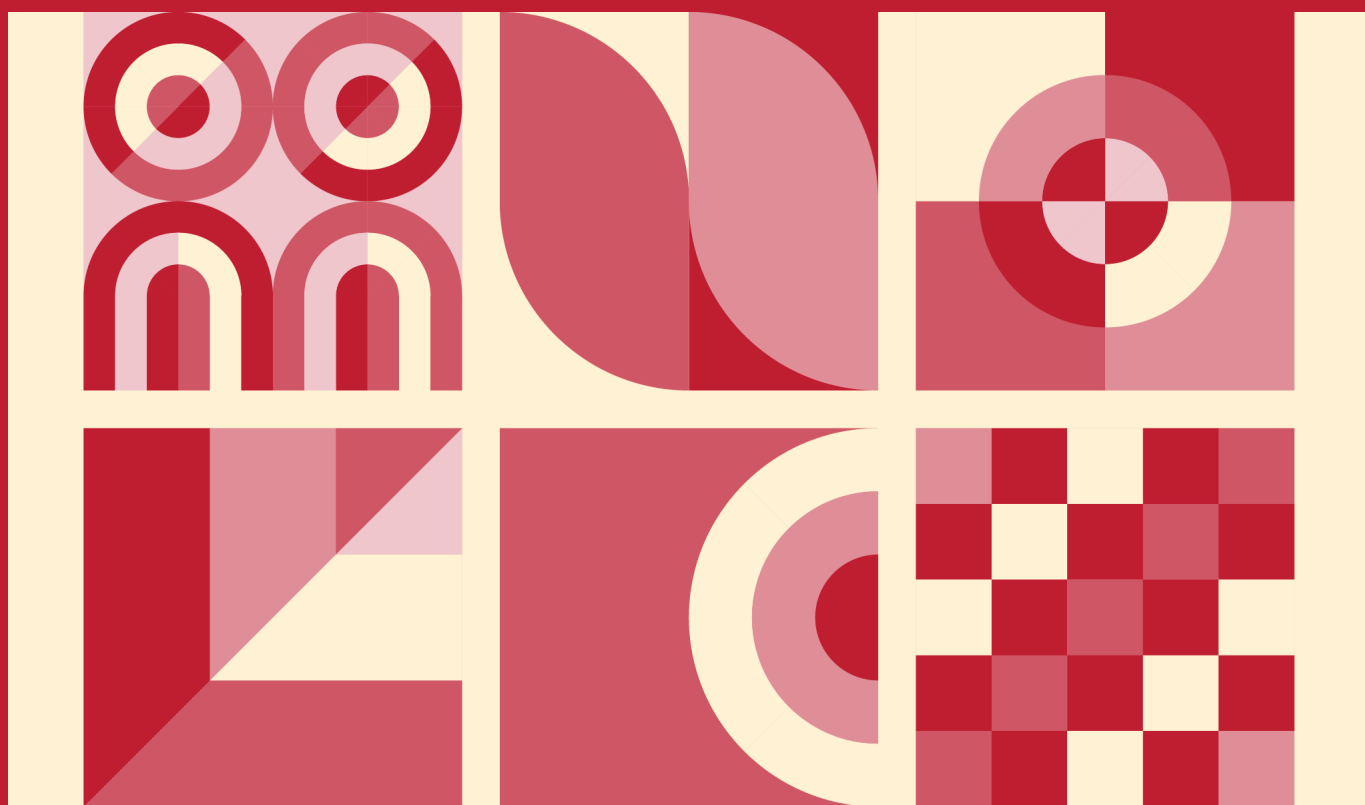


Styringsgennemgang af socialpsykiatrien



Styringsgennemgang af socialpsykiatrien

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-352-9

Projekt: 302858

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen

VIVE

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 støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Denne rapport samler viden om strukturelle, styringsmæssige fordele og ulemper ved den måde, som socialpsykiatriområdet er indrettet på i dag, herunder inden for den kommunale socialpsykiatri og på tværs af social- og behandlingspsykiatrien. Rapporten samler desuden erfaringsbaserede vurderinger af oplevede strukturelle udfordringer og eksisterende og mulige nye løsninger på disse.

Undersøgelsen har bestået i en gennemgang af udvalgt litteratur og interviews med aktører fra to regioner, fire kommuner samt forskellige nationale interessenter. Vi vil gerne takke alle, der har bidraget med deres viden og perspektiver. Vi vil ligeledes takke to anonyme reviewere, der har kommenteret rapporten.

Rapporten er udarbejdet af Kasper Lemvig, Camilla T. Dalsgaard, Annemette Thøstesen og Jakob Trane Ibsen (projektleder).

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Social- og Boligstyrelsen.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
-----------------	---

Afrapportering	12
----------------	----

1	Indledning	13
1.1	Baggrund	13
1.2	Formål	14
1.3	Undersøgelsens fokus	14
1.4	Fremgangsmåde	19
1.5	Læsevejledning	21

2	Inden for socialpsykiatrien	22
2.1	Styring, udvikling og koordinering af kapacitet	23
2.2	Økonomisk udligning og omfordeling	44
2.3	Prissætning og afregningsprincipper	46
2.4	Faglig styring og kvalitet	54
2.5	Love og regler, der vedrører borgernes rettigheder	68
2.6	Viden og data	70
2.7	Delkonklusion	76

3	På tværs af socialpsykiatri og behandlingspsykiatri	82
3.1	Styring, udvikling og koordinering af kapacitet	83
3.2	Koordination og samarbejde om konkrete borgerforløb	89
3.3	Finansiering	97
3.4	Koordineret og sammenhængende indsats samt prissætning i den regionale psykiatri	106
3.5	Delkonklusion	115

Dokumentation	120
---------------	-----

Litteratur	121
------------	-----

Hovedresultater

Mange mennesker i Danmark oplever enten selv som enkeltindivid eller som pårørende virkninger af psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser kan få behandling, hjælp og støtte fra både social- og behandlingspsykiatrien. Regionerne har ansvaret for den psykiatriske behandling på sygehusene, mens kommunerne har ansvaret for at tilbyde socialpsykiatriske indsatser, hjælp og støtte til borgere med psykiske lidelser, eksempelvis i form af socialpædagogisk støtte i eller uden for botilbud.

Det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien finder, at den indsats, der i dag tilbydes mennesker med psykisk lidelse, er mangelfuld og usammenhængende. Med udgangspunkt heri er der behov for at se nærmere på styringen af det socialpsykiatriske område. Derfor har Social- og Boligstyrelsen bedt VIVE om at gennemføre denne undersøgelse. Undersøgelsens formål er:

- At redegøre for de *strukturelle*, styringsmæssige fordele og ulemper ved den måde, som socialpsykiatriområdet er indrettet på i dag, herunder inden for den kommunale socialpsykiatri og på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.
- At indsamle erfaringsbaserede vurderinger af, hvor væsentlige de beskrevne udfordringer er, og hvordan udfordringerne håndteres i dag.
- At indsamle forslag til mulige nye – primært strukturelle – løsninger på de beskrevne udfordringer, herunder beskrive fordele og ulemper ved disse løsninger samt pege på, hvor der mangler systematiseret viden for at kunne identificere og vurdere løsningsmulighederne.

Rapportens indsigter kan bidrage med input til lokale og nationale drøftelser om mulige løsninger på strukturelle styringsudfordringer *inden for socialpsykiatrien* såvel som *på tværs af social- og behandlingspsykiatri*. Nedenfor præsenteres ti væsentlige konklusioner, hhv. seks pointer om styring inden for socialpsykiatrien og fire pointer på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.

Seks pointer om styring inden for socialpsykiatrien

1 Mangel på botilbudspladser til specifikke målgrupper på det mest specialiserede område

Flere kommuner oplever, at der mangler botilbudspladser til borgere med særligt komplekse problemstillinger og meget specifikke behov, fx borgere med dobbeltdiagnoser eller selvskadende adfærd. En medvirkende årsag er kollektive handlings-

problemer, hvor kommunerne samlet set har behov for kapacitet til bestemte målgrupper, men den enkelte kommune har en lille tilskyndelse til at oprette nye tilbud. Kombinationen af en markedslignende ramme på socialområdet og koordinations- og samarbejdsstrukturerne for offentligt drevne tilbud har ikke fuldt ud kunnet sikre tilstrækkeligt med tilbud med særlig viden og kompetencer til specifikke målgrupper på det mest specialiserede område. En mulig løsning er at anvende mere objektiv finansiering, hvor driftsherrens økonomiske grundlag er sikret gennem kommunernes kollektive betaling og obligatoriske deltagelse i finansieringsordningen. Det forudsætter klare, objektive visitationskriterier og eventuelt etablering af en eller flere overkommunale enheder, som kan have et medansvar for visitation. En national specialeplanlægning er en anden mulig vej til at tilvejebringe det rette antal og typer af pladser til borgere med specifikke og komplekse behov.

2 Mangel på midlertidige og fleksible pladser

Midlertidige og fleksible tilbud i socialpsykiatrien kan bl.a. være med til at forebygge en indlæggelse i behandlingspsykiatrien og lette overgangen mellem social- og behandlingspsykiatri efter en indlæggelse. Der opleves generelt en mangel på pladser af denne type, hvilket bl.a. hænger sammen med, at kommunerne har en økonomisk tilskyndelse til at etablere botilbudslignende tilbud efter almenboligloven frem for tilbud efter serviceloven. Mange kommuner har dog i de senere år etableret midlertidige og fleksible tilbud på socialpsykiatriområdet inden for de nuværende rammer, fx aflastningspladser efter servicelovens § 84 og midlertidige pladser efter servicelovens § 107.

Hvis man ønsker at understøtte etablering af yderligere midlertidige og fleksible tilbud i socialpsykiatrien, kan der være brug for at undersøge de økonomiske og lovgivningsmæssige rammer for etablering, drift og anvendelse af henholdsvis botilbudslignende tilbud og tilbud efter serviceloven. Derudover kan der være behov for at undersøge mulighederne for øget fleksibilitet i anvendelsen af botilbud og for at skabe flere typer af målrettede tilbud.

3 Manglende gennemsigtighed i sammenhængen mellem støttebehov, indsats, virkning og pris for den enkelte borger

Mangel på gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgerens støttebehov og indsatsens indhold, virkning og pris svækker konkurrencen på markedet for socialpsykiatriske tilbud. Det vanskeliggør bl.a. myndigheds mulighed for på et oplyst grundlag at sammenligne alternativer, når der skal vælges leverandører af tilbud og indsatser. Manglen på transparens skyldes bl.a. mangel på pålidelige data om borgerens tilstand og progression samt en informationsasymmetri mellem myndighed og udfører. Forskellige mekanismer bidrager til at mindske denne informationsasymmetri. Nationalt er Tilbudsportalen etableret for at styrke kommunernes grundlag for at

vælge tilbud og skabe åbenhed og gennemsigtighed i tilbuddenes indsatser og priser. Lokalt forsøger den enkelte kommune via tæt dialog og samarbejde med leverandøren om den enkelte borgers udvikling at tilegne sig viden om sammenhængen mellem behov, indsats, virkning og pris. Mange kommuner søger også at øge gennemsigtigheden ved at anvende differentierede takster. Der er dog fortsat brug for bedre data om borgere, indsatser og virkninger på socialpsykiatriområdet.

4 Utilstrækkelig gennemsigtighed og sammenlignelighed i pris på tværs af tilbud

Fri og lige konkurrence på markedet forudsætter gennemsigtige og sammenlignelige priser på sammenlignelige tilbud. Derfor er der fastsat regler om omkostningsbaserede takster, ligesom alle leverandører løbende skal indberette deres takster på Tilbudsportalen. Det er dog flere aktørers vurdering i denne undersøgelse, at leverandørernes priser ikke er tilstrækkeligt gennemsigtige og sammenlignelige. Blandt andet er der forskellige omkostningsstrukturer i den offentlige og private sektor og forskelle i den måde, takster beregnes på. Der er foreslået forskellige initiativer til at løse dette, fx retningslinjer, som skal sikre, at alle direkte og indirekte omkostninger indgår i takstberegningen. Undersøgelsen finder et behov for at undersøge, hvordan gennemsigtighed og sammenlignelighed i priser kan øges på tværs af leverandørtyper.

5 Variation i kvaliteten af den kommunale sagsbehandling

En række aktører peger på udfordringer med kvaliteten i den kommunale sagsbehandling på socialpsykiatriområdet, herunder udfordringer med implementering af recovery-orienteret rehabilitering, og at økonomiske hensyn vejer tungere end faglige i visitationen. Det kan føre til mismatch mellem borgerens behov og tilbuddet. Det er dog VIVEs indtryk fra tidligere analyser, at sagsbehandlere på det specialiserede voksenområde generelt inddrager både faglige og økonomiske hensyn i sagsbehandlingen. Kommunernes sagsbehandling på området understøttes bl.a. af VISO, ligesom kommunerne anvender forskellige udredningsværktøjer, herunder VUM 2.0, og kontinuerligt forsøger at øge kvaliteten af sagsbehandlingen. Analysen peger dog på et behov for en fortsat systematisk og målrettet udbredelse og implementering af VUM 2.0. Der ses endvidere et behov for kortere ventetid til VISOs rådgivning.

6 Fordele og ulemper ved aktivitetsbaseret afregning på socialområdet

Finansieringen af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde er som hovedregel baseret på princippet om aktivitetsbaseret afregning. Aktivitetsbaseret afregning har på den ene side de fordele, at betalingen for tilbud er koblet til forbruget, og at leverandøren har incitament til at udvikle tilbuddets socialfaglige kvalitet for at sikre efterspørgsel. På den anden side har aktivitetsbaseret afregning den ulempe, at leverandøren har begrænset incitament til afdæmpet udgiftsudvikling, især hvis leverandøren ikke selv er med til at finansiere tilbuddet. Desuden understøtter aktivitets-

baseret afregning ikke leverandørens incitament til at arbejde for at forbedre borgerens funktionsevne. Aktivitetsbaseret afregning giver desuden ikke leverandøren økonomisk sikkerhed for at kunne fortsætte driften ved fald i efterspørgslen.

Kommunerne forsøger på forskellig vis at sørge for, at leverandøren arbejder for at forbedre borgerens funktionsevne. For eksempel er der i mange kommuner fast praksis for løbende opfølgning og dialog med leverandørerne om den enkelte borgers udvikling, hvor det vurderes, om den leverede indsats står mål med resultater og pris. Derudover har man i visitationen fokus på at vælge de tilbud, som man har gode erfaringer med kan levere forbedringer for borgerne.

Analysen peger på en række økonomimodeller, som ved hel eller delvis implementering på dele af botilbudsområdet potentielt kunne løse nogle af de udpegede styringsmæssige udfordringer ved aktivitetsbaseret afregning. Det drejer sig om lands(dels)dækkende, standardiserede gruppetakster, konkurrenceudsættelse via rammeudbud, objektiv finansiering og resultatbaseret afregning. Analysen finder samtidig et behov for at afklare, teste og modne elementer i de forskellige modeller, såfremt man ønsker at gå videre med overvejelserne om at justere økonomimodellen på botilbudsområdet.

Fire pointer om styring på tværs af social- og behandlingspsykiatri

1 Utydelig ansvarsfordeling samt mangel på sammenhæng i indsatsvifte og kapacitet

Det er væsentligt i styringen på tværs af social- og behandlingspsykiatri at sikre en klar ansvarsfordeling på den ene side og en sammenhængende indsatsvifte på den anden. Sundhedsaftaler og de tilhørende samarbejdsaftaler søger at fordele ansvar og skabe sammenhæng på et organisatorisk plan. Det faglige oplæg til en 10-årsplan peger på uensartet implementering af sundhedsaftaler som en udfordring for at skabe sammenhæng. De interviewede aktører i denne undersøgelse mener, at sundhedsaftalerne generelt er et godt styringsinstrument, men peger også på en række barrierer for, at sundhedsaftalerne kan virke godt.

For det første er der forskellige opfattelser af behov for regionalt overblik over kommunale tilbud. De interviewede regioner oplever det som en svaghed i samarbejdet, at der er stor variation i, hvilke typer af indsatser og hvilken kvalitet kommunerne tilbyder borgerne. De interviewede kommuner ser i mindre grad behov for en ensartet indsatsvifte fra kommune til kommune.

For det andet ses der blandt kommunale og regionale aktører i undersøgelsen et behov for en klarere lovgivningsmæssig ramme om samarbejdet på tværs.

For det tredje oplever flere aktører, at psykiatriområdet fylder for lidt i sundhedsaftalearbejdet, ligesom flere aktører oplever, at det er vanskeligt at samarbejde på tværs af alle kommunerne i regionen. Det er mere oplagt for nogle kommuner at samarbejde med regionen i mindre klynger, både om køb og salg af pladser og kapacitetsstyring i socialpsykiatrien og om indsatser på tværs af social- og behandlingspsykiatri. Både kommunale og regionale aktører i undersøgelsen ser et potentiale i øget brug af klyngesamarbejde for at sikre bedre udvikling og udnyttelse af socialpsykiatriske tilbud og en bedre sammenhæng i indsatsviften mellem social- og behandlingspsykiatri. Vi har ikke kunnet belyse nøjere, om der ses samme potentiale i andre regioner og kommuner end de interviewede, og hvordan en sådan klyngestruktur konkret kunne organiseres. Det kunne med fordel undersøges nærmere.

2 Barrierer for samarbejde om individuelle forløb: fælles møder med borger og fælles læringsforløb

Det er væsentligt at sikre godt samarbejde om de enkelte borgers forløb på tværs af social- og behandlingspsykiatrien. Udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner er redskaber til at styrke samarbejde, videndeling og gennemsigtighed for borgeren og fagprofessionelle. Der ses dog visse udfordringer med implementering af disse redskaber. For det første er det praktisk vanskeligt at nå at lave aftaler ved meget korte indlæggelser. For det andet er der en IT-teknisk udfordring i at dele viden. For det tredje er meget samarbejde relationelt båret og dermed personafhængigt.

Der findes i dag forskellige lokale måder at styrke samarbejdet på generelt og understøtte implementering af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mere specifikt. Et eksempel er et botilbud, der har ansat en sygeplejerske, der kan hjælpe med at oversætte og udmønte aftaler. Desuden har man i to regioner indført botilbudsteams, og de tre øvrige regioner er ligeledes i gang med at indføre botilbudsteams. Botilbudsteams er udgående teams fra regional psykiatri, der tager ud til borgere på deres botilbud. Heller ikke koordinerende indsatsplaner løser i sig selv koordinations- og samarbejdsbehov. Erfaringer med fx IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte) peger på, at det er afgørende, at medarbejderne sammen holder møde med og inddrager borgeren. Erfaringer peger desuden på, at det er vigtigt, at fagprofessionelle på tværs indgår i fælles læringsforløb, så de bedre kender hinandens opgaver, viden, handlerum og relation til borgeren.

3 Uklare incitamenter for kommuner i forhold til medfinansiering

Ved kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne ansvaret for det specialiserede område, herunder socialpsykiatrien. For at understøtte kommunernes tilskyndelse til at forebygge sygdom og mistrivsel og udvikle effektive tilbud til borgerne, indførte man en kommunal finansiering af dele af sygehusområdet. Der er i dag to finansieringsmodeller: 'Kommunal Fuld Finansiering' og 'Kommunal Medfinansiering'. For begge modeller har der været udfordringer med at finde et passende leje, så de økonomiske incitamenter virker som ønsket. Der har også været udfordringer med at gøre modellerne gennemskuelige. To mulige løsninger kan være enten at foretage justeringer i de nuværende modeller eller at afvikle de gældende ordninger og finde nye alternativer.

Endelig nævner Danske Regioner, at man kan omlægge opgaveansvaret, så socialpsykiatriske botilbud og behandlingspsykiatri begge hører til regionernes myndighedsområde. Denne løsning vil forskyde sektorovergangene til at ligge mellem fx botilbud og bostøtte, hvor der også vil være behov for at understøtte kommunernes incitamenter til forebyggelse og mindre indgribende indsatser. De kommuner, som har deltaget i denne undersøgelse, vurderer, at den løsning samlet set ikke er hensigtsmæssig.

4 Manglende kontinuitet og sammenhæng i forløb i behandlingspsykiatrien

Det kan være en udfordring at skabe sammenhæng i forløb for mennesker med psykiske lidelser. Det faglige oplæg til en 10-årsplan finder, at der er behov for tydelige beskrivelser af opgavefordelingen, og at opgaverne i højere grad bør varetages tværfagligt. En løsning på denne udfordring, som der arbejdes med på tværs af behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og primær sundhedssektor er forløbsprogrammer. I forhold til samarbejde og koordinering af forløb både internt på en afdeling og på tværs af organisatoriske enheder i behandlingspsykiatrien arbejdes med pakkeforløb for udvalgte målgrupper.

Interviewpersoner i undersøgelsen fremhæver flere fordele ved forløbsprogrammer og pakkeforløb, men også udfordringer. Den væsentligste udfordring, der nævnes, handler om implementering af forløbsprogrammer og pakkeforløb i regi af sundhedsaftaler. I forhold til nye løsninger, er der pr. maj måned 2024 igangsat et arbejde imellem Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen om sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser. En central anbefaling heri er, at der bør være få ansvarlige kontaktpersoner, der koordinerer og skaber sammenhæng i borgerens forløb.

For stor grad af standardisering og manglende fleksibilitet i forløb og indsats ses som en udfordring i forhold til pakkeforløb. I forskningslitteraturen foreslås bl.a. patientcentreret udredning og øget fleksibilitet som måder at opnå bedre forløb på.

En interviewperson fremhæver desuden et stort potentiale i at understøtte pakkeforløb, ved at kommunen følger patienter på vej til deres behandling på psykiatriske afdelinger. Herigennem styrkes fremmøde, og der opleves øget kontinuitet i forløb og effekt af behandling.

Samlet peger rapporten på både mindre, og i nogen grad teknisk-praktiske løsninger, og mere omfattende strukturelle ændringer, der kan bidrage til at forbedre styringen af socialpsykiatrien. Rapporten kan bidrage til, at man i det videre arbejde med at forbedre styringen af socialpsykiatriområdet både anerkender de fordele, der er ved den eksisterende struktur på området, og ser de potentialer, der kan være ved at tilpasse eller ændre strukturen.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen, der ligger til grund for rapporten, bygger på data fra desk research og interviews.

Desk research indebærer en gennemgang af eksisterende skriftligt materiale om forskellige styringselementer. Vi har gennemgået skriftligt materiale, der belyser den faktiske indretning af socialpsykiatrien samt forskellige faglige, økonomiske og organisatoriske styringsudfordringer. Det omfattende skriftlige materiale har afdækket, hvordan eksisterende styringselementer er indrettet, med hvilke rationale, og hvordan de eventuelt er ændret over tid.

Der er gennemført i alt 12 interviews, heraf 4 interviews med repræsentanter for kommunale myndigheder, 2 interviews med ledere af kommunale botilbud inden for socialpsykiatrien, 2 interviews med regionale aktører og 4 interviews med nationale interessenter. Interviewene har afdækket, hvordan udfordringer opleves, vurderes og håndteres i praksis, samt hvilke fordele og ulemper de interviewede aktører ser ved forskellige mulige løsninger på udfordringerne. Interviewene har haft fokus på styringsudfordringer på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.

Dataindsamlingen er afsluttet 1. maj 2024. Efter afslutning af dataindsamlingen, er der indgået flere aftaler, der påvirker styringen af området, herunder aftalen for kommunernes økonomi for 2025. Sådanne aftaler behandles ikke analytisk, men der henvises kort til dem, i det omfang det er relevant.

> **Afrapportering**

1 Indledning

1.1 Baggrund

Mange mennesker i Danmark oplever psykiske lidelser. En undersøgelse fra 2014 viste, at 32 % af danske mænd og 38 % af danske kvinder i løbet af deres levetid kan forvente at komme i kontakt med psykiatrien i sygehusvæsenet. Hertil kommer en stor gruppe mennesker, der udelukkende behandles af egen læge eller praktiserende speciallæger i psykiatri (Mors & Nordentoft, 2022, p. 16). Et nyere dansk studie viser, at 82 % af den danske befolkning på et tidspunkt i deres liv vil modtage behandling for psykisk sygdom gennem sygehuset, receptpligtige psykofarmaka udskrevet af læge eller begge dele (Kessing et al., 2023).

Mennesker med psykiske lidelser kan få behandling, hjælp og støtte fra både social- og behandlingspsykiatrien. Regionerne har ansvaret for den psykiatriske behandling på sygehusene, mens kommunerne har ansvaret for at tilbyde sociale indsatser, hjælp og støtte til borgere med sindslidelse fx i form af socialpædagogisk støtte i eller uden for botilbud.

20 % af de borgere, der har kontakt til behandlingspsykiatrien, modtager også kommunale sociale indsatser. 30 % af de voksne, der modtager sociale indsatser i kommunerne, er også i kontakt med behandlingspsykiatrien (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2024).

Det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien finder, at den indsats, der i dag tilbydes mennesker med psykisk lidelse eller mental mistrivsel er præget af "manglende sammenhæng, utilstrækkelig kvalitet og mangelfulde indsatser". Specifikt i forhold til socialpsykiatrien påpeger oplægget bl.a., at der mangler den rette kapacitet af fleksible og vidensbaserede tilbud til at imødekomme behovene hos mennesker med psykiske lidelser, herunder ved overgangen fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien.

Den nuværende struktur på området er til debat bl.a. på grund af målgruppens volumen og de ovennævnte mangler. På den baggrund har Social- og Boligstyrelsen bedt VIVE om at indsamle eksisterende viden om den faglige, økonomiske og organisatoriske styring af socialpsykiatriområdet, herunder strukturelle udfordringer og mulige løsninger.

1.2 Formål

Analysens formål er:

- At redegøre for de *strukturelle*, styringsmæssige fordele og ulemper ved den måde, som socialpsykiatriområdet er indrettet på i dag, herunder inden for den kommunale socialpsykiatri og på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.
- At samle erfaringsbaserede vurderinger af, hvor væsentlige de beskrevne udfordringer er, og hvordan udfordringerne håndteres og løses i dag.
- At indsamle forslag til mulige nye, primært strukturelle, løsninger på de beskrevne udfordringer, herunder beskrive fordele og ulemper ved disse løsninger og pege på, hvor der mangler systematiseret viden for at kunne identificere og vurdere løsningsmuligheder.

Analysen skal således samle et overordnet overblik over styringsstrukturer på socialpsykiatriområdet, som Social- og Boligstyrelsen kan bruge som grundlag for det videre arbejde med mulige løsninger og udvikling på området. Rapportens indsigter kan endvidere bidrage bredere med input til lokale og nationale drøftelser om mulige løsninger på strukturelle styringsudfordringer inden for socialpsykiatrien såvel som på tværs af social- og behandlingspsykiatri.

I afsnit 1.3 afgrænses analysens fokus, for så vidt angår 'socialpsykiatriområdet' og 'strukturelle styringsparametre'.

1.3 Undersøgelsens fokus

1.3.1 Socialpsykiatriområdet

Målgruppen

Det socialpsykiatriske område omfatter bredt set voksne (18+-årige) borgere med sindslidelse, herunder fx angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse samt personligheds-, spise- eller tilknytningsforstyrrelse.

I denne undersøgelse har vi fokus på den del af målgruppen, der har mere omfattende behov for hjælp og støtte fx i form af botilbud, behandling eller omfattende socialpædagogisk støtte i bofællesskab eller eget hjem.

Socialpsykiatrien

Socialpsykiatrien er de sociale indsatser, som kommunerne har ansvaret for at tilbyde til mennesker med psykiatrisk lidelse, også kaldet sindslidelse. I denne rapport er vores fokus på to niveauer i socialpsykiatrien:

- *Inden for* den kommunale socialpsykiatri, herunder i samspillet mellem myndighed og leverandører samt i koordineringen og samarbejdet om bl.a. kapacitet i forskellige tvær- og overkommunale fora. Vi ser *ikke* på samarbejdet internt i kommunen mellem fx beskæftigelses- og socialområdet eller børne- og voksenområdet.
- *På tværs af* socialpsykiatrien og den regionale behandlingspsykiatri, herunder samarbejder om sammenhængende borgerforløb ved indskrivning og udskrivelse. Vi ser *ikke* på styringen af behandlingspsykiatrien i sig selv.

Indsatsviften

Inden for den kommunale socialpsykiatri ser vi primært på tilbud og indsatser efter serviceloven. De mest anvendte indsatstyper efter serviceloven, der indgår i socialpsykiatrien, er angivet i Boks 1.1 (se Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, p. 64). Da vi har fokus på den del af målgruppen, der har mere omfattende behov for hjælp og støtte, fokuserer vi primært på matrikelfaste indsatser og tilbud, selvom vi også i relevant omfang ser på matrikelløse indsatser ved overgangen fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien.

Det bemærkes, at den primære målgruppe for tilbud efter servicelovens § 110 er personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig. For gruppen af borgere i hjemløshed som helhed er det dog 62 %, der vurderes at have en psykisk sygdom (jf. Benjaminsen, 2022), og derfor har vi fundet denne indsatstype relevant at medtage i analysen.

Boks 1.1 Typer af sociale indsatser efter serviceloven, som kommunerne har ansvaret for, til voksne med psykiske lidelser

Forebyggende indsatser, fx rådgivning, vejledning og oplysning, netværksaktiviteter (fx § 79).

Opsøgende indsatser, fx støtte- og kontaktpersoner (§ 99).

Indsatser til borgere uden for botilbud, herunder personlig pleje og praktisk hjælp (§ 83), individuel bostøtte (§ 85), gruppebaseret støtte (§ 82), efterværn efter udflytning fra § 110- boform, social vicevært eller lignende i "skæve boliger" eller opgangsfællesskaber, beskyttet beskæftigelse (§ 103) samt aktivitets- og samværstilbud (§ 104).

Ophold i botilbud: midlertidige ophold i botilbud (§ 107), længerevarende ophold i botilbud (§ 108) eller i botilbudslignende boformer, afklaringsforløb, midlertidige pladser (§ 84), ophold på forsorgshjem eller herberger (ved samtidig hjemløshed) (§ 110).

Skelnen mellem mere og mindre specialiserede indsatser

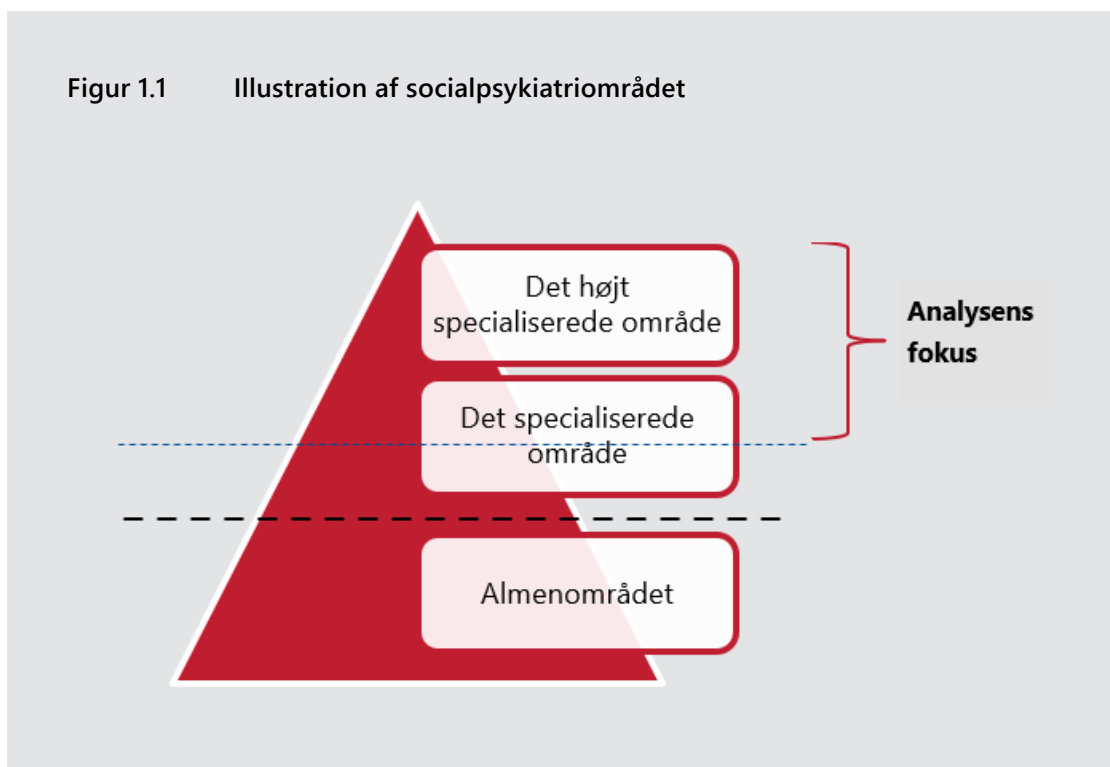
Der skelnes ofte mellem 'højt specialiserede' og 'specialiserede' indsatser på socialområdet, herunder inden for socialpsykiatrien. Denne skelnen er relevant for analysens beskrivelse af udfordringsbilledet, fordi der kan være forskel på, hvilke udfordringer der er til stede på henholdsvis det 'højt specialiserede' og det 'specialiserede' socialpsykiatriområde. Der er ikke en fælles og entydig definition af, hvad der udgør 'højt specialiserede tilbud'. I analysen forstår vi 'højt specialiserede tilbud' som tilbud på det mest specialiserede område til borgere med specifikke og komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller hvor borgerne har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for faglig specialviden eller for at kombinere flere typer faglig specialviden i indsatsen.¹ Inden for socialpsykiatrien kan det fx være borgere med svære spiseforstyrrelser eller socialt udsatte borgere med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug.

Figur 1.1 illustrerer opdelingen i det 'højt specialiserede' område (hvor målgruppens volumen er mindst) og det 'specialiserede' område. Den sorte, stiplede linje markerer overgangen til almenområdet.² Den blå, stiplede linje illustrerer vores fokus på indsatser til borgere med 'mere omfattende behov', jf. ovenfor.

¹ Vores definition er således bredere end de 35 udvalgte målgrupper, der indgår i Socialstyrelsens afgrænsning af, hvilke indsatser og tilbud som NATKO skal overvåge, jf. Social- og Boligstyrelsen (n.d.-b).

² Til almenområdet hører fx beskæftigelsesområdet og ældreplejen.

Figur 1.1 Illustration af socialpsykiatriområdet



1.3.2 Strukturelle, tværgående styringsparametre

Der er fokus på *strukturelle*, styringsmæssige fordele og ulemper, dvs. fordele og ulemper, der gælder på tværs af kommuner og regioner, og som dermed ikke er specifikke for den enkelte kommune eller region. Dermed er der også primært fokus på nye *strukturelle* løsninger, dvs. løsningsmuligheder, der gælder nationalt for alle kommuner og regioner, mens der i mindre omfang er fokuseret på, hvad den enkelte kommune eller region kan gøre inden for den nuværende struktur.

I rapporten afdækker vi strukturelle fordele og ulemper i relation til både faglige, økonomiske og organisatoriske styringsparametre, der typisk i praksis er tæt forbundne eller overlappende. De inkluderede styringsparametre er uddybet i Tabel 1.1 med en række underparametre.

Tabel 1.1 Strukturelle styringsparametre i undersøgelsen

Parameter	Strukturelle fordele og ulemper afdækkes i relation til ...
Økonomisk styring*	<ul style="list-style-type: none"> - Udgiftsstyring forstået som at holde udgifterne i ro og sikre overholdelse af de kommunale og regionale budgetter på psykiatriområdet. - Gennemsigtighed i sammenhængen mellem indsatsernes pris og indhold. - Incitament til høj produktivitet forstået som flest mulige aktiviteter eller indsatser for pengene, dvs. så lav udgift som muligt pr. indsats eller aktivitet. - Incitament til omkostningseffektiv drift forstået som en god ressourceudnyttelse, der giver bedst mulige resultater for pengene, dvs. så lav udgift som muligt for de samme resultater eller bedre resultater for de samme penge. - Helhedsorienteret økonomisk styring forstået som investering i og prioritering af de mest omkostningseffektive indsatser på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.
Faglig styring	<ul style="list-style-type: none"> - At sikre, at borgerne får de rette indsatser og tilbud. - Incitament til at understøtte borgernes progression, udvikling og recovery-muligheder. - Etablering og opretholdelse af en tilstrækkelig faglig specialisering hos leverandører i socialpsykiatrien, særligt på det mest specialiserede område*. - At sikre en sammenhængende indsats for borgerne på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.
Organisatorisk styring (styring af kapacitet)	<ul style="list-style-type: none"> - Tilpasning af antallet af socialpsykiatriske botilbudspladser til behovet og udnyttelse af kapacitet (sikre tilstrækkeligt med pladser (forsyningsikkerhed) og undgå ledige pladser). - Tilpasning af tilbudsviftens faglige indhold til indholdet i behovet (fx udvikling i forskellige målgrupper) såvel i socialpsykiatrien som i behandlingspsykiatrien. - Tilpasning af kommunal kapacitet i socialpsykiatriske overgangstilbud, dvs. specifikt i relation til overgangen fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien.

Note: * Tilgangen bygger på en bred forståelse af økonomisk styring som relationen mellem input, output og outcome. Det betyder, at økonomisk styring sigter på at forbedre både udgiftsstyring, produktivitet og omkostningseffektivitet – både inden for og på tværs af områder. For en uddybning, se fx Dalsgaard, et al. (2021) og Kjærgaard et al. (2017).

1.3.3 Konkrete styringselementer

Analytisk har vi identificeret en række konkrete elementer i styringen hhv. inden for socialpsykiatrien og på tværs af social- og behandlingspsykiatrien. Rapportens indhold er bygget op om de forskellige styringselementer. For hvert element har vi beskrevet indholdet og fordelene ved at indrette styringen på den måde samt udfordringsbilledet såvel som eksisterende og mulige nye løsninger. Styringselementerne er oplistet i oversigtsform i Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Konkrete styringselementer i undersøgelsen

Niveau	Identificerede styringselementer
Inden for socialpsykiatrien	<ul style="list-style-type: none"> - Styring, udvikling og koordinering af kapacitet, herunder markedslignende struktur, rammeaftaler, NATKO og Forum for national koordination samt selvmøderprincip for visse indsatser. - Økonomisk udligning og omfordeling, herunder den centrale refusionsordning. - Prissætning og afregningsprincipper, herunder aktivitetsbaseret afregning og omkostningsbaseret takstberegning. - Faglig styring og kvalitet, herunder tilsyn på socialområdet, den kommunale sagsbehandling, nationale faglige retningslinjer og VISO. - Love og regler, der vedrører borgernes rettigheder, herunder frit valg. - Viden og data.
På tværs af social- og behandlingspsykiatri	<ul style="list-style-type: none"> - Styring, udvikling og koordinering af kapacitet, herunder sundhedsklynger og særlige pladser i psykiatrien. - Koordination og samarbejde om konkrete borgerforløb, herunder udskrivningsaftale og koordinerende indsatsplan. - Finansiering, herunder kommunal fuld- og medfinansiering. - Koordineret og sammenhængende indsats samt prissætning i den regionale psykiatri.

1.4 Fremgangsmåde

Undersøgelsen er baseret på kvalitative metoder, herunder en litteraturgennemgang og en række interviews. Fremgangsmåden er beskrevet nærmere i dette afsnit.

1.4.1 Litteraturgennemgang

Undersøgelsen har taget afsæt i en afdækning af eksisterende viden og anbefalinger. Vi har identificeret og gennemgået en række rapporter og andre skriftlige materialer, som beskriver og omhandler styring, styringsudfordringer og incitamentsstrukturer på det socialpsykiatriske område, jf. afgrænsningerne i afsnit 1.3.1, med fokus på perioden efter kommunalreformen i 2007. Vi har taget udgangspunkt i analyser i forbindelse med en tidligere styringsgennemgang af psykiatrien fra 2018, der havde overvejende fokus på behandlingspsykiatrien for sig. Vi har forsøgt at komplementere analyserne i det tidligere arbejde ved at afdække økonomisk, faglig og kapacitetsmæssig styring i socialpsykiatrien. Vi har søgt litteratur, der belyser rationale bag et eller flere styringselementer. Det drejer sig fx om love og ministerielle analyser eller sagsfremstillinger. Videre har vi søgt litteratur, der belyser erfaringer med et bestemt styringselement fx i analyserapporter om særlige pladser i psykiatrien eller andet.

Ud over egentlige analyser og undersøgelser er der udvalgt og anvendt skriftligt materiale, der gengiver forskellige aktørers holdninger, løsningsforslag og

beskrivelser af mulige fordele og ulemper. Sidstnævnte materialetyper er sidestillet med interviewudsagn i afrapporteringen.

1.4.2 Interviews

Litteraturgennemgangen er suppleret med kvalitative, semistrukturerede interviews med en række centrale aktører og interessenter i og omkring social- og behandlingspsykiatrien. Interviewene har afdækket, hvordan udfordringer opleves, vurderes og håndteres i praksis, og hvilke fordele og ulemper de interviewede aktører ser ved forskellige mulige løsninger på udfordringerne.

Interviewene har især fokuseret på de styringselementer, som er fundet mindre belyst i litteraturen. Følgelig har interviewene primært behandlet niveau 2 (jf. afsnit 1.3.1), dvs. haft fokus på indsats og samarbejde på tværs af den kommunale socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri.

Der er gennemført i alt 12 interviews, heraf:

- 4 interviews med kommunale myndigheder
- 2 interviews med kommunale leverandører
- 2 interviews med regionale aktører
- 4 interviews med nationale interessenter.

De fire kommuner er udvalgt, så de varierer i forhold til indbyggertal og afstand til nærmeste psykiatriske sygehusafdeling. I kommunerne er der gennemført interviews med chefer og ledere med fagligt og økonomisk ansvar på socialpsykiatriområdet. I alle fire kommuner har vi interviewet fagchefen og myndighedslederen på det specialiserede voksenområde. I to af kommunerne har vi interviewet udvalgte kommunale driftsledere af socialpsykiatriske botilbud.

Der er desuden gennemført interviews med ledere fra den regionale behandlingspsykiatri, som samarbejder med kommunerne om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og der er gennemført interviews i to regioner.

Endelig er der gennemført interviews med interessenter, der dækker det nationale perspektiv på de strukturelle udfordringer. Vi har interviewet repræsentanter fra KL og Danske Regioner samt repræsentanter for de private leverandører i form af Selveje Danmark. Desuden har vi søgt at inddrage borgernes perspektiv ved at interviewe repræsentanter fra pårørendeorganisationen Bedre Psykiatri.

1.4.3 Metodiske opmærksomhedspunkter

Når man læser undersøgelsens resultater, skal man være opmærksom på, at undersøgelsen primært afdækker eksisterende viden suppleret med udvalgte perspektiver på og vurderinger af fordele, udfordringer og løsninger.³

Hovedvægten i interviewene og det skriftlige materiale ligger på vurderinger fra leverandører og myndigheder i social- og behandlingspsykiatrien. Det er således deres perspektiv, der dominerer undersøgelsen. Borgernes perspektiv er ikke fokus for rapporten, men kommer dog til udtryk gennem et interview med en pårørendeorganisation. Effekten for borgerne af forskellige styringselementer og løsningsforslag er derfor kun belyst i beskedent omfang.

Endvidere er der forskelle på kommunernes og regionernes praksis. Derfor skal man være opmærksom på, at vurderingerne fra de fire interviewede kommuner og de to interviewede regioner ikke nødvendigvis er repræsentative for alle kommuner og regioner i landet. Det medfører, at interviewudsagnetenes generaliserbarhed er forholdsvis lav, hvorfor rapporten flere steder peger på behov for yderligere undersøgelser og indsamling af mere viden.

1.5 Læsevejledning



Rapportens analyser er opdelt i to kapitler. Det ene handler om løsning af opgaver *inden for* socialpsykiatrien. Det andet handler om løsning af opgaver *på tværs af* social- og behandlingspsykiatrien.

Analysekapitlerne er bygget op om centrale strukturelle styringselementer på området, jf. afsnit 1.3.3. For hvert styringselement gennemgås den nuværende struktur, herunder indhold og incitamentsstrukturer samt hensigt med og fordele ved denne struktur. Herefter belyses udfordringer i den nuværende struktur samt eksisterende og mulige nye løsninger på udfordringerne.

³ Det valgte analysedesign er tilrettelagt under hensyntagen til undersøgelsens tids- og budgetmæssige rammer.

2 Inden for socialpsykiatrien

I dette kapitel ser vi nærmere på den faglige, økonomiske og organisatoriske styring af den kommunale socialpsykiatri. Dels redegør vi for strukturelle, styringsmæssige fordele og ulemper ved den måde, socialpsykiatrien er indrettet på i dag, og dels afdækkes både eksisterende og mulige nye løsninger på de beskrevne udfordringer. Der peges løbende på, hvor der synes at mangle systematiseret viden for at kunne identificere og vurdere løsningsmuligheder.

Inden for den kommunale socialpsykiatri ser vi, som beskrevet i afsnit 1.3.1, primært på tilbud og indsatser efter serviceloven, som er matrikelfaste. Hvor det er relevant, ser vi også på matrikelløse indsatser ved overgangen fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien. I kapitlet er der desuden fokus på den mere specialiserede del af socialpsykiatrien, jf. Figur 1.1.

Nogle af de identificerede udfordringer og løsninger gælder generelt for det specialiserede socialområde, herunder socialpsykiatriområdet, mens andre kun eller primært omhandler socialpsykiatrien. Denne sondring fremhæves, hvor det er relevant.

Først ser vi i **afsnit 2.1** på styring, udvikling og koordinering af kapacitet i den kommunale socialpsykiatri. Afsnittet omhandler den markedslignende ramme på socialområdet, hvor kommunerne kan købe og sælge botilbudspladser (afsnit 2.1.1), samt de koordinations- og samarbejdsstrukturer for offentligt drevne tilbud, som sammen med markedet skal sikre en balance mellem udbud af og efterspørgsel efter tilbud på området. Disse strukturer udgøres især af rammeaftalerne på det specialiserede socialområde (afsnit 2.1.2) og NATKO (afsnit 2.1.3). Endvidere behandles i afsnit 2.1.4 sociale tilbud på hjemløseområdet, hvor der i modsætning til resten af socialområdet ikke er kobling mellem myndighedsansvaret på den ene side og betalingsansvaret på den anden.

Herefter ser vi i **afsnit 2.2** nærmere på den centrale refusionsordning, som er en central komponent i den økonomiske udligning og omfordeling mellem kommunerne, og i **afsnit 2.3** ser vi på den måde, hvorpå størstedelen af tilbud og indsatser på socialområdet er finansieret, nemlig aktivitetsbaseret afregning.

I **afsnit 2.4** behandles faglig styring og kvalitet i den kommunale socialpsykiatri, herunder tilsynet på socialområdet (afsnit 2.4.1), den kommunale sagsbehandling på området (afsnit 2.4.2) samt nationale faglige retningslinjer og VISO (afsnit 2.4.3). I **afsnit 2.5** ser vi på borgernes ret til frit valg af tilbud, og i **afsnit 2.6** ses der på viden og data om tilbud og indsatser på socialområdet.

2.1 Styring, udvikling og koordinering af kapacitet

2.1.1 Markedslignende ramme

Markedslignende ramme	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Kommunerne har forsyningsansvaret på socialområdet.- De enkelte kommuner kan i praksis ikke være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle deres borgeres behov. Derfor er der skabt en markedslignende ramme for sociale tilbud, hvor kommunerne kan købe og sælge botilbudspladser til hinanden samt købe pladser hos regionale, private og selvejende leverandører.- Det skal sikre et godt og dækkende udbud af sociale tilbud på tværs af landet, herunder socialpsykiatriske tilbud.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Begrænset gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgernes behov, indsatsens indhold og prisen, bl.a. pga. informationsasymmetri.- Begrænset mobilitet på markedet for længerevarende botilbud, herunder mangel på midlertidige botilbudspladser efter servicelovens § 107.- Mangel på tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger og meget specifikke behov bl.a. som følge af kollektive handlingsproblemer.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Øge gennemsigtigheden om indhold og pris på tilbuddene fx ved myndigheds systematiske opfølgning på og dialog med udfører om borgernes sager.- Koordinering af og samarbejde om offentlige tilbud – både på nationalt og regionalt niveau, herunder NATKO og rammeaftalesamarbejdet.- Udbredelse af fleksible, midlertidige tilbud, fx afklaringspladser.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- National specialeplanlægning på det specialiserede socialområde.- Justering af regelgrundlag om flytning af borgere i botilbud.- Styrkelse af udbygningen af den kommunale kapacitet af botilbud efter serviceloven.- Nyt takstsystem for sociale tilbud.

Formål og indhold

Med kommunalreformen fik kommunerne det fulde myndigheds- og finansieringsansvar for socialområdet, som tidligere var delt mellem kommuner og amter. Kommunalreformen tilstræbte en mere enkel og klar opgave- og ansvarsfordeling mellem myndighederne. Det var således et tværgående mål at understøtte en større samling af ansvaret for afgrænsede opgaver hos én myndighed, herunder på socialområdet. Med kommunalreformen blev der indført et enstrengt myndigheds- og finansieringsansvar ud fra et princip om, at kompetence og økonomisk ansvar bør følges ad, så den myndighed, der har myndighedskompetencen, også finansierer udgifterne.

Samtidig fik kommunerne forsyningsansvaret, dvs. de enkelte kommuner har ansvaret for at sikre, at der er de nødvendige tilbud til egne borgere efter serviceloven. De enkelte kommuner kan i praksis ikke være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle deres borgeres behov, da der er tale om en

målgruppe med forskellige og ofte sammensatte, komplekse og specifikke behov. Selv de største kommuner kan savne befolkningsgrundlaget til de mere specialiserede indsatser såsom botilbud til mennesker med svære psykiske lidelser. Derfor blev der skabt en markedslignende ramme for sociale tilbud, hvor kommunerne indbyrdes kan købe og sælge botilbudspladser og købe pladser hos regionale, private og selvejende leverandører. Den markedslignende ramme skal samtidig understøtte, at priserne er konkurrencedygtige for sammenlignelige indsatser, og at man får et fleksibelt udbud, der kan tilpasse sig efterspørgslen. For at understøtte et velfungerende marked blev der fastsat regler om bl.a. omkostningsbaseret takstberegning, jf. afsnit 2.3.1, og frit valg for borgerne, jf. afsnit 2.5.1, ligesom man etablerede Tilbudsportalen, se nedenfor.

Udfordringer

Den markedslignende ramme på socialområdet synes dog på flere områder ikke at opfylde centrale kriterier for et velfungerende marked, hvilket giver nogle faglige, økonomiske og kapacitetsmæssige styringsudfordringer. Det gælder ikke kun for socialpsykiatriområdet, men generelt for det specialiserede socialområde.

For det første er der begrænset gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgerens behov, indsatsens indhold og prisen, hvilket svækker konkurrencen på markedet. Adskillelsen af myndighed og leverandør indebærer en informationsasymmetri mellem de to aktører både forud for visitationen, og efter at en borger har taget ophold i tilbuddet.

Forud for visitationen – revisitation undtaget – har myndighed et bedre kendskab til borgerens tilstand og behov end leverandøren. Myndighed kan dog have svært ved at finde relevante og opdaterede oplysninger om tilbuddene, når de skal vælge et tilbud til borgeren. Derfor kan det være vanskeligt for myndighed at vælge det bedste og billigst mulige tilbud til den enkelte borger.

Når borgeren har taget ophold i tilbuddet, har leverandøren mere information om borgerens tilstand og behov end myndighed, fordi leverandøren er tæt på borgeren og dermed kan følge borgerens udvikling på nært hold. Informationsasymmetrien forstærkes af, at der generelt på socialområdet er mangel på data om borgernes tilstand og progression, jf. også afsnit 2.6, at borgerne nogle gange ikke kan deltage i opfølgingsmøder med kommunen, og at borgernes støttebehov er meget omskifteligt. Desuden kan den enkelte sagsbehandler have svært ved at vurdere relevansen af ændringer i indsatser, som leverandøren foreslår, især for de mindre og målgrupper, som ikke ses så ofte, jf. også afsnit 2.4.2. Disse forhold gør tilsammen, at myndighed kan mangle indsigt i, hvilken indsats der leveres, indsatsens virkning, og hvorvidt indsatsen matcher prisen og borgerens behov.

For det andet er der begrænset mobilitet på den del af markedet, der vedrører botilbud til længerevarende ophold efter servicelovens § 108 og botilbudslignende tilbud efter almenboligloven. Det kommer bl.a. af, at borgeren i udgangspunktet har ret til at bevare sin botilbudsplads (lejerettigheder) og har ret til frit valg af botilbud, jf. også afsnit 2.5.1. Det kan svække konkurrencen, da det kan begrænse kommunernes muligheder for at skifte til en alternativ leverandør i tilfælde af fx prisstigninger eller udvikling i borgerens støttebehov. Botilbudslignende tilbud efter almenboligloven udgjorde i 2021 ca. halvdelen af alle botilbudspladser i landet, og antallet af pladser er steget med ca. 5.700 fra 2015 til 2021 (Social- & Bolig- og Ældreministeriet, 2023). Stigningen i netop denne type tilbud kan bl.a. skyldes, at kommunerne har klare økonomiske incitamenter til at etablere tilbud efter almenboligloven frem for efter serviceloven,⁴ også selvom det indskrænker kommunernes muligheder for efterfølgende at skifte leverandør.

Det har afstedkommet en mangel på midlertidige botilbudspladser efter servicelovens § 107, fx lettilgængelige, fleksible og døgnbemandede midlertidige tilbud⁵ – pladser, som bl.a. kan understøtte kommunerne i omlægningen af socialpsykiatrien til recovery-orienteret rehabilitering og lette overgangen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Antallet af pladser i botilbud til midlertidigt ophold er dog samlet set steget med knap 800 fra 2015 til 2021 (Social- Bolig- og Ældreministeriet, 2023). I den sammenhæng er det vigtigt at understrege, at arbejdet med recovery-orienteret rehabilitering afhænger af borgerens støttebehov og ikke botilbudstype. Det rehabiliterende arbejde kan med andre ord ikke kun foregå i midlertidige botilbud efter servicelovens § 107, men også i botilbudslignende tilbud efter almenboligloven og § 108-tilbud.

For det tredje ser der ud til at være mangel på kapacitet til borgere med særligt komplekse problemstillinger og meget specifikke behov, hvor målgruppens volumen på landsplan er meget lille og antallet af egnede tilbud dermed begrænset. Langt de fleste kommuner (92 %) vurderede i 2022, at der er borgere inden for specifikke målgrupper, som kommunen har haft svært ved at finde pladser til i de seneste 3 år. Mange kommuner pegede fx på målgrupper af borgere med psykiatriske diagnoser og sammensatte og komplekse problemstillinger (Dalsgaard et al., 2022).

Der kan være kollektive handlingsproblemer forbundet med at etablere kommunal tilbudskapacitet til målgrupper, hvor den enkelte driftskommune har brug for at

⁴ Botilbudslignende tilbud efter almenloven er ikke underlagt anlægsrammen. Dette kan give incitament til, at kommunerne opretter denne type tilbud frem for botilbud efter serviceloven, som er underlagt anlægsrammen. Endvidere er kommunens initialomkostninger til etablering af botilbudslignende tilbud typisk lavere end til tilbud efter serviceloven.

⁵ En anden tilbudsform er de såkaldte afklaringspladser, som afprøves i 4-6 kommuner i 2024-2025 (Social- og Boligstyrelsen, n.d.-a). Målgruppen for afklaringspladser er borgere med psykiske lidelser, der udskrives fra den regionale psykiatri. Det er enten borgere, som ikke i forvejen modtager en social indsats, men vurderes at have behov for det eller borgere, der modtager en social indsats, men vurderes at have behov for en mere omfattende indsats.

sælge de fleste pladser til andre kommuner. Derfor er der tilsyneladende mangel på pladser til visse specifikke målgrupper, hvor det er svært for kommunerne at finde alternativer at vælge mellem, når en borger skal tilbydes et ophold. I sådanne tilfælde har kommunen en dårlig forhandlingsposition både i udgangspunktet og efterfølgende, hvis leverandøren foreslår at udvide indsatsen eller forøge prisen. At kollektive handlingsproblemer kan være en barriere for etableringen af tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger og meget specifikke behov, ses både af dokumentgennemgangen og af de interviews, der er gennemført i forbindelse med denne analyse.

Ud over kollektive handlingsproblemer peger nogle af de interviewede kommuner på, at problemer med at rekruttere fagligt kvalificeret personale også kan være en væsentlig barriere for at etablere meget specialiserede tilbud. Ligesom der peges på, at det kan være en barriere, at politikere eller borgere i kommunen ikke kan se nødvendigheden af at placere et sådant tilbud i nærområdet, dvs. en NIMBY-effekt⁶. Endelig er det ifølge en af de interviewede kommuner meget tids- og ressourcekrævende at etablere et nyt tilbud. Kommunen peger bl.a. på byggeprocessen og processen med socialtilsynets godkendelse af tilbuddet.

Interviewene med de udvalgte aktører synes generelt at bekræfte dette billede af områder inden for socialpsykiatrien med manglende tilbudskapacitet. Interviewpersonerne vurderer, at der bl.a. er mangel på pladser til mennesker med dobbeltdiagnoser og mennesker med selvskadende adfærd. Samtidig vurderer enkelte af de interviewede kommuner, at kommunen ikke har særlige udfordringer med at finde egnede, ledige pladser i socialpsykiatriske tilbud til borgere med komplicerede problemstillinger.

Eksisterende løsninger

Informationsasymmetri og manglende gennemsigtighed. Kommunerne forsøger på forskellig vis at mindske informationsasymmetrien mellem myndighed og udfører om borgerne for på den måde at øge gennemsigtigheden om indhold og pris på tilbuddene. I mange kommuner har myndighed bl.a. generelt en tæt dialog og et tæt samarbejde med udfører om den enkelte borgers udvikling (se fx KL et al., 2017; Dalsgaard et al., 2019; Deloitte, 2020). Det sker især som led i det personrettede tilsyn, hvor der er fokus på sammenhængen mellem borgerens støttebehov, indsatsens indhold og prisen på indsatsen. Det sker fx ved myndigheds gennemgang af døgnrytmeplaner eller ugeskemaer over støtten til borgeren. Den faste, løbende dialog med udfører i forbindelse med opfølgningen skal således sikre, at myndighed har indsigt i, om den enkelte borger får hjælp og støtte som aftalt, om der er behov for at justere indsatsen, og om borgeren profiterer af indsatsen. Fokus på

⁶ NIMBY ('Not In My Back Yard' eller 'ikke i min baghave') beskriver modstand mod ændringer i eget nær område, men ikke mod ændringer i andres nær område.

systematisk opfølgning er særlig vigtigt på socialpsykiatriområdet, hvor borgerne i mange tilfælde har mulighed for progression og udvikling, herunder at modtage en mindre indgribende indsats, fx støtte i eget hjem efter servicelovens § 85 i stedet for en botilbudsplads.

Differentierede takster er en anden måde, hvorpå kommunerne forsøger at skabe sammenhæng mellem støttebehov, indsats og pris og dermed større gennemsigthed for myndighed. Med differentierede takster skabes der individuelle priser, der afspejler de varierende støttebehov og indsatser for den enkelte borger (Dalsgaard et al., 2019; Lemvigh & Kollin, 2022). VIVE har i 2023 undersøgt udbredelsen af brugen af differentierede takster i kommunerne på botilbudsområdet. Heraf fremgår det, at mere end 8 ud af 10 kommuner anvender differentierede takster på området for botilbudslignende tilbud efter almenboligloven og botilbud efter servicelovens § 108, mens andelen er smule lavere (69 %) på § 107-området (Dalsgaard, Kollin, et al., 2023). Der er således en forholdsvis udbredt brug af differentierede takster (sammenlignet med gennemsnitstakster⁷) på botilbudsområdet.

Fra nationalt hold har man oprettet den digitale platform Tilbudsportalen, der bl.a. indeholder oplysninger om kommunale, regionale og private sociale tilbud til voksne med funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Formålet med Tilbudsportalen er at styrke kommunernes grundlag for at vælge tilbud til den enkelte borger, nedbringe kommunernes søgeomkostninger på markedet samt skabe overblik og en generel åbenhed og gennemskuelighed i tilbuddenes indsatser og priser.

Det kan endvidere være med til at reducere informationsasymmetrien mellem myndighed og udfører, at der på både lokalt og nationalt plan arbejdes med at indsamle og udbrede data og viden om borgere på socialområdet. Det fremgår dog af afsnit 2.6, at myndighed fortsat mangler viden om sammenhængen mellem den indsats, borgerne får, resultaterne for borgerne og udgiften til indsatsen.

Mangel på tilbud til borgere med specifikke behov. For at understøtte etablering og udvikling af tilbud, der er behov for på socialområdet generelt, sker der, som supplement til den markedslignende struktur, formaliseret koordinering af og samarbejde om offentlige tilbud på både nationalt og regionalt niveau.

På *nationalt* niveau findes den nationale koordinationsstruktur (NATKO), som har til opgave at følge udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser på det mest specialiserede socialområde. NATKO har endvidere kompetence til at udmelde målgrupper

⁷ Med gennemsnitstakster er der som udgangspunkt en eller to takster for et tilbud.

og særlige indsatser, hvor kommunerne kan pålægges at sikre kapaciteten på det mest specialiserede socialområde.

På *regionalt* niveau indgår kommunalbestyrelserne i hver region og regionsrådet hvert andet år en 'social rammeaftale' om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud. Kommunerne og regionerne har således via rammeaftalesamarbejdet et ansvar for at sikre, at botilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde tilpasses målgruppernes behov.

Desuden er der i regi af KL nedsat et mellemkommunalt koordinationsforum (Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde), som har til opgave at koordinere de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikre afdelinger samt understøtte koordination og planlægning på tværs af regionerne i forhold til målgrupper, der omfattes af en central udmelding fra NATKO.

Senere i rapporten er der en mere uddybende behandling af både rammeaftalerne (afsnit 2.1.2) samt NATKO og Forum for koordination med fokus på socialpsykiatriområdet (afsnit 2.1.3).

Nogle af de interviewede aktører, herunder kommuner, peger desuden på muligheden for at etablere efterspurgte højt specialiserede tilbud på socialpsykiatriområdet med inspiration fra de lovbestemte lands- og landsdelsdækkende tilbud og indsatser, herunder Kofoedsminde, hvor kommunernes betaling sker ud fra objektiv finansiering.⁸ Ud fra et argument om at sikre det økonomiske grundlag for og dermed øge incitamentet til på landsplan at oprette og drive meget specialiserede tilbud til målgrupper med lav volumen og komplekse problemstillinger. Kommunerne understreger samtidig, at anvendelsen af objektiv finansiering (hel eller delvis) som finansieringsmodel forudsætter klare, objektive visitationskriterier og evt. etablering af en eller flere overkommunale enheder, som bl.a. skal have et visitationsansvar (delt med kommunerne). Der henvises til Dalsgaard, et al. (2023) for yderligere perspektiver på denne løsningsmodel.

Endelig er der med økonomiaftalen for 2024 etableret en lånepulje, som kommunerne har kunnet søge til at udvide deres botilbudskapacitet med henblik på at understøtte en mere rimelig prissætning på området (Finansministeriet, 2023). Lånepuljen indebærer en udvidelse af den aftalte anlægsramme for 2024, 2025 og 2026.⁹ I 2024 blev der udmøntet 200 mio. kr. fra lånepuljen til oprettelse af 190 kommunale botilbudspladser. I 2024 var det et kriterium for at komme i betragtning til lånepuljen, at de pågældende udvidelser skulle vedrøre tilbud omfattet af servicelovens §§ 107 og 108. Selvom lånepuljen i 2024-kriterierne ikke er øremærket til tilbud

⁸ Objektiv finansiering indebærer, at alle kommuner bidrager til finansieringen af et tilbud eller en indsats uafhængigt af deres forbrug heraf.

⁹ Lånepuljen udmøntes med 200 mio. kr. i 2024, 600 mio. kr. i 2025 og 700 mio. kr. i 2026.

til borgere med de mest specialiserede behov, kan puljen potentielt være med til at imødegå de kollektive handlingsproblemer og tilvejebringe noget af den kapacitet, der mangler på botilbudsområdet. Ekspertudvalget på socialområdet anbefaler i øvrigt i sin afsluttende rapport, at det afdækkes, om der er behov for at forny lånepuljen (uden at specificere nærmere, hvad det kunne indebære) (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

Nogle af de interviewede aktører peger på, at den foreløbige udmøntning af lånepuljen er sket delvist ukoordineret og uden for alvor at imødekomme kommunernes efterspørgsel efter specialiserede tilbud til borgere med komplekse problemer, herunder på socialpsykiatriområdet. Andre interviewpersoner udtrykker en forventning om, at lånepuljen kan være med til at understøtte etablering af pladser til borgere med komplekse behov, og peger på, at det på nuværende tidspunkt er for tidligt at bedømme lånepuljens muligheder for at levere (noget af) den efterspurgte kapacitet. Blandt andet er kriterierne for udmøntning af lånepuljen i 2025 og 2026 endnu ikke fastlagt.

Mangel på pladser i fleksible, midlertidige tilbud i socialpsykiatrien. Det anbefales i det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien, at "der sker en udbredelse af fleksible tilbud, der møder de varierende behov, som mennesker med psykiske lidelser har" (Sundhedsstyrelsen, 2022). Øget anvendelse af denne type tilbud skal bl.a. understøtte overgangen fra sygehusindlæggelse til relevant støtte i kommunen og forebygge (gen)indlæggelse. De interviewede aktører er generelt enige i denne anbefaling, og i nogle af de interviewede kommuner har man allerede etableret denne tilbudstype, fx midlertidigt ophold efter servicelovens § 110, eller planlægger at gøre det. Nogle af de interviewede kommuner peger dog også her på kollektive handlingsproblemer som en barriere for at etablere denne tilbudstype, herunder at den enkelte kommune ikke vil påtage sig en for stor økonomisk risiko eller belaste egen anlægsramme. Ifølge en af de interviewede kommuner ville en mulig løsning være, at pladserne blev etableret i et samarbejde mellem flere kommuner, helst i tilknytning til et eksisterende tilbud.

Nye løsninger

Mangel på højt specialiserede tilbud. En national specialeplanlægning på det specialiserede socialområde, med inspiration fra sundhedsområdet, kan være en måde til at sikre, at det rette antal og de rette typer tilbud og indsatser til borgere med specialiserede behov er til stede, og på den måde forhindre, at der sker en afspecialisering af tilbud og indsatser på området. Tanken med specialeplanlægningen er bl.a., at højt specialiserede tilbud samles hos leverandører, der nationalt er udpeget til at varetage indsatser til bestemte målgrupper, fx mennesker med svære psykiske lidelser. Mulige fordele og ulemper ved en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde er bl.a. afdækket i Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2021).

En fordel er at få samlet ekspertise på områder, hvor målgruppen er lille, og kompleksiteten i behovet er stor, og hvor den enkelte kommune har udfordringer med at sikre et tilpas specialiseret tilbud. Dette synspunkt fremkommer også på baggrund af interviewene gennemført i forbindelse med denne analyse. Omvendt fremhæves det i Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2021), at geografisk nærhed til tilbud er vigtigt for borgerne. Set i lyset af, at borgerne på det specialiserede socialområde ofte modtager støtte igennem flere år, kan det være en udfordring for nogle borgere at skulle flytte for at modtage specialiserede tilbud. Samtidig gøres der opmærksom på, at brug af specialeplanlægning på det specialiserede socialområde er mindre oplagt end på sundhedsområdet, bl.a. fordi borgerne på det specialiserede socialområde har brug for længerevarende støtte, ligesom indsatserne kan blive for fragmenterede, hvis fagpersoner i mindre grad har et helhedsbillede af borgernes udfordringer. Derudover kan der sættes spørgsmålstegn ved, om en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde vil kunne rumme borgere med meget specialiserede behov, hvor der i nogle tilfælde er brug for individuelt tilpassede forløb og dermed en vis fleksibilitet i indsatsen. Det gælder ikke mindst i relation til mennesker med psykiske lidelser, hvor støttebehovet er meget omskifteligt.

Forskellige aktører har siden kommunalreformen givet bud på en specialeplan på det specialiserede socialområde.¹⁰ Senest i 2022 præsenterede den tidligere regering et udspil til en specialeplanlægning, og af lovprogrammet for folketingsåret 2023-2024 fremgår det, at planerne om en specialeplanlægning skal behandles i Folketinget i løbet af 2024 (Regeringen, 2023).¹¹

Danske Regioner har ligeledes stillet forslag om en ny organisering af det højt specialiserede socialområde, som indebærer et regionalt ansvar for tilbud og indsatser til målgrupper, der er små, og hvor der er et begrænset befolkningsunderlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden (Danske Regioner, 2022). Det gælder fx mennesker med svær spiseforstyrrelse. Ifølge Danske Regioner har det bl.a. den fordel, at driftsansvaret placeres hos en aktør, som ikke har en økonomisk interesse i at drive et tilbud eller et myndighedsansvar over for egne borgere (Klærke, 2023), ligesom der vil være en naturlig tilknytning til sundhedsvæsenet, herunder behandlingspsykiatrien (Olesen & Kühnau, 2022). Ændringer i opgaver og ansvar for de mest specialiserede tilbud kan dog resultere i nye snitflade- og overgangsproblematikker, ligesom det kan svække kommunernes incitament til at tænke forebyggelse og helhedstænkning ind i den kommunale indsats. Ydermere kan der peges på, at regionerne ikke har et klart incitament til omkostningsminimering, da de ikke er med til at finansiere de sociale tilbud og indsatser.

¹⁰ For eksempel Danske Handicaporganisationer (2021) og Socialpædagogerne (2020).

¹¹ Arbejdet med at udvikle en kommende specialeplan er indtil videre holdt inden for samarbejdsforummet 'Sammen om Handicap'.

Uhensigtsmæssigheder ved markedet. Derudover har Ekspertudvalget på socialområdet i sit arbejde behandlet nogle af uhensigtsmæssighederne på markedet for sociale tilbud og har i sine anbefalinger peget på en række tiltag, som muligvis vil kunne håndtere nogle af disse barrierer for et velfungerende marked.

For det første foreslår Ekspertudvalget øget fleksibilitet for kommunerne i anvendelsen af den eksisterende kapacitet på botilbudsområdet generelt, herunder muligheden for at flytte en borger uden samtykke (i takt med at borgerens behov udvikler sig). Heri ligger en målsætning om at justere regelgrundlaget, så det bedre understøtter en fleksibel udnyttelse af boligmassen, der afspejler udviklinger i borgernes behov, og dermed muligheden for at give de fagligt mest hensigtsmæssige tilbud og understøtte kommunernes økonomiske styringsmuligheder. Konkret foreslår Ekspertudvalget at lempe kravene til flytning af borgere under værgemål, hvor værgeren samtykker til flytningen, og borgeren ikke modsætter sig.¹²

Nogle nationale aktører, herunder Danske Handicaporganisationer, gør i den forbindelse opmærksom på, at en lempelse af reglerne for flytning uden samtykke kan være et meget indgribende tiltag i en borgers liv og forudsætter en grundig faglig vurdering, herunder en afdækning af, om andre tiltag først har været afprøvet i tilstrækkelig grad (Danske Handicaporganisationer, 2021). Der kan desuden peges på, at en regelændring på dette område kan have den konsekvens, at nogle borgere flyttes til tilbud, som ikke lever op til de håb, ønsker og drømme, de har om deres tilværelse.

Ekspertudvalget anbefaler desuden, at de eksisterende muligheder for at få pladser godkendt efter både servicelovens § 107 og § 108 i højere grad anvendes, så den samlede kapacitet fremadrettet vil kunne bruges mere fleksibelt. Endvidere anbefaler udvalget, at der ses på mulighederne for at skabe flere typer målrettede botilbud og en mere fleksibel udnyttelse af botilbudslignende tilbud (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

For det andet anbefaler Ekspertudvalget at sikre en mere hensigtsmæssig udvikling af botilbudskapaciteten for at understøtte et konkurrencedygtigt marked med en rimelig prissætning og et udbud, som i højere grad matcher efterspørgslen bl.a. efter midlertidige botilbudspladser. Således anbefales det i Ekspertudvalgets afsluttende rapport, at der gennemføres en undersøgelse af de økonomiske og lovgivningsmæssige rammer forbundet med etablering, drift og anvendelse af hhv. botilbudslignende tilbud og botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Dette for bl.a. at opnå "en grundig forståelse af de faktorer, der driver kommunernes, regionernes og private leverandørers beslutninger ved etablering af tilbud, samt en forståelse for de samlede, langsigtede udgifter til både etablering og drift af botilbud". I den

¹² Dertil foreslås øget praksisorienteret information til kommunerne vedrørende flytning uden samtykke.

sammenhæng peger Ekspertudvalget på vigtigheden af at finde en balance i udviklingen af botilbudskapaciteten, da både for meget og for lidt ledig kapacitet ikke er hensigtsmæssigt (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

For det tredje anbefaler Ekspertudvalget i sin afsluttende rapport udvikling af et nyt takstsystem for sociale tilbud (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a). Et takstsystem, som skal kunne:

- Understøtte gennemsigtighed i koblingen mellem indsats og pris med henblik på at sikre viden om den konkrete indsats, der betales for.
- Understøtte sammenlignelighed med henblik på, at kommunerne på et oplyst grundlag skal kunne vælge alternativer, når der findes forskellige leverandører.
- Tage højde for forskelle i specialiserings- og kompleksitetsniveau i indsatserne med henblik på at sikre, at sammenlignelige indsatser for borgere i samme målgruppe takseres efter ens forudsætninger.
- Understøtte regulering af prisfastsættelsen for botilbud med henblik på at kunne kompensere for manglende konkurrence, fx understøtte takstlofter, standardiserede takstelementer, centralt fastsatte vejledende takstniveauer mv.
- Understøtte incitamenter til at arbejde med progression eller med at modvirke depression for borgerne med henblik på, at leverandørerne får en tilskyndelse til at bidrage hertil, når det er muligt.

2.1.2 Rammeaftaler på det specialiserede socialområde

Rammeaftaler på det specialiserede socialområde	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet indgår hvert andet år en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud på det specialiserede socialområde. - Rammeaftalen skal bl.a. sikre koordinering og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Rammeaftalesamarbejdet har ikke i sig selv været med til at sikre koordinering og udvikling af specialiserede tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Forpligtende købsaftale. - Forstærket samarbejde om nødvendige specialiserede tilbud og kompetencer. - Supplerende samarbejder på tværs af kommuner, fx sundhedsklyngerne. - Andre dele af samarbejds- og koordinationsstrukturen på det specialiserede socialområde, herunder NATKO. - Samarbejde med private og selvejende leverandører.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - National specialeplanlægning på det specialiserede socialområde.

Formål og indhold

Da kommunerne med kommunalreformen overtog det samlede ansvar på socialområdet, opstod der øget behov for at sikre kommunalbestyrelsernes overblik og koordinering samt fastholdelse og udvikling af den specialiserede viden på socialområdet. Behovet opstod, fordi de enkelte kommuner i mindre grad end de tidligere amter havde forudsætningerne for selv at kunne levere indsatser til alle behov, da amternes befolkningsgrundlag gennemsnitligt set var betydelig større.

Derfor indførte man med kommunalreformen regler om, at kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet hvert andet år¹³ skal indgå rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud efter serviceloven og på det almene ældreboligområde.

Formålet med rammeaftalerne er at

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.

Udfordringer

Kombinationen af en markedslignende struktur og koordinations- og samarbejdsstrukturer for offentligt drevne tilbud synes – overordnet set – at understøtte målet om balance mellem udbud af og efterspørgsel efter tilbud på socialområdet (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021). Samtidig fremgår det af både dokumentgennemgangen og interviewene med de udvalgte aktører, at rammeaftalesamarbejdet – sammen med markedet og de øvrige dele af koordinations- og samarbejdsstrukturerne – ikke sikrer en fuldt tilstrækkelig langsigtet og koordineret planlægning af tilbud på det specialiserede socialområde. Utilstrækkelighederne omfatter bl.a. fleksible, midlertidige tilbud og tilbud til borgere med specifikke og komplekse problemstillinger, jf. afsnit 2.1.1.

Tidligere studier har peget på, at rammeaftalesamarbejdet har været kendetegnet ved fokus på takstreduktioner frem for udvikling af nye tilbudstyper (Dalsgaard,

¹³ Tidligere var det hvert år.

Kloppenborg, et al., 2021). I denne analyse peger flere af de interviewede ligeledes på, at rammeaftalerne ikke i sig selv har været med til at sikre koordinering og udvikling af specialiserede tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger, herunder mennesker med psykiske lidelser. Ifølge de interviewede skyldes det bl.a. kollektive handlingsproblemer, hvor den enkelte kommune hellere vil vente på, at andre påtager sig et driftsherreansvar, end den selv vil løbe den økonomiske risiko herved, jf. også afsnit 2.1.1. Som et eksempel herpå peger en af de interviewede kommuner på processen for ansøgning om adgang til lånepuljen om udvidelse af den kommunale botilbudskapacitet, hvor der efter kommunens vurdering i begrænset omfang skete en koordinering af behovet på tværs af kommunerne i den pågældende region.

Eksisterende løsninger

VIVE har kendskab til enkelte tilfælde, hvor det er lykkedes i rammeaftaleregi at etablere specialiserede tilbud til målgrupper med komplicerede problemstillinger. For eksempel har KKR Hovedstaden udviklet en økonomimodel, som bygger på finansieringsbekendtgørelsens 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 (fra 2024) pladser i nyetablerede tilbud.¹⁴ Modellen gælder alene for tilbud til målgruppen af 'voksne med autismespektrumforstyrrelser kombineret med selvskadende adfærd, afvigende seksuel adfærd, udadreagerende adfærd eller lignende'. En af de interviewede kommuner i Region Hovedstaden peger dog på, at kommunernes prioritering af anlægsprojekter inden for egen anlægsramme trods den udviklede økonomimodel fortsat vanskeliggør oprettelse af efterspurgte specialiserede pladser.

I Region Nordjylland er der i rammeaftaleregi indgået en aftale om et såkaldt forstærket samarbejde, som har til formål at understøtte det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde og sikre, at borgerne i regionen til stadighed har adgang til de nødvendige specialiserede tilbud og kompetencer, ved at aftalen understøtter eksistensen af de mest specialiserede sociale tilbud i Region Nordjylland. Aftalen blev indgået i 2014 og er en overbygning på det eksisterende rammeaftalesamarbejde i regionen. I dag er tre tilbud omfattet af aftalen. VIVE har ikke viden om, hvorvidt det forstærkede samarbejde i Region Nordjylland omfatter eller har omfattet øvrige tilbud for mennesker med psykiske lidelser, og hvilke erfaringer man evt. har gjort sig herom i regionen. Det er VIVEs vurdering, at der er grundlag for en undersøgelse af regionens erfaringer med det forstærkede samarbejde med henblik på

¹⁴ Garantien træder kun i kraft, hvis der bliver ledige pladser på de nye pladser. I så fald garanterer de 29 kommuner dækning af faste omkostninger i 3 år. Faste omkostninger fastlægges til 50 % af taksten for det enkelte tilbud.

at vurdere ordningens potentiale for at bidrage til tilvejebringelse af højt specialiserede tilbud på socialpsykiatriområdet mere generelt.

Nogle af de interviewede kommuner peger desuden på, at samarbejder i lokalområdet, fx sundhedsklyngerne, supplerer samarbejdet i regi af rammeaftalesystemet om udvikling og koordinering af tilbud på tværs af kommuner. Enkelte kommuner peger ligefrem på, at samarbejdet på tværs generelt fungerer bedre i en mere afgrænset kreds af kommuner end i en regional ramme. Ifølge kommunerne hænger det bl.a. sammen med, at kommunerne i forvejen sælger og køber pladser af hinanden. Specifikt i forhold til sundhedsklyngerne peger nogle af de interviewede på, at den stærke ledelsesmæssige forankring af samarbejdet, herunder repræsentanter fra både regionsrådet og kommunalbestyrelserne, kan være en forklaring på, at sundhedsklyngerne vurderes at understøtte udviklingen og koordineringen af tilbud på socialområdet; i hvert fald visse tilbudstyper. I afsnit 3.1.1 ser vi nærmere på sundhedsklyngerne.

Endvidere supplerer NATKO som tidligere beskrevet rammeaftalesystemet i forhold til at sikre det fornødne offentlige udbud af højt specialiserede tilbud til borgere på det mest specialiserede socialområde, herunder tilbud til små målgrupper og målgrupper med komplekse behov. NATKO har det overordnede, nationale ansvar for at opbygge viden om og følge udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser på det mest specialiserede socialområde, herunder socialpsykiatriområdet. Se også afsnit 2.1.3.

Endelig fortæller nogle af de interviewede kommuner, at de indgår i et tæt samarbejde med private og selvejende leverandører om at sikre, at udbuddet tilpasser sig behovet. Det omfatter også specialiserede indsatser såsom botilbud til mennesker med svære psykiske lidelser. I en af kommunerne er noget af dette offentlig-private samarbejde formaliseret i form af et partnerskab. På denne måde supplerer private og selvejende leverandører de ovenfor nævnte nationale og regionale koordinations- og samarbejdsstrukturer og dækker den efterspørgsel, som ikke dækkes af koordinationsstrukturerne for offentlige tilbud. Omvendt oplyser en tredje af de interviewede kommuner, at kommunen generelt oplever, at private leverandører ikke har tilstrækkelig kapacitet og volumen til at løse de opgaver, der knytter sig til mennesker med svære psykiske lidelser.

Nye løsninger

En national specialeplanlægning på det specialiserede socialområde kan være med til at 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. Se også afsnit 2.1.1.

2.1.3 NATKO og Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde

NATKO og Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- På <i>nationalt</i> niveau har NATKO et ansvar for, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser på det mest specialiserede socialområde.- På <i>regionalt</i> niveau er Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde en vigtig brik i arbejdet med at sikre indbyrdes koordination mellem kommunerne af de lands- og landsdelsdækkende tilbud.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- NATKO anvender sjældent sine beføjelser til at sikre kapaciteten af sociale indsatser til udvalgte grupper; nogle har aldrig været brugt.- NATKO har ikke den fornødne viden eller data til at sikre en tilstrækkelig god national styring af kapaciteten på det højt specialiserede område.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Udvikling og tilpasning af den kommunale tilbudsvifte.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Etablering af en ny organisation for national specialeplanlægning og kapacitetsstyring, jf. tidligere regerings udspil til national specialeplan.- Opbygning af central monitorering og systematisk indsamling af viden og data om kapaciteten på landsplan, jf. tidligere regerings udspil til national specialeplan.

Formål og indhold

Som et supplement og korrektiv til den markedslignende struktur på socialområdet, jf. afsnit 2.1.1, sker der formaliseret koordinering af og samarbejde om offentligt leverede tilbud på det specialiserede socialområde på såvel nationalt som regionalt niveau, jf. også afsnit 2.1.2. 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. Det gælder bl.a. mennesker med svære psykiske lidelser.

På *nationalt* niveau har NATKO et ansvar for, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser på det mest specialiserede socialområde. For nuværende er 35 målgrupper omfattet af NATKO og hører dermed ifølge Social- og Boligstyrelsens definition til under det mest specialiserede socialområde. Nogle af disse falder inden for socialpsykiatriområdet, herunder fx personer med svære spiseforstyrrelser og socialt udsatte voksne med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug.

NATKO er overordnet organiseret i fire hovedspor, hvoraf tre er direkte koblet til opgaven med at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet af højt specialiserede pladser og kompetencer, mens det fjerde (forløbsbeskrivelser) også handler om tilrettelæggelse af indsatser i forbindelse med visitationen (Socialstyrelsen, 2021). De fire hovedspor er beskrevet i Boks 2.1.

Dialog- og samarbejdsstrukturen

- Social- og Boligstyrelsens dialog med kommunerne og bruger- og interesseorganisationerne bidrager til, at styrelsen fx kan opdage, hvis tilbud er sårbare eller lukningstruede. Desuden bidrager rådgivningen fra Det Faglige Råd for National Koordination til fagligt at kvalificere styrelsens arbejde.

Monitorering af udbud og efterspørgsel

- Social- og Boligstyrelsen indsamler viden og data om de omfattede målgrupper, tilbud og indsatser med henblik på gradvist at skabe et nationalt overblik og følge udviklingen på området.

Forløbsbeskrivelser

- Overordnede beskrivelser af den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsatser for givne målgrupper. Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden om indsatser til målgruppen. Formålet er at sikre, at indsatsen gives med udgangspunkt i denne viden.

Centrale udmeldinger

- Tilkendegivelser fra Social- og Boligstyrelsen om målgrupper eller særlige indsatser, hvor der ifølge Social- og Boligstyrelsen er behov for øget koordination og planlægning mellem kommuner i en eller flere regioner. Kommunalbestyrelserne afrapporterer på den centrale udmelding via rammeaftalesamarbejdet. Udmeldingernes formål er at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede tilbud i forhold til målgruppens behov.
- Social- og Boligstyrelsen har i forbindelse med en central udmelding mulighed for at bede om fornyet behandling i kommunerne. I de tilfælde, hvor Social- og Boligstyrelsen vurderer, at kommunernes tilbagemelding på en central udmelding ikke er fagligt tilstrækkelig, vil Social- og Boligstyrelsen gå i dialog med den pågældende kommune eller region. Undtagelsesvist og i helt særlige tilfælde kan der gives et driftspålæg.

På *regionalt* niveau samarbejder kommuner og regioner om den faglige udvikling, styring, planlægning og koordinering af det specialiserede socialområde. Her er det kommunernes ansvar at udarbejde en rammeaftale for de kommunale og regionale tilbud på området. Se også afsnit 2.1.2.

Ud over rammeaftalesystemet er Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde en vigtig brik i arbejdet med at sikre indbyrdes koordination mellem kommunerne af de lands- og landsdelsdækkende tilbud (og sikrede afdelinger). Siden 2017 har koordinationsforummet desuden understøttet koordineringen og planlægningen på tværs af regionerne i forhold til målgrupper, der omfattes af en central udmelding foretaget af Social- og Boligstyrelsen. Herudover kan forummet løbende tage emner op, der er relateret til den nationale koordinationsstruktur. Forummet består af repræsentanter fra alle fem regioner og bliver sekretariatsbetjent af rammeaftalesekretariatene og KL i fællesskab (Socialstyrelsen, 2018b).

Udfordringer

NATKO har allerede i dag, som nævnt ovenfor, en række beføjelser til fx at udstede påbud om etablering, fortsat drift eller sammenlægning af kommunale tilbud, hvis udbuddet af tilbud og indsatser ikke er tilstrækkeligt. De nuværende beføjelser er dog sjældent blevet anvendt – og nogle har aldrig været brugt. Det fremgår både af dokumentgennemgangen (fx Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021; Regeringen, 2022) og af interviews i denne analyse.

Derudover fremgår det af den tidligere regerings udspil til en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde fra 2022, at der ikke sker en tilstrækkelig god national styring af kapaciteten på det højt specialiserede område. Ifølge udspillet skyldes det, at "Socialstyrelsen ofte ikke har den fornødne viden eller data til at kunne sætte ind, før det er for sent." (Regeringen, 2022). Der er altså ikke et tilstrækkeligt udviklet data- og vidensgrundlag om borgernes behov og den tilgængelige kapacitet i form af systematisk indsamling af data.

Rigsrevisionen fastslår i sin beretning om forvaltningen af handicapområdet fra 2022, at "Den nationale koordinationsstrukturens (NATKOs) overvågning af målgrupper og tilbud er baseret på et usikkert grundlag." Videre fremgår det, at "Opfølgningen er mangelfuld, idet NATKO ikke i alle tilfælde følger op, når der er indikationer på, at der ikke er nok egnede tilbud, eller at borgere er placeret på tilbud, der ikke har forudsætningerne for at være højt specialiserede." (Rigsrevisionen, 2022).

Hertil kommer, at en af de interviewede kommuner vurderer, at NATKO ikke har tilstrækkelig indsigt i, hvilke tilbud der er behov for at etablere på det socialpsykiatriske område. Ifølge kommunen hænger det bl.a. sammen med, at NATKO har ansvar for at sikre det fornødne udbud af tilbud til personer med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov.

Eksisterende løsninger

Mangel på botilbud til bestemte målgrupper. I kommunerne er der udbredt praksis for at afsøge mulighederne for at tilbyde borgerne alternative indsatser til en botilbudsplads for at imødekomme kapacitetsudfordringer på botilbudsområdet. Det beror naturligvis på en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers behov.

Således fremgår det fx af en VIVE-analyse af kapacitet og efterspørgsel på botilbudsområdet fra 2022, at 9 ud af 10 kommuner forventer at bruge flere alternative indsatser til et botilbud, herunder støtte i eget hjem efter servicelovens § 85, til borgere med en psykiatrisk lidelse. Det fremgår også af analysen, at knap 7 ud af 10 kommuner i høj eller meget høj grad afsøger muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, når de mangler en ledig og egnet plads til en borger i socialpsykiatrien (Dalsgaard et al., 2022).

I tråd hermed viser andre undersøgelser, at kommunerne på det specialiserede voksenområde generelt arbejder ud fra en tankegang om at tilbyde borgerne den mindst muligt indgribende indsats med det overordnede mål at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt. Det indebærer en løbende udvikling og tilpasning af kommunens tilbudsvifte (se fx Dalsgaard et al., 2019; Dansk Socialrådgiverforening, 2018; KL et al., 2017).

Nye løsninger

Mangel på overblik over målgrupper og tilbud på det højt specialiserede område. I den tidligere regerings udspil til en specialeplan på det specialiserede socialområde anbefales det, at der etableres en ny organisation for national specialeplanlægning og kapacitetsstyring i Social- og Boligstyrelsen med de nødvendige beføjelser til hurtigt at gribe ind, hvis udbuddet af højt specialiserede indsatser til borgerne ikke er tilstrækkeligt. Samtidig foreslås NATKO nedlagt.

Derudover anbefales det i udspillet at opbygge en central monitorering og systematisk indsamling af viden og data om kapaciteten på landsplan, så Social- og Boligstyrelsen hurtigere kan reagere, hvis kapaciteten er truet. Af udspillet fremgår det endvidere, at specialeplanlægningen skal definere og skabe overblik over målgrupper, dvs. efterspørgselssiden, uden at der på samme måde som for udbudssiden gives konkrete anbefalinger herom (Regeringen, 2022).

2.1.4 Tilbud til mennesker i hjemløshed: en undtagelse fra det kommunale visitationsansvar

Tilbud til mennesker i hjemløshed: en undtagelse fra det kommunale visitationsansvar	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Ved selvmøderprincip gælder, at borgere i hjemløshed kan få ophold på et forsorgshjem eller herberg uden forudgående henvendelse til kommunen (beslutningskompetencen er uddelegeret til boformslederen).- Kommunerne har dog fortsat det overordnede myndighedsansvar for borgerne.- Staten dækker halvdelen af kommunernes udgifter til forsorgshjem og herberger.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Mangel på gennemsigtighed i priserne og uforudsigelighed i forhold til udgiftsniveauet.- Den enkelte kommune har svært ved at have indblik i, hvad borgerne får af indsatser som led i opholdet og dermed borgernes evt. behov for andre indsatser under opholdet.- Utilstrækkeligt kommunalt incitament til at etablere mere langsigtede løsninger for borgere i hjemløshed som følge af betydelig statsrefusion.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Omlægning af refusionsordning.- Takstloft på områder med selvmøderprincip.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Tvungne driftsoverenskomster for tilbud på områder med selvmøderprincip.

Formål og indhold

Det er tidligere omtalt, at der med kommunalreformen blev indført et enstrengt myndigheds- og finansieringsansvar ud fra et princip om, at visitationskompetence og økonomisk ansvar bør følges ad, så den myndighed, der har myndighedskompetencen, også finansierer udgifterne.

Reglerne for ophold på forsorgshjem og herberg efter servicelovens § 110 adskiller sig fra reguleringen af andre sociale tilbud efter serviceloven, da der gælder et såkaldt selvmøderprincip, hvormed borgerne akut kan anmode om optagelse uden forudgående henvendelse til kommunen.¹⁵ Beslutningskompetencen for ophold på disse boformer er derfor uddelegeret til den enkelte boformsleder, som derved træffer afgørelse om optagelse og udskrivelse, og hvilke indsatser borgerne tilbydes som del af opholdet. Kommunerne har således ikke kompetence til at beslutte, om en borger kan optages i boformen. Kommunerne har dog fortsat det overordnede myndighedsansvar for borgerne og kan derfor træffe afgørelse om øvrig hjælp og støtte efter serviceloven, som kan igangsættes under borgernes ophold på forsorgshjemmet eller herberget.

Selvmøderprincippet giver borgere i hjemløshed mulighed for at få hurtig og akut hjælp der, hvor de er, også uden for kommunens åbningstid og uden at skulle

¹⁵ Reglerne gælder også kvindekrisecentre efter servicelovens § 109.

afvente en afgørelse fra kommunen. Selvmøderprincippet gør også, at borgere i hjemløshed kan få ophold uden forudgående kontakt til kommunen, der måske kunne afholde nogle fra at søge indskrivning. I det omfang, der er ledige pladser, giver selvmøderprincippet en stor grad af valgfrihed mellem forskellige tilbud for borgerne.

Fordi kommunerne ikke har mulighed for på forhånd at godkende pris og tilbud, dækker staten halvdelen af kommunernes udgifter til forsorgshjem og herberger.

Udfordringer

Kommunerne har i mange år peget på selvmøderprincippet som en væsentlig medvirkende årsag til den markante udgiftsstigning og de økonomiske styringsudfordringer på området for forsorgshjem og herberger (se fx Jørgensen, 2019). Det samme gør Ekspertudvalget i sin første delrapport. Her peges der bl.a. på mangel på gennemsigtighed i priserne, uforudsigelighed i forhold til udgiftsniveauet og kommunernes vanskeligheder ved at have indblik i, hvad borgerne får af indsatser som led i opholdet og dermed borgernes evt. behov for andre indsatser under opholdet (Ekspertudvalget på socialområdet, 2023b). Selvom kommunerne og Ekspertudvalget på denne måde kæder selvmøderprincippet sammen med styringsmæssige udfordringer på det specialiserede voksenområde, understreger begge parter behovet for, at der fortsat er mulighed for at blive indskrevet på et forsorgshjem eller herberg uden forudgående kommunal visitation.

Dokumentgennemgangen og interviewene viser, at der er andre mulige årsager til udgiftsstigningen på området end selvmøderprincippet. Der er bl.a. en voksende målgruppe, et øget behov for indsatser til målgruppen, en mere belastet målgruppe med mere komplekse behov samt en mangel på både betalelige boliger (især i storbyerne) og relevante sociale tilbud og indsatser.

En væsentlig udfordring har desuden været, at den betydelige statslige refusion på området, jf. ovenfor, alt andet lige har mindsket incitamentet for kommunerne til at etablere mere langsigtede løsninger for borgere i hjemløshed. Det gælder ikke mindst for den gruppe borgere, som har brug for et egentligt botilbud efter servicelovens §§ 107 eller 108.

Eksisterende løsninger

Mangel på kommunalt incitament til at finde langsigtede løsninger. For at øge incitamentet for kommunerne til at finde mere varige løsninger og tilbyde den fornødne sociale støtte til borgere, der flytter i egen bolig efter opholdet på en boform, blev det som led i omlægningen af indsatsen mod hjemløshed besluttet at omlægge refusionsordningen på området og indføre en ny bostøtteparagraf i serviceloven (§ 85

a). Disse ændringer betyder, at den statslige refusion af kommunernes udgifter til ophold på et forsorghjem eller herberg efter højst 4 måneder¹⁶ overgår til specialiserede støtte metoder frem for at dække udgifter til længerevarende ophold på forsorghjem eller herberger.¹⁷

Nogle nationale aktører, bl.a. civilsamfundsaktører, peger dog på den mulige ulempe ved reformen, at det kan føre til en mere udbredt praksis for udvisning eller bortvisning af borgere fra forsorghjem eller herberger som følge af, at kommunerne vil lægge pres på boformerne ved at nægte at betale efter 4 måneders ophold. Derudover peges der på den udfordring, at der i mange kommuner er begrænset udbredelse af kendskabet til de specialiserede støtteindsatser, som skal understøtte Housing First-indsatsen. Ifølge disse aktører skal dette også ses i lyset af, at borgere i hjemløshed allerede i dag kan opleve lang ventetid på at modtage bostøtte, når de flytter i egen bolig.

Endvidere udtrykkes der bekymring ved, at de kommunale myndigheder skal kunne nå at lave en udredning og en handleplan og indstille til en egnet og billig bolig inden for en forholdsvis kort periode. Det gælder især i forhold til de mest udsatte borgere i hjemløshed.

Endelig gør aktørerne opmærksom på, at der med reformen er usikkerhed om, hvorvidt borgere i hjemløshed, som ikke bor på en § 110-boform, får adgang til hjælp og støtte på linje med borgere, som udskrives fra forsorghjem eller herberger. Her peges der især på unge i hjemløshed, som typisk ikke opholder sig på § 110-boformerne.

Mangel på ensartede priser og forudsigelighed i udgifterne. Ud over omlægningen af indsatsen mod hjemløshed og refusionsomlægningen er det i økonomiaftalen for 2024 aftalt, at der på områder med selvmøderprincip, herunder forsorghjem og herberger efter servicelovens § 110, indføres takstloft (Finansministeriet, 2023). Dette indføres for at sikre ensartethed i priser og et bedre grundlag for fastsættelse af et serviceniveau og økonomisk styring af området. Regeringen udarbejder et oplæg for indførelse af et eller flere takstlofter. Takstloftet skal ses i sammenhæng med omlægningen af indsatsen mod hjemløshed og hensigten om at nedbringe antallet af borgere i hjemløshed og gøre op med langvarig hjemløshed ved at understøtte øget brug af Housing First-tilgangen. Det fremgår endvidere af økonomiaftalen, at takstlofter på herberger og forsorghjem vil indgå som et element i den nye kapacitetsstyringsmodel, som udarbejdes i forlængelse af den igangsatte analyse af området.

¹⁶ Højst 3 måneder fra 2026.

¹⁷ Kommunerne kan få refusion for udgifter til støtte efter servicelovens § 85 a i op til 2 år.

Nye løsninger

Mangel på gennemsigtighed i priserne og stigende udgifter. KL har tidligere stillet forslag om tvungne driftsoverenskomster for alle tilbud, som selvmøderprincippet omfatter. Dette ifølge KL for at skabe større gennemsigtighed i priserne og dæmpe udgiftsudviklingen. KL har ikke foreslået en konkret model for en sådan ordning, men har bl.a. peget på en løsning, hvor en gruppe eller klynge af kommuner i fællesskab indgår aftaler med leverandører af tilbud (Jørgensen, 2019).

Flere aktører på udsatteområdet, herunder civilsamfundsorganisationer, har udtrykt bekymring over forslaget om tvungne driftsoverenskomster på områder med selvmøderprincip, bl.a. da det ifølge aktørerne støder sammen med civilsamfundets rolle i udviklingen og produktionen af velfærdsløsninger. Aktørerne peger endvidere på, at socialtilsynet sikrer, at der er sammenhæng mellem det faglige indhold af indsatsen og prisen (Jørgensen, 2019). Nogle af aktørerne foreslår i stedet frivillige partnerskaber, samarbejdsaftaler mv. mellem det offentlige og det enkelte tilbud, og at der vedtages centrale fælles principper for, hvordan samarbejdet bedst kan fungere (Svejstrup et al., 2020).

I forbindelse med økonomiaftalen for 2021 blev regeringen og KL enige om at se på perspektivet i, at herberger mv. indgår aftaler med kommunerne i den region, hvor de er beliggende, om samarbejdet om indsatsen til borgerne (Finansministeriet, 2020). Dog blev der ikke stillet krav om driftsoverenskomst. Det fremgår endvidere af aftalen, at regeringen vil drøfte det videre arbejde med Folketingets partier, og at der igangsættes et arbejde med at undersøge mulighederne for at fastsætte et loft over takster, som herberger mv. kan opkræve. I økonomiaftalen for 2024 blev det så aftalt at indføre takstlofter på områder med selvmøderprincip, jf. ovenfor.

2.2 Økonomisk udligning og omfordeling

2.2.1 Den centrale refusionsordning

Den centrale refusionsordning	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Den centrale refusionsordning blev indført for at skærme den enkelte kommunes økonomi mod særligt dyre enkeltsager.- Ordningen giver den enkelte kommune større budgetsikkerhed i de dyre sager og understøtter kommunernes incitament til også at prioritere forebyggende indsatser på tværs af sektorer.- Refusionen finansieres af bloktilskuddet i det efterfølgende år (kollektiv finansieringsordning).
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret. Kommunerne kan som følge heraf have tilskyndelse til en visitationspraksis, som øger refusionsindtægterne.
Eksisterende løsninger	-
Nye løsninger	-

Formål og indhold

Med kommunalreformen blev finansieringsansvaret på det specialiserede socialområde samlet i kommunerne. Kommunerne har således i udgangspunktet betalingsansvaret for tilbud og indsatser efter serviceloven, der dækker det meste af det specialiserede socialområde.

En undtagelse fra reglen om den fulde kommunale finansiering på det specialiserede socialområde er den centrale refusionsordning, som blev indført for at skærme den enkelte kommunes økonomi mod særligt dyre enkeltsager. 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. Dermed er ordningen indrettet, så den både giver den enkelte kommune større budgetsikkerhed i de dyre sager og fortsat understøtter kommunernes incitament til også at prioritere forebyggende indsatser på tværs af sektorer.

Refusionen ydes som en variabel procentdel af de årlige udgifter, som kommunen afholder til den enkelte borger. Hvis udgifterne til en enkelt sag overstiger 910.000 kr. årligt (2024-takster), kan der ydes refusion efter den centrale refusionsordning.

Refusionen finansieres af bloktilskuddet i det efterfølgende år, dvs. den centrale refusionsordning er en kollektiv finansieringsordning, der omfordeler midler mellem kommunerne.

Ordningen er blevet justeret ad flere omgange, senest i 2020, hvor grænseværdierne blev sænket på voksenområdet og refusionsprocenterne for de dyreste enkeltsager forøget. Med denne ændring blev den kommunale forsikringsordning således udvidet, så kommunerne gennem ordningen kunne få dækket en større andel af udgifterne til de særligt dyre enkeltsager. Udvidelsen af ordningen betaler kommunerne dog selv for via en reduktion af det kommunale bloktilskud.

Udfordringer

I relation til den centrale refusionsordning peger nogle aktører på den mulige ulempe, at der ikke er tilstrækkelig sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret, og at kommunerne som følge heraf kan have tilskyndelse til en visitationspraksis, som øger refusionsindtægterne. Andre aktører peger omvendt på, at kommunernes mulige incitament til at øge indtægterne opvejes af kommunernes betalingsansvar for udgifter op til beløbsgrænsen. Ud fra det argument gør refusionen således ikke den store forskel på incitamentet til at holde hånd i hanke med økonomien (Dalsgaard, et al., 2021).

2.3 Prissætning og afregningsprincipper

2.3.1 Aktivitetsbaseret afregning og omkostningsbaseret takstberegning

Aktivitetsbaseret afregning og omkostningsbaseret takstberegning	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Aktivitetsbaseret afregning indebærer, at kommunerne for hver borger betaler en på forhånd aftalt, individuelt fastsat pris til leverandøren.- Betalingen er således koblet til forbruget af tilbud og indsatser, hvilket understøtter myndigheds incitament til at arbejde for en afdæmpet udgiftsudvikling.- Betalingsformen har et indbygget incitament for driftsherren til at tilpasse og udvikle tilbuddets socialfaglige indsatser og kvalitet.- Finansieringsmodellen kan fremme gennemskuelighed og sammenlignelighed mellem tilbud og indsatser, hvilket understøttes af regler om omkostningsbaserede takster.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Leverandøren har begrænset incitament til afdæmpet takstudvikling (især hvis leverandøren ikke selv er med til at finansiere tilbuddet eller indsatsen).- Aktivitetsbaseret afregning understøtter som udgangspunkt ikke leverandørens incitament til at fastholde eller forbedre borgernes funktionsevne.- Mangel på udbud af højt specialiserede tilbud og indsatser som følge af usikkerhed om finansiering.- Manglende gennemsigthed og sammenlignelighed i priser på sammenlignelige tilbud og indsatser trods regler om omkostningsbaseret takstberegning.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Myndigheds løbende opfølgning og dialog med leverandørerne om den enkelte borgers udvikling samt praksis for visitation til tidsafgrænsede forløb og systematisk revisitation.- Visitation til tilbud og indsatser, hvor myndighed har erfaring for, at leverandørerne kan levere de ønskede forbedringer for borgerne.- National og regional koordinering af tilbud og indsatser, herunder på det højt specialiserede område, jf. bl.a. NATKO og rammeaftalesystemet.- Brug af supplerende finansieringsformer, fx objektiv finansiering.- Lånepulje til etablering af kommunale botilbud efter serviceloven.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Initiativer for at sikre større indsigt i prisfastsættelsen af tilbud og indsatser samt mere sammenlignelige takster.- Etablering af uafhængig kontrolenhed.- Udarbejdelse af gruppebaserede standardtakster.- Konkurrenceudsættelse via rammeudbud.- Udvidet brug af objektiv finansiering med objektive visitationskriterier (på den del af det specialiserede socialområde).- Resultatbaseret afregning.- Ny takststruktur for socialområdet.

Formål og indhold

Finansieringen af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde er som hovedregel baseret på princippet om aktivitetsbaseret afregning.¹⁸ Aktivitetsbaseret

¹⁸ Øvrige økonomimodeller omfatter abonnementsordninger, forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar. På udvalgte tilbudstyper er der imidlertid i lovgivningen fastsat særlige økonomimodeller, herunder fx objektiv finansiering.

afregning indebærer, at den visiterende kommune for hver borger betaler en på forhånd aftalt, individuelt fastsat pris til leverandøren. Finansieringen er således koblet til forbruget af tilbud og indsatser, hvilket understøtter myndigheds incitament til at arbejde for en afdæmpet udgiftsudvikling ved bl.a. at visitere til tilbud og indsatser, der så vidt muligt fastholder eller forbedrer borgernes funktionsevne, da både visitationsansvaret og betalingsforpligtelsen er placeret hos myndighed (se fx Dalsgaard, Kloppenborg, et al. 2021).

Endvidere har aktivitetsbaseret afregning som udgangspunkt et indbygget incitament for driftsherren til at tilpasse og udvikle tilbuddets socialfaglige indsatser og kvalitet for at sikre efterspørgsel efter pladserne (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021).

Aktivitetsbaseret afregning kan derudover i princippet fremme gennemskelighed og sammenlignelighed mellem forskellige tilbud og indsatser og dermed understøtte fri og lige konkurrence. For at understøtte sammenlignelighed og fri og lige konkurrence er der indført regler om omkostningsbaserede takster, som indebærer, at et tilbuds takster fastsættes på baggrund af samtlige budgetterede, direkte og indirekte langsigtede omkostninger ved drift af tilbuddet. Samtlige omkostninger ved drift af tilbuddet skal medregnes i taksten, dvs. såvel direkte som indirekte omkostninger.

Reglerne om fastsættelse af takster for tilbud efter serviceloven er som udgangspunkt ens for offentlige og private driftsherrer. Der er dog enkelte forskelle i takstberegningen, som følger af de forskellige driftsherretypers budgetrammer og andre styringsmæssige forudsætninger. I den sammenhæng skal det bl.a. nævnes, at det for offentlige driftsherrer gælder, at over- og underskud, der overstiger 5 %, skal indregnes i taksten i efterfølgende år, mens samme regel ikke gælder for private tilbud.

Den takst, som tilbuddet fastsætter, er vejledende. Prisen, som den visiterende kommune skal betale for indsatsen til den specifikke borger, fastsættes i den konkrete aftale mellem kommunen og leverandøren.¹⁹ Taksterne er vejledende snarere end bindende for at forbedre muligheden for at tilpasse tilbud og indsatser – og prisen – individuelt til den enkelte borgers behov.

Udfordringer

Der kan identificeres flere styringsmæssige udfordringer ved aktivitetsbaseret afregning. *For det første* har leverandøren begrænset incitament til afdæmpet takstudvikling; særligt hvis leverandøren ikke selv er med til at finansiere tilbuddet. Det er især relevant i forhold til private, selvejende og regionale tilbud samt kommunale tilbud,

¹⁹ Dette gælder dog ikke for kvindekrisecentre og forsorgshjem mv. efter servicelovens §§ 109 og 110. For disse tilbud er taksten bindende, hvilket skyldes, at afgørelse om optagelse træffes af boformslederen.

der sælger mange pladser til andre kommuner, da driftsherren her ikke selv er aftager af tilbuddet.

For det andet understøtter aktivitetsbaseret afregning i udgangspunktet ikke leverandørens incitament til at fastholde eller forbedre borgernes funktionsevne. Det skyldes, at leverandører ikke har en tilskyndelse til at arbejde rehabiliterende mv., da et reduceret støttebehov hos borgerne kan medføre en nedjustering af prisen og dermed en reduktion i indtægterne (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021).

For det tredje giver aktivitetsbaseret afregning, set fra leverandørens perspektiv, ikke økonomisk sikkerhed for at kunne fortsætte med nuværende indsatser, kvalitet, pladstal mv. I den forbindelse kan de mest specialiserede tilbud være særlig sårbare, da efterspørgslen kan være svær at forudsige, hvis målgruppen for tilbuddet er lille og geografisk spredt. Hertil kommer, at en række af de mest specialiserede tilbud yder kortere, midlertidige indsatser. Vigende efterspørgsel og dermed faldende belægning kan derfor på kort tid gøre tilbuddene sårbare. Det kan have den konsekvens, at de specialiserede tilbud, der eksisterer til en given målgruppe, er nødt til at forhandle sig til højere priser for at sikre en slags 'risikopræmie' til at dække evt. omkostninger til vigende efterspørgsel og faldende belægning. Den økonomiske risiko er som nævnt medvirkende til, at der kan være barrierer for at få etableret specialiserede tilbud til borgere med behov for en helt særlig indsats. Det kan medføre mangel på pladser for nogle målgrupper, hvilket kan være med til at drive prisen op (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021).

I relation til reglerne om omkostningsbaseret takstberegning og prisfastsættelse af tilbud peges der på manglende gennemsigtighed og sammenlignelighed i priser på sammenlignelige tilbud hos forskellige typer leverandører. Det kan give ulige konkurrence og kan have konsekvenser både for den enkelte borger, der måske ikke får den bedst mulige indsats, og for kommunernes økonomi. Udfordringen hænger ifølge nogle aktører, herunder private og selvejende leverandører, sammen med forskellige omkostningsstrukturer i den offentlige og private sektor, herunder at alle omkostninger ikke medregnes i taksten på et offentligt tilbud, og at visse omkostninger er politisk bestemte. Som følge heraf har de offentlige tilbud ifølge disse aktører ofte en kunstig lav takst (se fx Krog, 2023).

Eksisterende løsninger

Leverandørens arbejde for progression og afdæmpet takstudvikling. Der findes flere måder, hvorpå kommunerne i dag forsøger at øge leverandørens incitament til at arbejde for at forbedre eller fastholde borgernes funktionsevne og dermed også reducere udgiften til indsatsen til borgerne. Mange kommuner har bl.a. en fast, løbende opfølgning og dialog med leverandørerne om den enkelte borgers udvikling, ligesom der i mange kommuner er praksis for at arbejde med visitation til

tidsafgrænsede forløb (fx Mehlsen & Amilon, 2018)²⁰ og systematisk revisitation (KL et al., 2017; Dalsgaard et al., 2019). Boks 2.2 nedenfor indeholder nogle eksempler på supplerende, ekstraordinær opfølgning, som kommunerne i vid udstrækning løbende foretager på det specialiserede voksenområde.

Boks 2.2 Eksempler på systematisk revisitation i kommunerne

Gladsaxe Kommune:

Månedlig revision af tilfældigt udvalgte sager, hvor det sikres, at sagerne er behandlet fagligt korrekt, at strategiske mål afspejles i sagsbehandlingen, og at der i sagsbehandlingen er taget økonomiske hensyn. Kommunen foretager desuden mindst en gang om året en gennemgang af de dyreste sager på området.

Hillerød Kommune:

På halvårlige møder mellem myndighedslederen, en faglig koordinator, en økonomikonsulent og den enkelte sagsbehandler er der sagsstammegennemgang for hver enkelt sagsbehandler med fokus på økonomi.

Kilde: Dalsgaard et al. (2019).

Derudover fortæller flere af de interviewede kommuner, at myndighed i visitationen løbende har fokus på at vælge de tilbud, hvor man har erfaring for, at leverandørerne kan levere de ønskede forbedringer for borgerne, og fravælge de leverandører, som ikke kan.

Barrierer for at oprette tilbud med særlig økonomisk risiko. Rammeaftalerne er, som beskrevet i afsnit 2.1.2, en af de mekanismer, som skal være med til at sikre styring og koordinering af de offentlige tilbud på det specialiserede socialområde. Det indebærer bl.a., at rammeaftalesystemet skal understøtte en afdæmpet takstudvikling på området og sikre, at kapaciteten tilpasses målgruppernes behov, herunder de mest specialiserede tilbud. Hertil kommer, at NATKO og Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde spiller en central rolle i planlægningen og tilpasningen af det offentlige udbud til efterspørgslen, herunder de mest specialiserede tilbud. Se også afsnit 2.1.3.

²⁰ For eksempel forløb efter metoden Critical Time Intervention (CTI) og forløb efter servicelovens § 82 b.

En anden mulighed for at sikre drift og udvikling af specialiserede tilbud til borgere med komplekse problemer er at fravige takstreglerne og lokalt etablere særlige finansieringsordninger. På den måde kan der laves en finansieringsmodel, hvor der risikodeles mere end ved ren aktivitetsbaseret afregning. Eksempler herpå er abonnementsordninger, forpligtende købsaftaler eller delt finansiering. Generelt er disse modeller mindre udbredte i dag, og der er behov for opsamling på erfaringer med brug af disse modeller, hvis man vil øge brugen heraf.

Kommunerne har endvidere mulighed for at udvikle nye tilbudstyper ved kommunal samdrift fx i form af tværkommunalt driftsfællesskab eller ved at gennemføre fælles udbud. Kommunal samdrift har dog for nuværende begrænset udbredelse (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021), ligesom der kun er få eksempler på fælles udbud (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2023).

Endelig er der med lånepuljen til etablering af kommunale botilbud efter serviceloven nedbrudt nogle barrierer for etablering af kommunal botilbudskapacitet, herunder pladser til borgere med komplekse behov, jf. også afsnit 2.1.1.

Nye løsninger

Mangel på gennemsigthed og sammenlignelighed i priser. Selveje Danmark og Dansk Erhverv foreslog i 2019 en række initiativer, som potentielt kan være med til at sikre større indsigt i prisfastsættelsen og mere sammenlignelige takster på markedet for sociale tilbud (Dansk Erhverv & Selveje Danmark, 2019). Nogle af disse initiativer er beskrevet i Boks 2.3.

Boks 2.3 Selveje Danmark og Dansk Erhvervs forslag til sikring af større indsigt i prisfastsættelsen og mere sammenlignelige takster

1. Der skal være klare og ensrettede økonomiske afrapporteringskrav til offentlige institutioner og tilbud. Det vil betyde, at der er langt mere gennemsigtighed om offentlige institutioners reelle omkostningsniveau.
2. Der skal udvikles en standard for budgetter og regnskaber på institutionsniveau. Det skal også styrke samarbejdet mellem kommune og leverandør de steder på velfærdsområdet, hvor der formelt er krav om prisgennemsigtighed og/eller ens afregningspriser mellem kommunen og leverandøren.
3. Alle driftstilbud (både offentlige og ikke-offentlige) skal opstille retvisende og sammenlignelige budgetter og regnskaber, der indeholder alle direkte og indirekte omkostninger på enhedsniveau.
4. Den offentlige sektor revideres på driftstilbud; dvs. at der skal revideres på den enkelte driftsenhed dels for at sikre sammenlignelighed på tværs og dels for at sikre en ansvarlig drift.
5. Myndighederne skal have bedre mulighed for indblik i og godkendelse af takster. For eksempel skal takster, der fremgår af Tilbudsportalen, svare til takster i budgettet.

Ekspertudvalget har i sin afsluttende rapport anbefalet at udvikle et nyt takstsystem på socialområdet, som skal understøtte større gennemsigtighed i sammenhængen mellem indsats og pris. Et nyt takstsystem skal gøre det nemmere for kommunerne at gennemskue, hvad de konkret får for pengene, når de sammenligner tilbud. Ekspertudvalgets anbefaling er beskrevet nærmere i afsnit 2.1.1.

Kommunerne har ligeledes ved forskellige lejligheder udtrykt sig positivt om tiltag, der kan skabe mere gennemsigtighed i de sociale tilbuds økonomi for at fremme et mere velfungerende marked og styrke kommunernes mulighed for at vælge det rigtige tilbud. De har samtidig understreget vigtigheden af ikke at etablere et system, hvor der stilles unødigt store krav til de sociale tilbuds dokumentation og tiltag for at leve op til gældende regler (se fx KL, 2021).

I et andet forslag er der hentet inspiration fra aftalen om en reform af ældreområdet fra 2024, hvor det er aftalt at indføre en såkaldt uafhængig kontrolenhed, "der skal understøtte korrekt beregning af afregningspriser for private leverandører på ældreområdet." (Aftaletekst om ældrereform, 2024). En lignende enhed på socialområdet kunne potentielt være med til at skabe større gennemsigtighed i og sammenlignelighed mellem takster for sociale tilbud og dermed mere konkurrence på markedet.

På baggrund af ovenstående ses der behov for at undersøge, hvordan det er muligt at øge gennemsigtigheden i prisfastsættelsen af tilbud og sammenligneligheden af takster på tværs af leverandørtyper.

Uhensigtsmæssige incitamenter i aktivitetsbaseret afregning. I Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2023) har VIVE identificeret fire alternative økonomimodeller, som ved hel eller delvis implementering på (dele af) botilbudsområdet på det specialiserede socialområde potentielt kunne løse nogle af de identificerede styringsmæssige udfordringer ved den nuværende model for aktivitetsbaseret afregning med individuel prisfastsættelse. Det drejer sig om:

- Lands(dels)dækkende, standardiserede gruppetakster
- Konkurrenceudsættelse via rammeudbud
- Fuld eller delvis objektiv finansiering
- Resultatbaseret afregning.

Modellen med *lands(dels)dækkende, standardiserede gruppetakster* tager afsæt i DRG-takstmodellen på sygehusområdet, som består af landsdækkende gennemsnitstakster og er en metode til at beregne gennemsnitspriser på forløbsydelse for forskellige grupper, som kan bruges til afregning. DRG-modellen synes ikke at kunne overføres til botilbudsområdet i en form, der svarer til den model, der er på sygehusområdet i dag, omend Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2023) viser, at nogle eksperter vurderer, at nogle af principperne fra DRG kan omsættes til en såkaldt DRG-inspireret takstmodel. Anvendelse af en DRG-inspireret takstmodel forudsætter dog en vis volumen i målgruppen og en vis standardiserbarhed i indsatserne, hvorfor modellen vil være mest anvendelig på den 'brede' del af botilbudsområdet. Hvis det er muligt at realisere dele af en DRG-inspireret takstmodel, kunne det medvirke til at løse en del af udfordringen med stigende udgifter, fordi det kan være med til at nedbringe enhedsudgifterne, dvs. prisen pr. indsats, plads eller borger. Modellen synes dog ikke umiddelbart at kunne løse kapacitetsudfordringen, dvs. manglen på pladser på det mest specialiserede område.

Den anden model – *konkurrenceudsættelse via rammeudbud* – indebærer, at indkøb af indsatser til mange borgere puljes frem for at lave individuel forhandling i hver enkelt sag. En velfungerende udbudsmodel hviler på en række forudsætninger, herunder 1) klare og præcise beskrivelser af indsatser og mulighed for at følge op på, om de leveres, 2) tilstrækkeligt med interesserede leverandører (modent marked) og 3) en vis volumen i udbudte ydelser. Det fremgår af Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2023), at botilbudsområdet generelt ikke er egnet til rammeudbud. Det gælder især på det mest specialiserede område, fordi målgrupperne – og dermed omfanget af indsatser, som kan udbydes – er relativt små. Det ses samtidig, at forudsætningerne for et velfungerende udbudssystem formentlig vil kunne imødekommes for visse

målgrupper og indsatser, bl.a. på socialpsykiatriområdet. Hvis forudsætningerne kan imødekommes, så kunne brug af konkurrenceudsættelse via rammeudbud potentielt medvirke til konkurrencedygtige priser og større gennemsigtighed i sammenhængen mellem indsatsers indhold og pris. Heller ikke rammeudbud synes dog at kunne løse udfordringen med manglende kapacitet på det mest specialiserede område. Det hænger sammen med, at rammeudbud som udgangspunkt ikke er velegnet til målgrupper, som er kendetegnet ved at være forholdsvis små og have uensartede behov.

Modellen med fuld eller delvis *objektiv finansiering* indebærer, at kommunerne bidrager til finansieringen af et tilbud uafhængigt af deres forbrug heraf. Med 'objektiv' menes, at kommunernes betaling for tilbud og indsatser sker ud fra faktuelle forhold såsom befolkningstal. Modellen anvendes allerede i dag på få, lovbestemte tilbud til små målgrupper og målgrupper med komplekse problemstillinger. Man kunne dog forestille sig at udvide brugen af objektiv finansiering for at imødekomme nogle af de styringsmæssige udfordringer på det specialiserede socialområde. Ifølge Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2023) kunne udvidet anvendelse af delvis objektiv finansiering muligvis medvirke til at sikre pladser til udvalgte målgrupper på det mest specialiserede område, hvor der i dag mangler pladser. Denne model forudsætter objektive visitationskriterier og er forventeligt mest anvendelig på den 'smalle', mest specialiserede del af botilbudsområdet, hvor den også vil kunne bidrage til større faglig bæredygtighed. Objektiv finansiering synes dog ikke umiddelbart at bidrage til at løse udfordringen med stigende udgifter. Det skyldes, at de enkelte kommuner har økonomisk incitament til at visitere borgere til denne type tilbud, fordi deres betaling er uafhængig af forbruget, ligesom kommunerne sparer udgiften til alternative tilbud. Denne incitamentsstruktur er med til at øge efterspørgslen og kan medføre en generel opdrift i udgifterne.

Den fjerde og sidste model – *resultatbaseret afregning* – indebærer, at betalingen for tilbud i et eller andet omfang gøres afhængig af de resultater, leverandøren opnår med indsatsen, for på den måde at give leverandøren et incitament til at opnå de mål, der betales for, herunder fx at skabe progression for den enkelte borger (se fx Bukh & Christensen, 2021). Leverandørens incitament til at skabe progression og udvikling for borgerne er særlig relevant at arbejde med på socialpsykiatriområdet, hvor borgerne rent faktisk har mulighed for at komme sig. Det fremgår dog af Dalsgaard, Kloppenborg, et al. (2023), at det er forbundet med vanskeligheder at introducere et element af resultatbaseret afregning på botilbudsområdet. Dels peges der på, at det er vanskeligt at beskrive den ønskede kvalitet med den grad af præcision, som er nødvendig, og dels har målgrupperne på området ikke tilstrækkelig volumen til, at man kan afregne resultatbaseret med afsæt i en gennemsnitlig forventning til resultaterne for gruppen.

På baggrund af analysen af de fire alternative økonomimodeller er det VIVEs vurdering, at ingen af de undersøgte modeller kan erstatte den nuværende model eller løse alle dens udfordringer. Snarere indeholder de forskellige alternative modeller forskellige elementer, som med en tilpasning til botilbudsområdet kan forventes muligvis at have potentiale for at bidrage til løsningen af specifikke udfordringer, hvis de indgår i en ny eller justeret styringsmodel for forskellige dele af botilbudsområdet (Dalsgaard, Kloppenborg, et al. 2023).

Fælles for de fire alternative økonomimodeller er, at det vil kræve en længere og grundig proces med afklaring, afprøvning og modning af de forskellige elementer, hvis man vil gå videre med overvejelserne om at indrette en ny eller justeret økonomi- og styringsmodel på dele af botilbudsområdet. Generelt er det væsentligt at undersøge nærmere, hvilke målgrupper og indsats typer der kan omfattes af hvilke elementer, og overveje, om der er behov for supplerende styringstiltag.

2.4 Faglig styring og kvalitet

2.4.1 Tilsyn på socialområdet

Tilsyn på socialområdet	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Forskellige elementer og mekanismer bidrager til sikring og udvikling af kvalitet i de sociale tilbud og indsatser. - Socialtilsynet har til opgave at godkende sociale tilbud og føre driftsorienteret tilsyn med den generelle kvalitet i de tilbud, som er omfattet af socialtilsynsloven. Formålet er at sikre, at borgerne får den indsats, der er i overensstemmelse med formålet med indsatsen. - Kvalitetsmodellen er et vigtigt grundlag for socialtilsynets virksomhed.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på ensartethed i de fem socialtilsyns praksis. - For stort fokus på opfyldelse af formelle kvalitetskrav og for lidt på at udvikle tilbuddenes faglige kvalitet i socialtilsynets virksomhed. - De mange tilsyn på socialområdet varetager forskellige og til tider modsatte hensyn. - Socialtilsynets barre i kvalitetsbedømmelsen af tilbud med mange ufaglærte medarbejdere er sat for lavt. - Kvalitetsmodellen kan føre til forskelsbehandling mellem leverandører. - Driftsherrers muligheder for at etablere tilbud, der kan favne flere målgrupper på samme matrikel, er begrænset af lov om socialtilsyn.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Styrkelse af ensartetheden af tilsynet på tværs af de fem socialtilsyn, fx faglig vejledning om socialtilsynenes dialogforpligtelse.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - 14 greb til imødekommelse af udgiftsdrivende faktorer. - De forskellige tilsynsmyndigheder laver fælles tilsyn samtidig. - Sammenlægning af de fem socialtilsyn. - Ny model for socialtilsynet, herunder revision af kvalitetsmodellen.

Formål og indhold

Forskellige elementer og mekanismer bidrager til sikring og udvikling af kvalitet i de sociale tilbud og indsatser. Der findes bl.a. en række bestemmelser i serviceloven og anden lovgivning, som forpligter forskellige myndigheder til at føre tilsyn med tilbud og indsatser på socialområdet. Tilsynsmyndigheder omfatter bl.a. de fem socialtilsyn, Styrelsen for Patientsikkerhed, Ankestyrelsen og kommunerne. Sidstnævnte forestår både et driftstilsyn og et personrettet tilsyn.

I afsnittet er der primært fokus på det tilsyn, som udføres af socialtilsynet, omend øvrige tilsyn på socialområdet og koordineringen af de forskellige tilsyn også behandles.

Socialtilsynet

Indtil 2014 førte kommunerne tilsyn med både private og kommunale tilbud i egen kommune. I 2014 blev der i stedet oprettet ét samlet socialt tilsyn med fem regionale enheder. Hensigten med omlægningen var at styrke tilsynets uafhængighed og skabe et stærkt og professionelt tilsyn med forskellige kompetencer og styrket kvalitet i tilsynsvirksomheden. Øget fokus på kvaliteten i de sociale tilbud handlede om både at hæve tærsklen for, hvilke tilbud der godkendes, og bidrage til læring og udvikling på sociale tilbud. For uddybning af baggrunden for og formålet med indførelsen af socialtilsynet henvises til evalueringen af det specialiserede socialområde fra 2022 (Social- og Ældreministeriet, 2022).

Socialtilsynets hovedopgave er at godkende sociale tilbud og føre driftsorienteret tilsyn med den generelle kvalitet i de tilbud, som er omfattet af socialtilsynsloven. Formålet med socialtilsynet er at sikre, at borgerne får den indsats, der er i overensstemmelse med formålet med indsatsen. Tilsynet har således en central rolle i at sikre og understøtte udviklingen af den generelle kvalitet i de specialiserede sociale tilbud.

Socialtilsynet har i forbindelse med godkendelse og driftsorienteret tilsyn en forpligtelse til at indgå i dialog med det enkelte tilbud. Dialogen med tilbuddet om forholdene i tilbuddet sker med henblik på både kontrol og kvalitetsudvikling.

De sociale tilbud er underlagt en række regler for godkendelse og tilsyn. Således kan socialtilsynet i forbindelse med godkendelse af tilbud fastsætte vilkår, som skal opfyldes, inden godkendelsen kan træde i kraft. Derudover har tilsynet mulighed for at gøre brug af sanktioner over for tilbud, som ikke har den fornødne kvalitet eller på anden måde skal rette op på forhold af betydning for at kunne opretholde godkendelsen. På den måde er socialtilsynet med til at regulere markedet på socialområdet bl.a. via sin gatekeeper-funktion.

I forbindelse med godkendelse af og tilsyn med tilbud anvender socialtilsynet en centralt fastsat kvalitetsmodel, som består af syv temaer. Kvalitetsmodellen er i udgangspunktet ens for alle tilbud, som er omfattet af loven (med enkelte variationer mellem forskellige typer tilbud). Modellen skal således understøtte et ensartet grundlag for kvalitetsbedømmelsen på tværs af alle landets tilbud (Social- og Boligstyrelsen, 2023).

Ud over at socialtilsynet således bidrager til kvalitetssikring af de sociale tilbud, giver tilsynets virksomhed kommunerne et grundlag for at vurdere tilbud på Tilbudsportalen, herunder kvaliteten. Det er med til at forbedre datagrundlaget for myndigheds valg af tilbud.

Udfordringer

Ud fra dokumentgennemgangen og interviewene med de udvalgte aktører kan der identificeres en række styringsmæssige udfordringer ved socialtilsynet med relevans for socialpsykiatriområdet.

For det første peges der på, at der ikke er tilstrækkelig ensartethed i de fem socialtilsyns praksis, hvilket bl.a. kan betyde forskelle i markedsvilkår og forskelle i tilbuddenes kvalitet på tværs af landet. Det ses bl.a. ud fra evalueringen af tilsynsreformen fra 2018 (Socialstyrelsen, 2018a). Uens bedømmelsespraksis på tværs af de fem tilsyn kan desuden give både lavere kvalitet i tilbuddene og øgede udgifter i tilbuddene bl.a. som følge af krav om tilpasning af tilbud og ressourcer anvendt på dokumentation, administration og møder i forbindelse med tilsynsbesøg (Scharff, 2023). Derudover peges der på, at socialtilsynets tilsynskonsulenter trods den standardisering, der blev skabt med kvalitetsmodellen, ikke fører tilsyn på en ensartet måde (Clausen, 2023).

For det andet gøres der opmærksom på, at socialtilsynet har for stort fokus på opfyldelse af formelle kvalitetskrav og for lidt på at udvikle tilbuddenes faglige kvalitet. For tilbuddene er der typisk et stort ressourceforbrug forbundet med at forberede og gennemføre et socialtilsyn (Økonomistyrelsen, 2024). Tid, der mange steder går fra den socialfaglige praksis. Her peges der på, at tilsynets fokus i for lille grad er på åben dialog og faglig refleksion med ledere og medarbejdere i tilbuddene og i for stor grad på bedømmelse af tilbuddene ud fra opnåede resultater (se fx Jespersen, 2023; von Hielmcrone, 2024). I den sammenhæng fremgår det af Social- og Boligstyrelsens årsrapport om de fem socialtilsyn fra 2022, at mellem 14 og 17 % af de sociale tilbud svarer, at de 'slet ikke' eller 'i mindre grad' oplever, at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvalitet i tilbuddene. Social- og Boligstyrelsen bemærker i rapporten, at styrelsen "finder dette niveau højt og mener, at der er et potentiale for forbedring." (Social- og Boligstyrelsen, 2023).

For det tredje ses det af både dokumentgennemgangen og interviewene, at de mange tilsyn på socialområdet varetager forskellige og nogle gange modsatrettede hensyn frem for at tilgå tilbuddene ud fra et helhedsorienteret perspektiv (Krog & Weidemann, 2024). Her peges der fx på socialtilsynet, Arbejdstilsynet, Fødevarestyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed, som hver især kan stille krav til kvaliteten og driften af området ud fra forskellige perspektiver og i nogle tilfælde med modsatrettede hensyn. Ud over at disse krav ikke altid er indbyrdes i overensstemmelse, kan de være ressourcekrævende at indfri. Det kan potentielt medføre ekstra udgifter (KKR Midtjylland, n.d.; von Hielmcrone, 2024).

For det fjerde anføres det, at selvom socialtilsynet generelt har løftet kvaliteten i de sociale tilbud, siden tilsynene blev indført for knap 10 år siden,²¹ sætter socialtilsynet barren for lavt i sin kvalitetsbedømmelse af tilbud med mange ufaglærte medarbejdere (Andersen, 2023). Også i det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien peges der på udfordringen med et stort antal ufaglærte i socialpsykiatrien og behovet for et markant løft af basiskompetencerne på området (Sundhedsstyrelsen, 2022).

For det femte peges der på, at den kvalitetsmodel, socialtilsynet anvender i forbindelse med godkendelse af og tilsyn med sociale tilbud, ikke i tilstrækkelig grad skelner mellem forskellige sociale tilbud. I dag skal kvalitetsmodellen for sociale tilbud anvendes på forskellige tilbudstyper, herunder fx botilbud og botilbudslignende tilbud, forsorgshjem og herberger samt tilbud til behandling stof- og alkoholmisbrug. Dermed vurderes sociale tilbud som hovedregel ud fra de samme kvalitetskrav uagtet deres relevans for målgruppen. Det kan føre til forskelsbehandling mellem leverandørerne på socialmarkedet. Samtidig påpeges det, at socialtilsynets kvalitetsvurderinger ud fra kvalitetsmodellen ikke kan indfange den fulde kompleksitet af kvalitetsspørgsmålet, og at tilsynet derudover kan 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 (Social- og Ældreministeriet, 2021b). Endvidere påpeges det, at kvalitetsmodellens bedømmelsessystem, hvor socialtilsynene i dag scorer kvaliteten i tilbuddene på en skala fra 1 til 5, kan have en udgiftsdrivende effekt. Det skyldes, at der er risiko for, at tilbuddene har et

²¹ I evalueringen af tilsynsreformen fra 2018 peges der på to udviklingstræk i forhold til kvaliteten i tilbuddene. For det første bedømmes 3 ud af 4 tilbud at have højere kvalitet i 2017 sammenlignet med 2015, mens hver fjerde bedømmes at have lavere. Dette fortolkes i evalueringen som en indikation på, at "et væsentligt formål" med tilsynsreformen er indfriet. For det andet peges der på, at socialtilsynenes anvendelse af sanktioner på tilbudsområdet er aftagende over perioden. Af evalueringen fremgår det, 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." (Socialstyrelsen, 2018a). At antallet af godkendte tilbud er faldet meget i perioden 2014-2017, ses af nogle som udtryk for en 'oprydning', hvor tilbud af utilstrækkelig kvalitet ikke er blevet godkendt af socialtilsynet (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021).

uforholdsmæssig stort fokus på at fremme initiativer, der kan løfte deres score, frem for initiativer, der er efterspurgt lokalt (Økonomistyrelsen, 2024).

En sjette styringsmæssig udfordring hænger sammen med, at driftsherrers muligheder for at etablere tilbud, der kan favne flere målgrupper på samme matrikel, er begrænset af lov om socialtilsyn. Socialtilsynet skal bl.a. godkende tilbud ud fra, om de har den fornødne kvalitet for den enkelte målgruppe. Dermed skal et tilbud, som favner flere målgrupper, leve op til flere kvalitetskrav samtidig, hvis det skal godkendes af socialtilsynet. Det skal understøtte kvaliteten i de sociale tilbud og en tilstrækkelig socialfaglig specialisering og sikre, at borgerne får en indsats, som er i overensstemmelse med formålet efter serviceloven. Denne bestemmelse kan dog samtidig være en barriere for driftsherrer i forhold til at etablere bredere favnende tilbud (Sekretariatet for Ekspertudvalget på Socialområdet, 2023).

Omvendt kan der peges på, at kravene fra socialtilsynet om fornøden kvalitet for den enkelte målgruppe netop er med til at sikre, at den faglige specialisering er til stede i det enkelte tilbud og er et vigtigt værn mod afspecialisering. I den forbindelse peger forskellige nationale aktører, herunder faglige forbund på området, på de faglige udfordringer ved en alt for bred beboersammensætning i tilbuddene, og at man mange steder i dag blander målgrupperne på en u hensigtsmæssig måde (Nobel, 2021). Her henvises der bl.a. til evalueringen af det specialiserede socialområde, hvor en af analyserne viser, at en sammenblanding af mange målgrupper er særlig udbredt inden for socialpsykiatrien (Social- og Ældreministeriet, 2022).²²

Eksisterende løsninger

Uensartethed i socialtilsynet. I 2021 indgik et flertal i Folketinget en aftale om at styrke tilsynet med sociale tilbud med henblik på at give socialtilsynet bedre muligheder for at føre et mere ensartet og effektivt tilsyn, så det sikres, at tilbuddene lever op til de kvalitetskrav, som stilles til dem (Social- og Ældreministeriet, 2021a). Aftaleparterne så bl.a. behov for at sikre større ensartethed i tilsynet med sociale tilbud på tværs af landet og dermed større ensartethed i de fem socialtilsyns praksis. Der blev derfor indført en styrket national styring af socialtilsynenes praksis, ligesom det lokalpolitiske ansvar for varetagelse af opgaven og for, at den varetages i overensstemmelse med intentionerne, synliggjordes. Det betød bl.a., at Social- og Boligstyrelsen fik mulighed for at udstede bindende retningslinjer for socialtilsynenes udførelse af deres opgaver på de områder, hvor der konstateres uensartet praksis.

Blandt andet på den baggrund har Social- og Boligstyrelsen taget forskellige initiativer for at styrke ensartetheden på tværs af de fem socialtilsyn. Til eksempel har Social- og Boligstyrelsens auditfunktion udarbejdet en faglig vejledning om

²² Se også Jensen et al. (2021).

socialtilsynenes dialogforpligtelse, som skal understøtte, at de fem socialtilsyn omsætter deres dialogforpligtelse ensartet, systematisk og fagligt kompetent. En nylig evaluering af socialtilsynenes omsætning af den faglige vejledning om dialogforpligtelsen viser, at alle fem socialtilsyn har arbejdet med at implementere vejledningens kernelementer i praksis, men at der er variation i forhold til, i hvor høj grad og hvordan socialtilsynene konkret har arbejdet med at implementere vejledningen i den lokale tilsynspraksis (Rambøll Management Consulting, 2023). I den sammenhæng fortæller en af de interviewede kommuner i denne undersøgelse, at kommunens tilbud inden for de senere år har oplevet, at socialtilsynet i højere grad end tidligere går i dialog og er udviklingsorienteret i samarbejdet med tilbuddene.

Nye løsninger

Ukoordineret og ressourcekrævende tilsyn med sociale tilbud. Statens Analyser og Implementering (SAI) har i efteråret 2023 gennemført en analyse af tilsyn med sociale tilbud. Analysen tager afsæt i økonomiaftalen for 2024, hvor regeringen og KL blev enige om at se nærmere på tilsynet med sociale tilbud. Beslutningen om at igangsætte analysen følger af Ekspertudvalgets anbefalinger i den første delrapport. I SAI's analyse identificeres en række faktorer, som virker udgiftsdrivende for de sociale tilbud, og SAI peger på en række greb, som kan være med til at reducere tilbuddenes ressourceforbrug forbundet med tilsyn (Økonomistyrelsen, 2024).

Modsatrettede hensyn i tilsynene. Set i lyset af, at de sociale tilbud altså er underlagt mange forskellige tilsyn, som både indebærer en stor arbejdsbyrde for tilbuddene og kan munde ud i modstridende krav, foreslår en af civilsamfundsorganisationerne på området en model, hvor de tilsynsførende fra hvert enkelt tilsyn kunne komme samme dag og gennemføre tilsynsbesøget sammen. På den måde ville de hver især kunne få øje på de forskellige og indbyrdes modstridende krav, der stilles, ligesom man ville sikre faglig refleksion; ikke bare mellem de enkelte sociale tilbud og tilsynskonsulenterne, men også indbyrdes mellem de forskellige tilsyn (von Hielmcrone, 2024). Ét fælles tilsyn vil endvidere kunne nedbringe tilsynsintensiteten, hvilket alt andet lige vil kunne medføre lavere udgifter forbundet med tilsyn (Økonomistyrelsen, 2024).

Ifølge en af de nationale civilsamfundsaktører på ældreområdet er en mulig ulempe ved tilsynsreformen på ældreområdet og beslutningen om indførelse af et såkaldt samtilsyn, at det kan forvrænge billedet af de reelle forhold på ældreområdet, da tilsynet foregår samme dag en gang om året (Lewinsky, 2024). Derudover har Selveje Danmark påpeget, at det kan være overvældende for ledere og medarbejdere i botilbud at skulle håndtere meget forskellige tilsyn på samme tidspunkt (Selveje Danmark, n.d.).

Gentænkning af socialtilsynet. Der er desuden eksempler på, at forskellige nationale aktører har stillet en række forslag til en gentænkning af tilsyn med sociale tilbud, herunder rammen for socialtilsynets arbejde med at sikre, at tilbuddene har den fornødne kvalitet.

Til eksempel har Dansk Erhverv i samarbejde med brancheforeningen Selveje Danmark foreslået at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et katalog med konkrete løsningsforslag til socialtilsynets udfordringer, ifølge parterne med henblik på at reducere vilkårlighed og modsatrettede krav i tilsynets praksis og øge fokus på kvalitet og mindre dokumentation (Jespersen, 2024). Et andet og konkret forslag, som bl.a. er fremsat af Landsorganisationen for sociale tilbud (LOS), går på at sammenlægge de fem socialtilsyn til ét samlet tilsyn for at sikre, at sociale tilbud bliver vurderet ens i hele landet (Clausen, 2023).

Endvidere foreslår Selveje Danmark m.fl., at kvalitetsmodellen, som socialtilsynet anvender til godkendelse af og tilsyn med sociale tilbud, underkastes et eftersyn med henblik på at udvikle en model, der er tilpasset målgruppen, og som tager højde for den udvikling, der i disse år finder sted inden for sociale indsatser i form af recovery, rehabilitering mv.

Endelig har Ekspertudvalget i sin afsluttende rapport anbefalet en ny model for socialtilsyn, som bl.a. involverer en gennemgribende revision af kvalitetsmodellen. Ekspertudvalget gør selv opmærksom på, at den foreslåede model alt andet lige kan øge risikoen for, at en højere andel af tilbuddene ikke har den fornødne kvalitet, at kritiske forhold ikke opdages i tide, og at man som konsekvens heraf med fordel kan synliggøre den eksisterende whistleblower-ordning på området (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

2.4.2 Den kommunale sagsbehandling

Den kommunale sagsbehandling	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Kommunerne har det fulde ansvar for udredning, visitation og opfølgning med den enkelte borger, som har behov for hjælp og støtte efter serviceloven.- I sagsbehandlingen afdækkes den enkelte borgers ønsker, behov og ressourcer, og gennem visitationen sikres det, at den enkelte får det tilbud eller den indsats, der bedst imødekommer støttebehovet og understøtter muligheden for at komme sig.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Mangel på kvalitet i sagsbehandlingen.- Beslutninger træffes i mange tilfælde på baggrund af økonomi frem for faglighed.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- VISO tilbyder rådgivning til den kommunale myndighed inden for sagsbehandling i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på det specialiserede socialområde.- Ankestyrelsen er med til at fastlægge en ensartet og koordineret sagsbehandlingspraksis i kommunerne.- Kommunerne kan bruge udredningsværktøjer for at sikre en helhedsorienteret sagsbehandling, der grundigt afdækker den enkelte borgers samlede støttebehov, fx VUM 2.0.- Kommunernes egne tiltag for at øge kvaliteten i sagsbehandlingen- Myndigheds løbende opfølgning og dialog med leverandørerne om den enkelte borgers udvikling samt praksis for visitation til tidsafgrænsede forløb og systematisk revisitation.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Kortlægning og udbredelse af viden om kvalitet i sagsbehandlingen.- Videreudvikling af allerede anvendte udredningsværktøjer og udvikling af nye visitationsretningslinjer.- Kobling af statslig refusion af kommunernes udgifter til særligt dyre enkeltsager og brug af relevant faglig rådgivning i den enkelte sag.

Formål og indhold

Som følge af kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for socialområdet. Det betyder, at kommunerne bl.a. har det fulde ansvar for udredning, visitation og opfølgning med den enkelte borger, som har behov for hjælp og støtte efter serviceloven.

Formålet med sagsbehandlingen er at afdække ønsker, behov og ressourcer og gennem visitation at sikre, at den enkelte borger får det tilbud, der bedst imødekommer støttebehovet og understøtter muligheden for at komme sig. Det forudsætter kvalitet i hele sagsbehandlingen.

Kommunerne træffer afgørelse på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og med inddragelse af borgeren, som har behov for hjælp og støtte. Det er således ikke en konkret diagnose, der udløser tilbud og indsatser 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 hensyn, som kommunerne skal lægge vægt på i forbindelse med visitationen. Kommunerne har bl.a. en generel forpligtelse til at handle økonomisk ansvarligt, hvorfor kommunerne skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der træffes afgørelse. Hensynet til økonomi må dog aldrig stå alene (Social- og Ældreministeriet, 2022).

Borgernes brug af langt de fleste tilbud og indsatser efter serviceloven forudsætter, at myndighedskommunen har visiteret dertil. Serviceloven indeholder dog også tilbud og indsatser, som kan anvendes uden visitation, fx forebyggende hjælp og støtte til udsatte voksne efter servicelovens §§ 82 a-c. Derudover gælder for kvindekrisecentre og herberger mv. (servicelovens §§ 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. Se også afsnit 2.1.4.

Udfordringer

Det fremgår af det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien, at der opleves flere udfordringer med kvaliteten i den kommunale sagsbehandling på socialpsykiatriområdet. *For det første* er der ifølge oplægget blandt sagsbehandlerne mangel på både tilstrækkelig dybe socialfaglige kompetencer og sundheds- og psykiatrifaglig indsigt på et overordnet niveau. *For det andet* er der ikke et tilstrækkeligt og retvisende overblik over, hvilke tilgængelige tilbud og indsatser der findes ud over kommunens egne. *For det tredje* peges der på, at borgerne ikke oplever sig inddraget i sagsbehandlingen, og at grundlaget for kommunernes afgørelse opleves uigennemsigtigt. *For det fjerde* fremhæves det, at kommunernes implementering af den recovery-orienterede rehabilitering i sagsbehandlingen er mangelfuld (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Flere nationale aktører, herunder LOS og Socialpædagogerne, har desuden peget på, at der i den kommunale sagsbehandling på det specialiserede socialområde mangler et socialfagligt råderum, og at beslutninger i mange tilfælde træffes på baggrund af økonomi frem for faglighed. Ifølge aktørerne øger det risikoen for, at borgerne ikke får den rette hjælp første gang (se fx Clausen, 2024; Fosgrau & Grendselev, 2024).

I den sammenhæng skal det bemærkes, at det på baggrund af tidligere undersøgelser af området er VIVEs indtryk, at sagsbehandlere på det specialiserede voksenområde generelt inddrager både faglige og økonomiske hensyn i sagsbehandlingen, herunder den individuelle vurdering af, hvilken hjælp der skal tildeles til den enkelte borger (Dalsgaard et al., 2019).

Ud fra VIVEs kendskab foreligger der ikke en egentlig analyse af kvaliteten i sagsbehandlingen på socialpsykiatriområdet. I det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien peges der dog på en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse, som viser, at borgerne samlet set er moderat tilfredse med visitationsprocessen, omend undersøgelsen også finder indikationer på problemer med kvaliteten i sagsbehandlingen. Derudover udgav Ankestyrelsen i 2023 en undersøgelse af kommunernes arbejde med retssikkerhed på socialområdet. I denne undersøgelse er der imidlertid ikke særskilt fokus på socialpsykiatriområdet (Retssikkerhedsenheden, 2023).

Eksisterende løsninger

I den strukturelle opbygning af det specialiserede socialområde er der flere elementer, som understøtter god kvalitet i den kommunale sagsbehandling.

For det første har den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) bl.a. til opgave at tilbyde rådgivning til den kommunale myndighed inden for sagsbehandling i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på det specialiserede socialområde, herunder voksenområdet. Se også afsnit 2.4.3. 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 er målrettet en eller flere sagsbehandlere og ledere på myndighedsniveauet. Rådgivningen kan være målrettet en enkelt sag eller flere sager med udfordringer, der ligner hinanden. Så vidt muligt inddrages borgerne også i rådgivningsforløbet for at give deres perspektiv på sagen.

Formålet med forløbet er, at den kommunale myndighed får viden om, hvordan den kan håndtere sagen, og sammen med den enkelte borger, evt. pårørende og andre centrale parter får lagt en plan for borgerens fremtidige forløb. Et rådgivningsforløb kan vare op til 8 måneder.

VISO har tilknyttet en række eksterne leverandører, som er fagekspertter i forhold til specifikke diagnoser og sociale problemstillinger. Disse eksterne leverandører yder rådgivning. Rådgivning fra VISO er gratis for kommunerne, der skal ansøge om et rådgivningsforløb, hvorefter VISO vurderer, om det bevilges. Rådgivning fra VISO er vejledende og skal understøtte kommunens grundlag for at træffe beslutninger. Det er altid kommunen, der som myndighed træffer beslutninger i hver sag.

For det andet bidrager Ankestyrelsen til at fastlægge en ensartet og koordineret sagsbehandlingspraksis for alle landets kommuner. Formålet er at understøtte en ensartet og korrekt behandling af borgernes sager i hele landet (ligebehandling af borgerne) og styrke kvaliteten i sagsbehandlingen. Ankestyrelsens koordinering af praksis omfatter principmeddelelser, praksisundersøgelser og andre undersøgelser, taskforceforløb mv. I den sammenhæng vedtog Folketinget i 2022 i en

tidsafgrænset periode (2022-2025) at skærpe kravene til kommunalbestyrelsens behandling af det såkaldte Danmarkskort og udvide kommunalbestyrelsens forpligtelse til at drøfte resultater og konklusioner fra Ankestyrelsen af betydning for kommunen (L 151, 2022).

For det tredje kan kommunerne som led i sagsbehandlingen benytte sig af udredningsværktøjer for at sikre en helhedsorienteret sagsbehandling, der grundigt afdækker den enkelte borgers samlede støttebehov. VUM 2.0 som sagsbehandlingsmetode understøtter en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang i sagsbehandlingen. Dog er det endnu et forholdsvis begrænset antal kommuner, der anvender VUM 2.0 systematisk og fuldt ud (Storm, 2023), og ifølge det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien anvender kommunerne overvejende metoden på handicapområdet og i mindre udstrækning inden for socialpsykiatrien og området for socialt udsatte. Den manglende implementering og uensartede brug af VUM i kommunerne kan medvirke til en uensartet sagsbehandling fra kommune til kommune, reducere borgernes tillid til sagsbehandlingen og udfordre samarbejdet mellem kommuner i forhold til at skabe helhed og sammenhæng, når en borger modtager en indsats uden for kommunen (Sundhedsstyrelsen, 2022). Det skal bemærkes, at Social- og Boligstyrelsen som led i implementeringen af de såkaldte retssikkerhedsinitiativer har sat gang i en udbredelse og forankring af VUM 2.0 blandt landets kommuner. Initiativet kører foreløbig i perioden 2022-2025 (Storm, 2023).

For det fjerde har VIVE fra tidligere analyser erfaring for, at den enkelte kommune kontinuerligt arbejder for at øge kvaliteten i sagsbehandlingen på det specialiserede socialområde. For eksempel er der i mange kommuner praksis for, at sager behandles i et visitationsudvalg, hvilket kan fremme ensartethed og kvalitet i sagsbehandlingen og visitationen som følge af, at der ved visitationsudvalgsmøder stilles spørgsmål til sagsbehandlerne om sagerne og ensartede krav til belysning og udredning af sagerne. Et andet eksempel er, at mange kommuner har praksis for sagsbehandling i teams. Denne praksis understøtter muligheden for sparring mellem sagsbehandlerne og sikrer, at flere medarbejdere gennemgår den enkelte sag. På den måde kan sagsbehandling i teams understøtte kvaliteten i sagsbehandlingen. Endelig gør man i mange kommuner brug af fagspecialister til at understøtte sagsbehandlernes arbejde, fx i dialogen med botilbuddene før og efter visitation (Dalsgaard et al., 2019).

Nye løsninger

Det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien anbefaler overordnet at styrke kvaliteten i sagsbehandlingen på det specialiserede voksenområde, så mennesker med psykiske lidelser modtager det tilbud, som bedst hjælper dem til at komme sig (Sundhedsstyrelsen, 2022). Af oplægget fremgår det, at det bl.a. bør ske ved at

gennemføre en kortlægning og udbredelse af viden om kvalitet i sagsbehandling på området.

Af den tidligere regerings udspil til en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde fremgår det bl.a., at der som supplement til specialeplanen skal ske en videreudvikling af allerede anvendte udredningsværktøjer, og at nye visitationsretningslinjer skal hjælpe sagsbehandlerne med at finde vej til den rette højt specialiserede indsats hos en specialfunktion i forhold til den konkrete komplekse borger (Regeringen, 2022). Som beskrevet i afsnit 2.1.1 er arbejdet med specialeplanlægningen i øjeblikket primært forankret i samarbejdsforummet 'Sammen om handicap'.

Hertil kommer, at Danske Regioner foreslår at skabe en kobling mellem den statslige refusion af kommunernes udgifter til særligt dyre enkeltsager og brugen af relevant faglig rådgivning i den enkelte sag. Dette for at styrke kommunernes økonomiske incitament til at gøre brug af relevant faglig viden på rette specialistniveau (Danske Regioner, 2022).

2.4.3 Nationale faglige retningslinjer og VISO

Nationale faglige retningslinjer og VISO	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Nationale faglige retningslinjer, herunder faglige forløbsbeskrivelser, understøtter den faglige styring af det socialfaglige arbejde i tilbuddene og den kommunale sagsbehandling.- VISO rådgiver og formidler viden til kommuner, tilbud og borgere på det specialiserede socialområde. På den måde udgør VISO en støttefunktion for kommunerne i de mest specialiserede og komplekse sager og bidrager til at bevare og udvikle den mest specialiserede viden.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Der er stor efterspørgsel efter VISOs ydelser blandt kommunerne, hvilket ofte øger sagsbehandlingstiden og udredningen af borgerne.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">-
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- VISO som 'rådgivningsfunktion', jf. tidligere regerings udspil til specialeplanlægning på det specialiserede socialområde.- Ny rådgivningsydelse: 'mini-forløb'.

Formål og indhold

Der findes en række nationale faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde, der uddyber lovgivningens bestemmelser, rådgiver om faglige metoder og tilgange, yder faglig vejledning i enkeltsager mv. Hovedparten udformes af Social- og Boligstyrelsen og nogle i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Fælles for dem er, at de understøtter den faglige styring af det socialfaglige arbejde i tilbuddene og den kommunale sagsbehandling. I dette afsnit omtales Social- og Boligstyrelsens nationale retningslinjer og faglige forløbsbeskrivelser.

Social- og Boligstyrelsens nationale retningslinjer indeholder anbefalinger, men også beskrivelser af forpligtelser i forhold til lovgivningen, fx hvilken støtte kommunen skal tilbyde. Der er bl.a. nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, forebyggelse af voldsomme episoder i botilbud samt indsatsen mod hjemløshed. Retningslinjerne er dermed målrettet bestemte sociale problemer og diagnoser og indsatser i relation til målgrupperne. De 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 såsom samarbejde mellem relevante aktører. I enkelte retningslinjer beskrives endvidere personalekompetencer.

Social- og Boligstyrelsens faglige forløbsbeskrivelser er vejledende. Forløbsbeskrivelser udarbejdes på det mest specialiserede socialområde, som er omfattet af den nationale koordinationsstruktur. Forløbsbeskrivelser fokuserer på borgere med bestemte diagnoser, fx udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug (Socialstyrelsen, 2022). Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden og vejleder bl.a. i faglige indsatser, viden om målgruppen, organisering og samarbejde mellem centrale myndigheder og aktører. De er redskaber, som kommuner kan anvende i visitationen og tilrettelæggelsen af tilbud til borgere på det mest specialiserede socialområde.

Under Social- og Boligstyrelsen tilbyder VISO desuden rådgivning til kommuner og varetager vidensformidling på det specialiserede socialområde. 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, især de mindre, ikke i sig selv havde et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag til, at de kunne være selvforsynende med den mest specialiserede viden. Vurderingen var, 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 (Social- og Ældreministeriet, 2022).

VISO blev etableret med en central enhed i Social- og Boligstyrelsen og et netværk af landsdækkende leverandører i kommunalt, regionalt og privat regi. Herudover blev de tidligere amtslige videnscentre og statslige videns- og formidlingscentre knyttet til Social- og Boligstyrelsen 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, herunder om mennesker med psykiske lidelser. 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.

I relation til rådgivnings- og udredningsarbejdet leverer VISO 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. VISO kan hermed støtte kommunen både i forbindelse med visitationen af en borger til et tilbud og i den løbende tilpasning og opfølgning på indsatsen for den enkelte, jf. også afsnit 2.4.3.

VISO har desuden til opgave at indsamle viden og gøre den anvendelig for kommuner og tilbud og for VISOs egen rådgivning. Dette kan bl.a. ske gennem afdækning af virksomme metoder på områder, hvor kommunerne efterspørger viden. VISO kan også opsamle viden om fx målgrupper og metoder på meget specialiserede områder, hvor der er så få videnshavere, at viden risikerer at forsvinde, når en specialist fratræder.

Udfordringer

Der er i dag stor efterspørgsel efter VISOs ydelser blandt kommunerne, de sociale tilbud mv., ligesom der generelt er stor tilfredshed med VISOs rådgivning blandt modtagerne. Det fremgår bl.a. af de seneste års årsrapporter for VISOs virke, som Social- og Boligstyrelsen udarbejder (fx Social- og Boligstyrelsen, n.d.-d), og konstateres i den tidligere regerings udspil til en specialeplan på det specialiserede socialområde (Regeringen, 2022). Det ses samtidig, at rådgivningsforløbene ofte lægger flere måneder til sagsbehandlingstiden og udredningen af en borger. For nogle borgere har det stor betydning for indsatsen, at den bygger på længerevarende rådgivningsforløb, fordi behovet er sjældent og kræver helt særlig ekspertise. For andre borgere kan det være en afgrænset problematik på det højt specialiserede område, som står i vejen for, at man hurtigt kommer videre til rette indsats.

Nye løsninger

Den tidligere regerings udspil til en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde indeholder et forslag om identifikation og godkendelse af nye såkaldte specialfunktioner, som er leverandører, der har de nødvendige kompetencer til at levere højt specialiserede indsatser. Dette for at værne om højt specialiserede tilbud og indsatser og sikre, at højt specialiseret viden fastholdes, udvikles og udbredes til resten af området (Regeringen, 2022).

Videre fremgår det af udspillet, at nogle af disse specialfunktioner vil blive forpligtet til at udbrede deres viden i form af udgående rådgivning og kompetenceudvikling til resten af området. Disse enheder omtales i udspillet som 'rådgivningsfunktioner'. Dette skal sikre, at borgerne tilbydes indsatser med et stærkt fagligt grundlag – uanset hvor i landet man bor, og hvor komplekse behov man har. I udspillet forudsættes det, at VISOs rådgivning med specialeplanen vil overgå til disse nye rådgivningsfunktioner.²³

I udspillet foreslås det desuden at indføre en ny rådgivningsydelse i form af korte 'mini-forløb' hos disse nye rådgivningsfunktioner. En ydelse, Social- og Boligstyrelsen kan henvise borgere med højt specialiserede behov eller kommuner til, hvis de har behov for rådgivning om en konkret problemstilling eller et afgrænset emne på det højt specialiserede område. Disse specialfunktioner minder således lidt om kompetencecentre i Norge med den forskel, at de norske kompetencecentre ikke skal levere indsatser, men primært har til opgave at sikre national vidensopbygning inden for et specifikt fagområde.

2.5 Love og regler, der vedrører borgernes rettigheder

2.5.1 Frit valg

Frit valg	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - En borger, som er visiteret til et ophold i et længerevarende botilbud, har i udgangspunktet ret til frit valg af tilbud. - Frit valg bidrager til sikring af borgernes rettigheder til et selvstændigt liv og er med til at skabe konkurrence på kvaliteten mellem tilbud.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Reglerne om frit valg af botilbud kan have store udgiftsmæssige konsekvenser for kommunen.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Beløbsgrænse for meromkostningerne på 0 % for alternative tilbud til det, kommunen har visiteret til.
Nye løsninger	-

Formål og indhold

En borger, som er visiteret til et ophold i et længerevarende botilbud, har i udgangspunktet ret til frit valg af tilbud. Det gælder for tilbud oprettet både efter

²³ Disse specialfunktioner har fællestræk med de såkaldte kompetencecentre i Norge; dog med den forskel, at kompetencecentre ikke skal levere egentlige indsatser, men primært har til opgave at sikre national vidensopbygning inden for et specifikt fagområde (Dalsgaard, Kloppenborg, et al., 2021).

servicelovens § 108 og efter almenboliglovens § 105. Retten til frit valg gælder uanset tilbuddets beliggenhed.

Formålet med reglerne om frit valg er at sikre borgernes rettigheder til et selvstændigt liv, herunder valg af bolig. Desuden er fritvalgsreglerne med til at skabe konkurrence på kvaliteten mellem tilbud, da det giver leverandøren et incitament til at optimere kvaliteten i tilbuddet.

Der er dog begrænsninger i det frie valg. *For det første* må kommunen kun tilbyde en borger ophold i et længerevarende tilbud, som borgeren har ønsket efter fritvalgsreglerne, hvis tilbuddet er registeret på Tilbudsportalen. *For det andet* har Ankestyrelsen i principafgørelser slået fast, at det alternative tilbud skal være egnet til at tilgodese borgerens behov og ikke må være væsentlig dyrere end det konkrete tilbud, som kommunen vurderer kan tilgodese borgerens behov. Ankestyrelsen definerer dog ikke, hvad der forstås ved 'væsentlig dyrere'. Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet (DUKH) vurderer, at en fordyrelse på 10-20 % formodentlig ikke er væsentlig dyrere, mens en fordyrelse på 30 % formodentlig vil blive betragtet som væsentlig dyrere (DUKH, 2021). DUKH's rådgivning er dog ikke juridisk bindende.

Udfordringer

Ekspertudvalget peger i sin første delrapport på, at reglerne om frit valg af botilbud kan "have store udgiftsmæssige konsekvenser for kommunen", da det ifølge udvalget giver mulighed for, "at borgeren kan vælge et højere serviceniveau end det, som kommunen har vurderet, dækker borgerens behov." Her henviser udvalget til, at praksis fra Ankestyrelsen har ført til, at borgerne i dag kan vælge et alternativt tilbud, der er omkring 25 % dyrere end det tilbud, kommunen tilbyder (Ekspertudvalget på socialområdet, 2023b).

Eksisterende løsninger

Af økonomiaftalen for 2024 fremgår det: "Regeringen og KL er enige om, at der skal være balance mellem hensynet til valget af det fagligt rette tilbud, borgerens ret til frit valg af botilbud og kommunernes muligheder for styring med omkostningerne til visiterede tilbud." (Finansministeriet, 2023). Med det afsæt er parterne enige om at arbejde efter en formaliseret beløbsgrænse for meromkostningerne på 0 % for alternative tilbud til det, kommunen har visiteret til. Videre fremgår det af aftalen, at der i det lovforberedende arbejde i videst muligt omfang tages højde for ens beregning af takster på tværs af offentlige og private tilbud for at sikre fair konkurrence og lige vilkår mellem offentlige og private aktører på markedet.

2.6 Viden og data

Viden og data	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Viden og data om tilbud og indsatser til borgere på socialområdet er en forudsætning for god styring. Det gælder såvel den faglige og økonomiske styring som styringen af kapacitet.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Ikke muligt på nationalt niveau at koble oplysninger om tilbud og indsatser og udgifterne på individniveau og svært at vurdere, om der er det rette udbud af tilbud.- Mangel på viden om, hvilke indsatser der er virksomme, og varierende udbredelse af dokumenterede metoder og redskaber, der understøtter en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Indberetning af oplysninger om borgeres funktionsevneniveau mv. i regi af VUM 2.0 (obligatorisk fra 2025).- Udbygning af datagrundlaget på socialområdet via en række initiativer, jf. økonomiaftalen for 2024.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Udvikling af national strategi for fortsat udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang.- Implementering af den tværfaglige og tværministerielle forskningsstrategi 'Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser'.- Etablering af en ny og sammenhængende forskningsstrategi på socialområdet.- Udarbejdelse af data- og digitaliseringsstrategi på socialområdet for 2025-2030.- Styrket formidling og anvendelse af eksisterende forskning og anden viden på socialområdet i praksis.

Formål og indhold

Viden og data om tilbud og indsatser til borgere på socialområdet, herunder mennesker med psykiske lidelser, er en forudsætning for god styring. Det gælder såvel den faglige og økonomiske styring som styringen af kapacitet.

Viden om sammenhængen mellem den indsats, borgerne får, resultaterne af indsatsen og udgiften til indsatsen kan bl.a. gøre det muligt at vurdere, om borgerne får den rette hjælp og støtte på det rette tidspunkt, og at identificere virksomme og omkostningseffektive tilbud og indsatser, hvilket kan understøtte den faglige styring. Hvis denne viden om de mest virksomme indsatser udbredes, kan det have positive effekter for samfundsøkonomien og den økonomiske styring af området (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

Endvidere kan styringsrelevante data, herunder udgifts- og aktivitetsdata på individniveau, bidrage til at belyse udgiftsudviklingen på området – både for den enkelte kommune og nationalt – og understøtte kommunerne i økonomiske og faglige prioriteringer, herunder i investering i virksomme og rettidige sociale indsatser.

Der har over en årrække været fokus på at udvikle data- og vidensgrundlaget på socialområdet og dermed sikre mere vidensbaserede sociale indsatser til gavn for udsatte borgere og borgere med funktionsnedsættelser og psykiske lidelser. Initiativerne har primært været forankret i staten og kommunerne, omend både de private og selvejende organisationer, civilsamfundsorganisationerne og regionerne også har bidraget til arbejdet med at udbygge og styrke datainfrastrukturen på området²⁴. Indsatsen har bl.a. omfattet et strategisk arbejde med at sikre et mere dækkende og aktuelt datagrundlag af høj kvalitet, et analysearbejde, der giver større indblik i målgrupper, indsatser og udgifter til sociale indsatser, samt udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

I relation til de statslige tiltag er der igennem de seneste knap 10 år arbejdet med at skabe et bedre vidensgrundlag på socialområdet. Det gælder i form af både et styret nationalt datagrundlag, mere viden om målgrupperne på området og en mere systematisk tilgang til udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser. I sin gennemgang af det statslige arbejde med en vidensbaseret socialpolitik skelner Ekspertudvalget mellem tre overordnede spor: 1) Dataunderstøttelse, 2) Udvikling af virksomme sociale indsatser og 3) Redskaber til udbredelse af virksomme sociale indsatser. Tabel 2.1 nedenfor indeholder en kort opremsning af de forskellige tiltag i de respektive spor, og der henvises til dette arbejde (Ekspertudvalget på socialområdet, 2023a) og det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien for en uddybende beskrivelse af de enkelte tiltag (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Foruden tiltagene omtalt i Tabel 2.1 kan det nævnes, at der i regi af de årlige aftaler om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet (SSA-reserven) – og før det satspuljen – er udvalgte initiativer, der understøtter en vidensbaseret socialpolitik. Til eksempel evaluerede VIVE i 2018 brugen af Critical Time Intervention (CTI) i fem kommuner som led i satspuljeinitiativet 'Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser' (Amilon et al., 2018).

²⁴ For eksempel har Danske Regioner igennem årtier samarbejdet med regeringen og KL om digitalisering af den offentlige sektor; senest med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi (Regeringen et al., 2022).

Tabel 2.1 Statslige tiltag for at sikre et bedre vidensgrundlag på socialområdet

Spør	Formål	Indhold
Dataunderstøttelse	Understøtte et bedre og mere dækkende nationalt datagrundlag på socialområdet	<ul style="list-style-type: none"> - Oprettelse af data- og analysekontorer i Social-, Bolig- og Ældreministeriets departement og Social- og Boligstyrelsen - Datastrategi og samling af nationale registre på socialområdet - Krav til kommunernes dataindberetninger (databekendtgørelsen) - Nationale statistikker på socialområdet
Udvikling af virksomme sociale indsatser	Understøtte udviklingen af virksomme sociale indsatser	<ul style="list-style-type: none"> - Strategien for Udvikling af den Sociale Indsats (SUSI) - Udviklings- og Investeringsprogrammerne (UIP'erne) - Viden om indsatser i regi af Evaluering af det specialiserede socialområde
Redskaber til udbredelse af virksomme sociale indsatser	Understøtte udbredelsen af virksomme sociale indsatser	<ul style="list-style-type: none"> - Social- og Boligstyrelsen, herunder faglige redskaber, VISO og NATKO - Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) - Den Sociale Investeringsfond (DSI) - Vidensplatforme, fx social.dk

Kilde: Ekspertudvalget på socialområdet (2023a) og Sundhedsstyrelsen (2022).

En af de interviewede kommuner udtrykker tilfredshed med Social- og Boligstyrelsens arbejde i relation til at understøtte udviklingen og omlægningen af socialpsykiatrien hen mod recovery-orienteret rehabilitering. Det gælder både udgivelser, kurser og netværk for faglige ledere, fx erfaringsopsamlingen 'Personlige borgerstyrede budgetter til socialt udsatte borgere' (Socialstyrelsen, 2020b) og netværket 'Leder-netværk i socialpsykiatrien'.

I kommunerne har man ligeledes i mange år arbejdet på at blive bedre til at indsamle og anvende data og viden til at styrke kvaliteten i den kommunale opgaveløsning, herunder på socialpsykiatriområdet. Både på det strategiske plan, bl.a. i regi af KL (fx KL, 2019, 2020, 2022), og i relation til leveringen af konkrete indsatser. Her er det vigtigt at omtale KL's digitaliserings- og dokumentationsprojekt Fælles Faglige Begreber (FFB), som i dag muliggør, at der arbejdes med systematisk dokumenteret viden om indsatsernes resultater på borgernes situation, herunder en styrkelse af grundlaget for læring, benchmarking og styring af voksenområdet.

Til trods for de seneste års tiltag er det fortsat grundlæggende og centrale udfordringer på socialområdet, at der er begrænset viden om, hvad der virker for hvem, og hvilke udgifter der er knyttet til de forskellige indsatser, og at der på tværs af kommunerne er varierende anvendelse af de metoder, der findes. Det ser vi nærmere på i næste afsnit.

Udfordringer

Selvom det grundlæggende datafundament på socialområdet er løftet som følge af især statens og kommunernes arbejde med at understøtte en vidensbaseret og virksom socialpolitik, er der fortsat kritiske videnskuller (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a; Rigsrevisionen, 2017, 2022).

I dag er det bl.a. ikke muligt på nationalt niveau at koble oplysninger om tilbud og indsatser og udgifterne på individniveau. Det betyder, at der ikke kan foretages sammenligninger af enhedsudgifter til tilbud og indsatser på tværs af kommunerne eller opgørelser af udgiftstrækket på individniveau og derved fx sammenligne udgiftsniveauet for bestemte aldersgrupper, målgrupper eller diagnosegrupper. Med det eksisterende datagrundlag er det endvidere vanskeligt at vurdere, om der er det rette udbud af tilbud. Det er i dag heller ikke muligt at lave sikre opgørelser over alle tilbuddenes belægningsprocenter, hvorved datagrundlaget kun i begrænset omfang understøtter en løbende kapacitetsstyring.

En væsentlig strukturel barriere for mulighederne for på længere sigt at sikre et bedre datagrundlag på socialområdet er, at data på socialområdet er baseret på registreringer i kommuner og tilbud. Selvom størstedelen af kommunerne i dag anvender VUM (primært)²⁵ eller VUM 2.0 som fagligt udredningsværktøj, er der ikke en fælles systemunderstøttelse på tværs af kommuner eller tilbud, hvilket bl.a. gør det vanskeligt at generere sammenlignelige og retvisende individhenførbare udgiftsdata. Endvidere er varierende registreringspraksis på tværs af kommuner og tilbud også med til at svække sammenligneligheden af data.

Mangel på viden om, hvilke indsatser der er virksomme, og varierende udbredelse af disse indsatser i kommuner og tilbud udgør endnu en væsentlig udfordring i forhold til at understøtte en vidensbaseret og virksom socialpolitik. Således er indsatsen til borgerne ikke nødvendigvis baseret på aktuelt bedste viden, ligesom der er risiko for, at der utilsigtet bruges ressourcer på mindre virksomme indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2022). Flere af de interviewede aktører, herunder kommuner, peger ligeledes på, at der i socialpsykiatrien i høj grad er brug for en mere systematisk og ensartet anvendelse af dokumenterede metoder og redskaber, der understøtter en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang. Samtidig peger en af de interviewede kommuner på, at der i øjeblikket synes at være god overensstemmelse mellem nationale strategier og tiltag på området på den ene side og på den anden side fokus og prioriteringer lokalt i kommunerne. Her peger interviewpersonen bl.a. på kommunens egen strategi for socialpsykiatrien.

En af de strukturelle barrierer for at opbygge og udbrede viden om effekterne af indsatserne på socialområdet er, at målgrupperne ofte er små, heterogene og

²⁵ Ifølge Social- og Boligstyrelsen anvendes VUM i 92 af landets 98 kommuner (Storm, 2023).

komplekse, hvilket kan gøre det vanskeligt at finde stærk evidens for sammenhænge mellem indsatsen og resultatet heraf for en borgers progression og udvikling. En anden barriere er, at det kan være ressourcekrævende at afdække resultatet af en indsats via spørgeskemaer mv. sammenlignet med områder, hvor resultater er dækket af nationale data. En tredje barriere er, at det på socialområdet generelt er vanskeligt at måle og vurdere, om en borger får det bedre og bliver mere selvhjulpent som følge af en given indsats. Det hænger bl.a. sammen med, at det kan være svært at opnå en fælles forståelse af borgerens situation og ressourcer, opstille konkrete, realistiske mål for indsatsen og foretage en systematisk, ensartet dokumentation af resultaterne. En fjerde barriere er, at der forskes relativt lidt på socialområdet, herunder socialpsykiatriområdet, og at der mangler egentlige, sammenhængende forskningsmiljøer, der gennem målrettet og kontinuerlig forskning kan konsolidere, opdatere og udvide vidensgrundlaget på området (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a; Sundhedsstyrelsen, 2022). Til eksempel peger en af de interviewede kommuner på, at der bl.a. mangler klar evidens for, hvorvidt forebyggende hjælp og støtte til udsatte voksne efter servicelovens §§ 82 a-c har den ønskede forebyggende effekt på borgernes problematikker fx i forhold til indlæggelser i behandlingspsykiatrien.

Eksisterende løsninger

Med økonomiaftalen for 2022 blev det aftalt at indføre indberetning af oplysninger om borgeres funktionsevneniveau mv. i regi af VUM 2.0. Først som en frivillig indberetning og obligatorisk fra 2025 (Regeringen & KL, 2021). Disse indberetninger skal gøre det muligt at følge systematisk op på resultater for borgerne og dermed dokumentere virkningen af den sociale indsats for den enkelte borger samt sammenligne indsatsers virkning både internt i kommunen og på tværs af kommuner (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024b).

Under overskriften 'Bedre viden og data' blev parterne bag økonomiaftalen for 2024 enige om at udbygge datagrundlaget på socialområdet via en række initiativer, herunder national statistik for udvalgte udgifter efter serviceloven, indsamling af mere viden om resultater på socialområdet, etablering af datagrundlag med henblik på bedre kapacitetsstyring af sociale tilbud samt et fællesoffentligt arbejde om datainfrastrukturen på socialområdet, som kan understøtte bedre og mere smidig brug af data i arbejdet med borgerne. Hensigten er at sikre et kvalificeret grundlag for at identificere virksomme og omkostningseffektive sociale indsatser uden at skabe yderligere administrative opgaver.

Nye løsninger

I tillæg til de eksisterende løsninger har VIVE i sin dokumentgennemgang – og til dels i interviewene med udvalgte aktører – identificeret en række forslag, som

handler om at understøtte udviklingen af et mere fuldstændigt data- og vidensgrundlag på socialområdet. Forslagene stammer fra det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien og Ekspertudvalgets arbejde.

For at sikre et bredt og ensartet kvalitetsløft af hele socialpsykiatrien anbefales det i det faglige oplæg at udvikle en national strategi for fortsat udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang, så alle mennesker med psykiske lidelser på tværs af landet får relevante, rettidige indsatser af høj kvalitet. Dette med henblik på at udbrede den eksisterende viden og erfaring på området mere systematisk til alle landets kommuner på alle niveauer. Af forslaget fremgår det bl.a., at udviklingsstrategien kan have fokus på:

- Fortsat udvikling og udbredelse af dokumenteret virksomme metoder og indsatser i socialpsykiatrien, der understøtter kvaliteten i tilbuddene og inddragelse af borgerne, herunder anvendelse af digitale og velfærdsteknologiske løsninger, der kan supplere de eksisterende indsatser med fleksible, effektive og tilgængelige løsninger.
- Understøttelse af udbredelsen af FFB og VUM 2.0 til alle landets kommuner og tilbud med henblik på at sikre en systematisk opfølgning på effekten af indsatsen for borgerne og styrke dialogen mellem medarbejderne i tilbuddene, myndighedssagsbehandlere og borgerne i forhold til udvikling og trivsel.

Det fremgår endvidere af det faglige oplæg, at den tværfaglige og tværministerielle forskningsstrategi 'Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser' fra 2015 bør implementeres løbende hen over de kommende år for at styrke viden og evidens og etablere stærke forskningsnetværk og -traditioner. En af de interviewede nationale aktører pegede også på behovet for at implementere anbefalinger fra den nationale forskningsstrategi, som handler om at styrke viden og evidens samt forskningen på området (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Ekspertudvalget anbefaler ligeledes etablering af en ny og sammenhængende forskningsstrategi på socialområdet med henblik på, at der skabes stærkere og mere sammenhængende forskningsmiljøer på området. Et forslag, som i øvrigt også indgik i den tidligere regerings udspil til en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde. I sammenhæng hermed anbefaler Ekspertudvalget, at der iværksættes et antal initiativer på kort sigt, som kan kickstarte yderligere forskning på socialområdet og fremme implementeringen af en langsigtet forskningsstrategi. Konkret foreslår udvalget, at der på forsøgsbasis afsættes en pulje til praksisnær, videnskabelig forskning på voksenområdet over en 4-årig periode, og at der som led heri uddeles 5-10 ph.d.-stipendier i praksisnær forskning på det sociale område (Ekspertudvalget på socialområdet, 2024a).

Ekspertudvalget foreslår endvidere, at der udarbejdes en data- og digitaliseringsstrategi på socialområdet for 2025-2030, som sætter en strategisk retning for, hvordan datainfrastrukturen skal videreudvikles de kommende år. Udvalget indstiller til, at der fokuseres på to områder: Dels initiativer, der sikrer mulighed for at have sammenlignelige og individhenførbare data, og dels initiativer og retningslinjer, der fremmer en mere smidig, ensartet og sikker digital kommunikation på socialområdet. Det understreges, at arbejdet med en ny data- og digitaliseringsstrategi bør bygge oven på allerede aftalte initiativer på området bl.a. i regi af tidligere års økonomiaftaler og det datastrategiske samarbejdsudvalg, som allerede er igangsat.

Endelig anbefaler Ekspertudvalget en styrket formidling og anvendelse af eksisterende forskning og anden viden på socialområdet i praksis. Dette bl.a. for at sikre, at borgerne på socialområdet i højere grad bliver mødt med den nødvendige omsorg og en fagligt velfunderet indsats, som tager afsæt i den bedste viden på området. Anbefalingen skal ifølge udvalget ses i forlængelse af de tiltag, som allerede er igangsat på området, herunder fx allerede oprettede vidensbanker og vidensplatforme såsom Viden På Tværs (VTP) og social.dk²⁶.

2.7 Delkonklusion

På baggrund af dokumentgennemgangen og interviewene med udvalgte aktører på socialpsykiatriområdet kan der peges på fem væsentlige, strukturelle udfordringer for den økonomiske, faglige og kapacitetsmæssige styring af socialpsykiatrien. Styringsudfordringerne og de mulige løsninger herpå præsenteres nedenfor. Undervejs peges der på, hvor der mangler systematiseret viden for at kunne identificere, vurdere og implementere løsningsmulighederne.

Mangel på kapacitet af de mest specialiserede tilbud

En strukturel styringsudfordring på en mindre del af socialpsykiatriområdet er mangel på kapacitet af højt specialiserede tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger og meget specifikke behov, hvor målgruppens volumen på landsplan er meget lille og antallet af egnede tilbud dermed begrænset. Målgrupperne omfatter bl.a. borgere med dobbeltdiagnoser og borgere med selvskadende adfærd. Kapacitetsudfordringen synes at have flere mulige årsager. Forskellige aktører peger dog især på kollektive handlingsproblemer, hvor kommunerne samlet set har behov for øget kapacitet til bestemte målgrupper, men hvor den enkelte kommune har en meget lille tilskyndelse til at oprette nye tilbud, fordi der er meget få borgere inden for hver målgruppe i den enkelte kommune. Manglen på højt specialiserede tilbud

²⁶ Med lanceringen af social.dk den 3. januar 2024 lukkede Social- og Boligstyrelsen samtidig for 'Vidensportalen'.

er med til at udfordre den faglige og økonomiske styring på området, fordi manglen på konkurrence kan øge prisen og sænke kvaliteten.

Kombinationen af en markedslignende ramme og koordinations- og samarbejdsstrukturerne for offentligt drevne tilbud skal sikre balance mellem udbud af og efterspørgsel efter sociale tilbud, herunder højt specialiserede tilbud. NATKO og Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde har en særlig vigtig funktion i relation til de højt specialiserede tilbud. Den eksisterende struktur har dog ikke kunnet sikre en fuldt tilstrækkelig langsigtet og koordineret planlægning af tilbud til borgere med særligt komplekse problemstillinger.

Der blev i 2023 etableret en lånepulje, som potentielt kan være med til at imødegå de kollektive handlingsproblemer på området og tilvejebringe noget af den kapacitet, der mangler på det højt specialiserede område. Nogle af de interviewede aktører i denne analyse peger desuden på muligheden for at etablere de efterspurgte højt specialiserede tilbud med inspiration fra de lovbestemte lands- og landsdelsdækkende tilbud og indsatser, hvor kommunernes betaling sker ud fra objektiv finansiering; se også nedenfor. Det forudsætter klare, objektive visitationskriterier og evt. etablering af en eller flere overkommunale enheder, som bl.a. skal have visitationsansvar (delt med kommunerne).

Derudover kan en national specialeplanlægning på det specialiserede socialområde være med til at sikre, at det rette antal og de rette typer tilbud til borgere med specialiserede behov tilvejebringes. Her er tanken, at højt specialiserede tilbud samles hos leverandører, der nationalt er udpeget til at varetage indsatser til bestemte målgrupper, herunder mennesker med psykiske lidelser.

Mangel på kapacitet af midlertidige og fleksible tilbud

På socialpsykiatriområdet er der endvidere mangel på midlertidige og fleksible tilbud, som bl.a. skal være med til at understøtte kommunerne i omlægningen af socialpsykiatrien til recovery-orienteret rehabilitering. Manglen på denne type tilbud synes bl.a. at hænge sammen med, at kommunerne har økonomisk incitament til at etablere tilbud efter almenboligloven frem for efter serviceloven. Det skyldes, at botilbudslignende tilbud efter almenloven ikke belaster den enkelte kommunes anlægsramme. Tilbud efter almenboligloven er karakteriseret ved, at borgerne har længerevarende ophold, og at kommunen som hovedregel ikke kan flytte borgerne til et andet tilbud, hvis borgernes behov ændrer sig. Det samme gælder ikke for fx tilbud til midlertidigt ophold efter servicelovens § 107 og aflastningspladser efter servicelovens § 84.

Både dokumentgennemgangen og interviewene i denne analyse viser, at mange kommuner allerede har etableret midlertidige, fleksible og lettilgængelige tilbud, fx

sociale akuttilbud og afklaringspladser, eller overvejer at gøre det evt. i et mellemkommunalt samarbejde. Det er altså lykkedes kommunerne i et vist omfang at finde løsninger på manglen på midlertidige og fleksible tilbud på socialpsykiatriområdet inden for de nuværende rammer. Tal fra Tilbudsportalen viser da også, at fra 2015 til 2021 er antallet af botilbudspladser til midlertidigt ophold steget med 11 % set på tværs af private, kommunale og regionale leverandører.

Ekspertudvalget har i sin afsluttende rapport anbefalet en undersøgelse af de økonomiske og lovgivningsmæssige rammer for etablering, drift og anvendelse af hhv. botilbudslignende tilbud og botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 for bl.a. at opnå en forståelse af, hvad der driver driftsherrernes beslutninger ved etablering af tilbud, og en forståelse af de samlede, langsigtede udgifter til etablering og drift af botilbud. Derudover anbefaler Ekspertudvalget øget fleksibilitet i reglerne om anvendelse af botilbud, så flere pladser godkendes til anvendelse efter både § 107 og § 108 i serviceloven. Udvalget anbefaler desuden, at der ses på mulighederne for at skabe flere typer målrettede botilbud og en mere fleksibel udnyttelse af botilbudslignende tilbud.

Mangel på gennemsigtighed i sammenhængen mellem støttebehov, indsats, virkning og pris

Analysen viser, at der generelt er begrænset gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgernes behov, indsatsens indhold og virkning samt prisen, hvilket svækker konkurrencen på markedet for sociale tilbud generelt. Denne mangel på gennemsigtighed og dermed fri og lige konkurrence skyldes bl.a. generel mangel på data om borgernes tilstand og progression på socialområdet, og at der er informationsasymmetri mellem myndighed og leverandører af tilbud. Dermed kan myndighed mangle indsigt i, hvilken indsats der leveres, indsatsens virkning, og hvorvidt indsatsen matcher prisen og borgernes behov. Det vanskeliggør desuden sammenlignelighed på tværs af tilbud, indsatser og takster, hvilket hæmmer en effektiv konkurrence mellem leverandører.

Der findes forskellige strukturer og mekanismer – både nationalt og lokalt – som er med til at reducere informationsasymmetrien mellem myndighed og leverandør. På nationalt plan indeholder Tilbudsportalen oplysninger om kommunale, regionale og private sociale tilbud til voksne, hvilket bl.a. skal styrke kommunernes grundlag for at vælge tilbud til den enkelte borger og skabe åbenhed og gennemsigtighed i tilbuddenes indsatser og priser. På lokalt plan forsøger kommunerne bl.a. at mindske informationsasymmetrien via en tæt dialog og et tæt samarbejde med leverandøren om den enkelte borgers udvikling. Det sker bl.a. som led i det personrettede tilsyn. Anvendelse af differentierede takster er en anden måde, hvorpå kommunerne forsøger at skabe større sammenhæng mellem støttebehov, indsats og pris og dermed

øge gennemsigtigheden. Der er dog fortsat brug for mere viden og bedre data om borgernes tilstand og progression på socialområdet.

I analysens dokumenter og ud fra interviewene identificeres en række forslag fra forskellige aktører, som alle handler om at understøtte udviklingen af et mere fuldstændigt data- og vidensgrundlag på socialområdet. Der er bl.a. stillet forslag om udvikling af en national strategi om fortsat udvikling og omlægning af socialpsykiatrien mod en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang. Endvidere er der forslag om at etablere en ny og sammenhængende forskningsstrategi for at forbedre forskningsmiljøerne på socialområdet og om at udarbejde en data- og digitaliseringsstrategi for 2025-2030, som sætter en strategisk retning for, hvordan datainfrastrukturen på socialområdet skal videreudvikles de kommende år.

Manglende gennemsigtighed og sammenlignelighed i priser

En fjerde væsentlig styringsudfordring er manglen på gennemsigtighed og sammenlignelighed i priser på sammenlignelige tilbud hos forskellige typer leverandører, hvilket er en forudsætning for fri og lige konkurrence på markedet for sociale tilbud. Det kan have konsekvenser både for kvaliteten i indsatsen til den enkelte borger og for kommunernes økonomi. Ifølge private og selvejende leverandører hænger udfordringen sammen med forskellige omkostningsstrukturer i den offentlige og private sektor, herunder at alle omkostninger ikke medregnes i taksten på et offentligt tilbud, og at visse omkostninger er politisk bestemte. Som følge heraf har de offentlige tilbud ifølge disse aktører ofte en kunstig lav takst.

For at understøtte gennemsigtighed og sammenlignelighed mellem leverandørerne på markedet er der fastsat regler om omkostningsbaserede takster, som indebærer, at et tilbuds takster fastsættes på en ensartet måde, nemlig på baggrund af samtlige budgetterede, direkte og indirekte langsigtede omkostninger ved drift af tilbuddet. Der er dog enkelte forskelle i takstberegningen, herunder at private leverandører – modsat offentlige – ikke skal indregne evt. over- og underskud over 5 % i taksten for de efterfølgende år.

Forskellige aktører har foreslået initiativer, som kan være med til at sikre større indsigt i prisfastsættelsen og mere sammenlignelige takster, især på botilbudsområdet. For eksempel har Ekspertudvalget anbefalet udvikling af et nyt takstsystem, som skal understøtte større gennemsigtighed i sammenhængen mellem indsats og pris. I den forbindelse ser VIVE behov for at undersøge, hvordan det er muligt at øge gennemsigtigheden i prisfastsættelsen af tilbud og sammenligneligheden af takster på tværs af leverandørtyper.

Variierende kvalitet i den kommunale sagsbehandling

Fra forskellige sider peges der på udfordringer med kvaliteten i den kommunale sagsbehandling på socialpsykiatriområdet. Der ses bl.a. mangel på stærke socialfaglige kompetencer blandt sagsbehandlerne på området samt sundhedsfaglig og psykiatrifaglig viden og indsigt, særligt i sjældnere og mere komplekse sager. Endvidere peges der på udfordringer med kommunernes implementering af den recovery-orienterede rehabilitering i sagsbehandlingen. Forskellige nationale aktører har endvidere peget på, at der i den kommunale visitation mangler et socialfagligt råderum, og at beslutninger ofte træffes på baggrund af økonomi frem for faglighed. Det er dog VIVEs indtryk fra tidligere analyser, at sagsbehandlere på det specialiserede voksenområde generelt inddrager såvel faglige som økonomiske hensyn i sagsbehandlingen.

Der er flere elementer i den nuværende struktur på det specialiserede socialområde, som skal understøtte god kvalitet i den kommunale sagsbehandling. VISO tilbyder bl.a. rådgivning til kommunerne i sagsbehandlingen af de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager, ligesom VISO har tilknyttet en række eksterne leverandører, som er fageksperter i forhold til specifikke diagnoser og sociale problemstillinger og stiller rådgivning til rådighed for kommunerne. Derudover benytter kommunerne i sagsbehandlingen forskellige udredningsværktøjer, herunder VUM 2.0, for at sikre en helhedsorienteret sagsbehandling, der grundigt afdækker den enkelte borgers samlede støttebehov. VIVE har desuden erfaring for, at den enkelte kommune selv kontinuerligt arbejder for at øge kvaliteten i sagsbehandlingen på området.

Det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien stiller forslag om kortlægning og udbredelse af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på området. Oplægget anbefaler endvidere at iværksætte en mere systematisk og målrettet udbredelse og implementering af VUM 2.0 i kommunerne. Også den tidligere regerings udspil til en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde indeholder forslag, som skal være med til at styrke sagsbehandlingen på området, herunder at der som supplement til specialeplanen skal ske en udvikling af allerede anvendte udredningsværktøjer, og at nye visitationsretningslinjer skal hjælpe sagsbehandlerne med at finde vej hos en specialfunktion til den rette højt specialiserede indsats til den konkrete borger.

Visse uhensigtsmæssige incitamenter i aktivitetsbaseret afregning

Botilbud er som hovedregel omfattet af aktivitetsbaseret afregning, hvor kommunen for hver plads, den bruger til en borger, betaler en individuelt aftalt pris til leverandøren. Det har en række styringsmæssige fordele, men også nogle udfordringer. *For det første* har leverandøren begrænset incitament til afdæmpet udgiftsudvikling; særligt hvis leverandøren ikke selv er med til at finansiere tilbuddet. *For det andet* understøtter aktivitetsbaseret afregning i udgangspunktet ikke leverandørens

incitament til at fastholde eller forbedre en borgers funktionsevne. *For det tredje* giver aktivitetsbaseret afregning ikke leverandøren økonomisk sikkerhed for at kunne fortsætte driften ved fald i efterspørgslen, hvilket bl.a. kan være en barriere for at sikre et tilstrækkeligt udbud af højt specialiserede tilbud.

Kommunerne forsøger i dag at øge leverandørens incitament til at arbejde for at forbedre eller fastholde borgernes funktionsevne og dermed også reducere udgiften til indsatsen til borgerne. I mange kommuner er der bl.a. fast praksis for en løbende opfølgning og dialog med leverandørerne om den enkelte borgers udvikling, hvor det vurderes, om den leverede indsats står mål med resultatet af indsatsen og prisen på indsatsen. Dette er også med til at reducere informationsasymmetrien, jf. ovenfor. Derudover har myndighederne i visitationen løbende fokus på at vælge de tilbud, hvor man har erfaring for, at leverandørerne kan levere de ønskede forbedringer for borgerne, og fravælge de leverandører, som ikke kan.

Der er identificeret en række økonomimodeller, som ved hel eller delvis implementering på (dele af) botilbudsområdet potentielt kunne løse nogle af de udpegede styringsmæssige udfordringer ved den nuværende model for aktivitetsbaseret afregning med individuel prisfastsættelse. Ud over objektiv finansiering drejer det sig om: 1) lands(dels)dækkende, standardiserede gruppetakster, 2) konkurrenceudsættelse via rammeudbud og 3) resultatbaseret afregning. Fælles for disse fire alternative økonomimodeller er, at det vil kræve en længere og grundig proces med afklaring, afprøvning og modning af de forskellige elementer, hvis man vil gå videre med overvejelserne om at indrette en ny eller justeret økonomi- og styringsmodel på dele af det specialiserede socialområde.

3 På tværs af socialpsykiatri og behandlingspsykiatri

I dette kapitel ser vi på tværs af socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Det faglige oplæg til en 10-årsplan (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 75) peger på et stort potentiale for at forbedre forløbene for borgere med psykiske lidelser ved at se på tværs af socialområdet og sundhedsområdet. Det samme behov og potentiale blev fremhævet af Regeringens udvalg om psykiatri i 2013. En psykiatrisk lidelses sværhedsgrad og kompleksitet og den enkelte borgers støttebehov afhænger både af diagnosen og af fx funktions- og arbejdsevne, netværk og evt. tilstedeværelse af sociale problemer. Forskellige borgere har dermed forskellige behov for samtidige og tværgående indsatser. Det stiller store krav til koordination og samarbejde mellem forskellige indsatser, så den enkelte borger modtager et hensigtsmæssigt, koordineret tilbud og oplever sit forløb som sammenhængende og relevant (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, p. 54).

Forskellig styring og perspektiver i socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien

Det faglige oplæg til en 10-årsplan fremhæver, at der er forskel på styringen af socialområdet og sundhedsområdet, og at strategierne for udvikling af områderne har været forskellige. Styringen på sundhedsområdet har været præget af en top-down-strategi med fokus på bindende nationale retningslinjer og vejledninger samt data-drevet udvikling, og sundhedsloven stiller tydelige krav til indsatsen. Styringen på socialområdet har i højere grad været præget af en bottom-up-strategi med fokus på udvikling, udbredelse og implementering af metoder og indsatser samt serviceloven, der fylder mest i den kommunale indsats, og som er en rammelov, der efterlader et større kommunalt frirum, og som stiller krav til den individuelle faglige vurdering af borgernes behov (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013).

Styringsgennemgangen fra 2018 fremhæver en forskel i de overordnede økonomiske styringsprincipper mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Det helt overordnede princip i regionernes økonomiske tildeling af midler til behandlingspsykiatrien er rammebaseret tildeling, hvor sygehusene får en økonomisk ramme, inden for hvilken de skal løse de aftalte opgaver. I socialpsykiatrien er principperne for den økonomiske tildeling både rammebaseret og aktivitetsbaseret afhængigt af den enkelte indsats. Ligesom i regionerne er det overordnede princip for de fleste dele af de socialpsykiatriske indsatser fx dagtilbud, kontaktpersoner og bostøtte, rammebaseret tildeling. Botilbudsområdet er dog som tidligere nævnt baseret på princippet om aktivitetsbaseret afregning, dvs. afregning efter forbrug, hvor kommunen for hver borger betaler en individuelt aftalt pris for indsatsen til leverandøren.

Endvidere peger det faglige oplæg til en 10-årsplan på en særlig udfordring i samarbejdet mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien. Behandlingspsykiatrien oplever problemer med mangel på de rette tilbud til borgerne i socialpsykiatrien, manglende kapacitet i forhold til botilbud og bostøtte, udfordringer med lange ventetider og manglende gennemsigtighed og uklar organisering i kommunerne. Kommunerne oplever, at patienter udskrives tidligere fra behandlingspsykiatrien, hvilket fører til øget efterspørgsel efter og krav til de kommunale, socialpsykiatriske indsatser samt udfordringer med kapacitet og rekruttering af medarbejdere i kommunen. Tidligere udskrivelser stiller krav til, at personalet på fx botilbud har en anden faglighed, fx mere sundhedsfagligt personale. Yderligere oplever kommunerne uensartet praksis i regionerne og en forskellig forståelse af, hvornår en patient bør udskrives. Desuden oplever kommunerne, at flere patienter udskrives med kort varsel og uden kommunens vidende (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 164).

Læsevejledning til kapitlet

Dette kapitel belyser den økonomiske, faglige og organisatoriske (kapacitetsmæssige) styring på tværs af kommunal og regional psykiatri.

Først ser vi i **afsnit 3.1** på **sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler**, som er overordnede aftaler om arbejdsdelingen mellem region, kommuner og almen praksis. Endvidere behandles i afsnit 3.1 **særlige pladser i psykiatrien**.

Herefter ser vi i **afsnit 3.2** på strukturer for koordination og samarbejde om konkrete borgerforløb i form af **udskrivningsaftaler og koordinerende indsatsplaner**.

I **afsnit 3.3** ser vi på finansieringsmodeller, dvs. hvordan visse udgifter til behandlingspsykiatrien overordnet dækkes af kommunerne. Det drejer sig om **kommunal fuldfinansiering** og **kommunal medfinansiering**.

Endelig ser vi i **afsnit 3.4** på **kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløb i form af forløbsprogrammer og pakkeforløb** samt **økonomistyring og afregning i den regionale psykiatri**.

3.1 Styring, udvikling og koordinering af kapacitet

Først ser vi i afsnit 3.1.1 på **sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler**. Disse dækker overordnede politiske aftaler om arbejdsdelingen mellem region, kommuner og almen praksis om prioriterede indsatser og danner desuden en ramme om mere specifikke samarbejdsaftaler på udvalgte områder.

I afsnit 3.1.2 ser vi på **særlige pladser i psykiatrien**. Det er en model for at sikre kapacitet til en gruppe mennesker med særlige problematikker, der tidligere har manglet tilbud til. Tilbuddet 'særlige pladser' har dækket en ganske bestemt målgruppe, men selve styringsmodellen kan have anvendelse på andre målgrupper.

3.1.1 Sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler

Sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Inden for hver region udarbejdes sundhedsaftaler med henblik på at styrke samarbejdet om udvikling af kapacitet, samarbejde om forskellige grupper borgere mv. - Fagligt er formålet med sundhedsaftalerne at sikre sammenhænge og koordinering af indsatsen inden for sundhedsområdet. Det gælder både sammenhænge mellem myndigheder og sektorer, som bidrager til at løse opgaver på sundhedsområdet, og sammenhænge inden for den enkelte myndighed og sektor.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Begrænsning i, hvor konkrete sundhedsaftalerne er i forhold til økonomi. - Begrænsning i, hvor dækkende og dybdegående en aftale kan være, når der skal koordineres mellem mange kommuner med meget forskellige behov og forudsætninger.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Under sundhedsaftalerne, der sætter de overordnede rammer, indgås samarbejdsaftaler på specifikke områder, der indeholder en mere præcis afklaring af ansvar i forhold til forskellige målgrupper og opgaver. - Samarbejds møder med udgangspunkt i konkrete sagsforløb anvendes til at konkretisere aftaler og forventninger og koordinere de enkelte forløb.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Styrket samarbejde på klyngeniveau kan understøtte sammenhænge på tværs af kommuner og region.

Formål og indhold

I hver af de fem regioner udarbejdes og vedtages en sundhedsaftale. Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværgående samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Sundhedsaftalerne skal dække et bredt og komplekst felt fra det helt overordnede og fremadrettede til de konkrete opgaver, som skal løses her og nu. Under sundhedsaftalen udarbejdes typisk en række konkrete samarbejdsaftaler inden for forskellige felter. Almen praksis er ikke aftalepart i sundhedsaftalen, men er i henhold til sundhedsloven forpligtet til at udøve sin virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. Almen praksis indgår i arbejdet med at forberede udkastet til sundhedsaftalen.

Frem til 2018 var det et krav til sundhedsaftalen, at fire indsatsområder skulle dækkes: Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og rehabilitering, Sundheds-IT og digitale arbejdsgange. I 2018 gik man over til et krav om, at parterne skulle tage stilling til, om de forskellige delelementer, der knyttede sig til de fire

indsatsområder, var relevante i den enkelte sundhedsaftale. Videre betonedes et fokus på opfølgning og afrapportering. Ændringerne fra 2018 tog udgangspunkt i anbefalinger fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen om, at sundhedsaftalerne skulle være mindre bureaukratisk tunge og give mere plads til lokale, politiske prioriteringer.

Indtil januar 2024 har Sundhedskoordinationsudvalget stået for udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftalerne. Fra og med januar 2024 er det Sundhedssamarbejdsudvalget, der har denne opgave. Den enkelte region kan aftale den konkrete sammensætning af Sundhedssamarbejdsudvalget, men som udgangspunkt består udvalget af repræsentanter fra regionsrådet, en borgmester eller fagborgmester fra hver sundhedsklynge i regionen og to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis i regionen.

Fagligt er formålet med sundhedsaftalerne at sikre sammenhænge og koordinering af indsatsen inden for sundhedsområdet. Det gælder både sammenhænge mellem myndigheder og sektorer, som bidrager til at løse opgaver på sundhedsområdet, og sammenhænge inden for den enkelte myndighed og sektor. Generelt oplever alle interviewede interessenter, at sundhedsaftalerne understøtter det formål, som er opstillet. En region forklarer det sådan, at aftalerne er politiske dokumenter, der ikke indeholder meget om kapacitet. Flere kommuner giver udtryk for, at aftalerne udgør en god ramme for et samarbejde, og at de giver en klarere placering af ansvar. Særligt nævnes en fælles forpligtelse til at holde netværksmøder som et vigtigt element, der understøtter samarbejdet på tværs.

Under sundhedsaftalen udarbejdes samarbejdsaftaler, der er driftsrettede og mere detaljeorienterede. Som en interviewperson i en region forklarer, fastlægger samarbejdsaftalerne rammerne for, hvordan man skal samarbejde på tværs. Alle de store og relevante offentlige aktører er med til at lave aftalerne, fx kommunerne, psykiatriske centre og almen praksis. Samarbejdsaftalerne bliver revideret hvert fjerde år, men udløber ikke sammen med sundhedsaftalen, da det tager lang tid at revidere en samarbejdsaftale.

Kommuner i de to interviewede regioner giver udtryk for, at der er et tæt samarbejde i mindre klynger inden for regionen. En kommunal fagchef fortæller, at der er et tæt samarbejde i regi af et driftsforum på psykiatriområdet, der udgør et "fint bindeled mellem social- og behandlingspsykiatri" i regi af sundhedsaftalen. Forummet anvendes til, at en større gruppe kommuner mødes og udveksler erfaringer. Erfaringsudvekslingen sker inden for en fast mødeskabelon, hvor man også har opgaver, der skal forberedes forud for møderne. Man drøfter komplekse sager og lærer af de gode og dårlige sager. Ifølge fagchefen medvirker det til, at man i mindre grad arbejder i siloer.

En kommune fortæller, at man i forhold til samarbejde om fx køb af pladser har meget forskellige abonnementsaftaler også inden for den enkelte klynge. Der er ikke et mønster i, hvordan man køber hos hinanden. Det er borgernes behov, der bestemmer det.

Udfordringer

Både kommunale og regionale interviewpersoner giver udtryk for, at sundhedsaftalerne er meget overordnede i den forstand, at de udgør en form for pejlemærker i forhold til de tværgående indsatsområder, men ikke nødvendigvis bidrager til at specificere og løse konkrete arbejdsgange omkring samarbejdet i driften. Det kommer an på, om der er formuleret klare samarbejdsaftaler. Begge interviewpersontyper giver endvidere udtryk for, at sundhedsaftalerne sjældent indeholder afsnit om økonomi; altså specificering af, hvilke ressourcer forskellige parter skal stille til rådighed.

En kommune giver udtryk for, at det kan være en udfordring, at socialpsykiatrien i regi af sundhedsaftalerne bliver 'lillesøster' i forhold til somatik og behandlingspsykiatri. Det skyldes, at den enkelte kommunes borgere fra socialpsykiatrien er prioriteret lavt i forhold til andre dele af sundhedsområdet.²⁷ Det politiske fokus kan være mere på fx sygdomsforløb for ældre borgere og sammenhænge med kommunale tilbud for denne gruppe.

Kommuner og regioner giver udtryk for, at de tværsektorielle netværksmøder er en god måde at arbejde sammen på og et væsentligt element i sundhedsaftalerne. Men de peger også på forskellige udfordringer. Fra regionernes side nævnes, at der er en udfordring i forskellige syn på tidsfrister i region og kommune. Fra regionernes side ses også en udfordring i forhold til flow i forløb, når kommuner har svært ved at finde det rette tilbud til en borger. Kommunerne oplever ligeledes, at de ikke selv har tilstrækkeligt beredskab af egnede tilbud til borgerne. Både fra region og kommune peges der videre på mangel på kapacitet til at afholde netværksmøder.

Nye løsninger

De kommunale ledere, vi har interviewet, taler om, at der inden for rammerne af sundhedsaftalerne bør udvikles en mere sammenhængende tilbudsvifte på tværs af myndigheder (kommuner og region) for at kunne levere sammenhængende forløb.

Flere kommuner på tværs af de to interviewede regioner fremhæver, at der med fordel kan gives flere økonomiske ressourcer og mere politisk ansvar til sundhedsklyngerne inden for regionerne. En kommune i Region Hovedstaden vurderer, at klyngerne er en bedre ramme for at skabe sammenhænge på tværs af sektorer, særligt i

²⁷ Den manglende ligestilling mellem psykiatri og somatik fremhæves også i det faglige oplæg til en 10-årsplan (Sundhedsstyrelsen, 2022).

forhold til borgere med store støtte- og behandlingsbehov, end koordination med alle kommuner i regionen. To kommuner i Region Midtjylland vurderer ligeledes, at der er bedre basis for et tæt samarbejde om en sammenhængende tilbudsvifte i regi af en klynge. Geografisk kan der være lang afstand for både borgere og fagprofessionelle selv inden for en klynge. Og inden for regionen er geografi en meget stor begrænsning både for at sikre borgernes adgang til tilbud og for at kunne koordinere forløb. I forhold til strategisk at indgå aftaler om udvikling af fælles tilbud eller samarbejder, der har et klart politisk ophæng, vurderer flere kommuner, at det regionale niveau med fordel kan komplementeres mere af et klynge niveau.

3.1.2 Særlige pladser i psykiatrien

I dette afsnit ser vi på et styringsinstrument i form af et egentligt tilbud til en særlig, afgrænset målgruppe; særlige pladser i psykiatrien.

Særlige pladser i psykiatrien	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Måltrettet og specialiseret indsats for en mindre gruppe særligt udsatte personer med svær psykisk lidelse, særlige sociale problemstillinger, udadreagerende adfærd og evt. et misbrugsproblem. - Kommunernes betaling for benyttede pladser er koblet til forbruget. Dermed sikres det økonomiske incitament for kommunerne til kun at benytte pladserne, når det er nødvendigt. - Understøtter leverandørens incitament til at tilpasse og udvikle tilbud i forhold til behov og efterspørgsel (regionen afholder 20 % af de forudsatte omkostninger). - Objektiv finansiering af ubenyttede pladser sikrer leverandøren økonomisk. - Objektive visitationskriterier understøtter, at pladserne kun bruges af 'de rette' borgere. - Relevant og virksomt tilbud.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Objektiv finansiering (fra kommunerne) af ubenyttede pladser indebærer risiko for, at kommunerne finansierer unødigt kapacitet. - Dårlig kapacitetsudnyttelse (stor tomgang).
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Lempelse af de særlige pladsers visitationskriterier (øger pladsudnyttelsen). - Mulighed for ommærkning af pladser (øger pladsudnyttelsen).
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Reducere antallet af særlige pladser. - Enklere finansieringsmodel.

Formål og indhold

De særlige pladser i psykiatrien blev etableret ved lov i 2017 (L 207, 2017) og er målrettet en mindre gruppe af særligt udsatte personer med svære psykiske lidelser, særlige sociale problemstillinger, udadreagerende adfærd og evt. et misbrugsproblem. Formålet med pladserne er at tilbyde en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på at stabilisere patientens helbred og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen. Derudover er formålet at

nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter og forebygge anvendelse af tvang over for målgruppen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, n.d.). En del af baggrunden for at etablere pladserne var, at der i perioden 2012-2016 var sket fire drab på medarbejdere på socialpsykiatriske botilbud (Buch, Højgaard, et al., 2021, p. 6).

De første særlige pladser i psykiatrien blev åbnet i 2018. Folketinget fastsatte de samlede udgifter til driften af de 150 pladser til 285 mio. kr. Kommunerne skulle betale 80 % af udgifterne, mens regionerne skulle betale 20 % (Damsgaard, 2023). Kommunernes betaling for pladserne er forbrugsafhængig, samtidig med at kommunerne objektivt finansierer tomme pladser. For at kunne blive visiteret til de særlige pladser skulle borgerne opfylde en række visitationskriterier.²⁸

Pladserne blev evalueret i 2021, hvor der blev identificeret en række udfordringer og fordele.

Evalueringen fra 2021 fandt, at der var grundlag for at udvikle og konsolidere den faglige organisering og helhedsorienterede indsats i regi af de særlige pladser.²⁹ Blandt interviewpersonerne til denne undersøgelse vurderer flere, at de faglige rammer for de særlige pladser har været hensigtsmæssige.

Udfordringer

Den væsentligste udfordring har været problemer med at udnytte kapaciteten af særlige pladser samlet set. I evalueringen fra 2021 bemærkes, at der dog i perioder har været store forskelle i belægningen på tværs af regioner. Således var der nærværdig fuld belægning i tre regioner i sidste kvartal af 2020, men en belægning på knap to femtedele og tre femtedele i to andre (Buch, Højgaard, et al., 2021). Det hænger bl.a. sammen med, at visitationskriterierne var snævre i de to sidstnævnte regioner. Desuden betød den objektive finansiering fra kommunerne, at man fra kommunernes side skulle betale både for beredskabet (tomgang) og for opholdet på en særlig plads, men samtidig i mange tilfælde også for borgernes indsats i kommunen, fx i botilbud (fordi de pladser stod 'ledige', mens borgerne modtog behandling på den særlige plads). Det har også været en barriere for at udnytte kapaciteten.

²⁸ Borgeren vurderes at være til nærliggende og væsentlig fare for andre og uforudsigelig i sin adfærd. Borgeren har en svær psykisk lidelse. Borgeren har særlige sociale problemer. Borgerens forløb er karakteriseret ved gentagne indlæggelser eller én længerevarende indlæggelse i den regionale psykiatri. Opholdet på de særlige pladser vurderes at have afgørende betydning for at kunne imødekomme de pågældendes særlige behov for behandling, rehabilitering og støtte, herunder evt. misbrugsbehandling. Opholdet vurderes – på baggrund af en begrundet formodning – at være egnet til at forhindre, at borgeren vil indtage eller købe rusmidler, anskaffe farlige genstande eller begå kriminalitet, herunder udøve vold.

²⁹ Samme vurdering findes fra forskellige aktører i behandlingspsykiatrien. "Jeg er begejstret for den model, hvor man bringer sundhedskompetencer sammen med viden om misbrug og sociale kompetencer. Det er unikt, at vi har fået et tilbud, der kan give borgeren en helhedsorienteret indsats. Men man har lavet en hybrid med økonomi og stram visitation."

Mellem 2018 og 2021 blev der gennemført forskellige omlægninger og tiltag for at øge kapacitetsudnyttelsen. Herunder blev visitationskriterierne ændret, og der blev åbnet mulighed for at henvise borgere via behandlingspsykiatrien og for at ommærke pladser. Ommærkning af pladser betød, at regionerne, hvis de havde ledig kapacitet, efter dialog med kommunerne i regionen kunne ændre en andel af pladserne til brug i den almindelige psykiatri (Buch, Højgaard, et al., 2021, p. 44). Evalueringen fra 2021 finder, at disse justeringer er små skridt i retning af bedre udnyttelse af de særlige pladser, men at de ikke løser de grundlæggende problemer bag den mangelfulde udnyttelse af kapaciteten. Derfor anbefalede evalueringen at etablere en enklere model for finansiering af de særlige pladser (Buch, Højgaard, et al., 2021).

Eksisterende løsninger

I 2023 blev der indgået aftale om en omlægning af pladserne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023). Omlægningen indebærer, at finansieringen af de særlige pladser i psykiatrien overgår fuldt til regionerne, der modtager ekstra finansiering hertil fra staten. Desuden er der planlagt etablering af et nyt integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne, der dækker en bredere målgruppe end de hidtidige særlige pladser, nemlig personer med samtidig psykiatrisk problematik og misbrug.³⁰ Visitationen til det nye tilbud tager udgangspunkt i en ny faglig retningslinje. Målgruppen for tilbuddet vurderes at være på ca. 9.200 borgere; heraf 4.600 personer, der flyttes fra kommunal misbrugsbehandling til de nye særlige pladser i regionalt regi. Sigtet med omlægningen er at skabe bedre udnyttelse af kapaciteten, knytte de særlige pladser bedre sammen med behandlingspsykiatrien og give regionerne mulighed for selv at visitere til pladserne. Ordningen skal følges løbende med henblik på at opbygge viden om målgruppen, herunder omfang og antal personer, der har behov for tilbuddet.³¹ Der gøres status medio 2026.

3.2 Koordination og samarbejde om konkrete borgerforløb

I det faglige oplæg til en 10-årsplan opstilles et mål om, at ingen udskrives fra regional psykiatri uden en plan for opfølgning (Sundhedsstyrelsen, 2022). Baggrunden for dette er en erkendelse af en række barrierer for sammenhængende borgerforløb. I dette afsnit ser vi på styringsinstrumenter, der søger at skabe sammenhæng i

³⁰ Målgruppen udgør tre grupper: 1) Personer, som kun modtager psykiatrisk behandling, men er registreret med en misbrugsdiagnose, 2) Personer, som er i aktuel behandling for både misbrug og en psykisk lidelse og 3) Personer, der kun er i misbrugsbehandling, men er kendt med samtidig psykiatrisk problematik.

³¹ Der er et eksempel fra Region Hovedstaden på, hvilke prioriteringer omlægningen har medført i forhold til forskellige typer pladser og forskellige hensyn såsom økonomi i forhold til anlæg og drift samt fastholdelse af medarbejdere (Social- og Psykiatriudvalget i Region H, 2024).

den enkelte borgers forløb. Først ser vi på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Derefter ser vi på koordinerende indsatsplaner.

3.2.1 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - For at understøtte en god overgang efter et forløb i behandlingspsykiatrien udarbejdes en udskrivningsaftale. Hvis patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen på den psykiatriske afdeling ansvar for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Fagligt: Fastholder patienten i behandling og mindsker risikoen for medicinsvigt gennem en tidligere kontakt mellem behandlere, hvis patienten ophører med behandling. Understøtter et bedre samarbejde på tværs af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien og dermed en mere helhedsorienteret sammenhængende indsats med afsæt i borgerens ønsker og behov. - Økonomisk: Understøtter, at borgeren modtager den rette indsats – og at antallet af indlæggelser reduceres. - Udskrivningsaftaler kan være ressourcekrævende ved korterevarende indlæggelser. - Barrierer ved deling af viden og data.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Undervisning af relevante medarbejdere om lovkrav om udskrivningsaftaler, indførelse af automatiske påmindelser i elektroniske patientjournaler samt prioritering af flere ressourcer til gældende lovkrav. - Kontaktpersonordninger/koordinatorer, tværsektorielt teamsamarbejde og netværksmøder, mentorordninger og brug af frivillige. - Samtidige og koordinerede indsatser, herunder fremskudt social indsats/fremskudt kommunal visitation og botilbudsteams.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - Mulighed for alternativer til udskrivningsaftaler i forbindelse med kortvarige indlæggelser. - Samarbejdsformer, fx med jævnlige møder, kan i sig selv styrke samarbejdet og understøtte implementering og optimering af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Formål og indhold

For at understøtte en god overgang til socialpsykiatrien efter et forløb i behandlingspsykiatrien udarbejdes en udskrivningsaftale. Hvis patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen på den psykiatriske afdeling ansvar for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten (Sundhedsstyrelsen, 2014).³²

³² Se desuden BEK nr 1079 af 27/10/2019 (2019)

Regionernes rolle er at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, mens kommunernes rolle er at visitere borgerne til egnede sociale tilbud.³³

Ordningen om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev indført i 1998. Frem til 2018 omfattede ordningen en mindre gruppe patienter med svære psykiske lidelser, mens der for øvrige patienter skulle udarbejdes en behandlingsplan³⁴. I 2019 blev psykiatriloven ændret, så regionerne fik pligt til gennem udskrivningsaftalerne at tage initiativ til en koordineret indsats for alle patienter (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018a, p. 59; Rigsrevisionen, 2023, p. 8). Lovændringens formål var at øge antallet af udskrivningsaftaler og dermed sikre sårbare borgere bedre sammenhæng mellem indsatser i regioner og kommuner i forbindelse med udskrivelse.

En evaluering har fundet positive effekter af tvungen opfølgning efter udskrivelse. Opfølgningen understøtter, at patienterne holder ved deres behandling, og mindsker risikoen for medicinsvigt gennem en tidligere kontakt mellem behandlere, hvis patienterne ophører med behandling. Desuden understøtter det bedre samarbejde på tværs af socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien og dermed en mere helhedsorienteret sammenhængende indsats med afsæt i borgernes ønsker og behov. Det kan bl.a. føre til færre tvangsindlæggelser (Rigsrevisionen, 2023, p. 8; Sundhedsstyrelsen, 2011, p. 5). Økonomisk kan udskrivningsaftaler og koordinationsplaner medvirke til, at borgerne modtager den rette indsats – og at antallet af genindlæggelser reduceres.

Generelt vurderer både kommunale og regionale interviewpersoner, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er gode, hvis de bliver lavet og efterlevet. En kommunal chef giver udtryk for, at kommunen er nødt til at have viden fra behandlingspsykiatrien for at kunne tage bedst muligt vare på borgerne efter udskrivelse. Der er dog situationer, hvor de ikke bliver lavet og ikke bliver efterlevet, jf. nedenfor.

En nylig undersøgelse har afdækket borgerperspektiver på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom. Undersøgelsen finder, at der for denne målgruppe er behov for øget brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for at give en mere helhedsorienteret indsats ved at reducere usikkerhed og bekymring i overgangsfaser mellem behandlingspsykiatri og andre myndigheder (D. C. Jensen & Hansen, 2024).

³³ I kommunens regi er det i øvrigt muligt at arbejde med en helhedsorienteret plan (Finansministeriet, 2018)

³⁴ Jf. sundhedslovens § 3, stk. 3 (Sundhedsloven, 2024)

Udfordringer

Flere interviewpersoner giver udtryk for, at der er meget store forskelle på, hvordan det konkrete samarbejde om borgerne fungerer.

Den væsentligste udfordring er, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i begrænset omfang implementeres. Interviewpersoner på tværs af ledelsesniveau giver udtryk for, at der er situationer, hvor aftalerne ikke bliver lavet og efterlevet.³⁵ Her henviser flere både til egne erfaringer og til Rigsrevisionens rapport fra 2023. Rigsrevisionens analyse af 4.483 indlæggelser viste, at borgerne i 73 % af tilfældene blev udskrevet fra indlæggelse uden den lovpligtige udskrivningsaftale. Rigsrevisionens gennemgang af 90 tilfældigt udvalgte sager viste samtidig, "at i de 19 tilfælde, hvor der var udarbejdet en udskrivningsaftale, levede ingen af aftalerne op til indholdskravene i vejledningen til psykiatriloven. Der manglede fx oplysninger om den fremtidige behandling og om, hvem der havde ansvaret for at revurdere aftalen." (Rigsrevisionen, 2023, p. 3).

Der er forskellige kvalitetsmæssige, tekniske og praktiske årsager, der ligger til grund for den manglende brug af aftalerne. *For det første* er samarbejdet ofte relationsbåret og situationsspecifik (afhænger af den kapacitet, der er til rådighed i den pågældende borgersag). Dette synspunkt udtrykkes af interviewpersoner fra kommuner, regioner og nationale interessenter. En kommunal chef på operationelt niveau forklarer det sådan, at der sommetider foregår tæt koordinering mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, uden at det formaliseres i form af en udskrivningsaftale. Samarbejdet er personbåret, hvilket kan være sårbart. En anden interviewperson – en national interessent – forklarer, at det kan handle om, at der fx er en forstander i et tilbud, der har en god kontakt til en psykiater. Når én stopper, skal man starte forfra (M. C. F. Jensen et al., 2023). *For det andet* er der en teknisk begrænsning, der handler om, at fagsystemerne er bygget op på en måde, så de forskellige områder ikke kan kopiere oplysninger fra én del af systemet til en anden.³⁶ *For det tredje* er der en praktisk begrænsning. Det kan være svært at nå at få lavet udskrivningsaftaler, hvis en borger er indlagt i meget kort tid.

Eksisterende løsninger

En undersøgelse (M. C. F. Jensen et al., 2023) har set på, hvilke samarbejdsmodeller der kan være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde om udredning og indsats i psykiatrien. Rapporten peger på, at det tværgående samarbejde fx om en fælles forståelse af, hvorfor det er vigtigt at lave udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, vil kunne styrkes, ved at man generelt arbejder på at skabe et bedre samarbejde på tværs af sektorer (fx bedre kendskab, informationsdeling, samarbejdsaf-

³⁵ Flere henviser til Rigsrevisionens rapport herom. Lignende findes i Nielsen et al. (2023).

³⁶ Dette forhold er også fremhævet i det faglige oplæg til en 10-årsplan (Sundhedsstyrelsen, 2022).

taler m.m.), men også ved at man laver praksisspecifikke tværfaglige indsatser, fx forløbsteams (ACT, F-ACT), forløbskoordinatorer (fx ICM, CTI, OPUS) og mere episodiske netværksbaserede tilgange (fx Åben Dialog).³⁷

En nyere undersøgelse (M. C. F. Jensen et al., 2023) har set på, hvordan man fra socialpsykiatriske botilbuds side kan styrke et tværgående samarbejde og helhedssyn generelt og dermed understøtte formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Undersøgelsen finder, at der er gode erfaringer med at have tværfaglige kompetencer i botilbud, fx at det kan være en fordel, at der er sundhedsfaglige kompetencer til stede i selve tilbuddet i forhold til at indgå i samarbejder med eksterne samarbejdspartnere fra fx behandlingspsykiatrien. Der nævnes praksiseksempler med udvikling af koordinerende roller, funktioner og fora. Et eksempel er, at nogle botilbud har ansat sygeplejefaglige konsulenter (uddannede sygeplejersker), der indadtil kan varetage komplekse sygeplejefaglige opgaver og være en klar indgang for eksterne samarbejdspartnere (Jensen et al., 2021, p. 10). Konsulenterne medvirker til et godt samarbejde fx vedr. indlæggelse og udskrivelse, og de har opbygget et tæt samarbejde med de aktører, der samarbejdes med i behandlingspsykiatrien. Samtidig kender konsulenterne både de faglogikker og de rammebetingelser, der hersker i hhv. behandlings- og socialpsykiatrien, og dermed kan de være oversættere og brobyggere på tværs af aktørerne (Jensen et al., 2021, p. 98). Et andet eksempel er et botilbud, der har et formaliseret, fast årligt samarbejde med praktiserende læger, en ansvarlig psykiater og en farmaceut, der mødes med borgere og personale for at følge borgernes sundhedstilstand tæt. Det skaber tryghed og øger borgernes tillid til at tale om, hvordan de har det (Jensen et al., 2021, p. 98).

En interviewperson fortæller, at man har indgået en aftale på tværs af regionen og alle kommuner i regionen om seks principper for arbejdet med udskrivningsaftaler. Det ses som en fordel med et sådant aftalegrundlag. Ud over den regionale aftale er der indgået samarbejdsaftaler omkring udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mellem alle kommuner og hvert tilbud i klyngen. Interviewpersoner fra kommuner og region fremhæver videre positive erfaringer med botilbudsteams. I regi af den politiske aftale om en 10-årsplan er der i to regioner sket en fuld udrulning af botilbudsteams, og der er udrulning undervejs i de resterende regioner.

En chef på strategisk niveau fremhæver videre fordele ved et Fælles Udryknings-team (FUT) fra politiet som en løsning for godt samarbejde på tværs. Det er en ordning, hvor politi og en sygeplejerske kommer ud til en borger, når kommunen vurderer at have behov. Ifølge interviewpersonen forebygger det flere indlæggelser. Ordningen blev finansieret af satspuljemidler. Der er foretaget en evaluering af erfaringerne med sådanne teams (Rigspolitiet, 2021).

³⁷ En anden kategori af indsatstyper, der understøtter samarbejder, er sociale akuttilbud (Social- og Boligstyrelsen, n.d.-c).

Nye løsninger

I eksisterende litteratur og i vores interviews peges der på udbredelse af nogle af de nævnte løsninger til at understøtte implementering og brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner eller i øvrigt styrke samarbejdet. På baggrund af Rigsrevisiøns rapport om udskrivningsaftaler og en nyere undersøgelse fra VIVE peges der på et væsentligt behov for, at parterne bliver enige om, hvad der skal stå i udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne, og at parterne sikrer, at de bliver udarbejdet og kommer rettidigt, fx så et botilbud ikke først modtager udskrivningspapirerne, når en borger står uden for deres dør (M. C. F. Jensen et al., 2023).

En mindre, praktisk løsning består i at have mulighed for alternativer til udskrivningsaftaler i forbindelse med kortvarige indlæggelser (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018a, p. 178; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013, pp. 138, 144–145).

3.2.2 Koordinerende indsatsplan

Koordinerende indsatsplan	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- For at styrke samarbejdet mellem region og kommuner om personer med psykisk lidelse og samtidig stofmisbrug eller alkoholafhængighed udarbejdes koordinerende indsatsplaner.- Fremmer koordinering omkring den enkelte borgers forløb bl.a. gennem styrkede relationer mellem fagpersoner.- Understøtter, at borgerne får relevant behandling, og at fagprofessionelle får bedre mulighed for at tænke langsigtet.- Understøtter fremdrift i borgernes forløb.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Der er nogle barrierer for at opnå en god virkning af den koordinerende indsatsplan, herunder at kravet om samtykke og aktiv deltagelse fra borgerne er vanskeligt for målgruppen.- Barrierer omkring IT-understøttelse.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Fælles uddannelsesforløb på tværs af sektorer fremmer brugen og nytten af koordinerende indsatsplaner.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Understøttelse ved konkrete samarbejdsstrukturer, hvor fagprofessionelle mødes om og med borgerne.

Formål og indhold

For at styrke samarbejdet mellem region og kommuner om personer med psykisk lidelse og samtidig stofmisbrug eller alkoholafhængighed og meget komplekse sociale problemstillinger udarbejdes koordinerende indsatsplaner (Sundhedsstyrelsen,

2014, p. 5).³⁸ Baggrunden for at samarbejde på denne måde om målgruppen er Psykiatriudvalgets rapport fra 2013, der pegede på behovet for et styrket samarbejde. Siden 2014 har der været nationale retningslinjer for arbejdet med koordinerende indsatsplaner, og i satspuljeaftalen for 2014-2017 afsattes midler til, at kommuner og regioner kunne udarbejde koordinerende indsatsplaner. Målgruppen er undervejs blevet bredere, da behovet for samarbejde og koordinering af indsatser har vist sig for flere målgrupper (Sundhedsdatastyrelsen, 2021, p. 12).

Det er de professionelle faglige vurdering, der afgør, om der i hvert enkelt tilfælde skal udarbejdes en koordinerende indsatsplan. Det er således ikke afgørende, at en borger har en specifik diagnose, men derimod at borgerens psykiske lidelse, stofmisbrug, alkoholafhængighed og/eller sociale problemstillinger udgør en barriere for, at borgeren kan deltage i samtidige eller på hinanden følgende indsatser i kommunalt og regionalt regi (Buch & Petersen, 2017). Den koordinerende indsatsplan udarbejdes typisk på et koordinationsmøde, hvor borger, fagpersoner og evt. netværk (pårørende eller andre) deltager (Sundhedsstyrelsen, 2014). Der skal udarbejdes lokalt tilpassede retningslinjer for koordinerende indsatsplaner mellem regioner og kommuner (Socialstyrelsen, 2020a, p. 36). Indsatsplanerne indeholder typisk stamoplysninger, afdækning af status, mål og indsatser i eksisterende indsatser, identifikation af primære og/eller akutte udfordringer, fælles mål og prioritering samt opfølgning.

Der er i 2017 foretaget en evaluering af erfaringer med koordinerende indsatsplaner i en region (Buch & Petersen, 2017) og i 2019 foretaget en erfaringsopsamling i regi af Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose (Thylstrup & Johansen, 2020). Evalueringen fra 2017 peger på, at koordinerende indsatsplaner kan bidrage til en mere helhedsorienteret sammenhængende indsats med fokus på progression, fremdrift og udvikling. Når KI-møderne (Koordinerende Indsatsplan-møder) fungerer godt, skabes der ny viden (Buch & Petersen, 2017, p. 49). Alliancen – Unge med dobbeltdiagnoses erfaringsopsamling finder på samme måde, at koordinerende indsatsplaner, når de virker godt, understøtter en fælles faglig forståelse af problemet og indsatsen (Thylstrup & Johansen, 2020).

Udfordringer

Evalueringen fra 2017 peger på, at der kan være en række barrierer eller begrænsninger for at anvende KI-planer.

For det første er der ofte tale om uforudsigelige forløb, hvor der opstår akutte situationer. Det kan være krævende at følge op med alle, der har været involveret i planen,

³⁸ Komplekse sociale problemstillinger defineres i denne sammenhæng på følgende måde: Sociale problemer forstås som forhold, der er kendetegnet ved, at en person er eller er i fare for at blive marginaliseret. Konkrete sociale problemer omfatter bl.a. kriminalitet, prostitution, udadreagerende adfærd, indadreagerende adfærd, seksuelt krænkende adfærd, omsorgssvigt, social isolation, selvskadende adfærd, selvmordstanker, selvmordsforsøg, overgreb, misbrug og hjemløshed. Komplexiteten omfatter antal, omfang og tyngde af sociale problemer (Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 5).

og der kan være usikkerhed om, hvem og hvor mange der skal orienteres, når der sker forandringer.

For det andet kan der være tilfælde, hvor andre måder at koordinere på, fx netværksmøder, forekommer mere anvendelige. Netværksmøder kan have mindre legitimitet, fx fordi der ikke er samme krav om indhentning af samtykke, men de kan være enklere og give mere fremdrift set i relation til arbejdsbyrden.

For det tredje er der en barriere i IT-redskaber til at understøtte KI-planerne. Planerne er nedfældet fysisk på papir, og de forskellige parter skal scanne dokumentet ind i deres respektive IT-systemer. Det kan medføre, at man fx på et døgnafsnit overser, at der findes en koordinerende indsatsplan (Buch & Petersen, 2017, pp. 33–34. Se desuden p. 45 for eksempel på tilfælde, hvor netværksmøde kan være at foretrække.) Det sidste fremhæves også i et interview til denne undersøgelse, hvor en kommunal chef siger følgende: "Fagsystemerne er bygget op på en måde, så skabelonen er i systemerne. Det er ikke et word-dokument, som man kan kopiere fra. Det burde kunne lade sig gøre, men det er en teknisk udfordring".

Eksisterende løsninger

Evalueringen peger på, at det fremmer anvendeligheden af koordinerende indsatsplaner, når personale fra behandlingspsykiatri, rusmiddelbehandling og socialpsykiatri har været på fælles uddannelse og derigennem fået et fælles fagligt syn på samarbejde. Det fordrer dog, at der efterfølgende efter kompetenceudviklingsforløb er ressourcer til også at dele viden mellem kolleger og til at følge op på aftaler (se herom i Buch & Petersen, 2017; Johansen & Thylstrup, 2022).

Nye løsninger

En kommunal chef på strategisk niveau mener ikke, at styring i forhold til, om man har oprettet bestemte lovpligtige dokumenter eller planer, bør være et væsentligt mål i forhold til at sikre bedre samarbejde med og om borgerne. Chefen forklarer det sådan, at der kan være mange forskellige planer, indsatser og samarbejdsformer, der kan støtte op om det mål. For eksempel arbejder hendes kommune med Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS), som er en intensiv indsats mellem jobcenter og behandlingspsykiatri over for borgere med psykiatriske lidelser. Erfaringerne derfra er, at når medarbejdere sidder sammen om borgerne på tværs af kommune og region, er det lettere at koordinere nogle ting, når det handler om borgerne. I chefens vurdering er den gældende løsning – lovkrav om koordinationsplaner – at bevæge sig i 'retssikkerhedsbanen'. Hun mener derimod at fokus for at forbedre samarbejdet er, at de

forskellige aktører har tid til at møde hinanden. Hun fremhæver med andre ord, at fokus bør rettes mod at sikre, at der er kapacitet til at løfte samarbejdsopgaven.³⁹

3.3 Finansiering

I kapitel 2 har vi set på, hvordan man aftaler økonomi om indsatsviften i og mellem kommunerne i socialpsykiatrien og indgår aftaler om betaling for enkelte borgeres forløb fx i botilbud. I dette afsnit ser vi på de incitamentsstrukturer, der gælder på et overordnet plan mellem kommune og region. Vi ser bredt på aktivitetsområder, da styringen dækker bredere end psykiatrien for sig, selvom der er nogle forskelle i takster.

Der findes to sæt strukturer eller ordninger, som indebærer, at kommunerne tager del i finansieringen af den aktivitet, der er i regionerne, da regionerne ikke selv har skatteudskrivningsret. Den ene kaldes kommunal fuldfinansiering (KFF) og vedrører udvalgte aktiviteter, fx specialiseret genoptræning og hospice, og betaling for færdigbehandlingsdage. Den anden kaldes kommunal medfinansiering (KMF) og indebærer, at kommunerne betaler en takst for behandling i sundhedsvæsenet. Ordningerne behandles i hvert sit afsnit nedenfor.

³⁹ Lignende vurdering i forhold til understøttende samarbejder findes i det faglige oplæg til en 10-årsplan (Sundhedsstyrelsen, 2022, p. 162, samt p. 179).

3.3.1 Kommunal fuldfinansiering (KFF)

Kommunal fuldfinansiering (KFF)	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Kommunerne har finansieringsansvar for udvalgte aktiviteter på sygehusene. For det første betaler kommunerne efter en lægelig vurdering for konkret aktivitet i forbindelse med borgernes specialiserede genoptræning og ophold på hospice. Hvad angår genoptræning skal regionen udarbejde en plan, men kommunen skal levere genoptræningen. For det andet betaler kommunerne for såkaldte færdigbehandlingsdage. Dette gælder for både somatiske og psykiatriske indlæggelser, men til forskellige takster.- Incitament for kommunerne til at forebygge indlæggelser og hjemtage færdigbehandlede patienter.- Incitament for kommunerne til at levere genoptræning og hospice.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Utydelige incitamenter: Risiko for manglende kobling mellem betalingsansvar og mulighed for at påvirke forløb.- Borgerne får ikke (tilstrækkelig) specialiseret genoptræning, fordi kommunen selv skal betale for det, idet regionen alene lægger planen.- Hvis kommunen ikke har fyldestgørende tilbud på udskrivelsestidspunktet, giver det et dårligere forløb.- Sygehuset kan have økonomisk incitament til at udskrive patienter, før de er færdigbehandlede.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Regionen udfærdiger planen for genoptræning, og kommunen leverer selv eller betaler andre aktører for genoptræningsforløb.- Der betales forskellige takster for somatiske og psykiatriske patienter. For psykiatriske færdigbehandlingsdage anvendes en trappemodel, hvor den kommunale betaling for færdigbehandlingsdage fordobles fra og med den 7. færdigbehandlingsdag og tredobles fra og med den 14. færdigbehandlingsdag. For somatiske patienter anvendes også en trappemodel fra hhv. 1. og 3. dagen.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Omlægning/afvikling af model for betaling for færdigbehandlingsdage ud fra en vurdering af, at incitamenterne er enten uklare eller skæve eller begge dele.- Omlægning af takster for færdigbehandlingsdage, så der er ligestilling mellem somatiske og psykiatriske patienter.- Omlægning af opgaver, så de i nogen grad forbundne opgaveområder, fx botilbud og behandlingspsykiatri, hører under samme myndighed.- Regionalt (med)ansvar for finansiering.

Formål og indhold

Kommunerne finansierer borgernes aktivitet i sundhedsvæsenet på udvalgte områder. Denne finansiering blev indført i forbindelse med kommunalreformen. Formålet med ordningen er at give kommunerne incitament til at have egne tilbud til borgere, der har behov, så borgerne ikke opholder sig længere end nødvendigt på sygehuset (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018b, p. 25; Sundhedsloven, 2024). Formålet blev særligt formuleret med udgangspunkt i plejkrævende ældre. Et politisk rationale kunne desuden være at give kommunerne tilskyndelse til at monitorere produktion og effektivitet i regionerne.

Ordningen fungerer på den måde, at kommunerne betaler for konkret aktivitet i sundhedsvæsenet i forbindelse med borgernes specialiserede genoptræning,

ophold på hospice og færdigbehandlingsdage. Det er en læge ved sygehuset, der både indskriver og udskriver en patient til de forskellige indsatser. Der fastsættes forskellige takster, alt efter hvilket forløb det drejer sig om. Vedrørende genoptræning skal regionen udarbejde en genoptræningsplan ved udskrivelse, og herefter har kommunen ansvaret for genoptræning efter serviceloven og for vederlagsfri fysioterapi. Vedrørende hospice er det en forudsætning, at man er uhelbredeligt syg, altså ud fra en lægelig vurdering. Der gælder frit sygehusvalg for hospice, og der findes flere leverandørtyper, både private og kommunale.

Vedrørende færdigbehandlede patienter betaler kommunerne en takst til regionerne pr. dag, hvor deres borgere er på sygehus, efter at de er færdigbehandlede. Det gælder for patienter i både somatikken og psykiatrien (Sundhedsdatastyrelsen, 2024). Kommunerne betaler ligeledes en takst til staten pr. dag, hvor deres borgere er på sygehus, efter at de er færdigbehandlede. Staten tilbagebetaler disse penge til kommunerne forholdsmæssigt efter indbyggertal. Taksten reguleres årligt svarende til pris- og lønreguleringen af bloktilskud til regionerne.⁴⁰ Formålet med betalingen for færdigbehandlingsdage er at øge kommunernes incitament til at hjemtage deres færdigbehandlede patienter (Sundhedsloven, 2024, afsnit XIX).

Udfordringer og begrænsninger

I fremlæggelsen af forslag om finansiering lagde Strukturkommissionen til grund, at den kommunale betaling skulle afspejle kommunernes faktiske mulighed for at påvirke borgernes forbrug af sygehusedelser (Strukturkommissionen, 2004, p. 578). I forhold til genoptræning kan der siges at være en potentiel konflikt i, at regionerne har kompetencen til at udarbejde genoptræningsplanerne, som kommunerne skal følge, men ikke har det finansieringsmæssige ansvar for. Det er umiddelbart et brud på princippet om, at ansvar og kompetence bør følges ad. Ud over det generelle princip fremhævede Strukturkommissionen væsentligheden af, hvor stærke incitamentsvirkningerne er i forhold til den reelle påvirkningsmulighed (Strukturkommissionen, 2004, p. 576 ff).

Mens ordningen har været gældende, er der sket tilpasninger i takstniveauet. Det har afspejlet forskellige vurderinger af det rette niveau for incitamentet. I 2019 vedtoges nye niveauer for færdigbehandlingstakster (Skriftlig fremsættelse, 2019). Baggrunden for dette var en analyse fra Sundhedsministeriet, der viste, at ved 10 % af indlæggelserne lå patienter i over 100 dage efter endt behandling. Samme analyse fandt, at antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 sengedage var ca. 3,5 gange højere i psykiatrien end i somatikken (Regeringen, 2018, p. 59). Med baggrund i

⁴⁰ Takster fastsættes ved et cirkulære (CIR1H nr 9265 af 13/03/2022, 2022).

dette blev der vedtaget en særlig færdigbehandlingstakst og en særlig trappemodell for de psykiatriske patienter.

Nogle interviewpersoner finder, at modellen giver utydelige incitament. De finder, at det kan være utydeligt for den enkelte kommune, om en ændring i adfærd også over længere tid vil påvirke den økonomiske gevinst eller byrde, når der først udbetales et beløb, der knytter sig til den enkelte færdigbehandlede patient, og efterfølgende foretages tilbageførsel til den kommunale kasse af et beløb, der er afhængigt af befolkningstallet i kommunen. Principielt er der en virkning i den forstand, at en ændring i kommuner, der giver færre færdigbehandlingdage, vil give en besparelse i den enkelte kommune, samtidig med at kommunen modtager omtrent samme beløb i tilbageførsel som ellers.

Eksisterende løsning

Den eksisterende løsning vedr. genoptræning er, at regionen udfærdiger planen for genoptræning, og kommunen leverer selv eller betaler andre aktører for genoptræningsforløb, herunder for genoptræning for mennesker med psykiatrisk sygdom. Kommunen leverer eller betaler hospiceophold.

Vedrørende færdigbehandlingstakster betales forskellige takster for somatiske og psykiatriske patienter. For psykiatriske færdigbehandlingdage anvendes en trappemodell, hvor den kommunale betaling for færdigbehandlingdage fordobles fra og med den 7. færdigbehandlingdag og tredobles fra og med den 14. færdigbehandlingdag. (For somatiske patienter gælder også en trappemodell, hvor der sker stigning på hhv. 1. og 3. dagen). Taksten for de færdigbehandlede psykiatriske patienter til regionen er på ca. 2.000 kr. i 2016 pris/løn., hvilket gælder fra dag 1. Fra dag 14 gælder en takst på ca. 2.000 kr. til regionen plus en statslig takst på 4.000 kr. Trappemodellen styrker særligt det økonomiske incitament til at forebygge forløb med mange dage. I bemærkningerne til lovforslaget fremhæves, at trappemodellen tager hensyn til, at det tager tid at finde tilbud til borgere med komplekse behov. Heroverfor bemærker flere interviewpersoner, at det kan være svært inden for tidsrammen at finde det rette tilbud til denne målgruppe.

Beløbet til staten fra de enkelte kommuner føres tilbage til kommunerne i regionen og fordeles herefter efter befolkningstal. Det betyder, at compensationen ikke fordeles efter det faktiske forbrug. Der er forskel på, hvor meget den enkelte kommune netto betaler for aktiviteten.

Nye løsninger

Interviewpersonerne har forskellige bud på nye løsninger.

Det første bud indebærer en tilpasning af den eksisterende ordning, hvor man justerer taksterne, så der er mindre forskel på færdigbehandlingstaksten for en somatisk og en psykiatrisk patient (Danske Regioner, interview). Dermed vil man ligestille de to patientforløbstyper.

Det andet løsningsforslag indebærer en større omlægning af ansvaret, så regionerne overtager drift, finansiering og visitation for en del af botilbudsområdet. Rationalet er, at der skulle være et stærkere incitament for samme overordnede aktør til hensigtsmæssig prioritering mellem botilbudskapacitet og sygehuskapacitet (Danske Regioner, interview). Danske Regioner bemærker dog, at sektorovergange mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien er et vilkår, uanset om det er internt mellem regionale delområder (sygehuse eller social virksomhed (dvs. botilbud)) eller mellem kommune og region.

En videre mulighed inden for den eksisterende ordning er at afvikle eller væsentligt nedjustere færdigbehandlingstaksten ud fra en vurdering af, at incitamentet virker skævt og uklart.

Endelig kan der overvejes modeller med et regionalt finansieringsansvar, hvilket i højere grad vil følge princippet om ansvar og kompetence. Det kunne principielt være fra fuld finansiering til mindre andele. I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen i 2014 foreslog et underudvalg fx at skærpe den regionale kompetence ved at give regionerne medfinansieringsansvar for patienter med omfattende og komplekse genoptræningsbehov (Udvalg om evaluering af kommunalreformen, 2012, p. 22).

3.3.2 Kommunal medfinansiering (KMF)

Kommunal medfinansiering (KMF)	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none">- Kommunerne er med til at betale, når deres borgere bliver behandlet i sundhedsvæsenet (på sygehuse og hos praktiserende læger, speciallæger og tandlæger) – også ud over det enkelte sengedagsforløb på sygehuse. Det kaldes kommunal medfinansiering (KMF).- Styrket incitament for kommunerne til at forebygge indlæggelser, hjemtage færdigbehandlede patienter og udvikle tilbud til dem.- Styrket incitament for kommunerne til at samarbejde med regionen (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016a).
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Administrativt omkostningsfuld.- Beskeden incitamentsvirkning: Kommunerne kan ikke påvirke alle dele af sygehusaktiviteten gennem forebyggelse. Det medfører en beskeden effekt af KMF som motiverende faktor.- KMF kan opleves at modvirke et godt samarbejde.- Uklar sammenhæng mellem betaling og forbrug.
Eksisterende løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Kommunen betaler 20 % af taksterne for behandling af dens borgere op til et aftalt loft.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none">- Justering af eksisterende ordning: Differentieret medfinansieringsordning i forhold til forskellige patientgrupper, diagnoser mv., så den andel, der tilbageføres fra staten, stemmer mere overens med forventet forbrug.- Alternativer til eksisterende ordning:<ul style="list-style-type: none">- Storskalaafprøvning af forebyggende indsatser.- Bonusordning for opnåede mål i forhold til forebyggelse mv.

Formål og indhold

Kommunerne er med til at betale, når deres borgere bliver behandlet i sundhedsvæsenet (på sygehuse og hos praktiserende læger, speciallæger og tandlæger). Det kaldes kommunal medfinansiering (KMF) (Sundhedsdatastyrelsen, 2023a). Ligesom kommunal fuldfinansiering blev ordningen indført i forbindelse med kommunalreformen i 2007.

Sigtet var at give kommunerne yderligere tilskyndelse til effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats, herunder at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016a).

Siden 2007 har ordningen været konstrueret på forskellige måder.

I perioden 2007-2011 bestod KMF af to dele: Et grundbidrag pr. indbygger og en aktivitetsbestemt medfinansiering. I 2012 blev dette ændret, så grundbidraget blev afskaffet, og den aktivitetsbestemte medfinansiering blev forhøjet. Den øgede aktivitetsbestemte medfinansiering skulle tilskynde kommunerne yderligere til en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2015). Frem til 2012 bestod medfinansieringen af et grundbidrag på ca.

7 mia. kr. og et aktivitetsbestemt bidrag på 13 mia. kr. (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016b).

I 2016 blev der indført en ændring af den øvre grænse for den regionale indtægt fra KMF, som indebærer, at en regions indtægter fra kommunerne ikke kan overstige et fastsat loft. Efter ændringen har KMF karakter af et bloktilskud og er fordelt på samme måde som bloktilskuddet (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2015). Hensigten med loftet var at mindske incitamentet til meraktivitet i regionen.

Udformningen af ordningen er sådan, at udgifterne til ordningen samlet skal gå i nul og altså ikke påvirke servicerammen. Den kommunale udgift og den regionale indtægt skal svare til det fastsatte og finansierede niveau. Ændringer i den enkelte kommunes udgifter til KMF betyder derfor isoleret set ikke behov for prioritering i forhold til andre serviceområder, men betyder alene et større eller mindre kasetræk end forudsat, som delvist udlignes via den efterfølgende tilbageførsel (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2015).

KMF giver principielt styrkede incitamenter for kommunerne på to områder. *For det første* til at forebygge indlæggelser, hjemtage færdigbehandlede patienter og udvikle tilbud til dem. *For det andet* et styrket incitament for kommunerne til at samarbejde med regionen (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016b). Jo mere effektivt samarbejde, des mere aflastes det kommunale budget.

I 2019 besluttede regeringen imidlertid at fastfryse KMF, så betalingerne ses i forhold til de enkelte kommuners budget for 2019. Samme model blev videreført i 2020, 2021 og 2022 (Danske Regioner, 2021) og igen i 2023 og 2024 (Finansministeriet, 2022, p. 14). Det betyder, at den andel, den enkelte kommune skal betale, er samme andel af den samlede ramme i det enkelte år. Dermed har KMF reelt ikke haft en incitamentsvirkning i de seneste 5 år, og formålet med ordningen har været sat ud af kraft.

Udfordringer

I evalueringer, i analyser og blandt interviewpersoner til denne undersøgelse er der peget på forskellige udfordringer og begrænsninger.

For det første som fremhævet i Finansieringsudvalgets evaluering er der administrative omkostninger forbundet med ordningen. *For det andet* kan det være uklart for kommunerne, hvordan ordningen virker.⁴¹ Kommunerne har fx ikke kontrol over, hvem der indlægges, og hvem der ikke gør. Endelig, og væsentligst, kan incitamenterne virke

⁴¹ Et kommunalt eksempel er Welling (2023)

skævt på forskellige måder (Pedersen, 2023). En måde, helt generelt, hvor ordningen kan siges at virke skævt, er, at virkningen afhænger af, hvor takstniveauet lægges. I en kvalitativ analyse fandt Finansieringsudvalget, at regionerne ser KMF som et instrument, der ikke understøtter et godt samarbejde (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2016c, p. 6). Et scenarie, hvor incitamenterne er skæve for kommunerne i forhold til at holde patienterne på sygehusene, er, hvis den samlede udgift for kommunen til en sengeplads pr. døgn er mindre end den samlede udgift, man har til et botilbud, og man således har mulighed for at spare udgiften til en borgers botilbudsplads eller bolig. Det sker dog også, at kommunen betaler for fx botilbud, mens borgeren er indlagt, hvorved incitamentet vender den anden vej. En del af den danske forskningslitteratur har desuden fundet, at en væsentlig antagelse bag modellen – om mulig substitution – er både økonomisk og fagligt set svagt begrundet (Pedersen, 2023; Pedersen et al., 2006; Vinge & Buch, 2007, p. 10).

Eksisterende løsninger

Over årene har der som nævnt været anvendt forskellige varianter af en model med KMF. I den gældende ordning, siden 2019, har modellen været sådan, at kommunerne betaler et fast månedligt beløb til regionerne. Disse betalinger er ikke aktivitetsbestemte.

Nye løsninger

Der er foreslået forskellige alternative løsninger til den eksisterende ordning for KMF.

Én kategori af alternativer handler om justeringer af den eksisterende ordning. En anden kategori handler om at finde andre måder at give incitament til kommunerne til at udvikle alternativer til regionale sundhedsydelser.

I forhold til justering af den eksisterende ordning blev Finansieringsudvalget i 2015 bedt om at beskrive og vurdere virkninger af KMF på hhv. den regionale og den kommunale økonomi (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2015). På baggrund af anbefalingerne herfra opstillede Social- og Ældreministeriet i 2016 forskellige modeller for en såkaldt differentieret KMF. Den ene type model omhandlede opdeling efter konkrete behandlinger/diagnoser. Rationalet bag denne model skulle være, at nogle diagnoser i en kommune kan forebygges, mens andre diagnoser ikke entydigt kan forhindres hverken på kort eller lang sigt. Der fremhæves dog en række ulemper ved denne model, herunder at differentiering efter dette kriterie ville bero på subjektive vurderinger og være tidskrævende, og at det ville være vanskeligt at afgrænse og definere de behandlinger, hvor kommunen reelt enten har eller ikke har mulighed for påvirkning. Den anden type model omhandlede opdeling efter alder (alder generelt eller ældre medicinske patienter). Evalueringen finder, at en aldersdifferentiering, hvor kommunerne betaler efter hhv. børn og

ældre borgere "isoleret set, alt andet lige vil give regionerne incitament til at prioritere behandlinger, hvor de opnår størst afregning af KMF" (Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg, 2015, pp. 11–13). Yderligere justering kunne handle om at annullere fastfrysningen og dermed teoretisk set have bedre overensstemmelse mellem ændring i aktivitet og økonomisk virkning.

Med udgangspunkt i de vanskeligheder, der har været med KMF i hele dens levetid, og det forhold, at den har været ude af kraft i flere år, er der også peget på alternative ordninger. En enkel model er at afvikle ordningen og give finansieringen fx rent som bloktilskud. En fortaler for at afvikle eller omlægge KMF er Kjeld Møller Pedersen, der vurderer, at det ville give væsentlige administrative besparelser. Han foreslår to alternative modeller, der evt. kan kombineres, som på forskellige måder vil indeholde incitamentsvirkninger for kommunerne. I den første afsættes 5 mia. kr. (godt en fjerdedel af de midler, der i dag omfordes med KMF) til et storskalaforsøg med forebyggelse af sygehusindlæggelser. Det foreslås, at der afprøves 2-3 "ret forskellige modeller og i alt 5-6 projekter", og at der desuden gennemføres en videnskabelig evaluering. I den anden model afsættes op til 1 mia. kr. om året som bonus til kommuner, der viser faldende antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere. Det bemærkes, at dette forslag minder om en anden del af den eksisterende finansiering af regionerne, nemlig nærhedsfinansieringen (Pedersen, 2023). Nærhedsfinansieringen går ud på, at en del af regionernes finansiering er betinget af, om de opfylder bestemte aftalte kriterier for udvikling i aktiviteter. Det gælder på den ene side *reduktion* i antal sygehusophold pr. borger, sygehusaktivitet pr. borger med kronisk sygdom og andel af somatiske indlæggelser, der fører til akut genindlæggelse, og på den anden side *stigning* i andel af virtuel sygehusbehandling. Det er væsentligt at bemærke, at ordningen omkring nærfinansiering ikke på noget tidspunkt har været i drift navnlig på grund af manglende data fra LPR3 (Landspatientregisteret). Således er der i aftaler om regionernes økonomi for årene 2020, 2021, 2022, 2023 og 2024 ikke sket en efterregulering som følge af nærhedsfinansiering (Sundhedsdatastyrelsen, 2023b). En evt. ny model forudsætter da, at der kan udarbejdes meningsfulde og sammenlignelige data om forebyggelige indlæggelser.

I forhold til forslaget om at arbejde med forskellige modeller i 'projekter' med flere mia. kr. i hvert projekt er det ud over operationelle overvejelser om datatilgængelighed og mulighed for videnskabelig opfølgning også vigtigt at være opmærksom på to andre hensyn. Det ene hensyn er lighed mellem borgere/kommuner i de enkelte år, hvor forskellige projekter løber. Forskellige modeller kan betyde meget store forskelle i fordelingen af ansvar og ressourcer mellem kommunerne. Det andet hensyn er politisk gennemførlighed og beslutning om en samlet model for landet. Administrativt kan det tage lang tid at få overblik over virkninger af forskellige modeller. Politisk vil forhandlinger om en model præges af, hvilke interesser forskellige kommuner har i hhv. den eksisterende model ('projekt') i forhold til en anden model. At det er svært at ændre på en ordning, er KMF selv et eksempel på.

3.4 Koordineret og sammenhængende indsats samt prissætning i den regionale psykiatri

Det faglige oplæg til en 10-årsplan finder, at der er behov for tydelige beskrivelser af behandlingsforløb for borgere med psykiatiske lidelser. Der peges også på behov for, at incitamenterne er rigtige både inden for behandlingspsykiatrien og mellem behandlings- og socialpsykiatri. Et eksempel kan være, hvis kommunerne reducerer kapaciteten på fx bostøtteindsatser, der så medfører en forsinkelse på udskrivning af færdigbehandlede patienter i behandlingspsykiatrien.⁴²

I dette afsnit ser vi først på måder, hvorpå man på tværs af sektorer, herunder både behandlings- og socialpsykiatrien samt primærsektor, arbejder med at sikre koordination og sammenhæng i forløb gennem forløbsprogrammer og pakkeforløb. Det sker i afsnit 3.4.1. I afsnittet ser vi nærmere på eksempler på samarbejdsaftaler omkring bestemte forløbsprogrammer, hvor der arbejdes på tværs af region og kommune. Som vi så ovenfor i afsnit 2.1.3., arbejder man i socialpsykiatrien med en lignende fremgangsmåde i såkaldte forløbsbeskrivelser. Fokus i dette afsnit er på forløb på tværs af behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og primær sundhedssektor. Dernæst i afsnit 3.4.2 redegør vi kort for måden, hvorpå der økonomistyres og afregnes for aktivitet i behandlingspsykiatrien.

⁴² En igangværende analyse af VIVE og Dansk Selskab for Patientsikkerhed peger bl.a. på dette (Jensen et al., n.d.).

3.4.1 Forløbsprogrammer og pakkeforløb

Forløbsprogrammer og pakkeforløb	
Formål og indhold	<p>Forløbsprogrammer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formålet med forløbsprogrammer er at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb inden for regionen og på tværs af region og kommuner. Et forløbsprogram beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for en given målgruppe samt implementeringen af og opfølgningen på indsatsen. <p>Pakkeforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formålet med pakkeforløb er at sikre psykiatriske patienter et behandlingstilbud af en ensartet og høj kvalitet på tværs af landet. - Driftsøkonomisk: Bedre sammenhæng i indsatsen bidrager til bedre ressourceudnyttelse og mere effektiv opgaveløsning på tværs af sektorer. - Fagligt: Man kan kvalificere indholdet af indsatsen, og man får et bedre billede af, hvor den enkelte borger hører til. - Fagligt: Styrket drift kan give kortere ventetid fra lidelsens opståen til påbegyndelse af terapi og herigennem en bedre virkning af behandlingen. - Fagligt: Bedre grundlag for at vurdere indsatsens effekt, når man ved, hvad den enkelte borger har modtaget af støtte.
Udfordringer	<p>Forløbsprogrammer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nogle interessenter vurderer, at der har været begrænset fokus på implementering af forløbsprogrammer i regi af sundhedsaftalerne. <p>Pakkeforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fagligt: Risiko for en for stor grad af standardisering på bekostning af den enkelte patients behandlingsbehov. - Økonomisk: Standardindsatser er måske ikke de rigtige, hvorfor det samlet set (måske på lang sigt) for nogle patienter bliver en dyrere indsats, fordi det rigtige ikke iværksættes med det samme. - Udfordring med mange udeblivelser pga. en oplevelse af, at behandlingsforløb ikke er tilstrækkeligt individuelt tilpasset/relevant for den enkelte.
Eksisterende løsninger	<p>Forløbsprogrammer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I 2023 arbejdes med forløbsprogrammer i alle regioner, og der findes 15 forskellige ambulante pakkeforløb for voksne på psykiatriområdet. <p>Pakkeforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I 2023 findes tre udredningspakker samt 14 pakker på udvalgte områder målrettet voksne med psykiske sygdomme.
Nye løsninger	<p>Forløbsprogrammer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der er pr. maj måned 2024 igangsat et arbejde i Sundhedsstyrelsen om sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser. <p>Pakkeforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientcentreret udredning samt fleksibilitet til fx at kunne afsætte ekstra ressourcer til at gøre en borger klar til et behandlingsforløb i en gruppe. - Mulighed for individuelt tilpasset forløb ud fra behandlers vurdering sammen med borgeren, hvad angår både indhold, tidsforbrug, enkelte aktiviteter og antal sessioner. - Styrket fremmøde til og kontinuitet i behandlingsforløb, fx ved at kommunerne tilbyder ledsageordning til borgerne, så udeblivelser mindskes.

Formål og indhold

Formålet med *forløbsprogrammer* er at understøtte sammenhængende og koordinerede forløb inden for regionen og på tværs af region og kommuner. Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for en given målgruppe, samt implementeringen af og opfølgningen på indsatsen (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Der arbejdes på tværs af styrelser på sundhedsområdet og socialområdet med følgende definition på et forløbsprogram:

Et forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given målgruppe med udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammet beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer. Endelig indeholder forløbsprogrammet en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet. (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2015)

Arbejdet med forløbsprogrammer bygger på internationale og nationale undersøgelser, der peger på, at en sammenhængende indsats kan medvirke til større tilfredshed med forløbet hos borgere og pårørende, reduktion af symptomer hos borgere, reduktion i antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser samt at få borgere i uddannelse eller beskæftigelse (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2015).

Modellen for forløbsprogrammer er oprindeligt udviklet for kronisk sygdom, men der er lavet en tilpasning til arbejdet med mennesker med psykiske lidelser. Arbejdet med forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser blev sat i værk i forlængelse af satspuljeaftaler på psykiatriområdet for 2014-2017. Pr. 2019 var der udarbejdet forskellige forløbsprogrammer: Psykisk sygdom og samtidig misbrug (Region Sjælland), Skizofreni (Region Sjælland), Depression (Region Midtjylland og Region Syddanmark) og Bipolar affektiv lidelse (Region Nordjylland) (Sundhedsstyrelsen, 2019). Der findes også eksempler på samarbejdsaftaler om udvalgte målgrupper, der flugter med modellen for forløbsprogrammer. Et eksempel herpå er en samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner, som er en til lægsaftale til den regionale sundhedsaftale for det psykiatriske område i Region Syddanmark (Region Syddanmark, 2011; Region Syddanmark og de 22 kommuner, 2022, pp. 13–15). Et andet eksempel er en samarbejdsaftale om borgere med psykisk lidelse og samtidig stof- eller alkoholmisbrug i Region Syddanmark (Region Syddanmark og de 22 kommuner, 2018).

Der er så vidt VIVE erfarer ikke foretaget evaluering af forløbsprogrammer på voksenpsykiatriområdet på nationalt plan (Sundhedsstyrelsen, 2023). Der er dog i 2018

foretaget en evaluering af forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet imellem Region Syddanmark og kommunerne Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa (Larsen, 2018).

Et *pakkeforløb* kan betragtes som en særlig form for faglig patientforløbsbeskrivelse (Lipczak et al., 2023, p. 129). Det er et samlet tilrettelagt forløb for udredning, behandling og opfølgning, hvor der er eksplicit angivelse af ansvarsplacering og i teorien også forløbstider. Et pakkeforløb kan indgå som en delmængde af et forløbsprogram. Pakkeforløbet vedrører i udgangspunktet de dele af en borgers forløb, der har med psykiatrisk behandling på et sygehus at gøre, hvor forløbsprogrammer på psykiatriområdet altså går på tværs af sygehus, socialpsykiatri og primær sundhedssektor.

De nationale pakkeforløb på psykiatriområdet er udarbejdet i regi af Danske Regioner og indeholder rammer for kliniske handlinger, herunder type, antal og varighed. En opgørelse fra 2023 viser, at der findes tre udredningspakker samt 14 pakker på udvalgte områder målrettet voksne med psykiske sygdomme. I pakkeforløbene på det psykiatriske område er der ikke – som på det somatiske område – beskrevet forløbstider for det samlede forløb eller mellem elementer. Videre er monitorering af pakkeforløbene på psykiatriområdet ikke understøttet af en detaljeret dataopsamling. Derfor er det ikke muligt at vurdere, hvilke dele af et pakkeforløb en given patient har modtaget (Lipczak et al., 2023, p. 137).

Henvisning til og behandling i et pakkeforløb hviler på en faglig visitation med afsæt i en fællesregional målgruppebeskrivelse af patienter henvist til psykiatrien. Målgruppebeskrivelsen har til hensigt at understøtte ensartede visitationskriterier og ensartet adgang til ambulant psykiatrisk behandling på sygehuse på tværs af de fem regioner. Det er en forudsætning for igangsættelse af behandling, at der forinden er foretaget en udredning og visitation, der klarlægger, at ambulant behandling i regionspsykiatrien er den mest hensigtsmæssige behandling (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018a, p. 62).

Der er i 2021 foretaget en evaluering af et pilotprojekt med pakkeforløb for patienter med hyppige genindlæggelser på fire psykiatriske afdelinger, hvoraf en var en psykiatrisk voksenafdeling. Udgangspunktet for forsøget var et ønske fra den psykiatriske afdeling om at prøve pakkeforløbets indsatser af, herunder brugen af en udskrivningskoordinator (Buch, Holm-Petersen, et al., 2021). Der er desuden foretaget enkelte forskningsbaserede analyser af effekter af pakkeforløb på psykiatriområdet (Alberdi et al., 2023; Bryde Christensen et al., 2023).

Interviewpersoner fra regionerne fortæller, at der er udviklet pakkeforløb for mange psykiatriske lidelser, og at man arbejder med beskrevne patientforløb, som sætter en ramme for arbejdet. Interviewpersoner nævner tre fordele ved strukturerede pakker: *For det første*, at man kan standardisere indsatserne og styre kapaciteten; *for det*

andet, at man kan kvalificere indholdet af indsatsen; *for det tredje*, at man bedre kan vurdere, hvilket tilbud der bedst imødekommer borgernes behov.⁴³

Udfordringer

Der peges på forskellige udfordringer med hhv. forløbsprogrammer og pakkeforløb.

Fra en national interessant fremhæves det, at der i arbejdet med *forløbsprogrammer* ikke har været fokus på, hvordan man implementerer dem i regi af sundhedsaftalerne. Der er eksempler på samarbejdsaftaler under sundhedsaftalerne, der følger forløbsprogrammodellen, hvor interessenter har medvirket i udarbejdelsen (Region Syddanmark og de 22 kommuner, 2018). En evaluering af forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet finder, at de involverede medarbejdere fra kommune og region har været positivt stemt over at indgå i arbejdet med forløbsprogrammet, men også har oplevet udfordringer med, at alle involverede professionelle kunne deltage kontinuerligt. Der oplevedes mange afbud til møder og udskiftning af medarbejdere undervejs, ligesom aktiviteterne opleves som meget ressourcekrævende (Larsen, 2018, pp. 16–17).

I undersøgelsen peger medarbejdere i socialpsykiatrien på, at der kan være både sociale barrierer (som det nævnte eksempel med social angst) og økonomiske barrierer (fx store transportudgifter) ved at deltage i et behandlingsforløb. Der opleves derfor et stort antal udeblivelser.⁴⁴

I forhold til *pakkeforløb* fandt evalueringen af et pilotforløb om forebyggelse af hyppige genindlæggelser, at den oplevede relevans og anvendelighed blandt deltagerne fra voksenpsykiatrien var lav. En erfaring var også, at de involverede medarbejdere slås med flere udfordringer relateret til kommunikation, koordination og adgang til relevante tilbud, som de vurderer, at patienterne har behov for (Buch, Holm-Petersen, et al., 2021, p. 8). Interviewdeltagere i regionerne nævner også, at manglende fleksibilitet i forløbet og indsatsen, som ofte er påkrævet ved borgere med komplekse problemer og et komplekst sygdomsbillede, er en væsentlig udfordring ved de strukturerede pakkeforløb. Patienterne kan ikke rummes i de standardiserede forløb og må flyttes over i mere komplekse og individuelt tilpassede forløb.

⁴³ Lignende fordele fremhæves i forløbsprogram fra Region Syddanmark et al. (2017, p. 12).

⁴⁴ I en igangværende undersøgelse af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri har VIVE og Dansk Selskab for Patientsikkerhed foretaget en patientinventering på udvalgte psykiatriske afdelinger; en ambulant enhed og et sengeafsnit i hver af de fem regioner. Patientgruppen var patienter med en høj grad af psykiatrisk kompleksitet. Patientinventeringen fandt, at registreret spild i næsten halvdelen af tilfældene skyldtes en patientudeblivelse eller en patientaflysning så sent, at tiden ikke kunne anvendes til en anden kontakt (VIVE under udarbejdelse).

Eksisterende løsninger

Vurderingen fra en national interessent er, at forløbsprogrammer og lignende højner et fælles vidensniveau om, hvad det gode patientforløb er for sager af forskellig karakter, fx diagnoser eller kombination af diagnoser. En evaluering af implementeringsprocessen af et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet finder, at forløbsprogrammet har været en succes i forhold til, at borgerne har følt sig inddraget i eget behandlingsforløb og i de planer, der vedrører beskæftigelse (Larsen, 2018, pp. 16–17).

Flere kommunale aktører blandt interviewpersonerne peger på, at det er vigtigt for at opnå gavn af behandlingsforløb, at man fra socialpsykiatriens side understøtter borgere med komplekse behov i at deltage i forløb i behandlingspsykiatrien. En måde at understøtte borgerens forløb er, at man hjælper borgerne med at huske deres aftaler, eller at man ledsager borgere, der fx har social angst.

Nogle af de kommuner, der har deltaget i denne undersøgelse, planlægger at opskalere indsatsen med at ledsage borgere på vej ind i behandlingspsykiatrien på baggrund af positive erfaringer fra et pilotforsøg. Tilsvarende erfaringer findes i en undersøgelse af socialpsykiatrien i fire kommuner, hvor medarbejdere oplever, at borgerne er mere trygge i forløbet, og at de samtidig aflaster samarbejdspartnere i behandlingspsykiatrien (Benjaminsen et al., 2018, afsnit 7.4.2). Flere af de kommunale aktører mener dog, at opgaven med at lette adgang og understøtte forløb i behandlingspsykiatrien ikke entydigt ligger i kommunen, men også i regionen. I den sammenhæng taler nogle kommunale aktører om opgaveglidning.

Nye løsninger

I forhold til *forløbsprogrammer* er der pr. maj måned 2024 igangsat et arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen om sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser. Heri skitseres rolle- og opgavefordeling mellem forskellige sektorer i forhold til udvalgte målgrupper. Det fælles forløbsprogram bygger på en forståelse af, at mange forløb for mennesker med psykoselidelser er ikke-lineære, langvarige og komplekse, og at der kan være behov for samtidige indsatser på tværs af region, kommune og almen praksis. Forløbsbeskrivelsen indeholder styrelsernes anbefalinger til, hvilke indsatser der skal til fra de forskellige instanser til at understøtte borgernes forløb. En væsentlig anbefaling er, at der er få, gennemgående kontaktpersoner eller ansvarlige fagpersoner, der koordinerer og skaber sammenhæng i forløb.

I forhold til *pakkeforløb* nævnes der i forskningsartikler forskellige løsninger, der kan understøtte en god effekt af disse (Alberdi et al., 2023; Bryde Christensen et al., 2023):

- Patientcentreret udredning samt fleksibilitet til fx at kunne afsætte ekstra ressourcer til at gøre en borger klar til et behandlingsforløb i en gruppe.
- Mulighed for individuelt tilpasset forløb ud fra behandlers vurdering sammen med borgeren, hvad angår både indhold, tidsforbrug, enkelte aktiviteter og antal sessioner.
- Styrket fremmøde og kontinuitet i behandlingsforløb, fx ved at kommunerne tilbyder ledsageordning til borgerne, så udeblivelser mindskes (hvilket der som nævnt ovenfor planlægges indsatser om i nogle af de kommuner, der har deltaget i denne undersøgelse).

3.4.2 Økonomistyring og afregning i behandlingspsykiatrien (indlæggelse og ambulante forløb)

Fokus for denne rapport er socialpsykiatrien og samarbejdet med behandlingspsykiatrien. I dette afsnit ser vi imidlertid på, hvordan man *inden for* behandlingspsykiatrien afregner for forskellige aktiviteter. Det er nyttigt med et overblik over dette, hvis man vil afsøge nye løsninger på samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Fremstillingen baseres primært på den tidligere styringsgennemgang fra 2018, der havde sit primære fokus på behandlingspsykiatrien.

Økonomistyring og afregning i behandlingspsykiatrien (indlæggelse og ambulante forløb)	
Formål og indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Overordnet set styres økonomien i behandlingspsykiatrien med mål og rammer mellem region og stat. Der anvendes rammestyring internt. - Rammestyring kan understøtte en enkel styring, dog med begrænset incitament til at øge produktion eller produktivitet. - Rammestyring kan være enkel i forhold til den enkelte afdelings planlægning. - Takststyring kan give økonomisk incitament til øget produktivitet, dvs. nedbringelse af omkostningen pr. sengedag eller forløb. Hvis en afdeling kan begrænse omkostningerne, får man højere indtægt og dermed større økonomisk handlerum.
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Takst: Begrænset fokus på sammenhæng i patientforløb enten internt eller på tværs. - Takst: Entydigt fokus på aktivitet uden fokus på, om aktiviteten er den rigtige. - Takst: Kan tilskynde til unødigt at forlænge ophold på sygehuse.
Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> - DRG-takst på psykiatriområdet. - Administrativt kan det være krævende at beregne takster efter DRG-kriterier.

Formål og indhold

Hver region får tilført midler fra staten til at dække aktiviteter for det somatiske og psykiatriske område under ét. Inden for regionen sker der så en prioritering mellem

forskellige indsatsområder og aftalte rammer uafhængigt af aktivitet. Der kan desuden være midler udmeldt fra diverse puljer, hvor der stilles statslige krav til midlernes anvendelse.

Den økonomiske styring af behandlingspsykiatrien baseres på mål- og rammestyring. Det vil sige, at der udmeldes overordnede mål og en ramme, som det enkelte sygehus eller den enkelte afdeling skal holde sig inden for, men hvor der ikke er direkte økonomisk konsekvens, hvis det ikke sker.

Siden 2014 har en udrednings- og behandlingsret været gældende for både børn, unge og voksne i psykiatrien. Det indebærer, at patienter med psykiske lidelser – ligesom somatiske patienter – har ret til hurtig udredning (inden for 30 dage) og krav på påbegyndt behandling inden for 30 dage fra udredningstidspunktet. De har også ret til frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for fristen (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018b, kap. 5).

I styringsgennemgangen fra 2018 beskrives en historisk udvikling, hvor man i en årrække frem til 2016 har været særligt fokuseret på at give incitament til at øge aktiviteten, så ventelister kunne reduceres, og udredningsretten opfyldes (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018b, p. 29).⁴⁵ Samtidig peges på en udvikling siden 2017, hvor der er stigende fokus på værdi for patienterne, dog med fortsat fokus på overholdelse af udredningsretten. Det betyder, at man i højere grad ser på rammestyring også i udmøntningen af budget til en bestemt afdeling. Der anvendes dog takster til brug for afregning med regionen, hvis bloktilskud finansieres af staten, og en KMF på 20 % som nævnt i afsnit 3.3. Det er bopælsregionen, der betaler, når en borger behandles på et sygehus i en anden region (Sundhedsdatastyrelsen, 2023c, p. 12).⁴⁶

I 2024 udgør sengedagstaksten for psykiatriske patienter 4.174 kr. (2024 p/l), og dagstaksten for ambulant behandling udgør 2.089 kr. (2024 p/l). Taksterne på det psykiatriske område er uafhængigt af patientens diagnose. Dette er i modsætning til DRG-systemet, der er hovedprincip for afregning på det somatiske område (Sundhedsdatastyrelsen, 2023c).⁴⁷ Udvalget vedrørende bedre incitament i sundhedsvæsenet peger på en teoretisk fordel ved afregning efter takster, nemlig at afregning pr. sengedag/dag i behandling giver en stærk tilskyndelse til at producere ydelser, da leverandøren dermed øger sin indtjening (eller handlerum, eller hvad man nu ønsker at maksimere). Teoretisk set er det ifølge udvalget også den bedste

⁴⁵ For en forskningsbaseret analyse af starten af denne periode henvises til Pedersen et al. (2006).

⁴⁶ Et ambulant besøg defineres som et fysisk fremmøde, hvor en patient ikke disponerer over en normeret seng. Indlæggelse defineres som en sundhedsaktivitet på et afsnit, hvor en patient tildeles og dermed optager en normeret sengeplads (Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS), n.d.).

⁴⁷ Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. sengedag, medregnes udskrivningsdagen ikke i antallet af sengedage. Dog medregnes mindst 1 dag pr. indlæggelse.

mulighed for at tilpasse afregningen til de marginale omkostninger på patientniveau (Danske Regioner et al., 2013, pp. 101–102).

Incitamentsvirkningen beror dog på, hvordan taksten beregnes, og om den er knyttet til omkostninger eller ej. Hvis taksterne ikke er omkostningsafhængige, men faste, øger det incitamentet til øget produktivitet. Dette indebærer dog principielt et incitament til at sænke kvaliteten, så man kan producere mange indsatser billigere og få en højere indtægt.

Udfordringer

Der er udfordringer, der navnlig knytter sig til incitamentsvirkninger.

Som Udvalget for bedre incitamenter (Danske Regioner et al., 2013, p. 103) forklarer, vil incitamenterne ved dagstakst nærmest pr. definition indebære en uhensigtsmæssighed i relation til kvaliteten i indsatsen, fordi der ikke er nogen sammenhæng mellem de præsterede aktiviteter og omkostningerne ved at levere disse. Den enkelte sengedags- eller besøgstakst reflekterer ikke den faktiske udgift til et forløb (Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien, 2018b, p. 48), og den opfanger ikke forskelle i omkostninger, som er uafhængige af sengedage. Derfor kan den alene anvendes som et skøn og kan ikke anvendes til at beregne faktisk medgåede omkostninger til et samlet behandlingsforløb.

Udvalget for bedre incitamenter peger videre på ulemper ved den takstafregningsform, der anvendes i behandlingspsykiatrien i form af fx uhensigtsmæssig adfærd, kapacitetsudnyttelse og effektiv behandling (Danske Regioner et al., 2013, p. 103). I forhold til uhensigtsmæssig adfærd peges på, at takster kan tilskynde til at beholde den enkelte patient længere tid på sygehuset, hvis de faktiske omkostninger pr. sengedag falder med længden af indlæggelsen i takt med patientens bedring. I forhold til kapacitetsudnyttelse peges på, at det kan være vanskeligt at kontrollere rimeligheden af sengedagsforbrug. I forhold til effektivitet peges på, at takstbetaling kan være en barriere for behandling på laveste effektive omkostningsniveau. Teoretisk set, hvis taksten er delt i to, fx 20/80, som mellem kommune og stat, og det i princippet er muligt for en kommune at levere en substituerbar ydelse (samme kvalitet) til lavere pris end den samlede takst, fx på 70 % af taksten – så er det stadig billigere for kommunen at 'købe' af regionen.

Hertil bemærkes det, at nogle forskere, herunder professor Kjeld Møller Pedersen, generelt vurderer mulighederne for substitution som meget små (Pedersen et al., 2006; Se også Vinge & Buch, 2007). Det er en væsentlig faglig diskussion at fastlægge, hvilke ydelser og tilbud der er substituerbare, og i hvilket omfang levering af en indsats, fx psykoedukation, hensigtsmæssigt ligger i både region og kommune.

Nye løsninger

Der er anvendt og drøftet forskellige alternative løsningsmodeller for afregning af forløb i behandlingspsykiatrien.

Frem til takstsystem 2018 blev der beregnet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien. Heri lå en afsøgning af mulighederne for at anvende DRG-takster også på det psykiatriske område. I hovedrapporten om bedre incitamenter i sundhedsvæsenet er der analyseret fordele og ulemper ved forskellige styringselementer, herunder brugen af takster som på psykiatriområdet, og DRG-takster, der for en stor del anvendes af sundhedsvæsenet ud over psykiatrien. I styringsgennemgangen af psykiatrien fra 2018 gives en redegørelse for forudsætningerne for en mulig DRG-takst.

Der peges på, at inddelingen af patienter i DR-grupper skal foretages efter en afvejning af tre hensyn. *For det første*, at grupperingen af patienter skal være klinisk meningsfuld. *For det andet*, at grupperne skal være ressourcehomogene. *For det tredje*, at antallet af grupper skal være overskueligt.

Beregningen af omkostningerne ved behandlingen af patienterne i de enkelte grupper foregår på baggrund af sygehusenes fordelingsregnskaber og ligger til grund for fastlæggelsen af de gennemsnitlige udgifter for patientbehandlingen i de enkelte grupper, der udtrykkes gennem takster.

Generelt i forhold til DRG-takster vurderer interviewpersoner fra regioner, at hverken det første eller det andet hensyn er opfyldt for denne målgruppe. Desuden er der utilstrækkeligt datagrundlag, og modellen vurderes derfor at have begrænset anvendelse.

3.5 Delkonklusion

I dette kapitel har vi set på udfordringer for styringen mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. På baggrund af gennemgangen kan der peges på fem væsentlige udfordringer i styringen. Disse udfordringer – og mulige løsninger på dem – gennemgås nedenfor. Afslutningsvis peges der på, hvor der mangler systematiseret viden for at kunne identificere, forstå og vurdere løsningsmuligheder.

For den enkelte borger med sindslidelse er der typisk mange indgange, der kan være svære at holde styr på både for borgeren selv og for fagprofessionelle og pårørende. Det gælder særligt for de mest udsatte, som vi har fokus på i denne rapport.

Klar ansvarsfordeling, sammenhæng i indsatsviften og hensigtsmæssig samarbejdsstruktur

En væsentlig styringsudfordring mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri er at sikre en klar ansvarsfordeling på den ene side og en sammenhængende tilbudsvifte på den anden. Sundhedsaftaler og de tilhørende samarbejdsaftaler vedrører ansvarsfordeling og sammenhæng på et organisatorisk plan.

Det faglige oplæg til en 10-årsplan peger på uensartet implementering af sundhedsaftaler som en udfordring for at skabe sammenhæng. De interviewede interessenter finder, at sundhedsaftalerne generelt er et godt styringsinstrument. De peger dog også på en række barrierer for, at sundhedsaftalerne kan virke godt.

For det første er det en barriere, at der fra regionens side savnes et fælles overblik og videndeling om, hvilke tilbud der findes i hver kommune. Regionale aktører oplever et problem i, at man ikke ved, hvad man kan sende en patient videre til, når patienten er færdigbehandlet i psykiatrien, men fortsat har behov for støtte. Fra kommunal side lægges der vægt på, at det er kommunen, der skal visitere til en indsats og har pligt til at kende de konkrete tilbud, mens regionen som udgangspunkt skal gå gennem de sociale myndigheder eller jobcenteret i kommunen. *For det andet* er det en barriere på det lovgivningsmæssige plan at samarbejde på tværs af lovgivninger. Flere interviewpersoner vurderer – som det faglige oplæg til en 10-årsplan – at der er behov for en mere integreret lovgivning for målgruppen på tværs af bl.a. sociallov og sundhedslov.

For det tredje er der en udfordring på et strukturelt plan. Nogle kommunale aktører udtrykker, at behandlingspsykiatri og socialpsykiatri fylder for lidt i sundhedsaftalarbejdet; meget af det politiske fokus er på det bredere sundhedsområde. Nogle kommunale aktører finder videre, at det er vanskeligt at samarbejde mellem alle kommuner i regionen. Det er mere naturligt og oplagt at arbejde tæt sammen i mindre klynger i forhold til både køb, salg og kapacitetsstyring og i forhold til samarbejde med behandlingspsykiatrien. Nogle kommuner vurderer videre, at det politiske ophæng er klarere på klyngeniveau. I forhold til potentialet for en klyngeorganisering vurderer en regional aktør på den ene side, at det er vigtigt, at man ikke udvander de behandlingspsykiatriske afdelinger og den viden og vidensproduktion, der finder sted her. På den anden side ser hun et potentiale i klynger, hvis de kan give et bedre overblik og en stærkere og mere standardiseret tilbudsvifte mellem kommuner og mellem kommuner og almen praksis.

Særlige pladser

Der har i en årrække været en udfordring med en gruppe af meget behandlingskrævende og udadreagerende borgere, der har været svær at hjælpe og rumme for den

enkelte kommune. For denne gruppe har der været anvendt en institutionel løsning i form af særlige pladser i psykiatrien. Rationalet var, at kommunerne skulle betale objektiv finansiering for et fælles beredskab og samtidig betale for aktivitet. Evalueringer og interviews til denne undersøgelse peger på, at det faglige indhold i pladserne var godt for målgruppen, men at den anvendte økonomimodel var uhensigtsmæssig.

Instrumenter og strukturer for samarbejde om individuelle forløb

Ud over samarbejdet om en tilbudsvifte og kapacitet er det en væsentlig udfordring at sikre et godt samarbejde om de enkelte borgeres forløb på tværs af sektorer. Hensigten med udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner er at styrke samarbejde, videndeling og gennemsigtighed for både borgere og fagprofessionelle.

De interviewede interessenter giver udtryk for, at de forskellige instrumenter virker godt, når de iværksættes. Når det sker, gør de forskellige instrumenter det lettere at dele viden fx om en borgers symptomer og medicinbehov samt faglige opmærksomhedspunkter. Der ses dog også begrænsninger i forhold til implementeringen af aftalerne. I forhold til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er der praktiske begrænsninger i at nå at indgå aftaler ved meget korte indlæggelser. En væsentligere udfordring – der også fremhæves af det faglige oplæg til en 10-årsplan – er teknisk, nemlig at det er vanskeligt IT-mæssigt at dele viden. Endelig er der en udfordring i, at meget samarbejde er relationelt båret.

Der findes forskellige løsninger og samarbejdsstrukturer, som dels generelt styrker samarbejdet, dels understøtter en god implementering og virkning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Et eksempel er et botilbud, der har ansat en sygeplejerske, der kan hjælpe med at oversætte og udmønte aftaler. Der er desuden sket en udrulning af botilbudsteams i to regioner, og der er ved at ske en udrulning af botilbudsteams i de tre resterende regioner. For koordinerende indsatsplaner gælder på samme måde, at planen i sig selv ikke løser koordinations- og samarbejdsbehov. Erfaringer med fx IPS peger på, at det er afgørende, at medarbejderne sidder sammen med borgerne.

Det faglige oplæg peger desuden på, at det er vigtigt, at fagprofessionelle på tværs indgår i fælles læringsforløb.

Behov for tydelige incitamenter, i den rigtige retning

Da kommunerne overtog store dele af det specialiserede område fra amterne, var der opmærksomhed på, om incitamenterne for kommunerne 'vendte rigtigt'. Udfordringen er, at en kommune kan have incitament til alene at symptombehandle mindre skavanker og tilstande hos dens borgere, når de opstår, og så snart borgerne

har behov sende dem over i regionale tilbud. Det ses som vigtigt, at kommunerne har tilskyndelse til at forebygge sygdom og mistrivsel og til at udvikle effektive tilbud til borgerne, så de forløb, der mest effektivt varetages på kommunalt niveau, også løftes der. Der blev derfor udviklet to overordnede modeller til løsning af denne udfordring, KFF og KMF. Der knytter sig nogle antagelser til disse modeller. En antagelse om, at den enkelte kommune agerer som en enhedsaktør, der primært drives af, hvad der letter løsningen af opgaverne, og som minimerer eget ansvar. I en mildere variant af den antagelse kan man sige, at den enkelte kommune betragter økonomiske incitamentter som signal fra Folketinget om, hvad der er dens retmæssige ansvar, og hvad der ikke er. En videre antagelse er, at de signaler, der sendes, er tydelige, og at de ikke på samme tid peger i modsatte retninger.

For begge modeller ses, at der har været udfordringer med at finde et passende leje for takster, så incitamentter virker rigtigt. Det ses også, at der har været udfordringer med at gøre ordningerne gennemskuelige. Der ses videre to alternative løsningstyper for at opnå formålet. Den ene type handler om at foretage mindre justeringer i ordningerne. Den anden type løsningsforslag går på at afvikle de gældende ordninger og finde alternativer. Denne type løsningsforslag baserer sig på en analyse, der finder, at antagelserne bag modellerne generelt set ikke holder.

Kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløb i den regionale psykiatri

Det kan være en udfordring at skabe sammenhæng omkring forløb for mennesker med psykiske lidelser. Det faglige oplæg til en 10-årsplan finder, at der er behov for tydelige beskrivelser af, hvilke fagpersoner der har hvilke opgaver, og at opgaverne i stigende grad varetages tværfagligt. En løsning på denne udfordring, som der arbejdes med på tværs af behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og primær sundhedssektor er forløbsprogrammer. For nogle målgrupper arbejdes der i regi af behandlingspsykiatrien med pakkeforløb. Disse understøtter koordinering af forløb både internt i en afdeling og på tværs af organisatoriske enheder.

Interviewpersoner til denne undersøgelse fremhæver flere fordele ved forløbsprogrammer og pakkeforløb, men også udfordringer. Den væsentligste udfordring, der nævnes, handler om implementering af forløbsprogrammer og pakkeforløb i regi af sundhedsaftaler. I forhold til nye løsninger, er der pr. maj måned 2024 igangsat et arbejde imellem Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen om sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser. En central anbefaling heri er, at der bør være få ansvarlige kontaktpersoner, der koordinerer og skaber sammenhæng i borgerens forløb.

En videre udfordring i forhold til pakkeforløb handler indholdsmæssigt om, at pakkeforløb kan medføre en for stor grad af standardisering og manglende fleksibilitet i forløb og indsats. I forskningsbaseret litteratur foreslås bl.a. patientcentreret

udredning og øget fleksibilitet som måder at opnå bedre forløb på. En interviewperson fremhæver desuden et stort potentiale i at understøtte pakkeforløb, ved at kommunerne følger patienterne på vej til deres behandling på psykiatriske afdelinger. Herigennem styrkes fremmødet, og der opleves øget kontinuitet i forløb og effekt af behandling.



Dokumentation

Litteratur

- Aftaletekst om ældrereform. (2024). *Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om en reform af ældreområdet*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Alberdi, F., Heinskou, T., & Rosenbaum, B. (2023). *Ti år med behandlingsskaber i psykiatrien – det er tid til et eftersyn*. Ugeskrift for Læger. <https://ugeskriftet.dk/debat/ti-ar-med-behandlingspakker-i-psykiatrien-det-er-tid-til-et-eftersyn>
- Amilon, A., Mehlsen, L., Bengtsson, S., Nielsen, K., & Lauridsen, J. B. (2018). *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Andersen, B. (2023). *Socialpædagogerne: Socialtilsynet sætter barren alt for lavt i deres bedømmelse af sociale tilbud*. Altinget. <https://www.alinget.dk/social/artikel/socialpaedagogerne-der-for-mange-ufaglaerte-paa-de-specialiserede-socialomraade>
- Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. (2018a). *Styringsgennemgang af psykiatrien - Delrapportering I*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. (2018b). *Styringsgennemgang af psykiatrien - Delrapportering II*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- BEK nr 1079 af 27/10/2019. (2019). *BEK nr 1079 af 27/10/2019: Bekendtgørelse om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger*. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1079>
- Benjaminsen, L. (2022). *Hjemløshed i Danmark 2022: National kortlægning*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Trier Grønfeldt, S., & Jensen, M. F. (2018). *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien: En kvalitativ undersøgelse i fire kommuner*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bryde Christensen, A., Pavlo, A. J., Davidson, L., Poulsen, S., Reinholt, N., Hvenegaard, M., Simonsen, E., & Arnfred, S. (2023). Does one treatment benefit all? Patients' experiences of standardized group CBT for anxiety and depression. *Current Psychology*, 42(20), 16815–16829.

- Buch, M. S., Højgaard, B., & Martin, H. M. (2021). *Evaluering af de særlige pladser i psykiatrien*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., Holm-Petersen, C., Johansen, M. B., & Jensen, M. S. (2021). *Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser: Status for pilotafprøvnings aktiviteter samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., & Petersen, A. (2017). *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner: Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Bukh, P. N., & Christensen, K. S. (2021). Effektbaseret økonomistyring: Udfordringer og muligheder i grundskolen. *Praktisk Økonomi & Finans*, 37(3), 207–221.
- CIR1H nr 9265 af 13/03/2022. (2022). *CIR1H nr 9265 af 13/03/2022. Cirkulære om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau*. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2022/9265>
- Clausen, M. R. (2023). *Landsorganisation for sociale tilbud: Læg de fem socialtilsyn sammen*. Altinget Social. <https://www.alinget.dk/social/artikel/landsorganisation-for-sociale-tilbud-laeg-de-fem-socialtilsyn-sammen>
- Clausen, M. R. (2024). *Forkert diagnose fra Tranæs-udvalget medfører utilstrækkelige løsninger på socialområdet*. Socialmonitor. <https://socialmonitor.dk/debat/art9816696/Forkert-diagnose-fra-Tran%C3%A6s-udvalget-med%C3%B8rer-utilstr%C3%A6kkelige-l%C3%B8sninger-p%C3%A5-socialomr%C3%A5det>
- Dalsgaard, C. T., Foged, S. K., & Lemvig, K. (2021). *Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje - Inspiration til kommunerne*. Økonomistyrelsen.
- Dalsgaard, C. T., Kloppenborg, H. S., Ibsen, J. T., Lemvig, K., & Røgeskov, M. (2021). *Det specialiserede socialområde i de nordiske lande: Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C. T., Kloppenborg, H. S., Kollin, M. S., & Lemvig, K. (2023). *Alternative økonomimodeller på botilbudsområdet: Analyse af nogle alternative muligheder i indretningen af økonomimodellen for botilbud på voksensocialområdet*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Dalsgaard, C. T., Kollin, M. S., & Beck, R. Ø. (2023). *Kommunale økonomifunktioners organisering og understøttelse af botilbudslederens økonomiske styring*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C. T., Lemvigh, K., Jensen, J. K., & Mortensen, S. (2022). *Kapacitet og efterspørgsel på botilbudsområdet: En kortlægning af, hvordan kommunerne opfylder deres forsyningsforpligtelse for botilbud til voksne*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C. T., Lemvigh, K., & Panduro, B. (2019). *Det specialiserede voksenområde: Inspiration til den økonomiske styring*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Damsgaard, D. (2023). »Der er så mange benspænd for, at de særlige pladser kan blive brugt«. Ugeskrift for Læger. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/der-er-sa-mange-benspaend-de-saerlige-pladser-kan-blive-brugt>
- Danske Handicaporganisationer. (2021). *Den rigtige hjælp første gang: Bud på en specialeplan på det specialiserede socialområde*. Danske Handicaporganisationer.
- Danske Regioner. (2021). *Økonomisk vejledning – kommunal medfinansiering 2022*. Danske Regioner.
- Danske Regioner. (2022). *Model for det højt specialiserede socialområde: Regeringens udspil: Et liv med ligeværdige muligheder*. Danske Regioner.
- Danske Regioner, KL, Indenrigsministeriet, Økonomi- og Finansministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013). *Bedre incitament i sundhedsvæsenet*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Dansk Erhverv, & Selveje Danmark. (2019). *Mest velfærd for pengene*. Dansk Erhverv.
- Dansk Socialrådgiverforening. (2018). *Investeringer på det sociale voksenområde*. Dansk Socialrådgiverforening.
- Deloitte. (2020). *Kvalitativ analyse af kommunernes rolle som købere af botilbudspladser til voksne*. Deloitte.
- DUKH. (2021). *Praksisnyt 12 - Frit valg af botilbud*. DUKH. <https://www.dukh.dk/Guides-og-Praksisnyt/@27/Praksisnyt-12---Frit-valg-af-botilbud>
- Ekspertudvalget på socialområdet. (2023a). *Bilagsmateriale til delrapport 1. Social-, Bolig- og Ældreministeriet*.

- Ekspertudvalget på socialområdet. (2023b). *Delrapport 1: Foreløbige anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling af socialområdet*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Ekspertudvalget på socialområdet. (2024a). *Anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet. Endelig rapport*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Ekspertudvalget på socialområdet. (2024b). *Supplerende bilagsmateriale 17: Afdækning af det statslige arbejde med vidensdagsordenen på socialområdet*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Finansministeriet. (2018). *Ny lov vedtaget i Folketinget: Skal give borgere mere sammenhængende hjælp*. Finansministeriet. <https://fm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2018/juni/ny-lov-vedtaget-i-folketinget-skal-give-borgere-mere-sammenhaengende-hjaelp/>
- Finansministeriet. (2020). *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi 2021*. Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2022). *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2023*. Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2023). *Aftale om kommunernes økonomi for 2024*. Finansministeriet.
- Fosgrau, S., & Grendslev, A. K. (2024). *Begejstring, harme og undren: Sådan forholder sociale aktører sig til ekspertudvalgets anbefalinger*. Socialmonitor. <https://socialmonitor.dk/nyheder/art9838579/S%C3%A5dan-forholder-sociale-akt%C3%B8rer-sig-til-ekspertudvalgets-anbefalinger>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (n.d.). *Særlige pladser i psykiatrien*. ISM. <https://ism.dk/sundhed/psykiatri/saerlige-pladser-i-psykiatrien>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Aftale på plads om samlet dobbeltdiagnosetilbud og omlægning af særlige pladser i psykiatrien*. ISM. <https://www.ism.dk/nyheder/2023/maj/aftale-paa-plads-om-samlet-dobbeltdiagnosetilbud-og-omlaegning-af-saerlige-pladser-i-psykiatrien>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. (2024). *Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

- Jensen, D. C., & Hansen, N. N. (2024). *Et borgerperspektiv på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, M. C. F., Christensen, I. E., & Scholten, O. H. (n.d.). *Nye modeller og veje? En analyse af organisering, opgaveløsning og kapacitet i og på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, M. C. F., Fynbo, L., Grønfeldt, S. T., Bom, L. H., & Hansen, N. N. (2023). *Koordineret udredning og indsats: Tværsektorielle samarbejder om og med borgere med psykiske vanskeligheder, hyppige indlæggelser og komplekse behov*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jensen, M. C. F., Neidel, A., Maack, S., Røgeskov, M., Lausten, S. K., Nicolajsen, J. S., & Olsen, L. (2021). *Kortlægning af god kvalitet i praksis på botilbud - en kvalitativ undersøgelse af kvalitet på botilbud for mennesker med psykiske vanskeligheder*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Jespersen, J. S. (2023). *Missede frister og manglende udvikling: Styrelse gør status over socialtilsyn*. Socialmonitor. <https://socialmonitor.dk/nyheder/art9620663/Styrelse-g%C3%B8r-status-over-socialtilsyn>
- Jespersen, J. S. (2024). *Regeringens ældrereform viser »positive takter«: Kan de samme løsninger hjælpe socialområdet?* Socialmonitor. <https://socialmonitor.dk/nyheder/art9738781/Kan-de-samme-l%C3%B8sninger-hj%C3%A6lpe-socialomr%C3%A5det>
- Johansen, K. S., & Thylstrup, B. (2022). *Hvad har vi lært af 15 års projekter på dobbeltdiagnoseområdet?* Region Hovedstadens Psykiatri.
- Jørgensen, J. K. (2019). *Selvmodere er et ustyrligt princip*. Danske Kommuner. <https://danskekommuner.dk/artikler/magasinet/2019/magasin-16-2019/baggrund/selvmoedere-er-et-ustyrligt-princip>
- Kessing, L. V., Ziersen, S. C., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Andersen, P. K. (2023). Lifetime incidence of treated mental health disorders and psychotropic drug prescriptions and associated socioeconomic functioning. *JAMA Psychiatry*, *80*(10), 1000–1008.
- Kjærgaard, M., Panduro, B., Nørgaard, E., Houlberg, K., & Pedersen, N. J. M. (2017). *Kommunernes økonomistyring 2016: En afdækning af kommunernes økonomiske resultater og økonomistyringspraksis*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

- KKR Midtjylland. (n.d.). *Oversigt over input fra kommunerne vedr. statslige krav og regler*. KL.
- KL. (2019). *På forkant med fremtidens velfærd: Strategi for KL's arbejde med digitalisering, ny teknologi og data*. KL.
- KL. (2020). *Det kommunale Digitaliseringsprogram 2021-2025*. KL.
- KL. (2021). *Høring forslag om styrkelse af Socialtilsynet*.
- KL. (2022). *Kommunernes datastrategi: Data - en nøgleressource i et bæredygtigt velfærdssamfund*. KL.
- KL, Børne- og Socialministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, & Finansministeriet. (2017). *Styring af det specialiserede voksenområde - værktøjer og cases*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Klærke, J. I. (2023). *Danske Regioner: Ekspertudvalg overser åbenlys løsning på det specialiserede socialområde*. Altinget Social. <https://www.alinget.dk/social/artikel/danske-regioner-ekspertudvalg-overser-aabenlys-loesning-paa-det-specialiserede-socialomraade>
- Krog, J. (2023). *Selveje Danmark: Økonomiaftale sammenligner tilbud ukritisk og uigennemsigtigt*. Altinget Social. <https://www.alinget.dk/social/artikel/selveje-danmark-oekonomiaftale-sammenligner-tilbud-ukritisk-og-uigennemsigtigt>
- Krog, J., & Weidemann, P. E. (2024). *Selveje Danmark: Socialtilsyn arbejder i blinde, når de ikke har målgruppen for øje*. Socialmonitor. <https://socialmonitor.dk/debat/art9687078/Socialtilsyn-arbejder-i-blinde-n%C3%A5r-de-ikke-har-m%C3%A5lgruppen-for-%C3%B8je>
- L 151. (2022). *Forslag til lov om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. (Skærpede krav til kommunalbestyrelsens opfølgning på danmarkskortet m.v.)*. Folketingstidende; Folketingstidende. <https://www.ft.dk/samling/20211/lovforslag/L151/index.htm>
- L 207. (2017). *L 207 Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og sundhedsloven. (Oprettelse af særlige pladser på psykiatrisk afdeling)*. Folketingstidende. <https://www.ft.dk/samling/20161/lovforslag/l207/index.htm>
- Larsen, E. L. (2018). *Bedre sammenhæng for borgerne? En evaluering af implementeringsprocessen af et forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet*. Syddansk Universitet.

- Lemvig, K., & Kollin, M. S. (2022). *Gennemsigtig økonomistyring: Eftersyn af ressourcetildelingsmodeller på handicap- og psykiatriområdet i Lemvig Kommune*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lewinsky, C. (2024). *Ny tilsynsmodel vækker bekymring: Frygter at komme ud til en »sminket virkelighed«*. Seniormonitor. <https://seniormonitor.dk/nyheder/art9875086/Frygter-at-komme-ud-til-en-%C2%BBsminket-virkelighed%C2%AB>
- Lipczak, H., Johnsen, S. P., & Mainz, J. (2023). Patientforløb. In J. Mainz & S. Paaske Johnsen (Eds.), *Kvalitet og patientsikkerhed* (pp. 129–148). Munksgaard.
- Mehlsen, L., & Amilon, A. (2018). *Implementeringsguide: CTI-metoden anvendt i bostøtte*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Mors, O., & Nordentoft, M. (2022). Psykiatriens teoretiske fundament. In O. Mors, M. Nordentoft, & I. Hageman (Eds.), *Klinisk psykiatri* (4th ed.). Munksgaard.
- Nielsen, M., Lemvig, K., Thuesen, A. M., Kaas, E. D., & Ibsen, J. T. (2023). *Fleksible pladser i socialpsykiatrien: Erfaringsopsamling fra POLARIS (Herning), MPO-projektet (Holstebro) og Pitstop (Aarhus)*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Nobel, C. (2021). »Det får vores advarselsslamper til at blinke«: Blandede beboergrupper på psykiatriske bosteder giver udfordringer. Sundhedsmonitor. <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/art8070626/Blandede-beboergrupper-p%C3%A5-psykiatriske-bosteder-giver-udfordringer>
- Olesen, T., & Kühnau, A. (2022, June 29). *DH og Danske Regioner: Regionerne skal have et større ansvar for handicapområdet*. Sundhedsmonitor. <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8857591/Regionerne-skal-have-et-st%C3%B8rre-ansvar-for-handicapomr%C3%A5det>
- Pedersen, K. M. (2023). *Professor emeritus: Et alternativ til KMF'en bør indeholde klare incitamenter for kommunerne*. Altinget Kommunal. <https://www.altinget.dk/kommunal/artikel/professor-et-alternativ-til-kmfen-boer-indeholde-klare-incitamenter-for-kommunerne>
- Pedersen, K. M., Bech, M., & Hansen, M. B. (2006). *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet: Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter*. Syddansk Universitetsforlag.
- Rambøll Management Consulting. (2023). *Socialtilsynenes omsætning af faglig vejledning om dialogforpligtelsen*. Social- og Boligstyrelsen.

- Regeringen. (2018). *Vi løfter i fællesskab: En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Regeringen. (2022). *Et liv med ligeværdige muligheder: En styrket specialisering for børn, unge og voksne med handicap eller sociale problemstillinger*. Social- og Ældreministeriet.
- Regeringen. (2023). *Lovgivning: Folketingsåret 2023/2024*. Statsministeriet.
- Regeringen, & KL. (2021). *Aftale om kommunernes økonomi for 2022*. Regeringen & KL.
- Regeringen, KL, & Danske Regioner. (2022). *Digitalisering der løfter samfundet: Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025*. Digitaliseringsstyrelsen.
- Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Region Sjælland, KKR Sjælland, & Region Sjælland Psykiatrien. (2017). *Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug*. Psykiatrien Region Sjælland.
- Region Syddanmark. (2011). *Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner: Tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område*. Region Syddanmark.
- Region Syddanmark og de 22 kommuner. (2018). *Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug. Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget den 28. oktober 2014, revideret september 2018*. Region Syddanmark.
- Region Syddanmark og de 22 kommuner. (2022). *Samarbejdsaftale for borgere med PTSD i Region Syddanmark*. Region Syddanmark.
- Retssikkerhedsenheden. (2023). *Kommunernes arbejde med retssikkerhed på socialområdet. Udarbejdet af Retssikkerhedsenheden*. Ankestyrelsen.
- Rigspolitiet. (2021). *Fælles udrykningsteams: Evaluering - Pilotprojekt for fælles udrykningsteams mellem politi- og sundhedsmyndigheder*. Nationalt Beredskabscenter, Rigspolitiet.
- Rigsrevisionen. (2017). *Rigsrevisionens beretning om grundlaget for at dokumentere effekt af sociale indsatser afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger*. Statsrevisorerne.

- Rigsrevisionen. (2022). *Beretning om forvaltningen af handicapområdet*. Statsrevisorerne.
- Rigsrevisionen. (2023). *Beretning om borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud*. Statsrevisorerne.
- Scharff, J. (2023). *DI: Socialtilsynets forskelsbehandling er uacceptabel*. Altinget Social. <https://www.alinget.dk/social/artikel/di-socialtilsynets-forskelsbehandling-er-uacceptabel>
- Sekretariatet for Ekspertudvalget på Socialområdet. (2023). *Supplerende Bilagsmateriale 10 - Analyse af markedet på socialområdet*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Selveje Danmark. (n.d.). *Gode takter i ny ældrereform, men også grund til bekymring*. Selveje Danmark. <https://www.selveje.dk/nyheder/gode-takter-i-ny-aeldrereform-men-ogsaa-grund-til-bekymring/>
- Skriftlig fremsættelse. (2019). *2018/1 SF.L L 164. Skriftlig fremsættelse (7. februar 2019)*. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/20181xx00638>
- Social- Bolig- og Ældreministeriet. (2023). *Socialpolitisk redegørelse 2022*. Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2021a). *Aftale om styrkelse af socialtilsynet og styrkelse af det økonomiske tilsyn med sociale tilbud*. Social- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2021b). *Velfærdspolitisk Analyse*. Social- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2022). *Afrapportering af evalueringen af det specialiserede socialområde*.
- Social- og Boligstyrelsen. (n.d.-a). *Afklaringspladser*. SBST. <https://www.sbst.dk/projekter-og-initiativer/handicap/afklaringspladser>
- Social- og Boligstyrelsen. (n.d.-b). *National koordination*. SBST. <https://www.sbst.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination>
- Social- og Boligstyrelsen. (n.d.-c). *Sociale akuttillbud*. Social Dk. <https://www.social.dk/voksne/psykiske-vanskeligheder/viden-og-temaer/metoder-og-tilgange/sociale-akuttillbud>
- Social- og Boligstyrelsen. (n.d.-d). *VISO Årsrapport 2022*. Social- og Boligstyrelsen.

- Social- og Boligstyrelsen. (2023). *Kvalitetsmodel for socialtilsyn: Temaer, kriterier og indikatorer for sociale tilbud*. Social- og Boligstyrelsen.
- Social - og Boligstyrelsen. (2023). *Socialtilsynenes virksomhed 2022*.
- Social- og Psykiatriudvalget i Region H. (2024). *Møde i social- og psykiatriudvalget den 6. februar 2024*. Region H. https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Sider/Moede-i-social-og-psykiatriudvalget-den-6-februar-2024.aspx#3_itemID_96644
- Socialpædagogerne. (2020). *Et liv med muligheder: Kvalitet i sociale indsatser og hvordan vi skaber rammerne*. Socialpædagogerne.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Evaluering af tilsynsreformen*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Opfølgning på den nationale koordinationsstruktur*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020a). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020b). *Personlige borgerstyrede budgetter til socialt udsatte borgere*.
- Socialstyrelsen. (2021). *Det mest specialiserede socialområde: En undersøgelse af udfordringer og muligheder i tilbudsstrukturen*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2022). *Forløbsbeskrivelse: Udsatte gravide med skadeligt rusmiddel-forbrug*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, & Sundhedsstyrelsen. (2015). *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser*. Socialstyrelsen.
- Storm, M.-B. L. (2023). *Udbredelse og forankring af Voksenudredningsmetoden (VUM)*. SBST. <https://www.sbst.dk/projekter-og-initiativer/handicap/udbredelse-og-forankring-af-vum>
- Strukturkommissionen. (2004). *Strukturkommissionens betænkning. Bind I: Hovedbetænkningen. Betænkning nr. 1434*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2021). *Digital deling af planer på psykiatriområdet: Program for Et Samlet Patientoverblik*. Sundhedsdatastyrelsen. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik>

- Sundhedsdatastyrelsen. (2023a). *Kommunal medfinansiering (KMF)*. Sundhedsdatastyrelsen. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/kommunal-medfinansiering>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023b). *Nærhedsfinansiering*. Sundhedsdatastyrelsen. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/naerhedsfinansiering>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023c). *Takstsystem 2023: Vejledning*. Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2024). *Takstsystem 2024: Vejledning*. Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsloven. (2024). *LBK nr 247 af 12/03/2024. Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/247>
- Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, & Finansministeriet. (2016a). *Ændring af den kommunale medfinansiering*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, & Finansministeriet. (2016b). *Ændring af den kommunale medfinansiering*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, & Finansministeriet. (2016c). *Ændring af den kommunale medfinansiering*. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Status på forløbsprogrammer*. Sagsnr. 4-1611-148/1. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Fagligt oplæg til en 10 årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Forløbsprogrammer*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/om-os/saadan-arbejder-vi/forloebprogrammer>

- Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS). (n.d.). *Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS)*. Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet (NBS). Retrieved 28 May 2024, from <https://sundhedsdata.item.dk/>
- Svejstrup, A., Andersen, B., Christiansen, H., Krog, J., & Jessen, L. (2020). *Aktører før samråd: Forhandlinger om tvungne driftsoverenskomster bekymrer os*. Altinget Social. <https://www.altinget.dk/social/artikel/aktoerer-foer-samraad-ministers-holdning-til-selvmoederprincippet-bekymrer-os>
- Thylstrup, B., & Johansen, K. S. (2020). Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnoser. In S. P. Hansen & Jensen. Peter (Eds.), *Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler* (pp. 69–75). Alliancen - unge med dobbeltdiagnose & Helsefonden.
- Udvalg om evaluering af kommunalreformen. (2012). *Bilag a) Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet: Evaluering af kommunalreformen*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Vinge, S., & Buch, M. S. (2007). *Uhensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne*. FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service.
- von Hielmcrone, A.-S. B. (2024). *Kfuk: Det tager i gennemsnit 150 timer, når socialtilsynet kommer på besøg*. Altinget Social. <https://www.altinget.dk/social/artikel/kfuk-socialtilsyn-boer-fokusere-paa-at-inspirere-og-understoette-faglig-refleksion-fremfor-resultatmaaling>
- Welling, S. M. (2023, June 2). *KL: Tiden er løbet fra den kommunale finansiering af regionerne*. Altinget Kommunal. <https://www.altinget.dk/kommunal/artikel/kl-kommunerne-loeser-flere-og-flere-sundhedsopgaver-nu-er-tiden-inde-til-at-oekonomien-foelger-med>
- Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg. (2015). *Analyse af virkningerne for den kommunale og regionale økonomi af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet*. Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- Økonomistyrelsen. (2024). *Analyse af tilsyn med sociale tilbud. Endelig afrapportering*. Økonomistyrelsen.

VIVÉ