Gennemgående fandt interviewpersonerne det relevant at vurdere leverandørers specialiseringsniveau, og de var af den overbevisning, at vurdering af kvalitet og specialisering med fordel kan gå hånd i hånd, idet begge modeller på hver sin måde bidrager med væsentlige indsigter vedrørende tilbuddene. Flere fremhævede dog også, at nogle af parametrene fra specialiseringsmodellen med fordel fremover kan integreres i kvalitetsmodellen og være anvendelige i vurderingen af kvalitet.

Nogle havde i afprøvningen foretaget vurderingen af specialiseringsniveau i forbindelse med et driftsorienteret tilsyn og havde fundet dette anvendeligt, mens andre havde fundet det nødvendigt at holde de to opgaver adskilt for at kunne foretage selvstændige vurderinger og undgå begrebsforvirring.

Der var blandt de interviewede en opmærksomhed på, at specialiseringsniveauet ikke afdækker, hvordan borgerne oplever den hjælp de får, men alene at tilbuddet fx har de "på papiret" rette kompetencer til at anvende en specifik metode. Borgerperspektivet fylder således efter denne opfattelse mindre i vurderingen af specialisering end i kvalitet. Nogle pegede derfor på, at anvendelsen af specialiseringsmodellen kan afføde et dilemma, hvis en borger eksempelvis har behov for en højt specialiseret indsats, men trives i et let specialiseret tilbud.

I forlængelse heraf bemærkede flere, at de ser et behov for at skelne mellem, hvorvidt borgere er i en udredningsfase, genoptrænings fase eller i en vedligeholdende fase, og der var en efterspørgsel efter, at modellen havde mere fokus på indsatser, der tilbydes i en mere stabil fase af en borgers liv.

I det driftsorienterede tilsyn går tilsynskonsulenter gerne i dialog med tilbuddene om, hvordan de kan højne kvaliteten på det enkelte tilbud. I afprøvningen af specialiseringsmodellen oplevede nogle, at det i dialogen med tilbuddene kunne være svært at formidle, at mens tilbuddets kvalitet altid bør udvikles til at være høj, skal specialiseringsniveauet ikke nødvendigvis være højt, men passe til målgruppens behov på et eller flere niveauer. Samtidig pegede de dog på, at specialiseringsmodellen kan bidrage til at synliggøre over for tilbuddene, hvad de måtte mangle mht. fx medarbejdernes uddannelsesmæssige kompetencer eller praksiserfaring for at blive vurderet til et højere specialiseringsniveau. Flere oplevede således, at modellen bidrog med nye vinkler, der afføder nye spørgsmål hos tilsynene fremover.

Samtidig udtrykte flere forståelse for, at specialiseringsmodellen kun beror på parametre, som kan gradueres for at skelne ml. niveauer. Mens kvalitetsmodellen skal indfange de dimensioner, som altid skal være til stede, uanset specialisering - fx en anerkendelse af borgerens perspektiv.

-Vi må hjælpe tilbud med at forstå, at selvom de er højt specialiserede, siger det ikke noget om kvaliteten. Og de kan være dygtige selvom de ikke er på det høje specialiseringsniveau.

Flere nævnte, at specialiseringsmodellen giver nye redskaber og standarder, som opleves som mere konkrete end kriterier og indikatorer i kvalitetsmodellen. Interviewpersonerne bemærkede herom:

-Det er et godt arbejde der er lavet, som komplementerer tilsynsopgaven.

-Godt at man har konkrete standarder at vurdere ud fra i specialiseringsmodellen – det mangler i kvalitetsmodellen, særligt ift. de mindre dygtige tilbud.

-Hvis tilbuddene ikke er gode til at reflektere over egen praksis, så mangler vi nogle standarder i kvalitetsmodellen til at synliggøre krav og forventninger fx antal af kvadratmeter, afgrænsning af målgruppe, uddannelsesniveaue ift. om tilbuddet kan blive godkendt.

Der vil dog stadig være behov for, at en specialiseringsmodel suppleres af en kvalitetsvurdering, som det fremgår af følgende bemærkninger:

-Specialisering har ikke noget med kvalitet at gøre, for man ved ikke hvordan borgerne oplever den hjælp de får.

-Hvis man udelukkende laver en specialiseringsvurdering, så kan man misse meget. [...] Uden at tale med borgerne og følge dem, så ved man ved ikke, om der er en kvalitet i den specialisering, de yder, så hvis det går hånd i hånd, så giver det rigtig god mening. Der kan godt være nogle medarbejdere, som på papiret er rigtigt dygtige eller har mange kompetencer, men som ikke kan finde ud af at tale med borgeren.

Begrænsede muligheder for at efterprøve de indhentede oplysninger

Medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper bemærkede, at det i afprøvningen havde været et vilkår, at de kun i ringe grad kunne efterprøve og verificere leverandørernes oplysninger, der ligger til grund for vurdering af specialisering. Datagrundlaget har været de af leverandøren udfyldte oplysningsskemaer og et opfølgende interview – oftest via video. Nogle mente, at tilbuddene havde haft for rig mulighed for at fremstille sig selv positivt. Modsat hændte det også, at nogle tilbud indsendte et fåtal af oplysninger og efterfølgende viste sig fx at anvende flere hjælpemidler end først angivet.

Nogle mente, at modellen lagde op til, at arbejdsgrupperne kvalitativt via interviewene og observationer skulle efterprøve leverandørernes oplysninger nærmere, hvilket havde været vanskeligt. Andre havde derimod den opfattelse, at det i afprøvningen ikke havde været opgaven at verificere og efterprøve oplysninger.

Muligheden for efterprøvning har været mere begrænset, end hvad tilsynskonsulenterne er vant til i vurderingen af tilbuddenes kvalitet, hvor de besøger et tilbud og møder borgere i målgruppen. I erkendelse heraf havde en arbejdsgruppe tilrettelagt vurderingen af specialisering i forbindelse med et driftsorienteret tilsynsbesøg.

En respondent bemærkede i surveyen:

-Hovedparten af parametrene beror på en subjektiv oplevelse/vurdering, hvilket koster på en ensartet indplacering på tværs af landet.

Andre bemærkninger og erfaringer peger i modsat retning. Medlemmerne af arbejdsgrupperne var typisk mindst to om at foretage hver enkelt vurdering for at sikre ensartethed. Dertil tilkendegav flere, at specialiseringsmodellen var mere kvantitativt funderet end kvalitetsmodellen, og at operationaliseringen i vejledningen med objektive standarder fx for andele af medarbejdere med relevante uddannelser gav et mere objektivt grundlag for en vurdering, hvilket blev fundet positivt. Samtidig var objektive standarder mere enkle at kommunikere til leverandørerne.

Det blev imidlertid tilkendegivet, at det kunne være vanskeligt at foretage ensartede vurderinger, eftersom oplysningsskemaerne både indeholdt kvantitative oplysninger og kvalitative beskrivelser, og idet vejledningens vægtning herimellem ikke altid var tydelig for medlemmerne i arbejdsgrupperne. Eksempelvis lægger vejledningen op til, at der både skal

indhentes oplysninger om, *hvilke* kategorier af hjælpemidler, der anvendes til målgruppen, *hvor mange* borgere der bruger dem, *om* hjælpemidler og teknologi svarer til målgruppens behov, og ved interview eller besøg observere, *hvordan* hjælpemidlet og teknologien konkret anvendes.

Vanskelighederne gælder især operationaliseringen af parametre på det moderate specialiseringsniveau men i mindre grad det høje niveau. Gennemgående blev det fremhævet i interviews, at parametrenes beskrivelse på højt niveau var mere detaljeret og fyldestgørende, hvorfor vurderingen var langt lettere, når en leverandør opfyldte beskrivelsen af et parameter på højt niveau.

Leverandører af matrikelløse indsatser vs. botilbud

I afprøvningen er også indgået leverandører af matrikelløse ('ambulante') indsatser, som ikke er underlagt lov om socialtilsyn og derfor ikke indgår i socialtilsynenes driftsorienterede tilsyn. Formålet med inddragelsen har været at få erfaringer med, om specialiseringsmodellen er gyldig og anvendelig også for disse leverandører. Matrikelløse indsatser spiller en særligt stor rolle på området for synsnedsettelse, hvor borgere fx kan modtage højt specialiseret rådgivning og vejledning om hjælpemidler.

Tilbagemeldingen fra de interviewede tilsynskonsulenter fra det socialtilsyn, som gennemførte opgaven på området for synsnedsettelse var, at skønt der var tale om leverandører, de ikke kendte i forvejen fra det driftsorienterede tilsyn, var det relativt nemt at vurdere specialiseringen af leverandører af matrikelløse indsatser. Det skyldtes, at hovedparten opfyldte parametrene på højt specialiseret niveau, hvor vejledningens operationalisering som nævnt blev opfattet som tydeligere end på det moderate og det lette niveau.

Interviewpersonerne bemærkede, at vurderingen af det matrikelløse felt krævede blik for, at leverandørerne kun er én aktør blandt mange omkring borgeren. Fra kvalitetstilsyn med sociale tilbud er socialtilsynet vant til at tænke i døgntilbud, som skal dække de fleste af beboernes behov, mens det forholder sig anderledes med leverandører af matrikelløse indsatser, som ofte leverer en mindre del af en samlet indsats.

Det oplevedes endvidere, at interviewene med leverandører af matrikelløse indsatser bidrog til at synliggøre, hvad der kan være af mangler i botilbuddenes understøttelse af borgernes udvikling, hvilket hidtil havde været vanskeligt for dem at pege på. Det blev bemærket, at mens man på et botilbud naturligt vil specialisere sig i de konkrete borgeres behov og opnå indsigt i deres evt. komorbiditet, så vil man fx som kommunikationscenter på synsområdet have bredere udsyn til det relevante videns- og praksisfelt inden for specialet. Dette hænger også sammen med, at man på et botilbud vil opnå specialisering gennem en aktiv praksis i forhold til fx 10 – 30 borgere, mens et kommunikationscenter ofte kan se mange hundrede borgere i løbet af et år.

Specialiseringsmodellen og parametrenes gyldighed og anvendelighed

I forbindelse med afprøvningen er der udarbejdet målgruppespecifikke vejledninger til, hvordan modellens parametre for specialisering skal vurderes på hvert af de tre pilotområder.

Som nævnt ovenfor oplever medlemmer i arbejdsgrupperne, at de målgruppespecifikke vejledninger sammenlignet med kvalitetsmodellen er mere kvantitativt fokuseret, konkrete og med flere objektive standarder for leverandørerne. Det oplever medlemmer af arbejdsgrupperne har været en hjælp for deres vurderinger. Samlet vurderer et stort flertal i surveyen, at modellens parametre tilsammen er egnede til vurdering af specialisering (Figur 8). I det følgende peges dog på en række forhold, som på forskellige måder har betydet, at vurderingen alligevel kunne være vanskelig.

Hvilket organisatorisk niveau?

I interviews blev rejst spørgsmål om hvilket organisatorisk niveau, det vil være mest hensigtsmæssigt at vurdere specialisering på. Det skyldes, at nogle tilbud er større organisationer med flere afdelinger med forskellige specialiseringer. Én peger på, at det kan være vanskeligt at vurdere tilbud med flere afdelinger, hvor borgere, der har behov for en højt specialiseret indsats, er tilknyttet én afdeling, og tilbuddet har medarbejdere ansat, der kan tilbyde den højt specialiserede indsats, men er tilknyttet en anden afdeling. I sådanne tilfælde opleves der et behov for at kunne beskrive flere niveauer af specialisering i et tilbud på tværs af afdelinger.

Procedure for genvurdering?

Blandt medlemmer i arbejdsgrupperne peges også på, at det vil være nødvendigt at genvurdere specialiseringsniveauet over tid, da udskiftninger i medarbejdergruppen eller lignende relativt hurtigt og let vil kunne påvirke opfyldelsen af parametrene, og derved ændre det vurderede specialiseringsniveau.

Parametrenes relevans er tydelig for socialtilsynenes arbejdsgrupper, skønt nogle kan være vanskelige at anvende i praksis

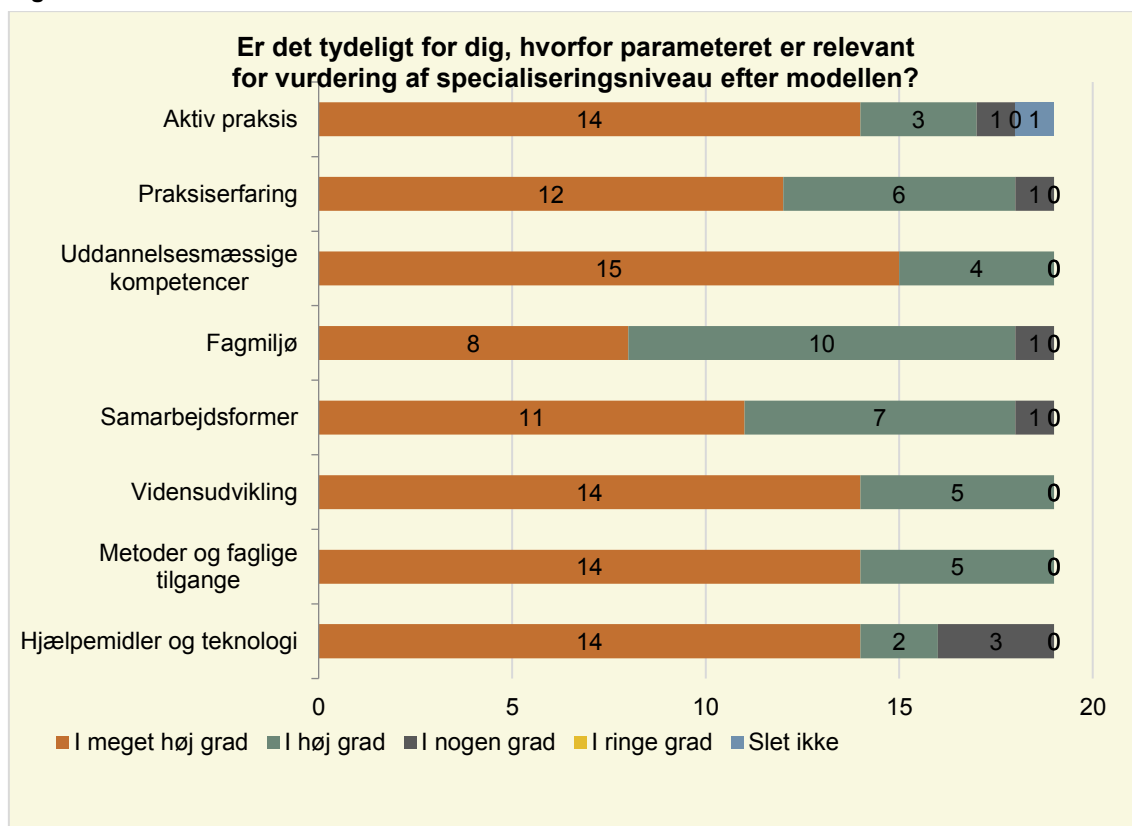
Nedenfor præsenteres arbejdsgruppernes erfaringer med at indhente oplysninger og vurdere på baggrund af de enkelte parametre. Alle otte parametre er undersøgt i surveyen, mens de kvalitative interviews med medlemmer af arbejdsgrupperne har haft fokus på parametre, som på baggrund af løbende drøftelser i arbejdsgrupperne havde vist sig særligt interessante eller vanskelige at anvende.

På trods af den positive opfattelse af specialiseringsmodellens gyldighed ses på tværs af de otte parametre en tendens til, at jo mere konkret og praktisk, modellen skulle anvendes, des mere vanskeligt blev det. Dette mønster udfoldes herunder.

Nedenstående fire diagrammer viser fordelingen af besvarelser på følgende fire spørgsmål:

- 1) *Er det tydeligt for dig, hvorfor parameteret er relevant for vurdering af specialiseringsniveau efter modellen?* (Figur 9)
- 2) *Er det tydeligt for dig, hvordan parameteret er graderet på tre niveauer?* (Figur 10)
- 3) *Er vejledning og hjælperedskaber egnede til at indhente de nødvendige oplysninger for at vurdere, om parameteret er opfyldt?* (Figur 11)
- 4) *Har de indhentede oplysninger givet grundlag for at vurdere, om parameteret er opfyldt hos de leverandører, du har vurderet?* (Figur 12)

Figur 9

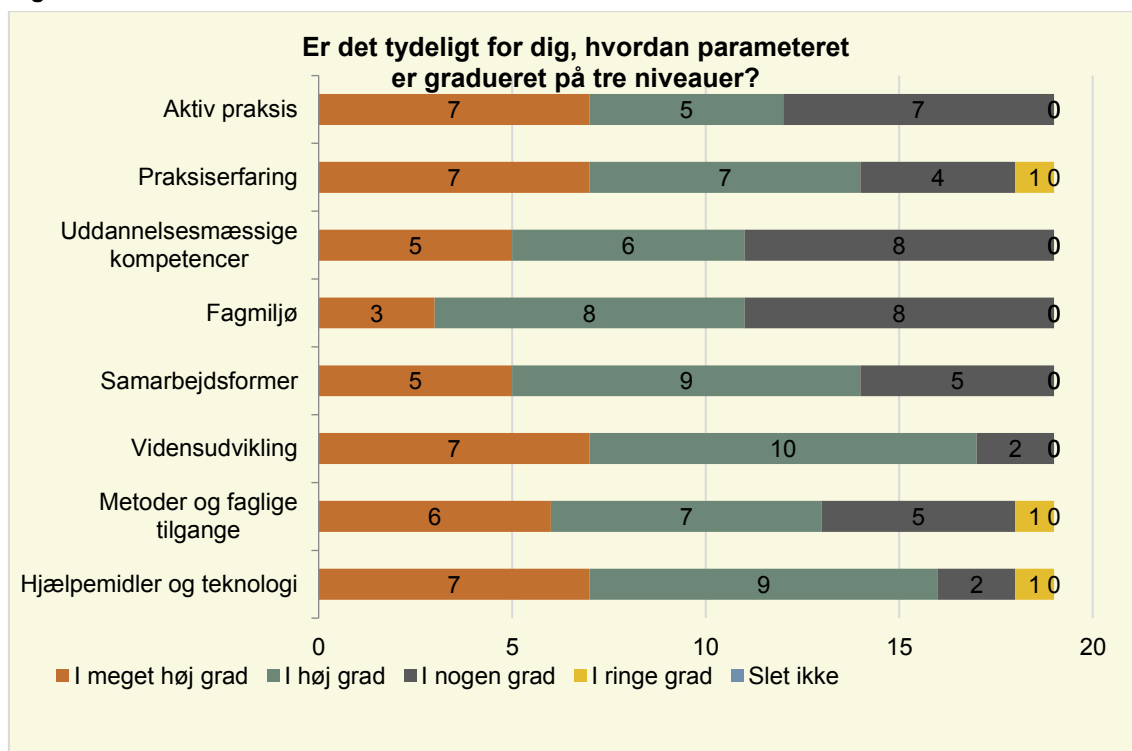


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Som vist i Figur 9 finder langt hovedparten af arbejdsgruppemedlemmerne det tydeligt, hvorfor hvert af de otte parametre er relevante for vurdering af leverandørers specialiseringsniveau.

Figur 10

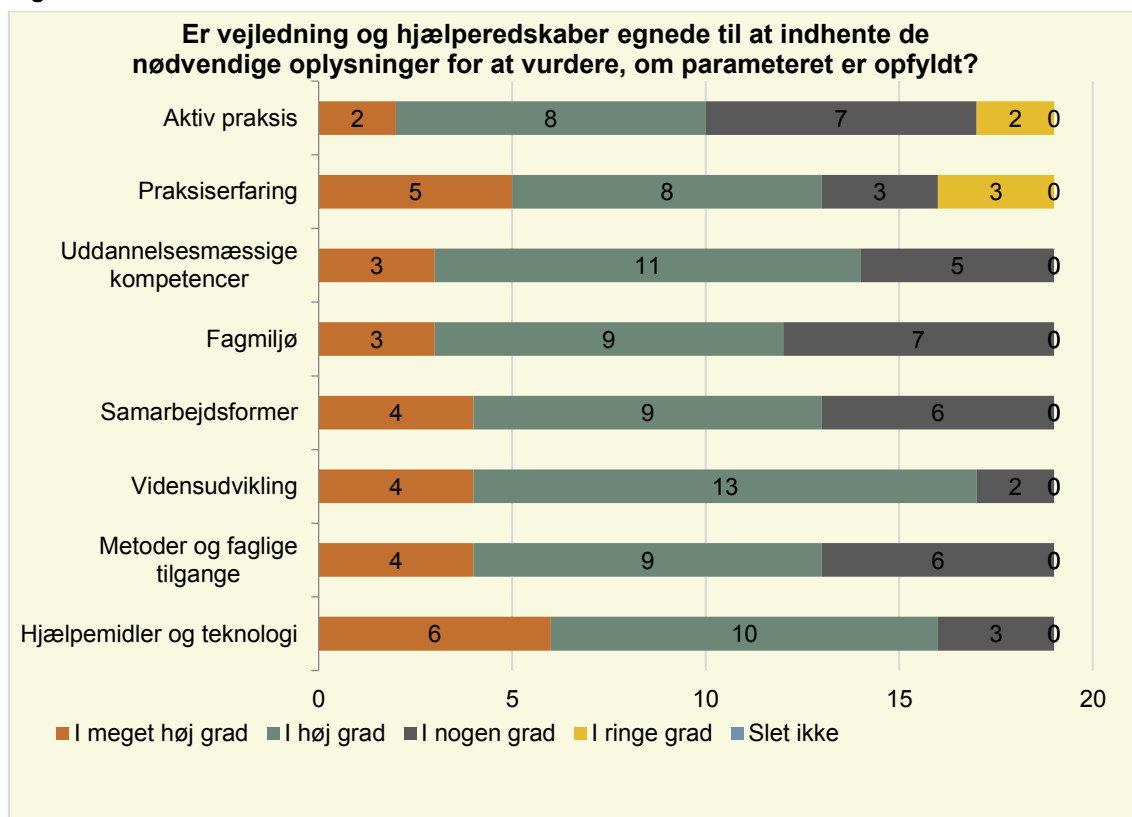


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Når det kommer til tydeligheden i parametrenes graduering på de tre specialiseringsniveauer bliver billedet lidt mere varieret, som ovenstående diagram (Figur 10) viser. For en del parametre mener flere medlemmer af arbejdsgrupperne, at det kun i nogen grad er tydeligt, hvordan parametrene er graderet. Det gælder især 'aktiv praksis', 'uddannelsesmæssige kompetencer' og 'fagmiljø'. For hver af parametrene 'praksiserfaring', 'metoder og faglige tilgange' samt 'hjælpe midler og teknologi' er der en enkelt respondent, som har svaret, at parameterets graduering *i ringe grad* er tydeligt.

Figur 11

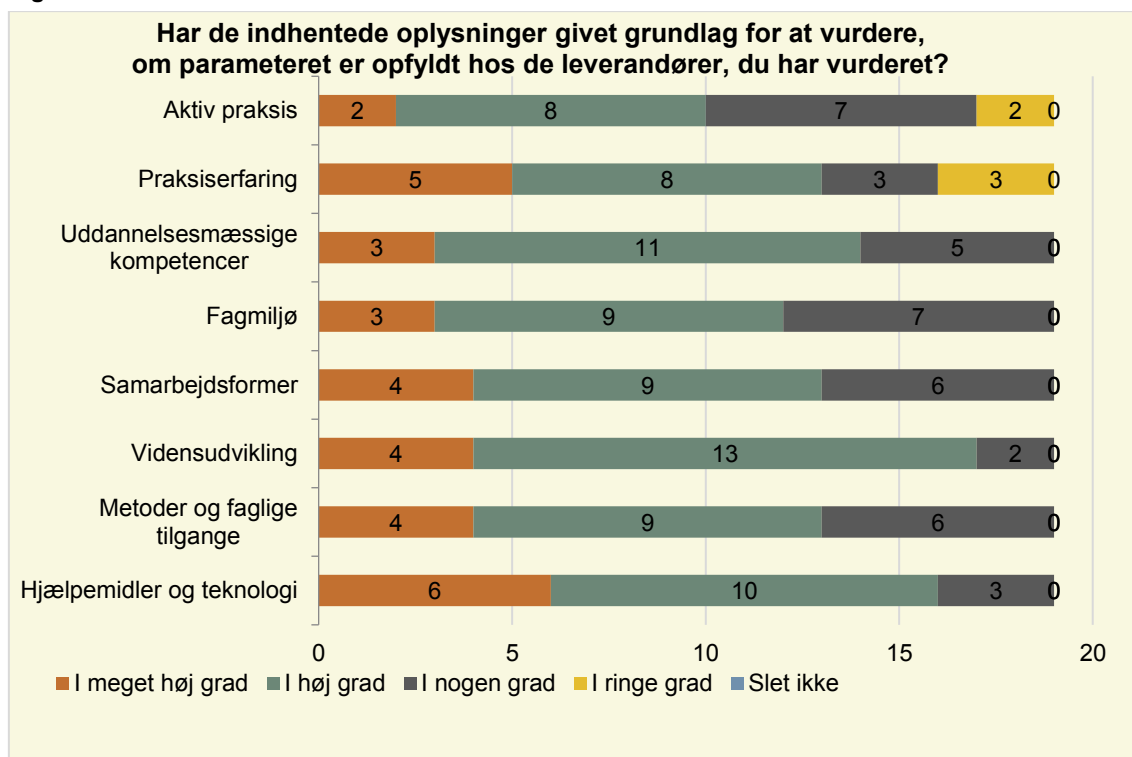


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2- socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Med spørgsmålet om anvendeligheden af den målgruppenspecifikke vejledning og hjælperedskaberne til indhentning af de nødvendige oplysninger, bliver billedet igen mere varieret (Figur 11). Langt hovedparten af medlemmerne i arbejdsgrupperne har også her en positiv opfattelse af modellens redskaber, idet de finder vejledningen og hjælperedskaberne egnede. Men med dette spørgsmål er der færre svar i kategorien *i meget høj grad*. Samtidig ses det, at 'aktiv praksis' og 'praksiserfaring' er blandt de parametre, hvor vejledning og hjælperedskaber for *nogle* af respondenterne har været særligt udfordrende at anvende til indhentning af de nødvendige oplysninger. Også 'fagmiljø', 'samarbejdsformer' og 'metoder og faglige tilgange' er blandt de parametre, hvor indhentning af de nødvendige oplysninger ved hjælp af vejledning og redskaber i nogle tilfælde har været relativt vanskeligt.

Figur 12



Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Et lignende mønster viser sig i arbejdsgruppernes erfaring med at anvende de indhentede oplysninger til at foretage vurderingen af leverandørerne på de otte parametre (Figur 12). Igen er det i særdelshed parametrene 'aktiv praksis', 'praksiserfaring', 'fagmiljø', 'metoder og faglige tilgange' og 'samarbejdsformer', som har været mest vanskelige at foretage en vurdering af på baggrund af de indhentede oplysninger.

På tværs af de fire spørgsmål viser sig således en tendens til, at tilsynskonsulenter og andre medlemmer af arbejdsgrupperne tydeligt ser gyldigheden og relevansen af modellens otte parametre, men at gradueringen af parametrene samt den målgruppenspecifikke vejledning og dennes hjælperedskaber i mindre grad findes tilstrækkelige.

Nedenfor udfoldes arbejdsgruppernes vurderinger og erfaringer med anvendelsen af de otte parametre, som de er fremgået af interviews og af surveyens fritekstfelter. Det skal understreges, at mens arbejdsgruppemedlemmernes overordnede opfattelse af de otte parametre altså er relativt positiv, har de gennemførte interviews haft fokus på de tilfælde, hvor anvendelsen af parametrene i vurderingen har været vanskelig.

For en beskrivelse af parametrene og deres generiske graduering henvises til Tabel 3. I afprøvningen har socialtilsynene anvendt målgruppenspecifikke vejledninger med konkretisering og operationalisering af parametrene. I vejledningen henvises til målgruppebeskrivelsen for området som beskrevet ovenfor.

1. Aktiv praksis

Parameteret 'aktiv praksis' vedrører en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsætter til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsats med rod i ideen om, at "øvelse gør mester".

Surveyen viser meget stor enighed om dette parameters relevans. Også i interviews er der stor enighed om, at princippet 'øvelse gør mester' er indlysende rigtigt. Samtidig har parameterets formulering i Socialstyrelsens målgruppespecifikke vejledninger for erhvervet hjerneskade og autisme i nogle tilfælde givet arbejdsgruppemedlemmer indtryk af, at parameteret vedrørte leverandørens opfyldelse af behovene hos de konkrete borgere, der modtager indsætter fra leverandøren. I vejledningen for synsnedsettelse blev det derfor præciseret, at parameteret refererer til de specialiseringsniveauer som er beskrevet i målgruppebeskrivelsen, og at socialtilsynet skulle vurdere, hvor mange borgere med behov for hhv. let, moderat og højt specialiserede indsætter, leverandøren havde leveret indsætter til.

I mange tilfælde har det været vanskeligt at vurdere parameterets opfyldelse på baggrund af de indhentede oplysninger. Dels kræver det at socialtilsynenes arbejdsgrupper anvender målgruppebeskrivelsen for at sammenligne leverandørernes beskrivelse af de aktuelle borgeres behov med behovsbeskrivelsen i målgruppebeskrivelsen, hvor målgruppen er opdelt i tre idealtypiske grupper med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Dels er det leverandørernes egne og i nogle tilfælde sparsomme oplysninger om borgerne og deres behov, som socialtilsynenes arbejdsgrupper har måttet lægge til grund, ofte uden større muligheder for at efterprøve dem bortset fra et interview, som ofte er foregået virtuelt.

Arbejdsgrupperne gav i interviews udtryk for, at det er fornuftigt at medtage parameteret om aktiv praksis i vurderingen. Men også at det har været vanskeligt at gå fra oplysninger til vurdering. Der har i en række tilfælde været tvivl om validiteten i de indhentede oplysninger, idet det efter arbejdsgruppernes opfattelse har været vanskeligt for leverandørerne at afkode af oplysningsskemaet, hvilke oplysninger der skulle indsendes. Dertil har der været tale om en omfangsrig opgave med afrapportering af mange oplysninger om så mange borgere, at det ofte ikke har været realistisk at gå i dialog om indplaceringen af borgerne.

Det betyder også, at nogle tilbud har indsat lange lægefaglige og diagnostiske beskrivelser, hvorimod andre har indsat ganske få ord om en borger eller gruppe af borgere. Yderligere angiver arbejdsgruppemedlemmer, at det særligt har været vanskeligt at efterprøve tilbuddenes aktive praksis. For dette parameter er opfattelsen hos flere arbejdsgruppemedlemmer, at der i afprøvningen ikke har været et tydeligt skel mellem leverandørens angivelse af oplysninger og socialtilsynets vurdering. Her er det i praksis ofte leverandørerne selv, der har grupperet borgerne på de respektive niveauer. Store leverandører har givet oplysninger om borgere på gruppeniveau. Hvis leverandøren kun har angivet funktionsnedsettelse, er der ikke direkte grundlag for arbejdsgruppernes vurdering af påvirkningen af funktionsevnen på forskellige livsområder og dermed af behovet for specialiseret indsats. Store leverandører på synsområdet har i det anvendte skema selv vurderet og angivet det specialiseringsniveau, grupper af borgere har behov på. Skønt socialtilsynet har haft mulighed for at gøre bemærkninger om, hvorvidt de var enige i leverandørernes vurdering, har det været svært at foretage en selvstændig vurdering.

2. Praksiserfaring

Parameteret 'praksiserfaring' forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsætter på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen.

Også for praksiserfaring er der relativt stor enighed om relevansen af parameteret; men ikke nær så stor enighed om, at oplysningerne har givet det nødvendige grundlag for at vurdere parameterets opfyldelse (Figur 9 og Figur 12).

Det viste sig vanskeligt at indhente data vedrørende medarbejdernes erfaringer fra tidligere ansættelser, så det kunne indgå i den samlede vurdering af parameteret: På hvilket niveau havde medarbejderne tidligere leveret indsatser og til borgere med hvilke behov? Har man arbejdet selvstændigt eller efter instruktion fra en anden, højt specialiseret fagperson? Sådanne spørgsmål kunne der ofte ikke findes svar på.

Der næst blev det fundet vanskeligt at vurdere erfaring med *den specifikke målgruppe* hos medarbejdere i tilbud, der har en bredere målgruppe, og hvor organiseringen derfor ikke er målrettet førstnævnte.

3. Uddannelsesmæssige kompetencer

'Uddannelsesmæssige kompetencer' forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse.

Parameteret vurderes af arbejdsgrupperne som et væsentligt og relevant supplement til kvalitetsmodellen. Der er dog en vis usikkerhed om, hvilke uddannelser det er rimeligt at forvente at medarbejderne besidder, og hvilken vægt der lægges på vikarernes uddannelse. Vurderingen blev i afprøvningen yderligere vanskeliggjort af ufuldstændige oplysninger fra leverandører, særligt vedrørende vikarernes uddannelse.

Parameterets graduering kunne være vanskeligt at anvende, da der var en vis usikkerhed om, hvad der udgør de relevante og forventede uddannelsesmæssige kompetencer på de tre niveauer. Vejledningerne giver eksempler på hvert af de tre niveauer, men det var fleres erfaringer, at eksemplerne i mange tilfælde ikke gav entydige kriterier for vurdering af kompetenceniveauet hos en leverandørs medarbejdere.

På baggrund af oplysningsskemaet var det endvidere svært for socialtilsynenes arbejdsgrupper at udlede, hvilke medarbejdere der havde de oplyste grunduddannelser, efteruddannelser og videreuddannelser samt hvad indholdet og varigheden var af de oplyste kurser og efteruddannelser, hvorfor vurderingen var afhængig af muligheden for at følge op derpå i interview med leverandøren.

4. Fagmiljø

Parameteret 'fagmiljø' vedrører den organisatoriske robusthed til at levere specialiserede indsatser - alle dage og året rundt. Det vedrører derfor dels, om antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer er til stede, og dels, om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering.

Parameteret opfattes som relevant og væsentligt, idet det giver grundlag for specifikt at efterspørge vagtplaner og at efterprøve, om personale med de rette kompetencer også er til stede fx under ferier og sygdom. Dog nævntes det i interviews, at parameteret ikke er tydeligt afgrænset fra øvrige parametre som samarbejdsformer, uddannelsesmæssige kompetencer og vidensudvikling.

Flere interviewpersoner havde oplevet, at det er forskelligt blandt leverandørerne, hvor eksplicit leverandøren har forholdt sig til parameterets indhold. Nogle tilbud havde i høj grad skriftliggjort, hvordan de håndterer strukturer for vagtplaner, sygefravær mv., hvorimod andre først kunne

redegøre mundtligt for indholdet efter nærmere refleksioner under arbejdsgruppernes interviews.

Også for dette parameter har der været stor variation i de indsendte oplysningerne fra leverandører. I survey-kommentarer blev der efterlyst minimumskrav på de enkelte niveauer.

Der var eksempler på dilemmaer i vurderinger af tilbud, hvor hverdagens medarbejdere havde grunduddannelser og ikke så meget specialuddannelse, men at der i stedet var tilknyttet et specialteam med medarbejdere, der støttede og vejledte disse. I sådanne tilfælde blev de uddannelsesmæssige kompetencer vurderet som moderate grundet grunduddannelsen, mens en formel organisering af samarbejde med medarbejdere med specialuddannelse såsom neuropsykologer blev vurderet til at være på højt niveau i fagmiljø.

5. Samarbejdsformer

'Samarbejdsformer' omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Samarbejdet kan både være tværfagligt og tværsektorielt.

Samarbejdsformer er efter de fleste arbejdsgruppemedlemmers opfattelse et relevant og anvendeligt parameter.

Nogle af de interviewede arbejdsgruppemedlemmer gav udtryk for, at gradueringen af parameteret kunne være vanskelig at anvende. Der var fx tvivl om fortolkningen af de konkrete formuleringer i vejledning og oplysningsskema om, at samarbejdet med relevante eksterne parter skal være systematisk og en integreret del af leverandørens praksis. Det havde skabt tvivl om, hvorvidt 'formaliserede' samarbejder skulle vægtes højere end mere uformelle ad hoc løsninger, der er særligt tilrettelagt for den enkelte borger. Som eksempel blev givet, at botilbud ofte sørger for stærk koordinering af den enkelte borgers forløb, hvorimod man på et kommunikationscenter fx på synsområdet oftere har skriftlige aftaler. Én havde opfattet, at der særligt i oplysningsskemaet lægges relativt stor vægt på, at samarbejdet skal være formaliseret, mens det i mindre grad er tilfældet i vejledningen.

Dertil var der også tvivl om, hvorvidt samarbejde med eksterne tværfaglige funktioner er udtryk for en mere specialiseret indsats, end hvis samarbejdet med tværfaglige funktioner ligger internt. Dertil er det ikke altid klart, hvilke specifikke aktører, der er de relevante parter, med hvem leverandøren skal samarbejde for at opfylde parameteret på et givet niveau. Endelig opfattedes parameteret som mindre egnet i tilfælde, hvor leverandøren ikke har den koordinerende rolle, men er én blandt flere aktører omkring borgeren, der inddrages i en samlet indsats.

6. Vidensudvikling

Parameteret 'vidensudvikling' indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

De interviewede medlemmer af arbejdsgrupperne fandt, at parameteret vedrørende vidensudvikling var tydeligt operationaliseret på det højt specialiserede niveau, idet leverandøren skal bidrage til vidensudvikling på området. Det blev fundet hensigtsmæssigt, at der på de tre niveauer blev sondret mellem generel, særlig eller specialiseret viden om målgruppen, skønt gradueringen på det høje specialiseringsniveau var mest tydelig. Nogle fandt, at parameteret havde et vist overlap med andre parametre, særligt fagmiljø og uddannelsesmæssige kompetencer

7. Metoder og faglige tilgange

'Metoder og faglige tilgange' indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

Parameteret blev fremhævet som væsentligt af arbejdsgruppemedlemmerne. Det var dog i mange tilfælde ikke helt tydeligt, hvornår en leverandør er specialiseret på moderat eller højt niveau. En tilkendegav, at eksemplerne i vejledningen vedrørende faglige tilgange og metoder på synsedsættelsesområdet pegede meget i en retning, som ikke var fuldstændig i overensstemmelse med, hvad der stod i målgruppebeskrivelsen.

Endelig blev det bemærket, at parameteret bør ses i sammenhæng med kvalitetsmodellens kriterium om metoder og resultater, idet specialiseringsmodellen ikke har fokus på kvaliteten i anvendelsen af metoderne eller deres resultater.

8. Hjælpemidler og teknologi

'Hjælpemidler og teknologi' indebærer et fokus på, at medarbejderne, når det er relevant, skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen for at imødekomme konkrete behov hos den enkelte borger.

Parameteret om hjælpemidler og teknologi har været et nyt fokus for socialtilsynene, og det begrebslige indhold til dels også nyt for leverandørerne. Det har givet en usikkerhed om de indhentede oplysninger og om deres vurdering. I interviews med arbejdsgrupperne fremhæves det som højest relevant på nogle områder, mens det på andre – fx autisme – kan være mindre relevant.

Parameteret vedrører netop, om leverandørens medarbejdere har kompetencer til at understøtte anvendelsen af *relevante* hjælpemidler og teknologi i leveringen af indsatsen. Flere udtrykte dog usikkerhed om det indbyggede relevanskriterium: I interviews blev rejst spørgsmål om, hvorvidt en leverandør skal vurderes på sin kompetence til at anvende hjælpemidler til de konkrete borgere i leverandørens aktuelle målgruppe, eller på at have brede kompetencer til hjælpemidler på hele fagområdet. Her vil naturligt være stor forskel på botilbud, som har fokus på beboernes aktuelle behov, og matrikelløse leverandører, som har fokus på bredere praksisfelt, hvorpå de rådgiver.

Flere fremhæver, at arbejdet med dette parameter har givet dem nye og værdifulde indsigter i fagområderne, og at de har haft gavn af den undervisning, de i forbindelse med afprøvningen har modtaget fra hjælpemiddelkonsulenter. Det har dog alligevel i mange tilfælde været en udfordring for medlemmerne i arbejdsgrupperne, at de ikke kender alle hjælpemidler på et område og ikke har kompetencer og indsigt i fagområderne til at vurdere, om hjælpemidlerne anvendes korrekt.

Lige som for andre parametre var gradueringen her tydeligst for det høje niveau, idet medarbejderne skal kunne vejlede, undervise og understøtte andre fagpersoner i brugen af hjælpemidler og teknologi. Sondringen mellem det lette og det moderate niveau blev derimod opfattet som mindre tydelig.

Til indhentning af oplysninger har det været relevant at anvende oplysningsskema og interviewguide, da det er fremkommet under interviews, at leverandøren anvender flere typer af hjælpemidler end først angivet. Det nævnes i interviews, at det kan skyldes, at leverandøren i første omgang primært tænker på mere traditionelle hjælpemidler så som toiletforhøjer og i mindre grad på talemaskiner, infotavler mv. Omvendt anvendte leverandører af matrikelløse indsatser ofte så mange hjælpemidler, at det ikke var realistisk at angive alle kategorier.

3.2.4 Delkonklusioner – socialtilsynenes arbejdsgruppers erfaringer og vurderinger

- Kvalitetsmodel og specialiseringsmodel går 'hånd i hånd'. Tilsynskonsulenters erfaring er, at specialiseringsmodellen har skærpet deres blik for, at selvom socialtilsynet vurderer, at borgerne trives i et tilbud er det ikke sikkert, at (alle) borgerens behov for specialiseret støtte til udvikling er dækket.
- Der er generelt stor opbakning til den faglige gyldighed af de otte parametre for specialisering hos leverandører. Nogle parametre kan dog være vanskelige at anvende i vurderingen. Dels kan gradueringen være vanskelig, dels er de indhentede oplysninger ikke i alle tilfælde tilstrækkelige. Det gælder særligt parametrene 'aktiv praksis' og 'praksis erfaring' og i nogen grad 'hjælpemidler og teknologi'.
- Det har været vanskeligt for socialtilsynenes arbejdsgrupper at anvende målgruppebeskrivelserne i vurderingen af specialisering, hvilket har vanskeliggjort vurderingen af de parametre, som er mest afhængige af en god forståelse heraf.
- Samlet vurderer 15 af 19 medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper, at parametrene for specialisering *i meget høj* eller *i høj grad* er egnet til bestemmelse af specialisering hos en leverandør, mens fire vurderer, at de *i nogen grad* er egnet hertil.

3.2.5 Modellens relevans for myndighedsfunktioner

I de følgende afsnit udfoldes tilbagemeldinger fra medarbejdere i myndighedsfunktioner og visitation, som er blevet interviewet om modellens relevans i myndighedspraksis på hvert af de tre områder. Den afprøvede specialiseringsmodel er ikke udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Evalueringsspørgsmålet vedrører derfor ikke modellens konkrete anvendelighed i en visitationspraksis, men som nævnt i afsnit 3.1. modellens kommunikative gyldighed for medarbejdere i myndighedsfunktioner. Spørgsmålet gælder forståelsen af problemstillinger og behov for specialisering i indsatser hos en voksen, en ung eller et barn.

Interviewpersonerne var sagsbehandlere, faglige koordinører, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation af borgere på hvert af de tre pilotområder. Uanset stillingsbetegnelse og ansættelsessted omtales de interviewede i det følgende som 'medarbejdere i myndighedsfunktioner'. Interviewpersonerne var fagpersoner med erfaring med visitation af borgere på de tre områder. For at opnå det nødvendige fokus i de enkelte interviews foretoges følgende aldersafgrænsning af områderne i denne del af evalueringen:

- Voksne med erhvervet hjerneskade
- Børn og unge med autisme
- Voksne med synsnedsettelse

Specialiseringsmodellen relevans og gyldighed i myndighedspraksis

Den overordnede tilbagemelding på modellen fra medarbejdere i myndighedsfunktioner på de tre pilotområder var, at parametrenes indhold samt graduering på tre niveauer er relevant og gyldig i myndighedspraksis, og at modellens logikker og indhold vækker genklang i eksisterende visitationspraksis. En medarbejder bemærkede fx, at gradueringen kan være med til at afgrænse om et tilbud kan dække behovene, eller om der skal visiteres til andre steder.

Kompleksitet i problemstillinger

De interviewede gav overordnet udtryk for, at modellens forståelse harmonerer med deres forståelse af, hvad der er afgørende for at vurdere kompleksiteten i en borgers problemstillinger. På tværs af de tre grupper interviewede var der enighed om, at det giver mening at anskue *kompleksitet* i en borgers problemstillinger som et samspil mellem funktionsnedsættelsen/-er (komorbiditet), omgivelsesfaktorer (såsom livsomstændigheder, ressourcer i omgivelserne, omstændighederne i tidligere indsatser) samt mestringsevne og det levede liv.

Adspurgt om deres forståelse af kompleksiteten i en borgers problemstillinger, gav de interviewede i flere tilfælde det første og umiddelbare svar, at det hang sammen med omfanget af støttebehov, med graden af funktionsnedsættelse samt varighed og intensitet i den indsats, der var behov for. Imidlertid kom det frem ved feedback på parameteret om *fagligt indhold* i indsatser, at interviewpersonerne delte forståelsen af, at varighed og intensitet ikke i sig selv er definerende for graden af specialisering i en indsats, og at specialisering ikke alene handler om støttebehovets omfang, men om kompetencerne hos dem, der leverer støtten.

Specialiseringsmodellens forståelse af kompleksitet i problemstillinger og specialisering i indsatser viste sig ikke ukendt for de interviewede, men formalisering af stillingtagen til denne ekstra dimension i sagsgangene vil være nyt. En medarbejder på synsområdet bemærkede:

-Lige først da jeg hørte om de der kategorier, tænkte jeg, at man nok bare delte ind efter, hvor svagtseende folk er. At man kun kigger på graden af svagsynethed. Men der skrives mange ting frem, som kan have indflydelse på kompleksitet. Det er ret godt.

På tværs af de tre pilotområder blev det eksemplificeret af interviewpersonerne, hvordan omgivelserne er af stor betydning for en borgers funktionsevneniveau. Funktionsevnen må derfor forstås dynamisk, så der tages højde for ændringer i indsatsbehovene. Ligesom specialistgrupperne fremhævede medarbejdere i myndighedsfunktioner herved også, at borgere ofte har behov på flere niveauer på samme tid, hvorfor også de understregede vigtigheden af modellens dynamiske karakter.

For synsområdet var eksempler herpå, at en borgers flytning til en ny by, overgange imellem livsfaser (fra ung til voksen eksempelvis) samt muligheden for deltagelse i sociale fællesskaber, uddannelse og job kan påvirke en borgers funktionsevneniveau og trivsel. For autisme og erhvervet hjerneskade blev givet eksempler på, at funktionsnedsættelsen for to børn kan være ens, men funktionsevnen alligevel forskellig grundet forskelle i ressourcer og støtte i omgivelserne (fx i hjemmet eller skolen). Dertil kommer, at kompleksiteten i problemstillinger ofte øges med alderen, når forventningerne fra omgivelserne typisk øges.

Lige som specialistgrupperne fremhævede medarbejdere i myndighedsfunktioner, at det lette specialiseringsniveau ikke altid er til stede, hvilket særligt gør sig gældende på børne- og ungeområdet, idet børn og unges kontinuerlige udvikling i krop og psyke i sig selv medfører en vis grad af kompleksitet. På synsområdet udtrykte flere, at det lette niveau umiddelbart var svært at få øje på. En interviewperson fra synsområdet bemærkede: *"Enten har man svært ved at bruge computeren og modtage undervisningen - enten har man svært ved at læse teksten - eller også har man ikke. Jeg har virkelig svært ved at graduere, især til let niveau."* På baggrund af en diskussion anerkendte interviewpersonerne på de tre myndighedsområder dog, at der i nogle tilfælde – som oftest i forlængelse af en højt specialiseret leverandørs indsats – kan være behov for en let specialiseret indsats.

Størrelse

Størrelsesparameteret vakte i et vist omfang genklang, men fyldte ellers ikke meget i myndighedsfunktionernes forståelse af målgrupper og behov. For området synsnedsættelse blev det fremhævet, at målgruppen generelt er lille, hvorfor problemstillinger sjældent

forekommer og et højere specialiseringsniveau derfor ofte vil være nødvendigt. Som ovenfor beskrevet (s. 21) blev der i interviews med specialistgrupperne udtrykt en bekymring for, om modellen vil medføre en centralisering, hvor specialiserede tilbud kan ligge langt væk fra en borgers familie og netværk. Adspurgt til, hvad man i myndighedspraksis ville gøre i en sådan situation for et barn med autisme, tilkendegav medarbejdere fra autismeområdet, at første prioritet er, at et barns indsatsbehov dækkes, men at det også er en prioritet at støtte forældrekontakten. Én bemærkede, at i tilfælde af, at der er behov for et tilbud langt væk fra hjemmet, vil forældre om nødvendigt kunne modtage støtte til at opretholde kontakten samt til at foretage rejser for at have samvær med barnet.

I denne sammenhæng skal det som tidligere nævnt bemærkes, at det ikke følger af specialiseringsmodellen, at der nødvendigvis skal ske en centralisering af de højt specialiserede indsatser, da denne type indsatser ifølge modellen også vil kunne være matrikelløse og udgående.

Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En generel tilbagemelding vedrørende *sammensætningen af ydelser og foranstaltninger* på tværs af de tre pilotområder var, at den overordnede definition og gradueringen af parameteret er i overensstemmelse med forståelsen af behovet for samarbejde på forskellige specialiseringsniveauer.

Opfattelsen var, at udredning altid eller næsten altid vil skulle foretages af en højt specialiseret leverandør, som evt. instruerer eller rådgiver en borger i brugen af konkrete hjælpemidler. En højt specialiseret leverandør kan også yde rådgivning til leverandører på let eller moderat specialiseret niveau, som så kan arbejde ud fra træningsplaner udarbejdet af den højt specialiserede leverandør. Indsatser til de pågældende målgrupper går ofte på tværs af fagligheder og sektorer grundet behov for forskellige faglige perspektiver på den samme problemstilling, eller fordi forskellige ydelser sker sideløbende eller følger i umiddelbar forlængelse af hinanden. Derfor er koordinering og samarbejde nødvendigt, men en indsats kan overgå til mere uafhængig gennemførelse, når en leverandør på let niveau fx gennemfører træningen. På området synsnedstættelse kunne et eksempel på en sådan indsats være, at en højtspecialiseret synskonsulent foretager en udredning vedrørende en daisy-afspiller og nedfælder en vejledning, som en støtteperson (fx en bostøtte) hjælper borgeren med at anvende i dagligdagen. For erhvervet hjerneskade blev nævnt, at på det højeste specialiseringsniveau kan kommunen ikke længere håndtere sagen på egen hånd og må involvere fx behandlingssektoren.

Tilbagemeldingerne fra medarbejdere i myndighedsfunktioner peger imidlertid også på behov for tydelighed i definitionen af koordinering på de tre niveauer. På et anbringelsessted, hvor faggruppen udgør et tværfagligt team med fælles opgavevaretagelse, udredning og konferencer, kan det eksempelvis se ud til, at der foregår lav grad af koordinering, da der er mindre behov for koordinering med eksterne fagpersoner. Ifølge modellen er dette dog et eksempel på samarbejde mellem fagligheder på det høje specialiseringsniveau, da der er tale om en integreret indsats, hvor koordineringen er afløst af et tæt tværfagligt teamsamarbejde.

Yderligere fremhævede flere også, at behovet for koordinering er afhængigt af barnet eller den unges alder, da der fx kan være behov for at koordinere mellem anbringelsessted og STU om et uddannelsesforløb.

Medarbejdere i myndighedsfunktioner bemærkede – ligesom specialistgrupperne – at der grundet afgrænsningen til indsatser efter serviceloven kun gives et partielt indtryk af relevante indsatser. Indsatser, som de tre målgrupper visiteres til, kræver ofte tværsektoriel koordinering og samarbejde, som således typisk bevæger sig ud over serviceloven. Der findes dermed en vis uoverensstemmelse mellem, at borgerens problemstillinger i målgruppebeskrivelsen forstås helhedsorienteret, mens indsatserne, der kan opfylde behovene, afgrænses til serviceloven.

For mennesker med synsnedsettelse kan der eksempelvis – ud over indsatser inden for serviceloven – være behov for indsatser forankret i sundheds-, folkeskole-, specialundervisnings- samt uddannelses- og beskæftigelseslovgivningen. På synsnedsettelsesområdet kategoriseres mobility-støtte fx som undervisning (efter lov om specialundervisning) og ikke rådgivning og vejledning (efter serviceloven).

På området for erhvervet hjerneskade skal der på det høje specialiseringsniveau kunne arbejdes interdisciplinært og foretages prioriteringer mellem indsatsområder også uden for genoptræningsplanen eksempelvis ift. genoptræning på job. Prioritering mellem indsatsområder indikerer, at der kan være behov for en højtspecialiseret indsats, som ikke nødvendigvis er stor i omfang, da der tages hensyn til udtrætning. Omvendt kan man også forestille sig borgere, der modtager en mindre kompliceret genoptræning, der er stor i omfang, og som hurtigt afsluttes efterfølgende. En tilsvarende forståelse findes på området autisme, hvor medarbejdere i myndighedsfunktioner sammenligner modellens graduering med 'indsatstrappen' på området for udsatte børn og unge. Herfra har de en forståelse for, at indsatser, der ligger højt på indsatstrappen, kan være både kort- og langvarige.

Fagligt indhold

Dette parameters graduering af målgruppespecifikke kompetencer og viden blev fundet meningsfuld af medarbejdere i myndighedsfunktioner. Det følger af diskussionen af parameteret om indsatsens sammensætning, at en borger med den rette vejledning og hjælpemidler fra en højt specialiseret leverandør efterfølgende kan have behov for træning fra en leverandør på let eller moderat niveau, som dermed i mindre grad behøver at besidde målgruppespecifikke kompetencer. Det fremhæves dog også af interviewpersonerne, at det vil være relevant med en vis målgruppespecifik viden på alle niveauer, da en fagperson skal kunne henvise videre og identificere nye behov.

I interviews om de tre områder gav medarbejderne udtryk for, at det er relevant at anskue behovet for målgruppespecifikke kompetencer og viden i indsatsen til den enkelte borger som situationsafhængigt og dermed skiftende over tid. Modellen bør derfor tage højde for den dynamik, der kan være i en borgers situation.

3.2.6 Delkonklusioner – relevans for myndighedsfunktioner

Generelt udtrykker de interviewede medarbejdere i myndighedsfunktioner accept af specialiseringsmodellens grundlæggende principper, skønt de deler flere af de samme opmærksomhedspunkter som fremhævet af specialistgrupperne. Det gælder dynamikken i borgernes indsatsbehov, at mange borgere modtager en samlet indsats sammensat af indsatser fra leverandører på flere specialiseringsniveauer og på tværs af lovgivninger, at indsatser på let specialiseringsniveau er mere utydelige og understregningen af, at det ikke er funktionsnedsettelsen i sig selv, men et samspil af faktorer, som udgør kompleksiteten:

- Specialiseringsmodellens logik om sammenhængen mellem målgrupper, deres indsatsbehov og match til leverandører stemmer overordnet godt overens med den faglige forståelse og praksis i myndighedsfunktioner.
- 'Kompleksitet' kan have flere betydninger i myndighed, men forstås ofte i relation til støttebehov af stort omfang, varighed og intensitet. Specialiseringsmodellens forståelse af, at kompleksitet i problemstillinger er afgørende for behovet for faglig specialisering er ikke ukendt for medarbejdere i myndighedsfunktioner, men det vil være nyt, hvis man i sagsbehandlingen formaliserer vurdering af kompleksiteten i problemstillingerne som afsæt for, hvilket niveau af specialisering i indsatsen, borgeren har behov for.

- Hvis et højt specialiseret tilbud ligger i lang afstand fra fx barnet eller den unges hjem, kan det kræve opmærksomhed på fastholdelse af kontakt til familie og netværk. Med matrikelløse indsatser, der både kan leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen, kan kontakten nemmere fastholdes.

4. Modellens accept og forudsætninger for udbredelse

4.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier

I dette kapitel belyses modellens accept, legitimitet og forudsætninger gennem perspektiver fra interessenter på området repræsenteret i Det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i spor 2 i Evalueringen af det specialiserede socialområde.

Interessenterne i de to udvalg har givet feedback dels om erfaringer og resultater fra afprøvningen, og dels om den generelle model og dens forudsætninger for udbredelse til hele det specialiserede socialområde.

I det følgende indgår bemærkninger afgivet i de to udvalg, bemærkninger afgivet på evalueringseminaret i maj 2021 samt skriftlige bemærkninger fra medlemmer af de to udvalg. Bemærkningerne er for omfattende til at kunne gengives fuldstændigt i denne rapport, hvorfor en række hovedpunkter er trukket frem.

4.2 Forudsætninger for udbredelse af modellen til andre områder

4.2.1 Interessenters tilbagemeldinger på afprøvningen på pilotområder

Interessentgruppen har givet tilbagemeldinger på både udfald og proces for afprøvningen af modellen på de tre pilotområder i spor 2. Nedenfor præsenteres interessentgruppens tilbagemeldinger, herunder konkrete kommentarer fra navngivne interessenter.

Gyldig og ensartet vurdering af leverandører

Flere bemærker, at specialiseringsmodellen udgør et relevant supplement til kvalitetsmodellen, da modellen indeholder flere kvantificerbare kriterier og derfor opleves som mere objektivt funderet. Alligevel er der en bekymring vedrørende den praktiske anvendelse af modellen og gyldigheden af resultaterne, da det ikke står klart, om vurderingen af leverandører er sket på et ensartet grundlag.

Som det fremgår af denne rapport har nogle af parametrene for specialisering hos leverandører været vanskelige for tilsynskonsulenterne og andre socialtilsynsmedarbejdere at anvende til indhentelse af oplysninger og til vurdering af specialiseringsniveauet. Det medfører en usikkerhed mht. om parametrene anvendes på en ensartet måde i vurderingen på tværs af leverandører, medarbejdere og socialtilsyn. Fra interessenter er derfor blevet efterspurgt en specialiseringsmodel, som kan appliceres ensartet og med færre skønsmæssige vurderinger.

Der stilles i den forbindelse også spørgsmålstegn ved, om socialtilsynenes konsulenter har kompetencer til at kunne foretage en gyldig vurdering af parametrene 'faglige metoder' samt 'hjælpemidler og teknologi', som kræver viden på specifikke fagområder. I afprøvningen fik socialtilsynenes konsulenter fx undervisning af hjælpemiddelkonsulenter om hjælpemidler og teknologi på pilotområderne for at kunne vurdere leverandørerne på dette parameter.

Det fremhæves af interessenter, at ensartede vurderinger efter klare kriterier også har betydning for tilbuddenes retssikkerhed, når et tilbud indplaceres på et specialiseringsniveau.

Afprøvnings udfald

Danske Handicaporganisationer (DH) bemærker, at billedet af leverandørernes indplacering på specialiseringsniveauer ikke er genkendeligt for områderne erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse. Det bemærkes, at andelen af leverandører, der i afprøvningen er vurderet at være højt specialiserede, er større end DH havde forventet, herunder andelen af højt specialiserede leverandører af matrikelløse indsatser på synsområdet.

I forlængelse heraf peges der i interessentgruppen på, at det bør overvejes, hvordan modellen kan blive bedre egnet til vurdering af matrikelløse indsatser.

Målgrupper og indsatsbehov

Flere interessenter har bemærket, at målgruppebeskrivelsernes fokus på overordnede målgrupper ikke giver grundlag for at vurdere de sociale tilbuds faglige tilgang og specialiseringsniveau i forhold til delmålgrupper med meget specifikke behov. Derudover giver dette fokus ikke mulighed for at identificere kapacitet og geografisk fordeling af tilbud til konkrete undermålgrupper. Region Midt og Region Syddanmarks forslag er, at fokus i højere grad skal være på borgernes specifikke indsatsbehov og medarbejdernes kompetencer til at opfylde disse frem for primærdiagnosen.

På den anden side fremhæves af andre interessenter, at der er målgrupper – som det fx er fremgået i afprøvningen og af målgruppebeskrivelsen for autismeområdet – hvor man ikke på forhånd kan beskrive præcist, hvilke specifikke indsatser der vil være relevante.

Danske Handicaporganisationer fremhæver det som væsentligt, at der fremover indgår brugerrepræsentanter i udarbejdelse af målgruppebeskrivelser, lige som repræsentanter for brugerorganisationer har indgået i specialistgrupperne under afprøvningen.

Proces for afprøvningen

Hvad angår processen for afprøvningen er der blandt interessenterne en bekymring for, om det har været for krævende for leverandørerne at deltage. Erfaringen er, at nogle leverandører har meldt fra, fordi opgaven med tilvejebringelse af oplysninger til socialtilsynets arbejdsgrupper viste sig for ressourcekrævende.

Interessenter anbefaler at forenkle modellens redskaber, så de bliver mindre tunge at anvende, og så det administrative arbejde mindskes. Der opfordres til at undersøge om afrapporteringen i fremtiden kan lattes ved at sammenføre indhentning af oplysninger og afrapportering i forbindelse med både specialiseringsmodellen og kvalitetsmodellen for sociale tilbud.

4.2.2 Interessenters accept og vurdering af modellens anvendelighed

Betragtningerne på modellens gyldighed og anvendelighed er delte blandt interessenterne. En række interessenter udtrykker opbakning til parametrenes relevans og modellens gyldighed

som sådan, men ser samtidig et behov for yderligere operationalisering af parametrene for at øge modellens anvendelighed. En række andre interessenter udtrykker grundlæggende kritik af modellens egnethed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet.

Herunder præsenteres en række temaer, som blev rejst af interessenterne.

Specialiseringsmodellens genstandsfelt og principper

Et gennemgående tema vedrører, hvad der er genstanden for vurdering efter specialiseringsmodellen. Specialiseringsmodellen er i afprøvningen blevet anvendt til vurdering af specialisering på 'tilbudsniveau' hos sociale tilbud og andre leverandører, idet udgangspunktet har været at foretage vurdering på samme niveau, som anvendes i socialtilsynenes tilsyn efter kvalitetsmodellen.

Flere interessenter bemærker, at en specialiseringsmodel bør dreje sig om vurdering af specialisering i indsatser eller funktioner. Det forhold, at modellen har fokus på tilbuds- og leverandørniveau, nævnes som en mulig medvirkende årsag til, at andelen af højt specialiserede leverandører på områderne erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse i afprøvningen er højere end forventet blandt nogle af interessenterne.

Samtidig blev det efterspurgt, at specialiseringsmodellen gør det tydeligt, at et tilbud kan have indsatser og funktioner på både let, moderat og højt specialiseret niveau, hvilket også kan tale for specialeplanlægning med fokus på indsatser frem for leverandører.

Et opmærksomhedspunkt hos nogle interessenter var, at modellen har for stort fokus på, hvad leverandører og tilbud kan levere, og i mindre grad på målgruppernes indsatsbehov og efterspørgsel. Selv om specialiseringsmodellen beror på, at specialisering på et område skal vurderes ud fra målgruppens indsatsbehov, så er denne forståelse ikke tydelig for alle interessenter.

En række interessenter fremhæver, at en specialeplanlægning baseret på indsatser eller specialfunktioner vil give mulighed for fokusering på områder med særlige behov. KL fremhæver, at der samtidig bør fastholdes fokus på helhedsorientering og sammenhæng mellem sektorer.

Efter Danske Handicaporganisationers opfattelse vil det stadig være væsentligt at udarbejde en målgruppebeskrivelse til overblik over behovene på et område. Dermed kan identificeres delmålgrupper med særlige behov, og specialeplanlægningen kan derefter tage udgangspunkt i de specifikke indsatser, der er behov for.

Endvidere er interessenter optagede af, at en evt. centralisering af højt specialiserede tilbud vil have konsekvenser for borgerne, og at en model for specialisering bør rumme muligheden for, at også borgere med komplekse og sammensatte behov kan modtage indsatser lokalt og i deres eget hjem. Andre fremhæver, at de matrikelløse indsatser netop kan være udgående og leveres i borgerens nærmiljø.

Uddannelsesmæssige kompetencer og realkompetencer

Flere interessenter lægger vægt på, at de fleste af parametrene for specialisering hos leverandører på forskellig vis angår medarbejdernes kompetencer og anvendelsen af kompetencer i praksis.

På det specialiserede socialområde findes kun i mindre omfang autoriserede måder at vurdere realkompetencer på, når det gælder målgruppenspecifikke områder, selv om der findes undtagelser som fx diplomuddannelser på synsområdet. Sidemandsoplæring er en del af praksis, men svært anvendelig som grundlag for kompetencevurdering. Der blev derfor nævnt

behov for mere systematisk realkompetencevurdering, som også kan omfatte fx socialpædagogiske kompetencer til arbejdet med specifikke målgrupper.

Socialpædagogernes Landsforbund bemærker dertil, at det er afgørende at medarbejderne har en uddannelsesmæssig grundfaglighed, som kan udgøre et grundlag for yderligere specialisering på et område.

Samtidig nævnes et behov for en strategi for uddannelse, rekruttering og kompetenceudvikling, som kan understøtte, at medarbejderne på tilbuddene har kompetencer på rette specialiseringsniveau.

Tværasektorielle sammenhænge

Flere interessenter påpeger, at modellen *i gradueringen* udelukkende har fokus på specialisering i indsatser efter serviceloven – selv om tværasektorielle samarbejder også er nævnt i teksten. Det medfører efter nogle interessenters opfattelse, at der ikke gives et retvisende billede af de pågældende indsatser og leverandørers specialisering. Derudover er der bekymring for siloopdeling af områder frem for helhedsorienterede indsatser på tværs af lovgivninger, herunder når en borger fx både har brug for sundhedsydelse fra et sygehus og for specialiserede sociale indsatser. Modellen kan efter denne opfattelse ikke tilstrækkeligt rumme borgernes komplekse og sammensatte indsatsbehov.

Nogle interessenter efterspørger endvidere, at sundhedsindsatser og sammenhæng til specialeplanlægningen på sundhedsområdet overordnet fylder mere i modellen, mens andre fremhæver at der ikke primært bør anlægges sundhedsfaglige vinkler i specialistgruppernes arbejde med målgruppebeskrivelser, idet det er væsentligt at kommunale vinkler på let og moderat specialiserede indsatser indgår.

Procedurer for revurderinger af specialiseringsniveau

Hvor længe en vurdering gælder, og hvordan det i praksis håndteres, at mindre ændringer i fx personalesammensætning hos et tilbud kan medføre, at tilbuddets status ændres fra højt til moderat specialiseret leverandør, blev også rejst som et opmærksomhedspunkt. Det foreslås, at der ved ændringer af fx personalesammensætning i et tilbud, gives tid til at rette op på manglende opfyldelse på et givet parameter, inden tilbuddets specialiseringsniveau ændres. Der kan være tilsvarende behov, når et nyt tilbud etableres.

Dansk Erhverv og Selveje fremhæver behov for en klagemulighed, hvis et tilbud får ændret sin status til et lavere specialiseringsniveau. Endvidere bemærkes, at modellen ikke må ødelægge dynamikken i markedet, men skal give plads til at tilbud kan udvikle sig og opnå højere specialisering, uden at det betyder at tilbuddene ikke kan afsætte pladser på markedet

Tilbagemeldinger vedrørende parametre for specialisering hos leverandører

Fra interessenterne er givet en række forslag relateret til operationaliseringen af konkrete parametre eller parametrene samlet set. Herunder præsenteres et udvalg til overblik.

I interessentgruppen er det generelt et ønske, at parametrene justeres på baggrund af erfaringerne fra afprøvningen og der ses et behov for, at parametrene præciseres yderligere på de tre specialiseringsniveauer, således at indplaceringen lettes og ensartes i praksis. Nedenstående gengiver forslag og anbefalinger fra én eller flere interessenter:

- Danske Handicaporganisationer foreslår, at et parameter om borgerinddragelse indgår i vurderingen af specialisering hos leverandører. Endvidere foreslås, at leverandørernes

videns- og dataopsamling fra arbejdet med målgruppen bør være et parameter for specialisering.

- Socialpædagogernes Landsforbund bemærker, at grænseværdien for parameteret 'uddannelsesmæssige kompetencer' på moderat og højt niveau er for lavt sat, idet parameteret kan opfyldes på moderat eller højt specialiseringsniveau ved, at halvdelen af medarbejderne har den nødvendige uddannelse. Det foreslås, at dette parameter – ud over målgruppenspecifik viden og kompetencer – også inkluderer, at der på de socialpædagogiske tilbud skal være ansat medarbejderne med uddannelse, der sikrer den socialpædagogiske kernefaglighed.
- Region Midt og Region Syddanmark bemærker, at de målgruppenspecifikke beskrivelser af de tre specialiseringsniveauer for parameteret 'hjælpemidler og teknologi' er for sparsomme og der bør udvikles faglige standarder, så der nemmere kan foretages en vurdering og sammenlignes på tværs. Ligeledes ses et behov for faglige standarder for parameteret om 'metoder og faglige tilgange'.
- Region Midt og Region Syddanmarks repræsentanter anbefaler at overveje sammensætning og vægtning af parametre, herunder om alle parametre skal vægtes lige meget i den samlede vurdering. Fx om 'hjælpemidler og teknologi' skal tillægges lige stor betydning som 'uddannelsesmæssige kompetencer' eller 'metoder og faglige tilgange'. Det foreslås at tilføje et selvstændigt parameter vedrørende 'fysiske rammer'.
- Der ses et problem i, at parametrene 'aktiv praksis', 'praksiserfaring' og 'uddannelsesmæssige kompetencer' er følsomme over for ændringer i hhv. beboer- og personalesammensætning, da ændringer kan ændre sig fra måned til måned. Især mindre tilbud vil være påvirkelige. Modellen skal således på hensigtsmæssig vis tage højde for dynamikken i en medarbejdergruppe, der kan ændre sig inden for ganske kort tid. Det bliver fremført, at kravet om et vist antal borgere i parameteret 'aktiv praksis' samtidig ikke må stå i vejen for, at tilbud med enkelte eller meget få pladser kan anerkendes som højt specialiseret.
- Det bemærkes, at de enkelte parametres grænseværdier skal kunne tage højde for forskelle på tværs af målgrupper. For nogle målgrupper vil grænseværdien for "aktiv praksis" (levering af indsatser til fem eller ti borgere i løbet af kalenderår) være sat for lavt – det kan fx gælde for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Mens samme grænseværdi kan være for høj, når det gælder børn med erhvervet hjerneskade, hvor der er et lille underlag, eller borgere i særforanstaltninger, hvor der typisk kun er meget få borgere i samme tilbud.

4.2.3 Interessenters vurdering af forudsætninger for udbredelse af modellen

Et perspektiv i interessentgruppen er, at det er positivt, at man med modellen får et sprog for at tale om specialisering. Samtidig nævnes en række forudsætninger for, at specialiseringsmodellen vil kunne anvendes til specialeplanlægning.

Scenarier for specialeplanlægning

Flere interessenter udtrykker ønske om tydelighed om, i hvilket scenarie specialiseringsmodellen tænkes anvendt, og om modellen fx tiltænkes anvendt i visitationssammenhæng. Det fremhæves, at vurderingen af modellens anvendelighed er tæt knyttet til disse spørgsmål. Her fremhæves forskellen på et scenarie med 'ansøgningsmodel' og et scenarie med 'certificeringsmodel'. I det første scenarie foretages specialeplanlægning på udvalgte områder, hvor målgrupperne har særligt komplekse problemstillinger, og hvor leverandører kan søge om at blive godkendt som leverandører af højt specialiserede indsatser.

I det sidste scenarie vil der på samme måde som i afprøvningen være tale om vurdering af principielt alle leverandører på et område.

I den forbindelse rejses en bekymring for, om man med en certificeringsmodel til alle leverandører på alle niveauer vil tilføre mere bureaukrati uden nødvendigvis at højne kvaliteten for borgerne. Flere interessenter anbefaler, at der udformes en ansøgningsmodel, således at ikke alle leverandører skal indplaceres, idet det vurderes at være for ressourcekrævende uden at stå mål med den værdi, der skabes for borgerne.

Ud over parametrene om 'størrelse' og 'kompleksitet' foreslås, at også målgrupperes særlige behov for stærke vidensmiljøer kunne være et parameter, der tages i betragtning, når det afgøres hvilke målgrupper, der skal omfattes af specialeplanlægning. Det blev hertil anbefalet at tage udgangspunkt i, hvilke målgrupper, der vil have gavn af specialeplanlægning og hvilke, der vil have gavn af forløbsbeskrivelser.

Flere interessenter fremhæver endvidere, at modellen bør tænkes sammen med en finansierings- og visitationsreform.

Samtidigt er der blandt interessenterne opmærksomhed på, hvordan specialiseringsbegrebet og specialiseringsniveauer formidles til praksisfelt og borgere. Mens det altid bør være et mål, at en borger modtager en indsats af *høj kvalitet*, vil det mht. specialisering være målet at *specialiseringen* er på et *passende* niveau.

To eller tre specialiseringsniveauer

Flere interessenter fremhæver, at i et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder med særlige behov, hvor leverandører kan ansøge om godkendelse, vil fokus for specialeplanlægningen kunne være på det højt specialiserede niveau alene.

Hvis specialeplanlægningen skal omfatte flere niveauer blev det foreslået at differentiere, så der anvendes færre parametre og en mindre omfattende proces for vurderingen af leverandører på moderat niveau end for højt niveau, lige som det ikke vil være nødvendigt at foretage afdækning af let specialiserede leverandører. Andre bemærkede omvendt, at specialeplanlægning alene for det højt specialiserede niveau kan føre til et for snævert fokus, der ikke giver det nødvendige løft til hele området.

Vidensmiljøer og vidensgrundlag

Det fremføres blandt interessenter, at princippet om "øvelse gør mester" forudsætter viden om, hvad der virker for de enkelte målgrupper. Det nævnes, at der for en række målgrupper på socialområdet ikke findes stærke vidensmiljøer og forskning, hvilket kan udfordre denne forudsætning. Flere interessenter efterlyser et fokus på etablering af vidensmiljøer med samarbejder mellem leverandører og med tydelig forpligtelse på vidensudvikling og videndeling. Et konkret forslag fra KL er at etablere et nationalt samarbejdsforum med relevante aktører, der afdækker vidensgrundlag og indsamler data, og som derpå kan påpege behovet for nye højt specialiserede tilbud. Et samarbejdsforum kunne bestå af fx Socialstyrelsen, KKR-samarbejderne, regionerne, brugere og andre videnspersoner.

Tilsvarende fremhæver andre interessenter leverandørernes ansvar for en 'udgående vidensfunktion' i form af rådgivning af andre fagfolk, matrikelløse indsatser m.m.

Medarbejderkompetencer hos leverandører og myndighed

Ydermere blev manglen på faguddannet og kvalificeret personale fremhævet som en hindring for at udvikle og fastholde et højt specialiseringsniveau, hvilket derfor findes nødvendigt at adressere, når der stilles krav til medarbejderes uddannelsesniveau.

Hvad angår anvendelse af modellen til visitation af borgere bliver det i interessentgruppen fremhævet, at sagsbehandlere, medlemmer af visitationsteams m.fl., skal have de rette kompetencer til at kunne anvende modellen i visitationssammenhæng. Det gælder kompetencer til borgerinddragelse og til inddragelse af den relevante fagviden om borgerens behov og relevante indsatser.

Danske Handicaporganisationer fremhæver, at også borgere bør indgå i det videre arbejde med vurdering af modellens relevans for sagsbehandling og visitation, så både borger og myndighed spørges. Det foreslås endvidere at man lader sig inspirere af visitationsmodellen for hjerneskadeområdet, hvori indgår en central visitationsfunktion og udarbejdelse af genoptræningsplaner.

4.3 Delkonklusioner – interessentperspektiver

4.3.1 Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed

En række interessenter har i forbindelse med afprøvning og evaluering af specialiseringsmodellen givet udtryk for, at modellen er relevant og værd at arbejde videre med. Samtidig udtrykkes kritik eller bekymring om konkrete operationaliseringer af nogle af parametrene og af de administrative arbejdsgange hos leverandører og socialtilsyn, der indgår i forbindelse med en vurdering.

Andre interessenter udtrykker en grundlæggende kritik af modellens gyldighed og anvendelighed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet. I den forbindelse fremhæves, at modellens anvendelighed i høj grad afhænger af scenariet for specialeplanlægning. Her blev nævnt scenarier med hhv. en certificeringsmodel for hele områder og en model med specialeplanlægning kun for udvalgte delmålgrupper med særligt komplekse problemstillinger.

Nogle interessenter tolker endvidere udfaldet af afprøvningen sådan, at det med vurderingerne på to af de tre pilotområder, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse, ikke er lykkedes at tegne et retvisende billede af leverandørernes specialisering.

Interessenter fremhæver en række behov for forbedringer af specialiseringsmodellen, herunder:

- Mere præcist fokus på specialisering i indsatser, funktioner eller på afdelinger i en større leverandørorganisation
- Større sammenhæng til sundhedsfaglige og undervisningsmæssige specialer.
- Større fokus på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer hos myndighed og udfører - både uddannelsesmæssige kompetencer og realkompetencer - og hvad det kræver af socialtilsynet at kunne vurdere disse.

4.3.2 Forudsætninger for anvendelse af modellen i specialeplanlægning

På tværs af interessenter blev fremhævet grunde til at foretrække et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder, herunder en mindre administrationsbyrde og et større fokus på delmålgrupperes særlige behov.

Specialeplanlægning vil være afhængig af eksistensen eller skabelsen af et underliggende vidensmiljø på områderne. En række interessenter foreslår, at en specialeplanlægning i stedet for de brede målgrupper (som i afprøvningen) tager udgangspunkt i indsatser eller specialfunktioner med fokus på delmålgrupper med særlige behov – fx dobbelt-problematikker.

Endvidere blev det fremhævet, at uanset scenarie vil specialeplanlægning være afhængig af en samtidig reform af finansiering af området og af kompetencer og procedurer hos visiterende myndighedsfunktioner.

Bilag

A. Metodebeskrivelse

B. Datarapport



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

40.
Evaluering af model for specialisering –
metodebeskrivelse



Socialstyrelsen

Bilag A

Metodebeskrivelse for evaluering i spor 2

Evaluering af det specialiserede
socialområde

oktober 2021

Viden til gavn

Bilag A Metodebeskrivelse for evaluering i spor 2

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet oktober 2021

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital ISBN: 978-87-94059-51-0

Indhold

Metodebeskrivelse	3
Evalueringsspørgsmål og kriterier om gyldighed og anvendelighed.....	3
Kvalitet i evalueringsrubrikker	4
Dataindsamling og analyser	4
Udvælgelse af interviewpersoner	4
Gruppeinterviews.....	5
Analyse af interviews med specialistgrupper og medarbejdere fra myndighed	6
Analyse af interviews med socialtilsynenes arbejdsgrupper	7
Kvalitativ analyse og triangulering.....	7
Belysning af interessentperspektiver.....	7
Dataindsamling og rapportering	7
Interessenter.....	8

Metodebeskrivelse

I dette bilag til rapport for Evaluering af model for specialisering redegøres for grundlag, metoder og datakilder i evalueringens analyser.

Evalueringen er gennemført i januar – juni 2021 af et evalueringsteam fra Socialstyrelsens Center for Data, Analyse og Metode.

Evalueringsspørgsmål og kriterier om gyldighed og anvendelighed

Evalueringens hovedspørgsmål vedrører specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed som værktøj til beskrivelse og vurdering af specialisering på socialområdet.

Besvarelsen af de to spørgsmål har taget udgangspunkt i, at der ikke fandtes eksisterende uafhængige, eksplicite og alment accepterede kriterier for specialisering på socialområdet, som modellen kunne sammenlignes med for at evaluere dens 'kriterievaliditet'.

Modellens begrebslige gyldighed vedrører, hvor godt parametrene tilsammen dækker domænet: specialisering på socialområdet. Gyldigheden kan efter metodologien hos Scriven¹ undersøges med spørgsmål som:

- Er der genstande for vurdering, som opfylder evalueringssubrikkens parametre for fx højt specialiseringsniveau, men som alligevel *egentlig* ikke hører til på højt niveau?
- Er der omvendt genstande for vurdering, som *egentlig* hører til på højt niveau, men som ikke opfylder evalueringssubrikkens kriterier?

Evalueringsspørgsmålet om gyldighed er således formuleret som spørgsmål om 1) modellens overensstemmelse med den faglige opfattelse hos de involverede fagpersoner i afprøvningen og 2) modellens accept blandt interessenter på området.

Overensstemmelse og accept er lige som anvendeligheden undersøgt dels gennem evaluering af *de enkelte parametre* i modellen, dels gennem evaluering af *resultaterne af modellens anvendelse*:

- Er parametrene relevante og praktisk anvendelige for de involverede til beskrivelse og vurdering af specialisering?
- Er målgruppebeskrivelser og vurderinger af leverandører genkendelige og accepterede af faggrupper og centrale aktører på områderne?

¹ Scriven, M. (2005). "Checklists" in S. Mathison: *Encyclopedia of Evaluation*. New York: Sage Publications.

Kvalitet i evalueringsrubrikker

Evalueringen af modellens gyldighed og anvendelighed har endvidere trukket på metodelitteraturen om såkaldte evalueringsrubrikker². En evalueringsrubrik er et værktøj til indplacering af en genstand for evaluering eller vurdering i én af flere rangordnede kategorier efter et sæt kriterier. En evalueringsrubrik kan designes til afvejning af flere uafhængige variable på samme tid. Der kan altså være flere variable, som skal ændre sig, for at man kan gå fra ét niveau til et andet i en evalueringsrubrik.

Specialiseringsmodellens grundelementer kan betragtes som sådanne evalueringsrubrikker. Det følger af beskrivelsen af målgrupper, indsatsbehov og specialisering hos leverandører efter et sæt parametre eller kriterier, som er graduerede på tre niveauer (fra let til højt specialiseret), og af indplaceringen af fx en leverandør af en specialiseret social indsats på et niveau.

I forskningen³ anvendes en række kvalitetskriterier for evalueringsrubrikker, hvoraf følgende er relevante for denne evaluering:

- Kriterierne er tilsammen dækkende for evalueringsrubrikkens domæne.
- Kriterierne er ikke overlappende, så de samme aspekter hos genstanden for vurdering indgår hver for sig kun én gang i den samlede vurdering.
- Kriterierne er graduerede på flere niveauer, som tilsammen er både dækkende for hele udfaldsrummet (i dette tilfælde let til høj specialisering), og gensidigt udelukkende.
- Niveauerne er beskrevet ved gradueringer af de samme kriterier, så man kan sammenligne kriteriernes opfyldelse på tværs af niveauer.

Ovenstående kriterier blev anvendt i formuleringen af spørgsmål i interviewguides og surveys.

Dataindsamling og analyser

For hvert pilotområde i afprøvningen (erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsettelse) er foretaget interviews med deltagere fra henholdsvis den relevante specialistgruppe, medarbejdere fra kommunale myndighedsfunktioner på området samt medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper. I alt er gennemført ni gruppeinterviews af hver to timers varighed. Grundet den delvise nedlukning pga. covid-19 er alle interviews gennemført på virtuelle platforme (Skype eller Zoom).

Derudover blev udsendt en survey (spørgeskemaundersøgelse) til alle medlemmer af specialistgrupperne og socialtilsynenes arbejdsgrupper (jf. Bilag B). Svar i fritekst herfra er indgået i den kvalitative analyse sammen med data fra gruppeinterviews.

Udvælgelse af interviewpersoner

Rekrutteringen af interviewpersoner til de tre gruppeinterviews på hvert pilotområde er sket ved strategier for formålsbestemt udvælgelse. Fordelingen er vist i Tabel 1.

² I litteraturen kendt som 'evaluative rubrics'. Se fx Davidson, E.J. (2005). *Evaluation methodology Basics*. New York: Sage Publications.

³ Se Arter, J. (2012). *Creating & Recognizing Quality Rubrics: A Study Guide*. Portland, Oregon: Pearson Assessment Training Institute. Se også: Møldrup-Lakjer, M. (forthcoming, 2021). Systematisk vurdering af udvikling hos socialt udsatte børn og unge: Trivselslinealen og barnets progression. *CEPRAstriben: Evaluering og Udsathed*. Aalborg: UCN.

For hver af de tre specialistgrupper blev udvalgt interviewpersoner med fokus på at opnå variation i erfaringer og perspektiver, der så vidt muligt afspejlede sammensætningen af specialistgruppen. Deltagere i interviews med myndighedsfunktioner for hvert af de tre pilotområder blev udpeget gennem kommunale repræsentanter i initiativet Planlægningsudvalg. Endelig blev socialtilsynene bedt om at udpege interviewpersoner for hvert af de tre pilotområder blandt medlemmer af deres arbejdsgrupper. I de fleste tilfælde havde de interviewede arbejdsgruppemedlemmer medvirket til vurdering af leverandører på mere end et pilotområde; men ingen deltog i mere end ét interview.

Tabel 1 Deltagere i gruppeinterviews

	Specialistgrupper	Myndighedsfunktioner*	Socialtilsynenes arbejdsgrupper**		
			Tilsynskonsulenter	Andre**	
Autisme	6	4	3		2
Erhvervet hjerneskade	4	6	3		2
Synsnedsettelse	7	4	2		
I alt	17	14	8	4	43

Anm.: *Dækker over sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation.

**Dækker over fagkonsulenter, udviklingskonsulenter eller lignende.

Gruppeinterviews

For hvert af de ni interviews blev udarbejdet interviewguides for semistrukturerede interviews, hvori indgik elementer af både fokusgruppe og gruppeinterview. Fokusgruppe-teknikker er velegnede til generering af kvalitative data om på forhånd definerede temaer, hvor nuancer og perspektiver træder frem i interaktionen mellem deltagerne⁴. Fokusgruppeteknikker blev anvendt fx til diskussion af forståelser af 'kompleksitet' og andre centrale begreber på fagområderne. I andre dele af interviewet anvendtes i stedet en interviewteknik, hvor interviewpersonerne én for én svarede på samme spørgsmål fra interviewerens.

Alle interviews blev lydoptaget og transskriberet.

Specialistgrupper

Den generelle model for beskrivelse af specialisering har været under udvikling samtidig med, at specialistgrupperne har medvirket til udarbejdelse af målgruppebeskrivelser. Som afsæt for interviews med specialistgrupperne indgik derfor en mundtlig præsentation af modellen (ved evaluator 1) og en visning af grundelementerne med parametre for en målgruppes karakteristika og indsatsbehov (Tabel 1 og Tabel 2 i evalueringsrapporten). Derefter spurgte interviewerens (evaluator 2) ind til, hvorvidt der efter specialistgruppernes opfattelse var overensstemmelse mellem den udarbejdede målgruppebeskrivelse og den ramme for målgruppebeskrivelse, som indgår i den generelle model.

⁴ Halkier, B. (2015): 'Fokusgrupper' i Brinkmann S. & Tanggaard, L. *Kvalitative Metoder – En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, s. 137-151.

Myndighedsfunktioner

Den afprøvede specialiseringsmodel er ikke udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Denne del af evalueringen vedrører derfor ikke modellens konkrete anvendelighed i en visitationspraksis, men dens kommunikative gyldighed⁵ for sagsbehandlere, visitatorer og andre medarbejdere i myndighedsfunktioner: Kan specialiseringsmodellens grundelementer og sammenhængen mellem kompleksiteten i målgruppers problemstillinger og deres indsatsbehov gøres forståelig og acceptabel for medarbejdere i myndighedsfunktioner? Er grundelementerne i modellen kompatible med eksisterende praksis?

De interviewede var sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation af borgere på hvert af de tre pilotområder. En præsentation af specialiseringsmodellen og uddrag af målgruppebeskrivelsen for det relevante område var også her nødvendig, idet interviewpersonerne ikke havde indgået i afprøvningen eller i initiativet i øvrigt.

I interviewet blev interviewpersonerne endvidere præsenteret for kvalitative vignetter⁶ med en borgercase fra hvert af de tre pilotområder. Præsentationen af såvel specialiseringsmodel som borgercase blev anvendt til diskussion af interviewpersonernes forståelse af problemstillinger, kompleksitet og indsatsbehov som de kom til udtryk i hhv. modellen, casen og interviewpersonernes egen faglige opfattelse.

Analyse af interviews med specialistgrupper og medarbejdere fra myndighed

De kvalitative interviewdata fra specialistgrupper og medarbejdere i myndighedsfunktioner blev kategoriseret og analyseret ved brug af kvalitative displays. Et display tilbyder en systematisk fremgangsmåde til at fremstille kvalitative data i koncentreret form⁷. Formålet med anvendelsen var at fremme gennemsigtigheden i analysearbejdet og således at understøtte overholdelsen af Dahler-Larsens⁷ tre grundregler i kvalitativ metode om *autenticitet*, *inklusion* og *transparens*.

Displays blev konstruerede som matricer med dimensioner for over- og undertemaer og for informantgrupper: specialistgrupper eller medarbejdere fra myndighed samt opdeling på pilotområder (erhvervet hjerneskade, autisme og synsområdet). Dermed udgjorde matricerne et overblik over variationen i de kvalitative data på tværs af informantgrupper og temaer, som kunne anvendes i analyse og rapportering.

Temaerne til displayet blev i første omgang udledt deduktivt på baggrund af interviewguidens temaer og derpå induktivt med afsæt i temaer identificeret i data. De induktivt udledte temaer kunne både optræde på tværs af informantgrupper og pilotområde eller optræde inden for en/et eller flere af disse, idet forskelle mellem informantgrupperne og pilotområderne var centrale at afdække i analysen. Data blev i udgangspunktet inkluderet i displayet i oprindelig form fra transskriptioner, og der er således i begrænset omfang foretaget kondensering af pointer forinden analysen. Alle data, der relevant faldt inden for de definerede temaer, blev inkluderet, herunder også data, der mere perifert var i berøring med det pågældende tema. Kun data uden direkte relevans for evalueringsspørgsmålene blev ikke inkluderet i displayet.

⁵ Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview. Introduktion til et håndværk*. 2. udg. Hans Reitzel.

⁶ Harrits, G.S. & Møller, M.Ø. (2020): Qualitative Vignette: A Mixed Methods Design. *Journal of Mixed Methods Research*.

⁷ Dahler-Larsen, P. (2008): *At fremstille kvalitative data*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Analyse af interviews med socialtilsynenes arbejdsgrupper

En tværgående tematisk analyse blev gennemført af de kvalitative data fra interviews med medarbejdere fra socialtilsynenes arbejdsgrupper. Det blev ikke vurderet muligt eller hensigtsmæssigt i alle tilfælde at opdele formidlingen af resultater mellem de tre pilotområder, idet interviewpersonerne typisk havde foretaget vurderinger af leverandører på flere pilotområder og derfor delte tværgående erfaringer. Hvor der i rapporten er præsenteret erfaringer specifikt relateret til arbejdsgruppernes vurdering af leverandører på ét af pilotområderne, skyldes det, at det i interviewet blev ekspliciteret, at den pågældende pointe specifikt var relateret til et bestemt pilotområde. Det gælder særligt erfaringer relaterede til vurdering af matrikelløse leverandører på synsområdet.

Kvalitativ analyse og triangulering

Kvalitative displays er anvendt til understøttelse af, at variationen i de kvalitative data inden for hver tematisk kategori er anvendt og repræsenteret i analyse og rapportering. Det er dog ikke muligt på baggrund af de afholdte gruppeinterviews med medlemmer af specialistgrupper og socialtilsynenes arbejdsgrupper at tegne et fuldstændigt billede af perspektiverne hos alle medlemmer af de grupper, interviewpersonerne er udvalgt fra.

I analyse og rapportering af evalueringens resultater for specialistgrupper og socialtilsynenes arbejdsgrupper er derfor foretaget triangulering mellem de kvantitative data fra surveys, der gav indikationer på de overordnede mønstre, og de kvalitative interviewdata, der bidrog til forklaring og nuancering af disse mønstre. Endvidere er anvendt kvalitative data fra både gruppeinterviews og fritekstfelter i surveys for på denne måde at opnå både dybde og bredde i analysen.

Det følger af de ovennævnte grundregler i kvalitativ metode, at når udsagn fra evalueringens informanter gengives i rapporten med formen: "Interviewpersoner giver udtryk for..." eller: "Det er informanternes erfaring, at...", så kan disse gengivelser ikke uden videre opfattes som udtryk for opfattelsen hos hele gruppen. I stedet skal rapportens samlede præsentation af erfaringer og perspektiver for hvert tema opfattes som en visning af variationen i informanternes udsagn inden for det pågældende tema (inklusionsreglen). Konkrete udsagn der er gengivet som citater præsenteres let bearbejdet under hensyntagen til læsevenlighed samt reglen om autentisk gengivelse af ordvalg og mening.

Belysning af interessentperspektiver

Dataindsamling og rapportering

Belysningen af interessentperspektiver er sket gennem interessenter repræsenteret i Det Rådgivende Udvalg og i Planlægningsudvalget i spor 2 i Evalueringen af det specialiserede socialområde.

Interessenternes bemærkninger afgivet i forbindelse med møder i de to udvalg indgår i datagrundlaget. Særskilt dataindsamling til evalueringen er først og fremmest foretaget i forbindelse med et evalueringsseminar d. 18. maj 2021, hvor Socialstyrelsens evaluører foretog optegnelser fra drøftelsen af udfaldet af afprøvningen og af evalueringens foreløbige resultater. Umiddelbart efter evalueringsseminaret foretoges en skriftlig opfølgning, hvor

interessenterne havde mulighed for at indsende supplerende skriftlige bemærkninger vedrørende specialiseringsmodellens egnethed som udgangspunkt for specialeplanlægning. Endelig blev indhentet mundtlige og skriftlige bemærkninger til udkast til evalueringsrapport i forbindelse med møder med Det Rådgivende Udvalg d. 3. juni 2021 og med Planlægningsudvalget d. 7. juni 2021.

I den endelige evalueringsrapport er interessenternes tilbagemeldinger og perspektiver på specialiseringsmodellen så vidt muligt alle repræsenteret. Detaljerede konkrete forslag til forbedringer i specialiseringsmodellens parametre er dog udeladt af hensyn til rapportomfanget.

Interessenter

Følgende organisationer har som medlemmer af et eller begge af de to udvalg indgået i denne del af evalueringen:

- Dansk Erhverv
- Dansk Socialrådgiverforening
- Danske Handicaporganisationer
- Danske Regioner
- Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE)
- Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i den midtjyske region (DASSOS)
- Den Administrative Styregruppe i Nordjylland (DAS)
- Embedsmandsudvalget for Socialområdet
- Fagforening og A-kasse (FOA)
- Foreningen af Døgn og Dagtilbud (FADD)
- KL
- Landsorganisationen for Sociale Tilbud (LOS)
- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Nordjylland
- Region Sjælland
- Region Syddanmark
- Selveje Danmark
- Socialdirektørforum
- Socialpædagogernes Landsforbund
- Socialt Lederforum
- Socialtilsyn Hovedstaden
- Socialtilsyn Midt
- Socialtilsyn Nord
- Socialtilsyn Syd
- Socialtilsyn Øst
- Sundhedsstyrelsen
- Styregruppen RS17



Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

**41.
Evaluering af model for specialisering –
datarapport**



Socialstyrelsen

Bilag B

Datarapport for evaluering i spor 2

Evaluering af det specialiserede
socialområde

oktober 2021

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet 8. oktober 2021

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital ISBN: 978-87-94059-51-0

Indhold

Datarapport for surveys	3
Survey: specialistgrupper	3
Respondenter	3
Læsevejledning	4
Samlet opgørelse for de tre specialistgrupper	4
Erhvervet hjerneskade	8
Autisme.....	13
Synsnedsættelse.....	18
Socialtilsynenes arbejdsgrupper	23
Respondenter	23
Område.....	24
Procedure for vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører	25
Parametre for specialisering hos leverandører af specialiserede sociale indsatser	25

Datarapport for surveys

Denne datarapport indeholder en opgørelse af svarene på surveys gennemført af Socialstyrelsen i forbindelse med evalueringen i spor 2 af Evalueringen af det specialiserede socialområde. Det drejer sig om en survey blandt medlemmer af specialistgrupper samt en survey blandt medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper for afprøvningen af modellen for beskrivelse og vurdering af specialisering på socialområdet.

Rapporten indeholder alene data fra de nævnte surveys – for analyser henvises til evalueringens hovedrapport.

Survey: specialistgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey (spørgeskemaundersøgelse) via SurveyXact blandt medlemmer af de nedsatte specialistgrupper for de tre pilotområder i evalueringens spor 2. Medlemmerne blev udpeget af interessenter på socialområdet og har bestået af fagspecialister, repræsentanter for brugerorganisationer, driftsherreperspektiv, socialtilsyn og andre ressourcepersoner.

Survey hos specialistgrupperne for Erhvervet Hjerneskade og Autisme blev gennemført i januar 2021, efter at grupperne havde afsluttet deres arbejde ved udgangen af 2020; mens surveyen hos specialistgruppen for synsnedsættelse blev gennemført i april 2021, kort efter afslutningen af gruppens arbejde.

Respondenter

Respondenternes fordeling på specialistgrupper og svarprocent for fulde besvarelser er vist i Tabel 1.

Tabel 1
Respondenter – fordeling på specialistgrupper

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse	Ingen besvarelse	I alt	Svarprocent (fuld besvarelse)
Erhvervet Hjerneskade	12	4*	3	19	63
Autisme	8	1	4	13	62
Synsnedsættelse	15	0	1	16	94
I alt	35	5	8	48	73

Anm.: 39 respondenter har besvaret undersøgelsen helt eller delvist via link til SurveyXact. Derudover har 1 besvaret spørgsmålene i surveyen telefonisk, og svarene er registreret af evaluator. *1 har kun besvaret spørgsmål om specialistgruppens pilotområde.

Læsevejledning

I det følgende præsenteres svarfordelingen på hvert spørgsmål i surveyen (angivet med kursiv). Respondenterne er også blevet bedt om at begrunde deres svar. Begrundelserne i fritekst indgår ikke denne rapport, men indgår i evalueringens kvalitative analyse sammen med interviewdata fra samme grupper.

Antallet af besvarelser varierer, da ikke alle respondenter har svaret på alle spørgsmål. Bemærk, at de angivne procentandele i tabellerne med svarfordeling er afrundede og kan indeholde skjulte decimaler, hvorfor summen af de afrundede tal ikke nødvendigvis udgør den angivne sum på 100 pct.

Samlet opgørelse for de tre specialistgrupper

Processen for udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

a) Processen for udarbejdelse af målgruppebeskrivelsen har givet mulighed for inddragelse af den rette viden og ekspertise på fagområdet.

Tabel 2

	Respondenter	Procent
Helt enig	20	51
Delvist enig	10	26
Delvist uenig	4	10
Helt uenig	2	5
Ved ikke	3	8
I alt	39	100

b) Socialstyrelsens vejledninger og materialer har været anvendelige i specialistgruppens arbejde med at bidrage til målgruppebeskrivelsen.

Tabel 3

	Respondenter	Procent
Helt enig	13	33
Delvist enig	19	49
Delvist uenig	4	10
Helt uenig	1	3
Ved ikke	2	5
I alt	39	100

Målgruppebeskrivelse

Tænk på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 4

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	4	11
I høj grad	20	56
I nogen grad	11	31
I ringe grad	1	3
Slet ikke	0	0
I alt	36	100

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 5

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	6
I høj grad	18	50
I nogen grad	15	42
I ringe grad	1	3
Slet ikke	0	0
I alt	36	100

I hvor høj grad hænger beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer?

Tabel 6

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	6
I høj grad	16	44
I nogen grad	14	39
I ringe grad	4	11
Slet ikke	0	0
I alt	36	100

Model for beskrivelse af specialisering

Ovenfor vises uddrag af modellen, som vedrører karakteristika ved en målgruppe¹. Tænk igen på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter problemstillinger med din faglige opfattelse af målgruppen [mennesker med autisme/erhvervet hjerneskade/synsnedsettelse]?

Tabel 7

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	5	14
I høj grad	19	54
I nogen grad	9	26
I ringe grad	2	6
Slet ikke	0	0
I alt	35	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter størrelse med din faglige opfattelse af målgruppen [mennesker med autisme/erhvervet hjerneskade/synsnedsettelse]?

Tabel 8

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	4	11
I høj grad	18	51
I nogen grad	9	26
I ringe grad	4	11
Slet ikke	0	0
I alt	35	100

¹ I surveyen blev vist et uddrag af modellen svarende til Tabel 1 og Tabel 2 i evalueringsrapporten.

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (kompleksitet og størrelse) tilsammen dækkende for, hvad der generelt afgør om målgruppen [mennesker med autisme, erhvervet hjerneskade eller synsnedsettelse] har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats?

Tabel 9

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	3	9
I høj grad	16	46
I nogen grad	13	37
I ringe grad	2	6
Slet ikke	1	3
I alt	35	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter sammensætning af ydelser og foranstaltninger med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen [mennesker med autisme, erhvervet hjerneskade eller synsnedsettelse]?

Tabel 10

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	4	11
Høj grad	17	49
Nogen grad	13	37
Ringe grad	1	3
Slet ikke	0	0
I alt	35	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter fagligt indhold med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen [mennesker med autisme, erhvervet hjerneskade eller synsnedsettelse]?

Tabel 11

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	4	11
Høj grad	18	51
Nogen grad	11	31
Ringe grad	2	6
Slet ikke	0	0
I alt	35	100

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (sammensætning af ydelser og fagligt indhold) tilsammen dækkende for, hvad der generelt kendetegner indsatser med hhv. let, moderat og høj specialisering på området [autisme, erhvervet hjerneskade eller synsnedsettelse]?

Tabel 12

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	4	11
Høj grad	18	51
Nogen grad	13	37
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	35	100

Erhvervet hjerneskade

Processen for udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse.

Hvilke dele af processen vedrørende målgruppebeskrivelsen har du deltaget i?

	Respondenter	Procent
1. møde den 16. september 2020	13	81
Skriftlige input efter 1. møde	11	69
Skriftlig høring 2.-9. oktober 2020	11	69
2. møde den 4. november 2020	13	81
Skriftlige input efter 2. møde	9	56
I alt (respondenter)	16	

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

a) Processen for udarbejdelse af målgruppebeskrivelsen har givet mulighed for inddragelse af den rette viden og ekspertise på fagområdet.

Tabel 13

	Respondenter	Procent
Helt enig	7	44
Delvist enig	5	31
Delvist uenig	2	13
Helt uenig	0	0
Ved ikke	2	13
I alt	16	100

b) Socialstyrelsens vejledninger og materialer har været anvendelige i specialistgruppens arbejde med at bidrage til målgruppebeskrivelsen.

Tabel 14

	Respondenter	Procent
Helt enig	4	25
Delvist enig	8	50
Delvist uenig	2	13
Helt uenig	0	0
Ved ikke	2	13
I alt	16	100

Målgruppebeskrivelse

Tænk på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 15

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	15
I høj grad	8	62
I nogen grad	3	23
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	13	100

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 16

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	9	69
I nogen grad	4	31
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	13	100

I hvor høj grad hænger beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer?

Tabel 17

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	7	54
I nogen grad	6	46
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	13	100

Model for beskrivelse af specialisering

Ovenfor vises uddrag af modellen, som vedrører karakteristika ved en målgruppe². Tænk igen på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter problemstillinger med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade?

Tabel 18

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	3	25
I høj grad	7	58
I nogen grad	2	17
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter størrelse med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade?

Tabel 19

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	17
I høj grad	6	50
I nogen grad	4	33
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

² I surveyen blev vist et uddrag af modellen svarende til Tabel 1 og Tabel 2 i evalueringsrapporten.

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (kompleksitet og størrelse) tilsammen dækkende for, hvad der generelt afgør om målgruppen (mennesker med erhvervet hjerneskade) har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats?

Tabel 20

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	17
I høj grad	6	50
I nogen grad	4	33
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter sammensætning af ydelser og foranstaltninger med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade?

Tabel 21

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	2	17
Høj grad	8	67
Nogen grad	2	17
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter fagligt indhold med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade?

Tabel 22

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	2	17
Høj grad	8	67
Nogen grad	2	17
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (sammensætning af ydelser og fagligt indhold) tilsammen dækkende for, hvad der generelt kendetegner indsatser med hhv. let, moderat og høj specialisering på området (erhvervet hjerneskade)?

Tabel 23

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	2	17
Høj grad	8	67
Nogen grad	2	17
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	12	100

Autisme

Processen for udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse.

Hvilke dele af processen vedrørende målgruppebeskrivelsen har du deltaget i?

Tabel 24

	Respondenter	Procent
1. møde den 16. september 2020	6	75
Skriftlige input efter 1. møde	6	75
Skriftlig høring 2.-9. oktober 2020	4	50
2. møde den 4. november 2020	7	88
Skriftlige input efter 2. møde	3	38
I alt (respondenter)	8	

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

a) *Processen for udarbejdelse af målgruppebeskrivelsen har givet mulighed for inddragelse af den rette viden og ekspertise på fagområdet.*

Tabel 25

	Respondenter	Procent
Helt enig	4	50
Delvist enig	1	13
Delvist uenig	1	13
Helt uenig	1	13
Ved ikke	1	13
I alt	8	100

b) *Socialstyrelsens vejledninger og materialer har været anvendelige i specialistgruppens arbejde med at bidrage til målgruppebeskrivelsen.*

Tabel 26

	Respondenter	Procent
Helt enig	4	50
Delvist enig	4	50
Delvist uenig	0	0
Helt uenig	0	0
Ved ikke	0	0
I alt	8	100

Målgruppebeskrivelse

Tænk på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 27

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	7	88
I nogen grad	1	13
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 28

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	4	50
I nogen grad	4	50
I ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

I hvor høj grad hænger beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer?

Tabel 29

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	4	50
I nogen grad	2	25
I ringe grad	2	25
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

Model for beskrivelse af specialisering

Ovenfor vises uddrag af modellen, som vedrører karakteristika ved en målgruppe³. Tænk igen på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter problemstillinger med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med autisme?

Tabel 30

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	1	13
I høj grad	5	63
I nogen grad	1	13
I ringe grad	1	13
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter størrelse med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med autisme?

Tabel 31

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	1	13
I høj grad	5	63
I nogen grad	1	13
I ringe grad	1	13
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

³ I surveyen blev vist et uddrag af modellen svarende til Tabel 1 og Tabel 2 i evalueringsrapporten.

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (kompleksitet og størrelse) tilsammen dækkende for, hvad der generelt afgør om målgruppen (mennesker med autisme) har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats?

Tabel 32

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	0	0
I høj grad	5	63
I nogen grad	1	13
I ringe grad	1	13
Slet ikke	1	13
I alt	8	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter sammensætning af ydelser og foranstaltninger med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med autisme?

Tabel 33

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	13
Høj grad	4	50
Nogen grad	2	25
Ringe grad	1	13
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter fagligt indhold med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med autisme?

Tabel 34

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	13
Høj grad	5	63
Nogen grad	0	0
Ringe grad	2	25
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (sammensætning af ydelser og fagligt indhold) tilsammen dækkende for, hvad der generelt kendetegner indsatser med hhv. let, moderat og høj specialisering på området (autisme)?

Tabel 35

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	13
Høj grad	4	50
Nogen grad	3	38
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	8	100

Synsnedsettelse

Processen for udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse.

Hvilke dele af processen vedrørende målgruppebeskrivelsen har du deltaget i?

Tabel 36

	Respondenter	Procent
1. møde den 19. januar 2021	14	93
Skriftlige input efter 1. møde	12	80
2. møde den 11. februar 2021	15	100
Skriftlige input efter 2. møde	12	80
I alt	15	

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

a) *Processen for udarbejdelse af målgruppebeskrivelsen har givet mulighed for inddragelse af den rette viden og ekspertise på fagområdet.*

Tabel 37

	Respondenter	Procent
Helt enig	9	60
Delvist enig	4	27
Delvist uenig	1	7
Helt uenig	1	7
Ved ikke	0	0
I alt	15	100

b) *Socialstyrelsens vejledninger og materialer har været anvendelige i specialistgruppens arbejde med at bidrage til målgruppebeskrivelsen.*

Tabel 38

	Respondenter	Procent
Helt enig	5	33
Delvist enig	7	47
Delvist uenig	2	13
Helt uenig	1	7
Ved ikke	0	0
I alt	15	100

Målgruppebeskrivelse

Tænk på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 39

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	13
I høj grad	5	33
I nogen grad	7	47
I ringe grad	1	7
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad stemmer beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på tre specialiseringsniveauer overens med din egen faglige opfattelse?

Tabel 40

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	13
I høj grad	5	33
I nogen grad	7	47
I ringe grad	1	7
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad hænger beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger på tre specialiseringsniveauer?

Tabel 41

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	2	13
I høj grad	5	33
I nogen grad	6	40
I ringe grad	2	13
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

Model for beskrivelse af specialisering

Ovenfor vises uddrag af modellen, som vedrører karakteristika ved en målgruppe⁴. Tænk igen på den målgruppebeskrivelse, som du har bidraget til.

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter problemstillinger med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med synsnedsættelse?

Tabel 42

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	1	7
I høj grad	7	47
I nogen grad	6	40
I ringe grad	1	7
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af en målgruppe efter størrelse med din faglige opfattelse af målgruppen mennesker med synsnedsættelse?

Tabel 43

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	1	7
I høj grad	7	47
I nogen grad	4	27
I ringe grad	3	20
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

⁴ I surveyen blev vist et uddrag af modellen svarende til Tabel 1 og Tabel 2 i evalueringsrapporten.

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (kompleksitet og størrelse) tilsammen dækkende for, hvad der generelt afgør om målgruppen (mennesker med synsnedsettelse) har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats?

Tabel 44

	Respondenter	Procent
I meget høj grad	1	7
I høj grad	5	33
I nogen grad	8	53
I ringe grad	1	7
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter sammensætning af ydelser og foranstaltninger med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med synsnedsettelse?

Tabel 45

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	7
Høj grad	5	33
Nogen grad	9	60
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad stemmer modellens inddeling af indsatser efter fagligt indhold med din faglige opfattelse af behovene for indsatser hos målgruppen mennesker med synsnedsettelse?

Tabel 46

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	7
Høj grad	5	33
Nogen grad	9	60
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

I hvor høj grad er kriterierne i modellen (sammensætning af ydelser og fagligt indhold) tilsammen dækkende for, hvad der generelt kendetegner indsatser med hhv. let, moderat og høj specialisering på området (synsbedømmelse)?

Tabel 47

	Respondenter	Procent
Meget høj grad	1	7
Høj grad	6	40
Nogen grad	8	53
Ringe grad	0	0
Slet ikke	0	0
I alt	15	100

Socialtilsynenes arbejdsgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey (spørgeskemaundersøgelse) via SurveyXact blandt medlemmer af de fem socialtilsyns arbejdsgrupper for vurdering af leverandører på de tre pilotområder i ESS spor 2.

Survey hos arbejdsgrupperne blev gennemført i april 2021 kort efter, at grupperne havde afsluttet deres arbejde med vurdering af leverandører efter specialiseringsmodellens parametre.

Respondenter

Respondenternes svarprocent for fulde besvarelser er vist i Tabel 48.

Tabel 48

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse*	Ingen besvarelse	I alt **	Svarprocent (fuld besvarelse)
De fem socialtilsyns arbejdsgrupper	19	1	1	21	90

Anm.: *I kategorien Delvis besvarelse indgår 1 respondent, som kun har besvaret spørgsmålet om stillingsbetegnelse. **Antal efter frafald. 23 medlemmer af arbejdsgrupperne modtog invitation til undersøgelsen. 2 frafaldt med den begrundelse, at de ikke havde medvirket i det konkrete arbejde med vurdering af leverandører efter model og redskaber, der blev afprøvede.

Antallet af respondenter fordelt på socialtilsynenes arbejdsgrupper og på stillingskategorier er vist i Tabel 49 og Tabel 50.

Tabel 49

Arbejdsgruppe	Respondenter
Socialtilsyn Syd	3
Socialtilsyn Midt	3
Socialtilsyn Nord	5
Socialtilsyn Øst	4
Socialtilsyn Hovedstaden	5
I alt	20

Tabel 50

	Tilsyns-konsulent	Andet*	Leder eller mellemlider	I alt
Stillingskategori	14	5	1	20

Anm.: *Omfatter faglige koordinatore, fagkonsulenter, udviklingskonsulenter, akademiske medarbejdere eller lignende. Kun respondenter med fuld eller delvis besvarelse er omfattet.

I det følgende præsenteres svarfordelingen på hvert spørgsmål i surveyen (angivet med kursiv). Respondenterne er også blevet bedt om at begrunde deres svar. Begrundelserne i fritekst indgår ikke denne rapport, men indgår i evalueringens kvalitative analyse sammen med interviewdata fra samme grupper.

Område

På hvilket område har du deltaget i afprøvningen? (Vælg alle relevante svar).

Tabel 51

	Respondenter	Procent
Jeg har vurderet leverandører på området for erhvervet hjemeskade.	16	84
Jeg har vurderet leverandører på området for autisme.	17	89
Jeg har vurderet leverandører på området for synsnedsættelse.	5	26

Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Procedure for vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører

Hvilke dele af processen for socialtilsynets vurdering af specialiseringsniveau har du deltaget i? (Vælg alle relevante svar)

Tabel 52

	Respondenter	Procent
Indhentning af oplysninger fra leverandører via oplysningsskema eller interviews.	17	89
Udarbejdelse af begrundelse og vurdering af opfyldelse af parametre.	18	95

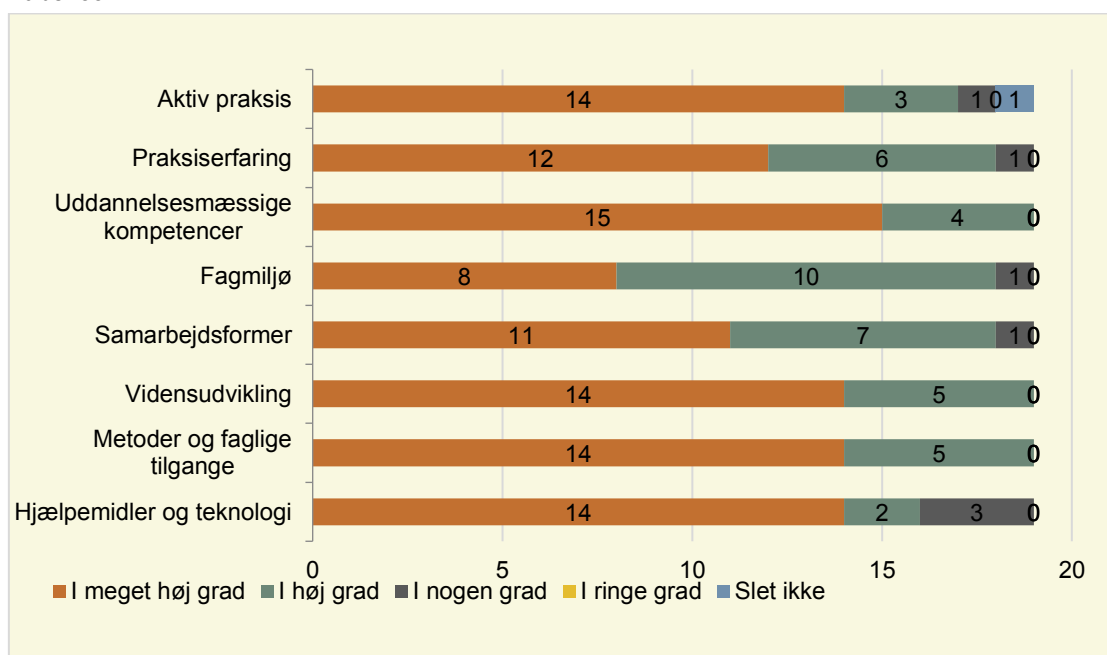
Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Parametre for specialisering hos leverandører af specialiserede sociale indsatser

I hvor høj grad er det tydeligt for dig, hvorfor parameteret er relevant for vurdering af specialiseringsniveau efter modellen?

Tabel 53

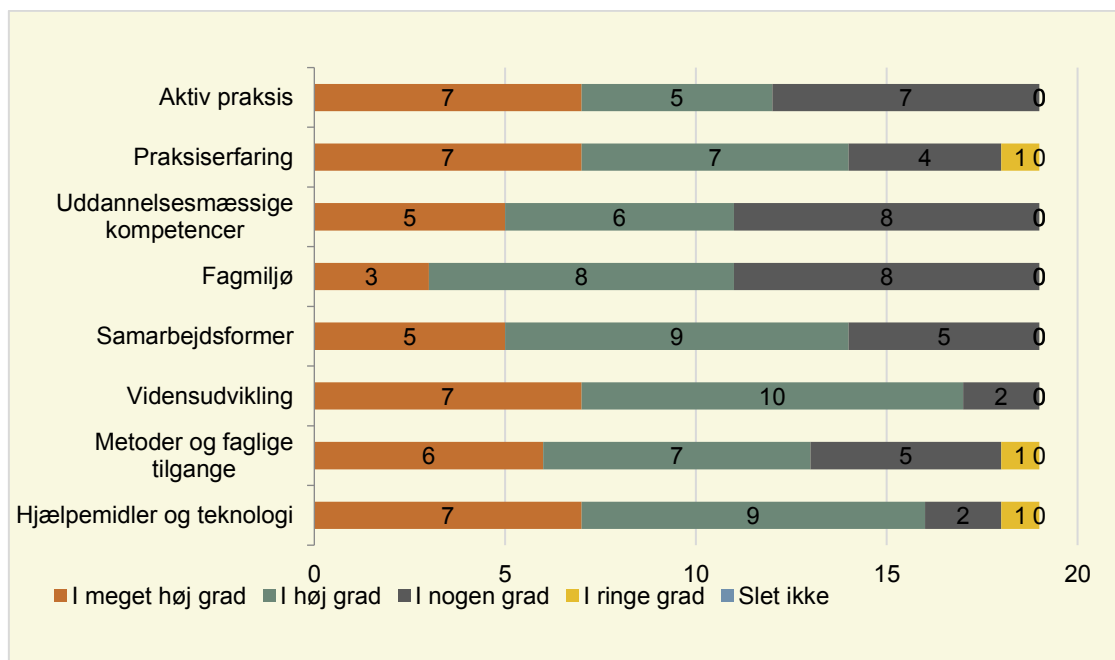


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I hvor høj grad er det tydeligt for dig, hvordan parameteret er graderet på tre niveauer?

Tabel 54

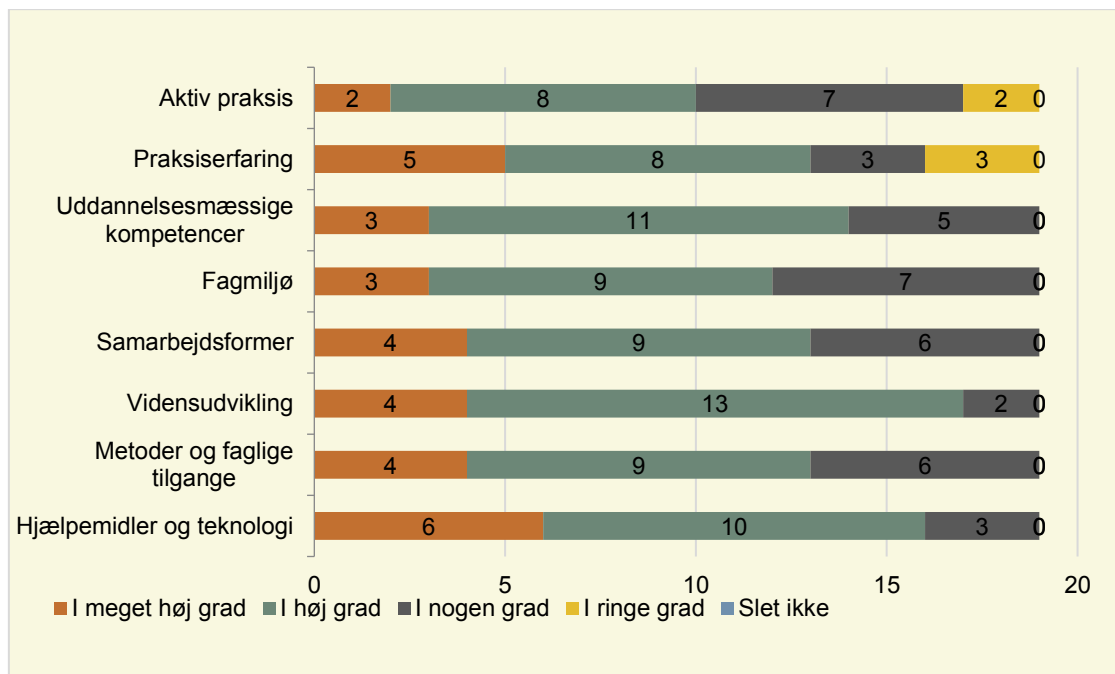


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I hvor høj grad er vejledning og hjælperedskaber egnede til at indhente de nødvendige oplysninger for at vurdere, om parameteret er opfyldt?

Tabel 55

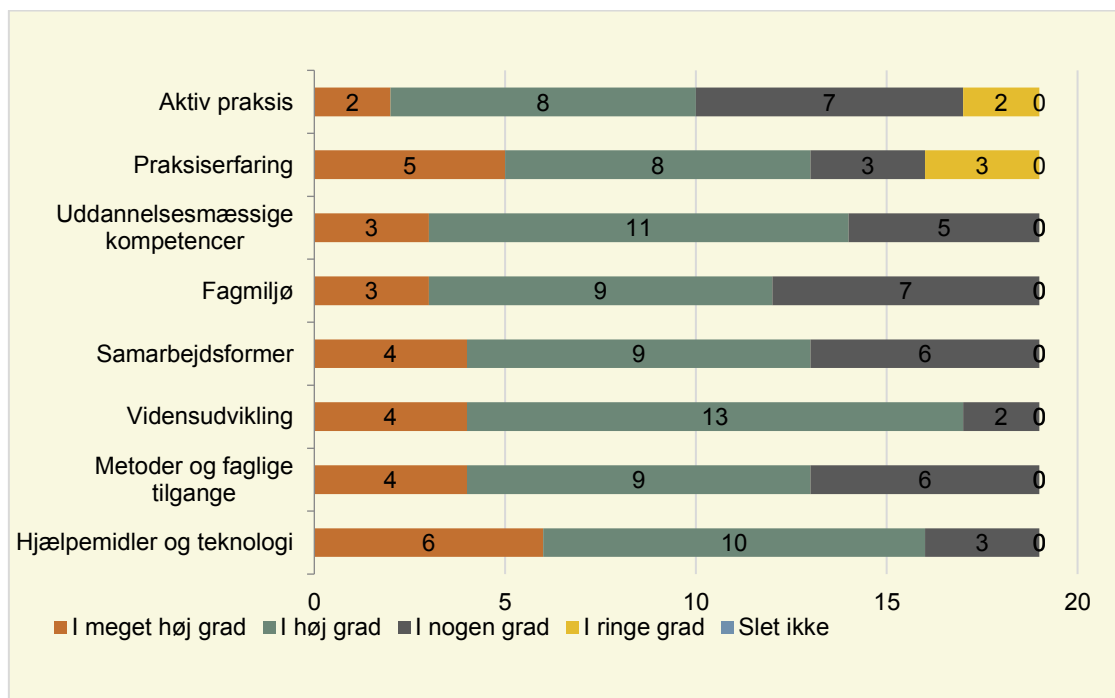


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I hvor høj grad har de indhentede oplysninger givet grundlag for at vurdere, om parameteret er opfyldt hos de leverandører, du har vurderet?

Tabel 56

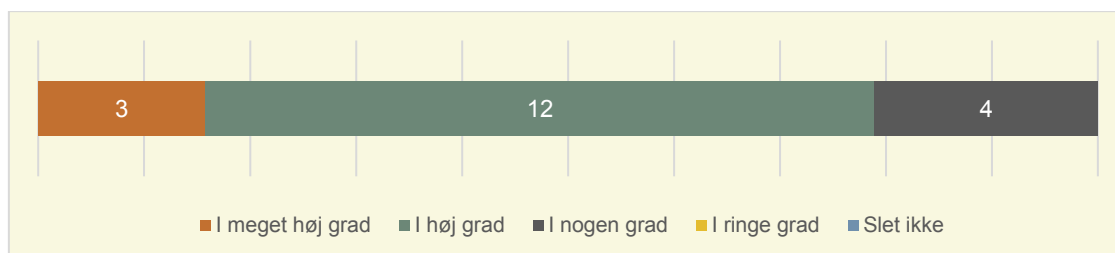


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I hvor høj grad er du enig i følgende udsagn: De otte parametre er tilsammen egnede til bestemmelse af specialiseringsniveau hos en leverandør på området?

Tabel 57



Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.



Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

42.

**Model for udarbejdelse af specialebeskrivelser –
specialer og specialfunktioner på det specialiserede
socialområde**



Socialstyrelsen

Specialer og specialfunktioner på det specialiserede social- område

Model for udarbejdelse af
specialebeskrivelser

oktober 2021

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet januar 2022

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Indhold

Indhold	3
1. Introduktion	4
2. Specialisering på socialområdet	5
Specialer og specialfunktioner	5
Kvalitet og specialisering hos leverandører	7
3. Specialebeskrivelser på socialområdet	8
Del 1. Overordnet beskrivelse af specialet	9
Del 2. Fastsættelse af specialfunktioner	9
Del 3. Kriterier for varetagelse af specialfunktioner	10
4. Organisering og proces	12
Proces for udarbejdelse af specialebeskrivelser	12
Sammensætning af specialistgrupper	13

1. Introduktion

Børn, unge og voksne med komplekse behov skal have den rette hjælp og støtte med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Kommunerne har ansvaret for at levere indsatser til personer, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer og for at sikre, at der er det udbud af sociale indsatser, der er behov for. Nogle indsatser er imidlertid rettet mod personer med så komplekse eller sjældent forekommende behov, at den enkelte kommune kan have vanskeligt ved at udvikle og opretholde indsatsen lokalt. Det skaber behov for en national specialeplanlægning, som kan understøtte, at der er det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser, og at der kan etableres et overblik over de leverandører, der kan varetage dem.

I forbindelse med Social- og Ældreministeriets evaluering af det specialiserede socialområde i 2020-2021 har Socialstyrelsen udviklet en model for udarbejdelse af specialebeskrivelser på det specialiserede socialområde, som kan anvendes og udbredes, såfremt det i forbindelse med evalueringen besluttes at etablere specialeplanlægning på det specialiserede socialområde. Formålet med specialebeskrivelser er at etablere et vidensgrundlag for specialeplanlægning, hvor der vurderes at være et behov.

Socialstyrelsens specialiseringsmodel bidrager til at synliggøre, hvilke komplekse eller sjældent forekommende behov hos børn, unge og voksne, der kalder på en højt specialiseret indsats, samt hvilke faglige krav der kan stilles til leverandører af de højt specialiserede indsatser for at kunne skabe trivsel og progression hos modtagerne af dem.

Modellen er et generisk koncept for udarbejdelse af specialebeskrivelser, som består af tre dele. For det første udarbejdes en overordnet faglig beskrivelse af specialet. For det andet fastsættes specialfunktioner, og for det tredje opstilles kriterier for varetagelsen af de fastsatte specialfunktioner. Målet med modellen er, at etablere en central definition og forståelse af, hvad der på tværs af det specialiserede socialområde karakteriserer højt specialiserede behov og indsatser, samt at understøtte konkretiseringen heraf inden for hvert speciale i en faglig proces med inddragelse af relevante fagspecialister.

Modellen er udarbejdet med inspiration fra sundhedsområdet under hensyntagen til socialområdets både lovgivningsmæssige og faglige karakteristika. Modellen trækker på den forståelse af specialisering, der aktuelt anvendes i den nationale koordinationsstruktur, og på systematikken i den kvalitetsmodel, som socialtilsynene anvender til at vurdere kvaliteten i de sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynsloven.

Modellen er udviklet, afprøvet og efterfølgende revideret i en løbende tæt dialog med interessenterne på socialområdet.

2. Specialisering på socialområdet

Det specialiserede socialområde omfatter børn, unge og voksne, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Det spænder således over personer med forskellige behov, som skal imødekommes af forskellige indsatser inden for områderne handicap, socialpsykiatri og udsathed. Områderne er derudover præget af forskellige faglige tilgange og metoder til at afdække den enkeltes behov og fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig, klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Specialisering på socialområdet opstår, når en bestemt indsats eller funktion etableres med det formål at opfylde et særligt behov. Specialiseringen bliver til i et samspil mellem det komplekse behov, der optræder hos en eller flere personer og den specialiserede indsats, der skal tilrettelægges for at imødekomme dette behov samt de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for at kunne yde en højt specialiseret indsats.

Behovet for højt specialiserede indsatser på socialområdet kan derfor afdækkes ved at besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner det komplekse behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats eller funktion, der kan imødekomme behovet?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal varetage indsatsen eller funktionen?

Jo mere komplekst eller sjældent forekommende behovet er, desto højere specialisering vil der ofte være behov for hos den leverandør, der skal varetage funktionen.

Specialer og specialfunktioner

Med udgangspunkt i ovenstående forståelse af specialisering kan der på det specialiserede socialområde skelnes mellem:

- *Det specialiserede socialområde*, der omfatter alle indsatser leveret efter serviceloven, og som kan inddeles i en række faglige *specialer*.
- *Det højt specialiserede socialområde*, der udgøres af de *specialfunktioner*, som inden for hvert speciale er rettet mod personer med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov, og som skal understøttes af specialeplanlægning.

Det specialiserede socialområde

Det specialiserede socialområde omfatter personer, der har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Der er tale om ydelser, der gives efter serviceloven, og om leverandører, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4 eller de enkelte kommuners driftsorienterede tilsyn, jf. servicelovens § 148 a. Udbuddet af leverandører af sociale indsatser koordineres mellem kommunerne inden for hver region i forbindelse med indgåelsen af rammeaftaler.

Det specialiserede socialområde kan inddeles i en række faglige *specialer*, der dækker over faglige områder, hvor en fælles faglighed i form af viden, kompetencer og indsatser opbygges i forhold til personer med beslægtede behov.

Som det vil blive beskrevet senere, kan inddelingen i faglige specialer med fordel tage afsæt i den målgruppeklassifikation, der også anvendes i andre sammenhænge på området.

De enkelte specialer afgrænses og fastsættes af Socialstyrelsen med inddragelse af de rådgivende organer, der etableres i forbindelse med udrulningen af specialeplanlægningen, og som rådgiver Socialstyrelsen om faglige og strategiske spørgsmål.

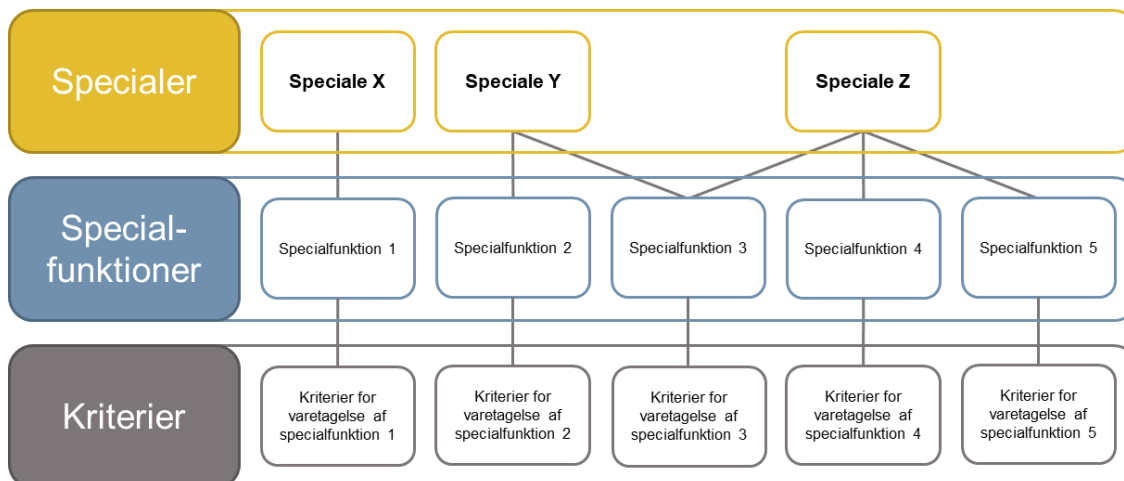
Det højt specialiserede socialområde

Det højt specialiserede socialområde udgøres af de *specialfunktioner*, som inden for hvert speciale retter sig mod personer med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov. I specialfunktionerne indgår ofte indsatser, der kræver en faglig specialviden eller en særlig tværfaglig eller tværsektoriel tilrettelæggelse, som de enkelte kommuner kan have vanskeligt ved at udvikle og opretholde lokalt.

Specialfunktionerne fastsættes af Socialstyrelsen med inddragelse af specialistgrupper, der nedsættes for hvert speciale, og med afsæt i kriterier om kompleksitet, forekomst, tilrettelæggelse, viden og kompetencer. Fastsættelsen af specialfunktioner beskrives nærmere nedenfor.

Figur 1 nedenfor illustrerer sammenhængen mellem specialer, specialfunktioner og kriterierne for leverandørernes varetagelse af specialfunktioner. I figuren er opstillet et eksempel, hvor der er én specialfunktion tilknyttet Speciale X, to specialfunktioner tilknyttet Speciale Y og tre specialfunktioner tilknyttet Speciale Z. Eksemplet illustrerer både, at et speciale kan have flere specialfunktioner, og at en specialfunktion kan være knyttet op på flere specialer. I eksemplet er Specialfunktion 3 knyttet op både på Speciale Y og Speciale Z. For hver specialfunktion opstilles konkrete kriterier, som skal være opfyldt hos de leverandører, der skal varetage dem.

Figur 1: Sammenhæng mellem specialer, specialfunktioner og kriterier for varetagelse af specialfunktioner



Specialebeskrivelser

For hvert speciale udarbejder Socialstyrelsen en specialebeskrivelse med inddragelse af en specialistgruppe, der er nedsat for det pågældende speciale.

Specialebeskrivelsen indeholder en overordnet beskrivelse af de indsatser og målgrupper, der er omfattet af specialet, og af de specialfunktioner, der knytter sig til det pågældende speciale.

Specialebeskrivelsen indeholder derudover en beskrivelse af, hvem der er i målgruppen for indsatserne i specialfunktionerne, og hvilke kriterier en leverandør skal leve op til for at varetage

dem. Leverandører, der ønsker at varetage en specialfunktion, skal ansøge herom og vil blive vurderet med udgangspunkt i de opstillede kriterier.

Kvalitet og specialisering hos leverandører

Det er et krav og en forudsætning for specialisering, at alle leverandører af sociale indsatser har den fornødne kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området. Kvalitet hos leverandører af sociale indsatser skal være opfyldt hos alle leverandører – uanset specialiseringsniveau.

For de leverandører, der varetager specialfunktioner til personer med særligt komplekse eller sjældne behov, vil der i forbindelse med specialeplanlægning blive opstillet supplerende konkrete kriterier med det formål at sikre, at leverandøren har forudsætningerne for at opbygge og vedligeholde den høje specialisering, der er behov for i indsatsen. Udformningen af de konkrete kriterier og processen herfor beskrives nedenfor.

3. Specialebeskrivelser på socialområdet

For at etablere et solidt fagligt udgangspunkt for udrulning af specialeplanlægning er der behov for at inddele det specialiserede socialområde i faglige specialer. Et speciale er et fagligt område, hvor en fælles faglighed i form af viden, kompetencer og indsatser opbygges i forhold til personer med beslægtede behov.

Inddelingen i faglige specialer på det specialiserede socialområde kan med fordel tage afsæt i den målgruppeklassifikation, der også anvendes i andre sammenhænge på området. Det vil give mulighed for at etablere en kobling mellem de faglige specialer og den øvrige vidensinfrastruktur på området.

På det specialiserede socialområde er der ikke en organisering i faglige områder svarende til de lægefaglige specialer på sundhedsområdet. Et udgangspunkt for inddelingen kan derfor i stedet være de 46 målgrupper, der er klassificeret som målgrupper for tilbudsstrukturen på Tilbudsportalen. Et fagligt speciale vil i så fald kunne være sammenfaldende med en af de 46 målgruppe-kategorier, eller det kan dække over flere målgruppe-kategorier, hvis der vurderes at være væsentlige overlap i behov og indsatser og dermed også i den faglighed, der er behov for hos leverandørerne.

Grundlaget for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde er en systematisk gennemgang af hvert speciale med henblik på at beskrive og opstille kriterier for de specialfunktioner, der skal understøttes af en national koordinering og planlægning.

Med det formål udarbejder Socialstyrelsen en specialebeskrivelse med inddragelse af en specialistgruppe for hvert speciale, der er udpeget til specialeplanlægning.

En specialebeskrivelse består af tre dele:

1. *Overordnet beskrivelse af specialet*
En overordnet beskrivelse af, hvad der kendetegner det faglige område, som specialet dækker over. Det omfatter blandt andet de målgrupper, indsatser og leverandørtyper, der udgør den fælles faglighed inden for specialet.
2. *Fastsættelse af specialfunktioner*
En fastsættelse af, hvilke specialfunktioner der er behov for inden for specialet med udgangspunkt i en samlet faglig vurdering af behovet for en høj specialisering som følge af kompleksitet og forekomst af problemstillinger og behov hos målgruppen samt en særlig tilrettelæggelse, viden og kompetencer i indsatsen.
3. *Kriterier for varetagelse af specialfunktioner*
Opstilling af kriterier for leverandørernes varetagelse af hver specialfunktion. Det indebærer blandt andet en beskrivelse af, hvilke behov specialfunktionen er rettet mod at imødekomme, samt opstilling af konkrete kriterier, som skal være opfyldt af de leverandører, der skal varetage den. Kriterierne fastsættes under hensyntagen til evt. særlige målgruppe- og områdespecifikke forhold, indsats- og leverandørtyper på hvert område, med udgangspunkt i en række generelle specialiseringsparametre.

Del 1. Overordnet beskrivelse af specialet

Specialebeskrivelsens første del har til formål at tilvejebringe en afgrænsning og et overblik over det faglige område, specialet dækker over. Den indeholder en overordnet beskrivelse af målgrupper, behov, indsats- og leverandørtyper og faggrupper, der er kendetegnende for det faglige speciale. Den indeholder derudover en beskrivelse af de væsentligste snitflader til andre specialer og andre sektorer.

I specialebeskrivelsens første del etableres dermed en faglig ramme i specialeplanlægningen, hvor de specialfunktioner, der udgør det højt specialiserede niveau inden for specialet, skal fastsættes og beskrives.

Del 2. Fastsættelse af specialfunktioner

I specialebeskrivelsens anden del fastsættes de specialfunktioner inden for specialet, som skal understøttes af en national koordination og planlægning.

Specialfunktioner udgøres af de indsatser inden for specialet, som kræver særlig tilrettelæggelse, viden og kompetence, fordi de retter sig mod personer med meget komplekse eller sjældent forekommende behov. Der er tale om indsatser, som derfor typisk vil kræve national koordinering og planlægning på tværs af kommuner og regioner at udvikle og opretholde.

Specialfunktionerne fastsættes på baggrund af en samlet faglig vurdering af behovet for høj specialisering som følge af eksempelvis kompleksitet og forekomst af problemstillinger og behov hos målgruppen, en særlig tilrettelæggelse samt viden og kompetencer i indsatsen.

- *Kompleksitet*
Specialfunktioner er typisk rettet mod personer, der har komplekse behov som følge af eksempelvis en særlig sværhedsgrad eller en særlig sammensætning af problemstillinger, hvoraf nogle kan gå på tværs af flere specialer.
- *Forekomst*
Specialfunktioner kan også være rettet mod sjældent forekommende problemstillinger inden for specialet, som eksempelvis sjældne handicap, hvor målgruppens volumen er medvirkende til at skabe behov for national koordination og planlægning.
- *Tilrettelæggelse*
Indsatsen er særligt tilrettelagt og består dels af flere ydelser eller foranstaltninger og dels af en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde. Den særlige tilrettelæggelse af indsatsen er typisk målrettet specifikt til de komplekse behov hos målgruppen for indsatsen, og den er derfor som udgangspunkt ikke udbredt til mange lokale indsatser.
- *Viden og kompetencer*
De komplekse behov skaber behov for viden om og erfaring med eksempelvis særlige kombinationsproblematikker eller meget specifikke kompetencer til anvendelsen af særlige tilgange, metoder eller hjælpemidler. Der er tale om viden og kompetencer, som typisk er målrettet specifikt til de komplekse behov hos målgruppen for indsatsen, og de er derfor som udgangspunkt ikke udbredt til mange lokale indsatser.

En specialfunktion kan eksempelvis udgøres af indsatser til personer, der er dobbeltbelastede af misbrug og psykiske vanskeligheder, personer med en svær synsnedsættelse eller personer med meget sjældent forekommende behov, som eksempelvis personer med sjældne diagnoser.

En specialfunktion kan have et ophæng til flere specialer som følge af sammensatte problemstillinger og behov hos de personer, der er i målgruppen for den. I forbindelse med fastsættelse

og beskrivelse af specialfunktioner inden for et givent fagligt speciale skal der derfor være en opmærksomhed på snitflader til og overlap med specialfunktioner, der er fastsat inden for andre specialer.

Med henblik på bedst muligt at understøtte vurderingen af de leverandører, der ønsker at varetage specialfunktioner, er det desuden væsentligt med en opmærksomhed på, at beskrive, hvilke komplekse eller sjældent forekommende behov, specialfunktionen skal kunne imødekomme hos de personer, der er i målgruppen for den.

Del 3. Kriterier for varetagelse af specialfunktioner

Specialebeskrivelsens tredje del består af en opstilling af konkrete kriterier, som skal være opfyldt hos de leverandører, der ønsker at varetage den pågældende specialfunktion. Denne del af specialebeskrivelsen vil endvidere kunne understøtte visitationen med viden om, hvilke komplekse eller sjældent forekommende behov, der kan imødekommes af de fastsatte specialfunktioner.

Specialfunktioner kan varetages af kommunale, regionale eller private leverandører, og indsatserne i specialfunktionen kan leveres på leverandørens egen matrikel eller som matrikelløse indsatser hos andre leverandører eller i borgerens nærmiljø.

De leverandører, der ønsker at varetage en specialfunktion, skal ansøge herom. Ansøgningen vurderes med udgangspunkt i leverandørens opfyldelse af de konkrete kriterier, der er opstillet for den enkelte specialfunktion. Forud for en udrulning af specialeplanlægning på det specialiserede socialområde vil der skulle udarbejdes en konkret model for ansøgningsprocedure.

Leverandører kan varetage en specialfunktion, så længe de opfylder de fastsatte kriterier for den pågældende funktion. Kriterierne kan imidlertid ændre sig over tid i takt med, at specialebeskrivelserne opdateres med ny viden på det pågældende område.

Kriterierne indeholder en beskrivelse af de fælles behov, der optræder hos målgruppen for specialfunktionen, de centrale relevante indsatser, der kan imødekomme behovet, samt de kriterier, der på den baggrund kan opstilles for leverandører, der ønsker at varetage specialfunktionen.

Der er tale om en overordnet beskrivelse af målgruppen for specialfunktionen og af de komplekse behov, som kan optræde hos målgruppen i kortere eller længere perioder. Den enkelte person har forskellige behov gennem livet eller gennem et indsatsforløb, og behovet for indsatser fra en specialfunktion vil derfor bero på en konkret og individuel faglig vurdering i forbindelse med visitation og opfølgning.

De konkrete kriterier for tildeling og varetagelse af hver specialfunktion formuleres med udgangspunkt i fire generelle specialiseringsparametre under hensyntagen til eventuelle særlige målgruppe- og områdespecifikke forhold, indsats- og leverandørtyper på det pågældende område.

Specialiseringsparametre

1. Aktiv praksis

Det er en grundlæggende præmis for at udvikle specialisering hos den enkelte leverandør, at "øvelse gør mester". Det er derfor en forudsætning for varetagelse af en specialfunktion, at leverandørerne har – eller inden for en fastsat tidshorisont kan forventes at opnå – en aktiv praksis, hvorigennem de opbygger erfaring og faglig ekspertise på det pågældende område.

De konkrete kriterier kan være formuleret som en grænseværdi for, hvor mange personer der modtager en indsats omfattet af specialfunktionen om året, afhængigt af blandt antallet af personer på landsplan med behov for den givne indsatsstype.

2. *Kompetencer*

Det er en forudsætning for varetagelse af en specialfunktion, at leverandørerne har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med kompetencer opnået gennem uddannelse og praksiserfaring, som er relevante for de beskrevne indsatser.

De konkrete kriterier kan være formuleret som specifikke krav til grund- og videreuddannelse eller til et vist niveau af praksiserfaring afhængigt af, hvilket fagligt område der er tale om.

3. *Samarbejdsformer*

Det er en forudsætning for varetagelse af en specialfunktion, at leverandørerne bidrager til sammenhængende forløb for borgere med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov.

De konkrete kriterier kan være formuleret som specifikke krav til, at leverandørerne i relevant omfang samarbejder med andre leverandører på tværs af faggrupper og sektorer, eksempelvis i form af samarbejdsaftaler med øvrige aktører, afhængigt af strukturen på det pågældende område.

4. *Vidensdistribution*

Det er en forudsætning for varetagelse af en specialfunktion, at leverandørerne både anvender og bidrager til at udbrede aktuelt bedste viden om faglige tilgange og metoder med relevans for de indsatser, der indgår i specialfunktionen.

Der fastsættes derfor konkrete kriterier, som sikrer, at leverandørerne dels anvender aktuelt bedste viden på området, dels kan dokumentere effekt og dels bidrager aktivt til at udbrede viden på området.

I udformningen af de konkrete kriterier under hvert af de fire specialiseringsparameter skal der tages højde for eksempelvis målgruppespecifikke forhold, relevante involverede faggrupper, snitflader mellem forskellige sektorer. Der skal desuden tages højde for, om indsatsen leveres i form af et døgnophold, i borgerens nærmiljø eller som rådgivningsydelse. Samme kriterier kan ikke nødvendigvis gøres gældende for alle typer af specialfunktioner på tværs af målgrupper.

4. Organisering og proces

Udgangspunktet for udrulningen af specialeplanlægning er en inddeling af det specialiserede socialområde i faglige specialer.

Inddelingen i specialer kan tage afsæt i den målgruppeklassifikation, der anvendes i andre sammenhænge på det specialiserede med henblik på at skabe en kobling hertil. Et udgangspunkt herfor kan eksempelvis være de 46 målgrupper, der er klassificeret som målgrupper for tilbudsstrukturen på Tilbudsportalen.

Inddelingen af området i faglige specialer foretages af Socialstyrelsen med inddragelse af de rådgivende organer, der etableres i forbindelse med udrulning af specialeplanlægning, så der sikres koordinering med den øvrige vidensinfrastruktur på området.

I det følgende præsenteres organisering og proces i forbindelse med udarbejdelse af specialebeskrivelser, når der er udpeget specialer til specialeplanlægning.

Proces for udarbejdelse af specialebeskrivelser

Specialebeskrivelser udarbejdes af Socialstyrelsen med inddragelse af relevante fagspecialister inden for hvert speciale.

Det er afgørende, at udarbejdelsen af specialebeskrivelser er baseret på aktuelt bedste viden om det pågældende speciale, og at der trækkes på både forskningsbaseret og praksisnær viden.

Processen indebærer derfor vidensopsamling i form af dokumentanalyser og vidensafdækninger samt en inddragende proces, hvor viden kvalificeres og suppleres af en specialistgruppe, der er involveret i alle tre dele af specialebeskrivelsen:

1. *Overordnet beskrivelse af specialet*
I forbindelse med den overordnede beskrivelse af det samlede speciale foretages indledningsvist en dokumentanalyse med henblik på at skabe overblik over eksisterende viden om det faglige område samt de målgrupper og indsatser, som specialet udgøres af.
2. *Fastsættelse af specialfunktioner*
Tilsvarende foretages en afdækning af eksisterende viden, der kan anvendes som udgangspunkt for den faglige proces, hvorigennem specialfunktioner inden for specialet fastsættes med inddragelse af specialistgruppen.
3. *Kriterier for varetagelse af specialfunktioner*
Forud for opstillingen af kriterier for hver specialfunktion foretages en vidensafdækning, som skal informere arbejdet med at beskrive de faglige indsatser i specialfunktionerne, hvem der er i målgruppen for dem, og hvilke kriterier der på den baggrund kan opstilles for varetagelsen af dem.

Figur 2 nedenfor præsenterer et overblik over den faglige proces.

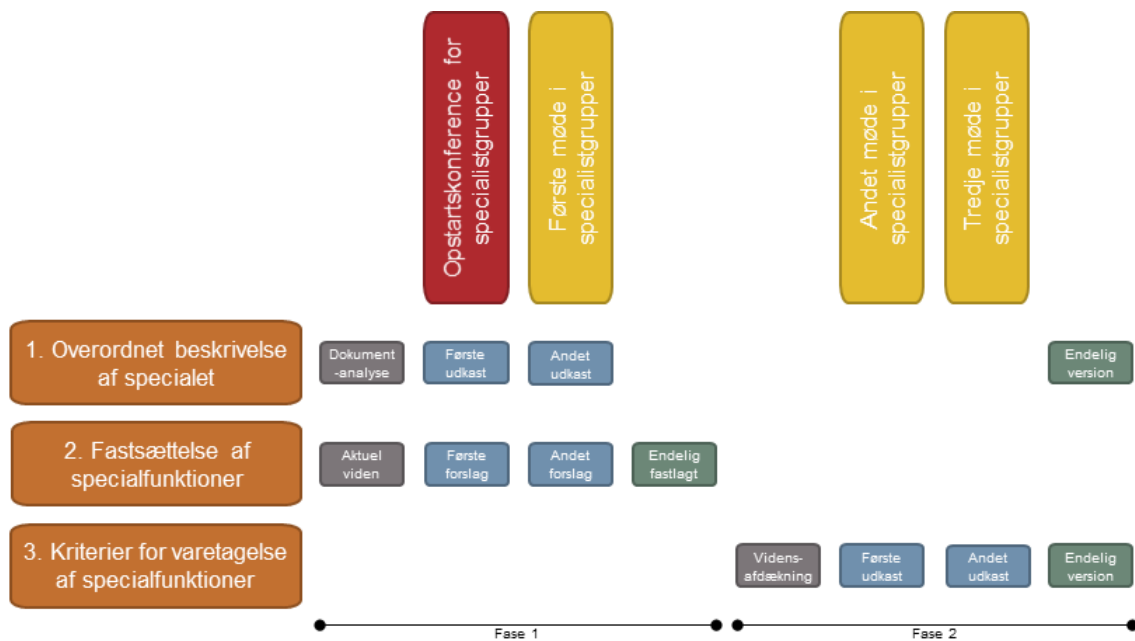
Processen er struktureret efter specialebeskrivelsens tre dele og et forløb med opstartskonference og dernæst tre møder med relevante fagspecialister samlet i en specialistgruppe.

I første fase vil der være fokus på vidensopsamling, den overordnede beskrivelse af specialet og på fastsættelse af specialfunktioner. Der vil ligeledes være fokus på at indlede samarbejdet med fagspecialisterne, og der afholdes en opstartskonference med det formål at introducere til

den kommende proces og præsentere de første udkast. Såfremt der udarbejdes flere specialebeskrivelser parallelt med hinanden, afholdes en fælles opstartskonference.

I anden fase vil der være fokus på mere målrettet vidensafdækning og opstilling af kriterier for de fastsatte specialfunktioner.

Figur 2: Proces for udarbejdelse af specialebeskrivelser



Erfaringen fra afprøvningen viser, at der er behov for en tidsmæssig ramme for den faglige proces, som sikrer, at eksterne fagspecialister har mulighed for at bidrage reelt og konkret i udarbejdelse og kvalificering af beskrivelser af målgrupper og deres behov for indsatser. Baseret på erfaringerne fra afprøvningen er det Socialstyrelsen vurdering, at udarbejdelsen af en specialebeskrivelse vil have en varighed på minimum 1 år afhængigt af specialets omfang, antallet af specialfunktioner og om der etableres en honoreringsmodel for de eksterne fagspecialister, der skal bidrage.

Sammensætning af specialistgrupper

Specialebeskrivelser udarbejdes i samarbejde med en specialistgruppe bestående af relevante fagpersoner fra Socialstyrelsen, tilsynskonsulenter med viden om indsatser og leverandører inden for specialet udpeget af de fem socialtilsyn, relevante fagpersoner fra forskningsmiljøer og praksisfeltet, herunder udvalgte VISO-specialister udpeget af Socialstyrelsen og kommunale repræsentanter med viden om sagsbehandling og visitation udpeget af KL. Herudover deltager repræsentanter fra relevante bruger- og interesseorganisationer.

Hvis det vurderes relevant for det pågældende speciale, udpeges desuden specialister fra andre sektorområder af henholdsvis Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK) og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR). Tilsvarende kan det i beskrivelsen af specialfunktioner, som går på tværs af flere specialer, være relevant at inddrage videnshavere fra andre relevante specialer.



Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

