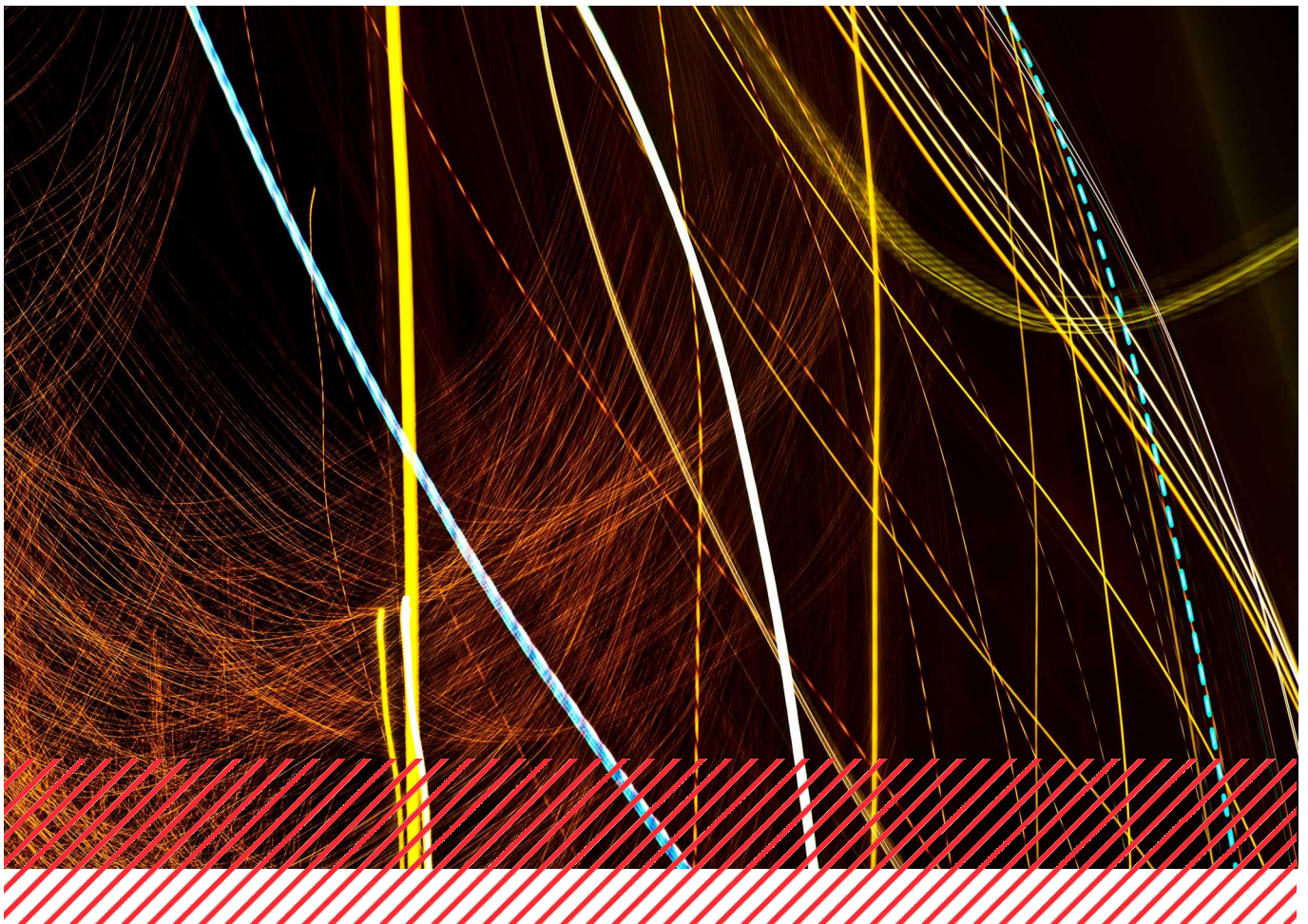


Det specialiserede socialområde i de nordiske lande

Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige



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

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

© VIVE og forfatterne, 2021

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

Forsidefoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301681

Finansiering: Social- og Ældreministeriet

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

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

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

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

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

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse

2021

¹ Dalsgaard, Foged & Ibsen, under udgivelse

Indhold

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

Sammenfatning

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

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

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

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

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

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

² Dalsgaard, Foged & Ibsen, under udgivelse.

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

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

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

De seks analysetemaer

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

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

Tema 1: Lovgivningsmæssige rammer

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

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

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

⁵ Socialdepartementet (2021b).

Tema 2: Myndighedsansvar

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

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

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

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

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

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

⁷ Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

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

Tema 3: Driftsansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tema 4: Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

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

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

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

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

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

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

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

Tema 5: Betalingsansvar og finansieringsmodeller

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

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

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

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

Tema 6: Faglig styring

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

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

Refleksioner på tværs af temaer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

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

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

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

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

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

1.2 Afgrænsning af genstandsfelt

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

1.2.1 Områder, målgrupper og indsatser

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

¹² Regeringen, 2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

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

Boks 1.1 Oversigt over analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

Analysetema 1: Lovgivningsmæssige rammer

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

Analysetema 2: Myndighedsansvar

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

Analysetema 3: Driftsansvar

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

Analysetema 4: Specialisering, monitorering og kapacitet

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

Analysetema 5: Betalingsansvar og finansiering

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

Boks 1.1 Oversigt over analysetemaer og undersøgelsesspørgsmål

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

Analysetema 6: Socialfaglig styring af indsatser og sagsbehandling

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

1.3 Fremgangsmåde

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

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

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

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

Boks 1.2 Interviewede aktører i de tre lande

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

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

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

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

1.4 Læsevejledning

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

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

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

2 Lovgivningsmæssige rammer

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

Boks 2.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 2.1 Konklusioner – lovgivningsmæssige rammer

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

2.1 Lovgivning for det specialiserede socialområde

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

2.1.1 Danmark

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

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

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

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

2.1.2 Norge

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

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

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

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

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

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

¹⁸ DUKH, 2020

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

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

2.1.3 Sverige

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4 Sammenligning på tværs af landene

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

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

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

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

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

Tablet 2.1 Central lovgivning for det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde i Danmark, Norge og Sverige

Land	Oversigt – lovgivning
Danmark	<p>Servicebogen</p> <p>Sundhedsloven</p> <p>Psykiatriloven</p>
Norge	<p>Helse- og omsorgstjenesteloven</p> <p>Sosialtjenesteloven</p> <p>Spesialisthelsetjenesteloven</p> <p>Folketrygdloven</p> <p>Særligt for børn og unge-området: Barnevernloven</p> <p>Særligt for voksenområdet: Psykisk helsevernloven</p>
Sverige	<p>Socialtjänstlagen, SoL</p> <p>Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS</p> <p>Socialförsäkringsbalken, SFB</p> <p>Hälso- och sjukvårdslagen, HSL</p> <p>Særligt for børn og unge-området (op til 20 år): Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU</p> <p>Særligt for voksenområdet: Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM</p> <p>Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT</p>

2.2 Hvordan defineres og beskrives målgrupperne i lovgivningen?

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan forskellige målgrupper inden for det specialiserede socialområde defineres og beskrives i de tre landes lovgivninger på området. Først ser vi på voksenområdet og derefter på børn og unge-området.

2.2.1 Voksenområdet

Danmark

I den danske servicelovs bestemmelser på voksenområdet (§ 81) fremgår det, at:

Formålet med at yde støtte efter denne lov til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer er at sikre, at den enkelte får en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der modsvarer den enkeltes behov.

Loven omfatter således både borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sociale problemer, herunder borgere med misbrug og borgere med psykiske vanskeligheder.

Der er ikke i loven nærmere præciseret nogle kriterier, som skal være opfyldt for, at en borger er inden for lovens målgrupper. I stedet lægges der vægt på, at *"Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte"* (SEL § 1 stk. 3).

Norge

I den norske lovgivning er målgrupperne generelt beskrevet i brede termer. Helse og omsorgstjenesteloven omfatter således *"alle pasient- og brugergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sygdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sociale problemer eller nedsatt funksjonsevne"* (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1).

Socialtjenestelovens formål indebærer ligeledes, at målgruppen, som loven vedrører, er relativt bred: *"Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer"* (Socialtjenesteloven § 1).

Borgere med misbrug falder inden for både helse- og omsorgstjenesteloven, socialtjenesteloven og specialisthelsetjenesteloven. Det samme gælder for borgere med psykiske vanskeligheder.

Sverige

I SoL fremgår en relativt bred beskrivelse af, hvilke borgere der er inden for målgruppen (SoL kap. 4 § 1): *"Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt"*. Lovens kapitel 5 angiver hertil særskilte bestemmelser og mål for forskellige målgrupper, der er berørt af den brede beskrivelse ovenfor, herunder bl.a. borgere med misbrug og borgere med funktionshindringer. Der er dog ikke i SoL nærmere præciseret nogle kriterier for at høre inden for sidstnævnte målgruppe.

LSS, som vedrører borgere med funktionsnedsættelser, indeholder til gengæld en række relativt veldefinerede kriterier for, hvilke borgere (kaldet personkredse) der ligger inden for lovens område. Konkret drejer det sig om følgende tre personkredse:

1. Personer med udviklingshæmning, autisme eller autismlignende tilstand
2. Personer med en betydelig og permanent nedsat psykisk funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade
3. Personer med andre varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, som åbenlyst ikke beror på normal aldring, og som er markante og forårsager betydelige vanskeligheder i den daglige livsførelse og dermed et omfattende behov for støtte og hjælp.

Vurderingen af, om en person er omfattet af personkreds 1 og 2, sker ud fra medicinske diagnoser. Vurderingen af, om en person er omfattet af personkreds 3, sker ud fra en funktionsevnevurdering baseret på de vanskeligheder, som personen med funktionsnedsættelse har i den daglige livsførelse.

Indsatsen til borgere med misbrugsproblemer er som udgangspunkt forankret i SoL. LVM finder dog anvendelse i de tilfælde, hvor der gennemføres misbrugsbehandling uden borgerens samtykke hertil. I LVM er målgruppen for tvangsbehandling afgrænset til:

1. personer, der som følge af varigt misbrug af alkohol, narkotika eller andre rusmidler eller inhalanter har et behov for at komme ud af sit misbrug
2. personer, hvis støttebehov ikke kan tilgodeses ifølge Socialtjänstlagen eller gennem anden lovgivning
3. personer, der som følge af misbruget
 - a. udstætter egen fysiske eller psykiske sundhed for alvorlig fare
 - b. løber en åbenbar risiko for at ødelægge sit liv
 - c. kan frygtes at gøre alvorlig skade på sig selv eller nærtstående.

Sammenligning på tværs af landene

I alle tre lande er beskrivelserne af, hvilke borgere der hører ind under de forskellige lovgivninger, relativt brede. Lovene retter sig således mod borgere med potentielt meget forskellige behov. Dog anvendes der i Sveriges LSS nogle mere specifikke kriterier for, hvilke borgere med funktionsnedsættelser der er inden for lovgivningens område.

Tabellen nedenfor giver et overblik over, hvilke målgrupper på voksenområdet der hører under de forskellige lovgivninger i de tre lande.

Tablet 2.2 Overblik over, hvilke **målgrupper** der omfattes af forskellige lovgivninger på voksenområdet

Land/lov	Voksne funktionsnedsættelser	Voksne psykiske vanskeligheder	Voksne misbrug
Danmark			
ServiceLOven	x	x	x
SundhedsLOven (bl.a. psykiatrisk behandling og sygepleje)	x	x	x
PsykiatriLOven		x	
Norge			
Helse- og omsorgstjenesteloven	x	x	x
Sosialtjenesteloven		x	
BarnevernLOven			
Specialisthelsetjenesteloven (behandling)		x	x
Psykisk helsevernLOven		x	
FolketrygdLOven	x		
Sverige			
Socialtjänstlagen, SoL	x	x	x
Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU			
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	x		
Socialförsäkringsbalken, SFB	x		
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL	x	x	x
Lag om vård av missbrukare, LVM			x
Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT		x	

Note: Markeringerne i tabellen fremhæver, hvilke lovgivninger der er særligt relevant for den pågældende målgruppe i et omfang, som ligger ud over, hvad man kan beskrive som 'almenområdet'.

2.2.2 Børn og unge-området

Danmark

Af servicelovens § 46 om formålet med særlig støtte til børn og unge fremgår det, at

Formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Dette indebærer, at målgruppen er relativt bred og omfatter såvel socialt udsatte børn og unge som børn og unge med funktionsnedsættelser. Behovet for støtte kan skyldes mangler ved barnets sociale opvækstforhold, men kan også skyldes forhold ved barnet selv, fx psykisk sygdom eller sociale udfordringer.

Lovens 'børne-paragraffer' omfatter 0-17-årige børn og unge, men indeholder derudover bestemmelser om efterværnsindsatser til 18-22-årige (SEL kapitel 12).

Norge

På det specialiserede børn og unge-område i Norge er Barnevernloven central. Formålet med loven fremgår af § 1-1 og lyder som følger:

Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår.

Formålet fokuserer på karakteren af børns opvækstvilkår, og det følger heraf, at målgruppen er børn og unge, som kommer fra hjem, der er præget af manglende omsorg og sociale udfordringer.

Barnevernloven omfatter 0-17-årige børn og unge, men indeholder derudover bestemmelser om efterværn til 18-25-årige (Barnevernloven § 1-3).

Børn og unge med funktionsnedsættelser er som udgangspunkt ikke omfattet af barnevernloven, men dækkes af helse- og omsorgstjenesteloven, som bl.a. har til formål at "forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne" (Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1). Børn og unge med funktionsnedsættelser modtager således støtte efter de samme bestemmelser som voksne med funktionsnedsættelser, jf. afsnit 2.2.1.

I praksis vil der være nogle børn og unge, som i et vist omfang både er socialt udsatte og har funktionsnedsættelser. I forhold til grænsedragningen mellem de to målgrupper fremgår følgende af Saksbehandlingsrundskrivet²²:

For barn med funksjonsnedsettelse gjelder vilkårene for å iverksette tiltak etter barnevernloven på samme måte som overfor funksjonsfriske barn. Funksjonsnedsettelsen i seg selv gir ikke grunnlag for å iverksette tiltak. At barnet på grunn av funksjonsnedsettelsen har større omsorgsbehov enn foreldre med

²² Saksbehandlingsrundskrivet inneholder en gjennomgang af principper, centrale hensyn og retlige kilder, som har betydning for barneverntjenestens sagsbehandling (Bufdir, 2021a).

alminnelig god omsorgsevne er i stand til å ivareta, er ikke tilstrekkelig til plassering utenfor hjemmet etter barnevernlovens regler. Barnevernlovens atferdsbestemmelser er heller ikke ment å omfatte problemer som skyldes psykose, autisme eller andre psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse. Tiltak og tjenester for å avhjelpe særlige funksjonsnedsettelse skal først og fremst ivaretas av andre tjenester enn barneverntjenesten.

En af de interviewede videnspersoner giver udtryk for, at det i praksis kan være vanskeligt at lave en entydig skelnen mellem børn og unge med funktionsnedsættelse og socialt udsatte børn og unge. Eksempelvis kan unge med psykosociale udfordringer høre under begge systemer. Videnspersonens vurdering er, at den unges tilhørsforhold til et af de to systemer formentlig i høj grad afgøres af, hvordan den unge oprindeligt er kommet i kontakt med kommunen. Videnspersonen siger bl.a.: *"Har du store adfærdsproblemer med fx autisme, så følger du en helse- og omsorgslinje. Er det mere uklare grunde, så følger du barnevernslinjen"*.

Sverige

På det specialiserede børn og unge-område i Sverige er Socialtjänstlagen (SoL) central, da denne danner en overordnet ramme for området. Af denne lov (kap. 5 § 3) fremgår det, at:

Socialnämnden skall verka för trygga och goda uppväxtförhållanden för barn och unga. Särskilt uppmärksamma dem som visat tecken till en ogynnsam utveckling.

For LVU, der regulerer brugen af sociale foranstaltninger i sager, hvor der ikke er samtykke fra forældre eller den unge selv (hvis over 15 år), er målgruppen mere afgrænset. For unge op til 18 år beskrives målgruppen i loven som børn og unge, for hvem der *"på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas"*. LVU gælder derudover for unge op til 20 år, som *"utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas"*. Sidstnævnte kan fx være misbrug.

Hvor der i SoL lægges vægt på børn og unge, som viser tegn på ugunstig udvikling, er der i LVU fokus på børn og unge, som er i væsentlig risiko for at lide skade i forhold til helbred eller udvikling, og hvor der ikke er samtykke til indsatser fra forældremyndighedsindehaveren eller de unge selv.

Børn og unge med funktionsnedsættelse er i Sverige omfattet af LSS og SFB på samme måde som voksne med funktionsnedsættelse, hvor der er en række kriterier, der definerer, om en borger er inden for lovens målgruppe, jf. afsnit 2.2.1.

Sammenligning på tværs af landene

Ligesom det er tilfældet på voksenområdet, gælder det for børn og unge-området i alle tre lande, at målgrupperne i lovgivningen beskrives i relativt brede termer. Man kan eksempelvis være 'socialt udsat' på mange forskellige måder.

Som nævnt i afsnit 2.1 er der en forskel mellem landene i forhold til, om børn og unge med funktionsnedsættelse og socialt udsatte børn og unge hører inden for samme lovgivningsmæssige rammer. Det afspejles i ordlyden på lovenes formål. I Norge (barnevernloven) og Sverige (SoL og LVU) vedrører de specifikke lovgivninger på børn og unge-området alene socialt udsatte børn og unge. Derfor er der i lovenes formål primært fokus på børn og unge, som oplever mangler i deres opvækstvilkår. Målgruppeafgrænsningen for borgere med funktionsnedsættelse (både

voksne og børn/unge) fremgår af særskilte lovgivninger i Norge og Sverige. I Danmark omfatter serviceloven både socialt udsatte børn og unge samt børn og unge med funktionsnedsættelser. Lovens formål og målgrupper er derfor beskrevet bredere, idet der også er fokus på behov, der skyldes forhold ved barnet selv, fx funktionsnedsættelser. I Sverige og Norge er indsatser til børn med funktionsnedsættelser som tidligere nævnt reguleret i samme lovgivning som indsatser til voksne med funktionsnedsættelser, jf. afsnit 2.2.1.

Tablet 2.3 giver et overblik over, hvilke målgrupper på børn og unge-området der hører under de forskellige lovgivninger i de tre lande.

Tablet 2.3 Overblik over, hvilke målgrupper der omfattes af forskellige lovgivninger på børn og unge-området

Land/lov	Socialt udsatte børn og unge	Børn og unge med funktionsnedsættelser
Danmark		
Serviceloven	x	x
Sundhedsloven (bl.a. psykiatrisk behandling og sygepleje)		x
Psykiatriloven		x
Norge		
Helse- og omsorgstjenesteloven		x
Sosialtjenesteloven	x	
Barnevernloven	x	
Spesialisthelsetjenesteloven		x
Psykisk helsevernloven		x
Folketrygdloven		x
Sverige		
Socialtjänstlagen, SoL	x	x
Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU	x	
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS		x
Socialförsäkringsbalken, SFB		x
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL		x
Lag om vård av missbrukare, LVM		
Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT		x

Note: Markeringerne i tabellen fremhæver, hvilke lovgivninger der er særligt relevant for den pågældende målgruppe i et omfang, som ligger ud over, hvad man kan beskrive som 'almenområdet'. Det betyder, at selvom fx den danske sundhedslov dækker bredt og vedrører tilbud til alle borgere, så indeholder tabellen kun en markering for 'børn og unge med funktionsnedsættelser', fordi loven har særlig relevans for netop denne målgruppe.

2.3 Tilbudsvifte i lovgivningen

I dette afsnit ser vi på, hvilke beskrivelser af tilbudsviften på det specialiserede socialområde som findes i de enkelte landes lovgivninger. Der er tale om en overordnet beskrivelse, og afsnittet indeholder således ikke en vurdering af tilbuddenes konkrete indhold eller muligheden for direkte at sammenligne eller 'oversætte' de forskellige tilbud mellem landene. Først ser vi på voksenområdet og derefter på børn og unge-området.

2.3.1 Voksenområdet

På voksenområdet har vi grupperet de indsatser, som fremgår af landenes lovgivninger, i fem overordnede kategorier, nemlig 1) forebyggende og rådgivende indsatser, 2) støtte og hjælp i eget hjem (dvs. uden for botilbud eller lignende), 3) støtte og hjælp i botilbud eller dagtilbud, 4) indsatser til pårørende og 5) misbrugsbehandling. I beskrivelsen af tilbudsviften er vægten på tilbud, som i Danmark er under det specialiserede socialområde, jf. afsnit 1.2.

Danmark

På voksenområdet indeholder serviceloven forskellige former for hjælp og støtte til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, samt pårørende. Når vi ser på **forebyggende og rådgivende indsatser**, giver loven mulighed for kortere varig tilbud om hjælp, omsorg og støtte samt genoptræning af personlige færdigheder. Tilbuddene ydes gruppebaseret (SEL § 82a) eller individuelt (SEL §82b). Tildeling af disse to tilbud forudsætter en vurdering af, at borgerens funktionsniveau kan forbedres eller forebygge yderligere forværring ved at modtage tilbuddene. Desuden ydes sociale akuttilbud, hvor borgere med psykiske lidelser kan modtage akut støtte, omsorg samt rådgivning (SEL § 82c).

Serviceloven indeholder mulighed for **støtte og hjælp i eget hjem**. Efter lovens §§ 95-96 gives tilskud til ansættelse af hjælpere til at bistå med personlig pleje og assistance i hjemmet til borgere med betydelig og varig nedsat fysisk eller psykiske funktionsevne. Efter SEL § 85 kan borgere modtage socialpædagogisk bistand, som inkluderer hjælp, omsorg samt støtte og hjælp til at udvikle personlige færdigheder. Socialpædagogisk bistand ydes også i botilbudslignende boformer, fx efter almenboliglovens § 105. SEL § 83 giver mulighed for personlig hjælp, pleje og omsorg, herunder støtte til praktiske opgaver i hjemmet. Endvidere indeholder loven støtte til ledsagelse (§ 97), hvor borgere under 67 år kan modtage støtte til at bevæge sig uden for hjemmet²³ og for døvblinde tilbydes en særlig kontaktperson (SEL § 98) til, fx at ledsage borgere til aktiviteter samt hjælpe med kontakt til myndigheder. Endvidere giver lovens § 99 mulighed for, at borgere med psykiske lidelser, alkohol- eller stofmisbrug samt borgere med sociale problemer tilbydes en støtte-kontaktperson. Støtteordningen er uvisiteret og fungerer som opsøgende arbejde over for borgerne.

Lovgivningen indeholder også tilbud om **hjælp og støtte i botilbud eller dagtilbud**. Botilbud kan tildeles som midlertidige (SEL § 107) eller længerevarende (SEL § 108). Begge typer af tilbud kan indbefatte hjælp til almindelige daglige funktioner, pleje eller behandlingsmæssig støtte. Hvad angår dagtilbud giver loven mulighed for beskyttet beskæftigelse (SEL § 103), når borgere ikke kan varetage et job på normale vilkår, og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) med det formål at opretholde eller forbedre personlige færdigheder og levevilkår.

I relation til **indsatser til pårørende** gives efter SEL § 84 afløsning eller aflastning. Afløsning ydes som hjælp i hjemmet, mens aflastning ydes uden for hjemmet, fx som midlertidige dag-, nat- eller døgnophold i plejebolig. Afløsning og aflastning ydes til nære pårørende, der passer personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Endelig indeholder serviceloven og sundhedsloven tilbud om **misbrugsbehandling**. Efter sundhedsloven er der mulighed for behandling for alkoholmisbrug (SUL § 141) samt tilbud om støtte i form af døgnophold til gravide alkoholmisbrugere (SUL § 141b). I serviceloven er der

²³ Ledsagelse efter SEL § 97 tilbydes 15 timer om måneden.

bestemmelser om social stofmisbrugsbehandling (SEL § 101), der kan ydes som anonym ambulans behandling (SEL § 101a), mens der i sundhedsloven er bestemmelser om lægelig stofmisbrugsbehandling (SUL § 142).

Norge

Som tidligere beskrevet indeholder den norske helse- og omsorgstjenestelov tilbud til borgere med bl.a. psykisk sygdom, rusmiddelbrug, sociale problemer og funktionsnedsættelse, mens socialtjenesteloven har til formål generelt at forbedre levevilkår for vanskeligt stillede og bidrage til social og økonomisk tryghed. I begge love findes en række bestemmelser vedrørende støtte. Dette afsnit fokuserer på det, der i Danmark hører under det specialiserede socialområde. I Norge kan både børn, unge og voksne modtage tilbud efter begge love. I relation til forebyggende og rådgivende indsatser indeholder lovene generelle bestemmelser om forebyggelse af sociale problemer gennem oplysning, råd og vejledning til borgere (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, Socialtjenesteloven § 17), hvilket kan være i forhold til boligsituation, familieliv, fysisk og psykisk sundhed. Endvidere har kommunen et generelt ansvar for at forebygge, afdække og afværge vold og seksuelle overgreb (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a).

Hvad angår hjælp og støtte i eget hjem tilbydes støttekontakt, tilskud til ansættelse af egne hjælpere samt praktisk hjælp og medicinsk, social og psykosocial habilitering og rehabilitering²⁴. Disse tilbud gives alle efter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. Habilitering og rehabilitering skal bidrage til optræning af borgernes færdigheder til at mestre så meget af hverdagslivet som muligt. Støtten integreres i borgernes hverdag og kan ydes fx i forbindelse med børnehaven, skole, dagtilbud, i hjemmet og på arbejdsmarkedet²⁵. Endvidere ydes praktisk bistand²⁶, der inkluderer hjælp og optræning af færdigheder i praktiske gøremål i og uden for hjemmet og personlig pleje. Praktisk bistand kan også organiseres som brugerstyret (borgersstyret) personlig assistance (BPA). Dette indebærer, at borgeren selv organiserer og leder sine hjælpers arbejde²⁷. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 giver også mulighed for støttekontaktordning, hvor borgere kan få en støtte-kontaktperson til at hjælpe med at deltage i fritidsaktiviteter, sociale aktiviteter eller få besøg i hjemmet²⁸.

Hvad angår støtte i bo- og dagtilbud inkluderer lovgivningen i Norge en række tilbud. Der ydes midlertidige botilbud (socialtjenesteloven § 27), hvilket kan være af en række årsager, fx udsættelse fra egen bolig, samlivssammenbrud og udskrivelse fra institution²⁹ og botilbud (helse- og omsorgstjenesteloven §3-7), herunder boliger til børn, fx med funktionsnedsættelser med behov for aflastning og botilbud med støtte til borgere med funktionsnedsættelser og misbrugsproblemer³⁰. Endvidere gives døgnophold for borgere med akutte behov (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5). Endvidere ydes dagtilbud i form af velfærds- og aktivitetstilbud (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3), hvilket indeholder sociale og fysiske aktiviteter til at fremme en

²⁴ I Norge skelnes mellem habilitering og rehabilitering. Borgere med behov for habilitering er børn, unge og voksne med tidligt eller medfødte funktionsnedsættelser. Rehabilitering fokuserer på borgere, der har erhvervet funktionsnedsættelser senere i livet. Rehabilitering handler om at genvinde tidligere færdigheder, mens habilitering fokuserer på at lære nye færdigheder (<https://www.helsenorge.no/hjelpe tilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>).

²⁵ Borgere med funktionsnedsættelser, psykiske lidelser og rusmiddelbrug med behov for specialiseret behandling kan også modtage habilitering og rehabilitering i Specialisthelsetjenesten, når den kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke kan forventes at have kompetencerne dertil (Helsedirektoratet, 2015a).

²⁶ I Norge hed 'praktisk bistand' tidligere hjemmehjælp.

²⁷ Helse Norge, 2018a. BPA beskrives desuden i Patient- og brugerrettighedsloven § 2-1 d.

²⁸ Helse Norge, 2019a

²⁹ Helsetilsynet, 2016

³⁰ Helse Norge, 2019b

meningsfuld hverdag. De kan gives i forbindelse med rehabilitering og aflastning af pårørende³¹.

Indsatser til pårørende inkluderer aflastning samt oplæring og vejledning til pårørende (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6). Tilbuddene gives til borgere med særligt tyngende omsorgsarbejde. Oplæring og vejledning kan inkludere viden til at håndtere omsorgsarbejdet samt egen sundhedssituation³². Aflastning kan gives som hjælp i eget hjem eller ophold på institution³³.

I forhold til misbrugsbehandling indeholder den norske specialihelsetjenestelov tilbud om specialiseret og tværfaglig misbrugsbehandling på behandlingssteder (§ 2-1a), og helse- og omsorgstjenesteloven giver mulighed for tilbageholdelse under misbrugsbehandling med og uden eget samtykke, herunder tilbageholdelse af gravide. Tilbageholdelsen kan ske i op til tre måneder uden eget samtykke³⁴ (helse- og omsorgstjenesteloven §§§ 10-2-10-4).

Sverige

Som tidligere nævnt indeholder den svenske SoL (socialtjänstlagen) brede bestemmelser for mennesker, der har behov for hjælp og støtte. I SoL er der en række bestemmelser, hvoraf dette afsnit fokuserer på det, der i Danmark hører under det specialiserede socialområde. LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) fokuserer på specifikke grupper, herunder borgere med udviklingshæmning, autisme eller autismlignende tilstand med en betydelig og permanent nedsat psykisk funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade samt personer med andre varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser. Endelig indeholder HSL bestemmelser i relation til sundhed og pleje, herunder habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.

I relation til forebyggende og rådgivende indsatser indeholder LSS (§ 9) en generel bestemmelse om rådgivning og anden personlig støtte fra fagpersoner med særlige kompetencer. Dette inkluderer rehabiliterende indsatser, der skal understøtte borgernes mulighed for deltagelse og et liv på egne vilkår. Indsatserne gives ofte sammen med tilbud efter HSL³⁵ og vedrører primært sundhedsområdet, men inkluderer også social støtte³⁶. Desuden indeholder SoL § 7 en generel bestemmelse om kommunens pligt til at forebygge misbrug, herunder af alkohol, rusmidler og penge gennem generel oplysning og opfølgende arbejde.

Hvad angår hjælp og støtte i eget hjem giver LSS (§ 9) mulighed for ledsagerservice, hvilket inkluderer støtte til deltagelse i fritidsaktiviteter. Der er også mulighed for personlig assistans³⁷ (PA), hvilket kan sammenlignes med BPA i Danmark. PA inkluderer fx hjælp til personlige behov, kommunikation og støtte til fritidsaktiviteter³⁸. SoL (kap. 5 § 7) indeholder en generel bestemmelse om hjælp til borgere med fysiske, psykiske og andre udfordringer til at deltage i samfundet på lige fod med andre, hvilket også kaldes boendestöd (bostøtte). Herunder ydes praktisk, pædagogisk og social støtte i hjemmet. Desuden ydes hemtjänst (hjemmehjælp) efter SoL § 6, hvilket primært gives til borgere over 65 år, men også kan ydes til yngre med fysiske

³¹ Helse Norge, 2019c

³² Helse- og omsorgsdepartementet, 2016

³³ Helse Norge, 2018b

³⁴ For gravide skal grundlaget for tilbageholdelsen vurderes mindst hver tredje måned af behandlingsinstitutionen og kommunen.

³⁵ Funktionsrätt Sverige, 2019

³⁶ Habilitering & Hälsa, 2021

³⁷ LSS § 9 giver også mulighed for økonomisk støtte til udgifter hertil, som ikke dækkes af SFB, kap. 51 (Socialstyrelsen i Sverige, 2020a, s. 73-74)

³⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2020a.

og psykiske funktionsnedsættelser³⁹, fx inden for socialpsykiatri. Endvidere ydes støtte-kontaktpersonordning, fx til socialt samvær (LSS § 9) og efter SoL (§ 6b), hvor der for unge under 21 år kan gives en særlig kontaktperson til forebyggelse af misbrug. Endelig tilbydes habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser (HSL kap. 8 § 7, kap. 12 § 5). Det inkluderer fx træning i bevægelse, at klare daglige gøremål og etablere og opretholde social kontakt⁴⁰.

I forhold til **indsatser i bo- og dagtilbud** indeholder LSS § 9 tilbud om korterevarige ophold i botilbud eller støttefamilie et par døgn månedligt. Formålet er rekreation for borgere og pårørende. Længerevarende ophold i botilbud ydes efter SoL § kap. 5 § 7 og LSS § 9⁴¹, hvor der ydes støtte til, at borgere kan leve et liv på lige fod med andre, herunder praktisk, personlig og social støtte. Endvidere gives beskæftigelsestilbud efter LSS § 9 og SoL kap. 5, § 7 til borgere i alderen 18-65 år, der ikke kan opnå beskæftigelse på det ordnære arbejdsmarked. Tilbuddet kan både indeholde aktiviteter og rehabiliterende tiltag⁴². Hvilken lovgivning beskæftigelsestilbuddet gives efter, afhænger af, hvilken af lovene borgerne er i målgruppen for.

I relation til **pårørende** gives mulighed for aflastning i hjemmet (LSS § 9 og SoL § 10), hvis formål er at give pårørende mulighed for rekreation. Hvilken lovgivning aflastning gives efter, afhænger af, hvorvidt borgeren er i målgruppen for LSS eller SoL.

Hvad angår **misbrugsbehandling** ydes der hjælp til at komme ud af misbrug (SoL kap 5, § 9, HSL kap. 16, § 3), herunder beskrives kommunens og regionens forpligtelse til at samarbejde og indgå skriftlig aftale om behandlingen. Desuden giver LVM (§§ 2-4) mulighed for misbrugsbehandling uden borgerens samtykke. Tvangsbehandling kan igangsættes, når en borger med misbrug har behov for hjælp til at komme ud af misbruget, når støttebehovet ikke kan varetages tilstrækkeligt efter SoL, eller når en borger med langvarigt misbrug udsætter sit fysiske og psykiske helbred for fare og kan skade sig selv eller andre (LVM §§ 2-4). Tvangsbehandlingen kan vare i op til seks måneder (LVM § 20).

Sammenligning på tværs af landene

De tre landes lovgivninger giver generelt fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud eller kombination af indsatser man vurderer vil være det bedst egnede i det konkrete tilfælde. Tabel 2.4 giver et overordnet overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på voksenområdet.⁴³

Overordnet set er der en række fællestræk mellem lovgivningen på voksenområdet i Danmark, Norge og Sverige. I alle tre lande er der mulighed for indsatser til rådgivning og forebyggelse, herunder korterevarige tilbud om hjælp, omsorg og støtte i Danmark og generel forebyggelse af sociale problemer i Norge og Sverige. Der ydes støtte i eget hjem, herunder borgerstyret personlig assistance (BPA), støtte til ledsagelse samt hjælp og støtte til praktiske gøremål, personlig pleje og socialpædagogisk støtte. Landenes lovgivning inkluderer også botilbud med støtte, særlige dagtilbud og aflastning til pårørende.

I alle tre lande ydes misbrugsbehandling, men på dette område adskiller Danmark sig fra Norge og Sverige ved mindre mulighed for behandling uden borgerens samtykke. I Norge kan borgere

³⁹ Kunskapsguiden, 2020a

⁴⁰ 1177 Vårdguiden, 2019

⁴¹ Botilbud efter LSS § 9 kan gives til borgere, der bor på samme matrikel og modtager støtte der, (gruppebostad) eller til borgere, der bor i samme område (servicebostad) (Kunskapsguiden, 2020b).

⁴² Kunskapsguiden, 2017

⁴³ Der er vægt på sociale indsatser inden for undersøgelsens afgrænsning, jf. tabelnote til Tabel 2.4. Det vil sige, at der ikke er tale om en udtømmende gennemgang af samtlige bestemmelser i landenes sociallovgivninger. Se i øvrigt afsnit 1.2.

i alkohol- og misbrugsbehandling tilbageholdes i op til tre måneder og i Sverige i op til seks måneder uden at have givet samtykke dertil.

Tablet 2.4 Overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på voksenområdet

	Danmark	Norge	Sverige
Forebyggende og rådgivende indsatser	<p>Gruppebaseret hjælp, støtte samt optræning (SEL § 82a)</p> <p>Tidsbegrænset individuel hjælp, omsorg, støtte eller genoptræning (SEL § 82b)</p> <p>Sociale akuttilbud (SEL § 82c)</p>	<p>Oplysning råd og vejledning (Socialtjenesteloven § 17)</p> <p>Forebyggelse af sygdom, skade og sociale problemer (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3).</p> <p>Forebyggelse af vold og seksuelle overgreb (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3a)</p>	<p>Rådgivning og anden personlig støtte (LSS § 9)</p> <p>Forebyggelse af misbrug (SoL § 7)</p>
Støtte og hjælp i eget hjem	<p>Ledsagelse (SEL § 97)</p> <p>Socialpædagogisk bistand, (SEL §85)</p> <p>Personlig hjælp og pleje (SEL § 83)</p> <p>Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere (SEL § 95)</p> <p>Borgerstyret personlig assistance (SEL § 96)</p> <p>Kontaktperson til døvblinde (SEL § 98)</p> <p>Støtte- og kontaktperson (SEL § 99)</p>	<p>Støttekontakt (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Praktisk bistand (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p> <p>Habilitering og rehabilitering, (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2)</p>	<p>Ledsagarservice (LSS § 9)</p> <p>Kontaktperson (LSS § 9)</p> <p>Kontaktperson (SoL § 6b)</p> <p>Personlig assistans (PA) (LSS § 9)</p> <p>Hjælp til at deltage i samfundet på lige fod med andre (boendestöd)⁴⁴ (SoL kap. 5 § 7)</p> <p>Hemtjänst (hjemmehjælp) (SoL kap. 3 § 6)</p> <p>Habilitering og rehabilitering (HSL kap. 8 § 7, kap. 12 § 5)</p>
Indsatser i bo- og dagtilbud	<p>Botilbud:</p> <p>Midlertidige ophold i botilbud (SEL §107)</p> <p>Længerevarende ophold i botilbud (SEL §108)</p> <p>Dagtilbud:</p> <p>Beskyttet beskæftigelse (SEL § 103)</p> <p>Aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104)</p>	<p>Botilbud:</p> <p>Midlertidige ophold i botilbud (Socialtjenesteloven § 27)</p> <p>Døgnophold til borgere med akut behov for hjælp (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5)</p> <p>Botilbud/omsorgsboliger (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7)</p> <p>Dagtilbud:</p> <p>Velferds- og aktivitetstiltak (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3)</p>	<p>Kortvarigt ophold i støttefamilien eller botilbud (korttidsvistelse) (LSS § 9)</p> <p>Botilbud (SoL Kap. 5 § 7)</p> <p>Botilbud (LSS § 9)</p> <p>Beskæftigelsestilbud (LSS § 9).</p> <p>Beskæftigelsestilbud (SoL kap. 5 § 7)</p>
Indsatser til pårørende	<p>Afløsning og aflastning (SEL § 84)</p>	<p>Aflastning (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6)</p> <p>Oplæring og vejledning (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6)</p>	<p>Aflastning i hjemmet til nærtstående (LSS § 9)</p> <p>Aflastning i hjemmet til nærtstående (SoL § 10)</p>
Misbrugsbehandling	<p>Alkoholbehandling på behandlingssteder/ institutioner (SUL § 141)</p> <p>Alkoholbehandling af gravide (SUL § 141b)</p> <p>Social misbrugsbehandling (SEL § 101)</p> <p>Lægesamtaler og lægelig behandling (SUL § 142)</p>	<p>Specialiseret og tværfaglig misbrugsbehandling (specialisthelsestjenesteloven § 2-1a)</p> <p>Tilbageholdelse uden eget samtykke i behandlingsinstitution, herunder gravide (helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2-10-3)</p> <p>Tilbageholdelse på institution med eget samtykke (helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4)</p>	<p>Misbrugsindsats (SoL kap 5, § 9)</p> <p>Misbrugsindsats og samarbejdesforpligtelse (HSL kap. 16, § 3).</p> <p>Tilbageholdelse uden eget samtykke (LVM §§ 2-4, § 20).</p>

Note: I alle tre lande findes en række tilbud på det, der i Danmark betegnes som det specialiserede socialområde. I tabel 2.4 er vægten lagt på beskrivelse af sociale tilbud og indsatser på området, og derfor indgår eksempelvis hjælpemidler og merudgiftsydelse ikke i beskrivelsen. Der er således ikke i tabellen tale om en udtømmende beskrivelse af samtlige bestemmelser i landenes sociallovgivninger.

⁴⁴ Socialstyrelsen i Sverige, 2020a, s. 26

2.3.2 Børn og unge-området

På børn og unge-området har vi grupperet de indsatser, som fremgår af landenes lovgivninger i tre overordnede kategorier, nemlig 1) forebyggende og rådgivende indsatser, 2) støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt samt 3) anbringelse af børn og unge uden for eget hjem.

Danmark

Som nævnt omfatter den danske servicelov støtte til både socialt udsatte børn og unge samt børn og unge med funktionsnedsættelser.

Hvad angår **forebyggende og rådgivende indsatser** indeholder servicelovens § 10 og § 11 bestemmelser om, at kommunen *skal* sikre mulighed for gratis rådgivning samt en række tidlige forebyggende indsatser, bl.a. konsulentbistand (herunder familierettede indsatser), netværksgrupper og rådgivning om familieplanlægning. Fælles for de nævnte forebyggende og rådgivende indsatser er, at børn, unge og forældre skal kunne modtage indsatserne anonymt og som et åbent tilbud.

En stor del af servicelovens bestemmelser om **støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt**, findes i § 52, stk. 3. Iværksættelse af disse indsatser forudsætter, at kommunen forudgående gennemfører en såkaldt børnefaglig undersøgelse (SEL § 50). Loven indeholder muligheden for at iværksætte indsatser såsom aflastningsordning eller støtte-kontaktperson, men også indsatser inden for nogle bredere indsatsgrupper som fx *"familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer"* og *"anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte"*. Servicelovens § 101 giver desuden mulighed for at iværksætte social stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år.

I forhold til støtte til børn og unge, der ikke er anbragt, indeholder serviceloven desuden en række indsatser specifikt til børn og unge med funktionsnedsættelser. Det drejer sig bl.a. om hjemmetræning til børn med nedsat funktionsevne (SEL § 32a) samt genoptræning, afløsning og aflastning (§ 44)⁴⁵.

Endelig beskriver serviceloven en række forskellige muligheder for **anbringelse af børn og unge uden for eget hjem** (SEL § 66). Anbringelse kan ske i bl.a. forskellige typer plejefamilier, egne værelser eller kollegier, opholdssteder og døgninstitutioner (herunder sikrede institutioner). Anbringelsesmulighederne gælder for både socialt udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelser.

Den danske lovgivning giver desuden mulighed for at fortsætte støttetiltag til unge i alderen 18-22 år, som har modtaget støtte efter serviceloven, umiddelbart inden den unge fyldte 18 år (jf. SEL § 76) – såkaldt efterværn. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge og kan fx bestå i døgnophold på et anbringelsessted eller udpegning af en fast kontaktperson til den unge.

Norge

Grundlæggende modtager børn og unge med funktionsnedsættelser i Norge støtte efter samme lovgivning som på voksenområdet, hvorfor tilbudsviften i vid udstrækning er den samme som præsenteret i afsnit 2.3.1 ovenfor. Dog kan der ifølge en af de interviewede videnspersoner være

⁴⁵ Serviceloven indeholder desuden tilbud til børn med funktionsnedsættelser i form af særlige dagtilbud og særlige klubber (SEL § 32 og § 36). Disse tilbud ligger dog i snitfladen mellem socialområdet og dagtilbuds-/skoleområdet og indgår derfor ikke yderligere i undersøgelsen.

nogle forskelle mellem hhv. børn og unge-området og voksenområdet. Helse- og omsorgstjenesten har således en særlig involvering specifikt i forhold til børn og unge med funktionsnedsættelser i form af aflastning, plejefølge til forældre samt i visse tilfælde barne- og aflastningsboliger. Barne- og aflastningsboliger er et tilbud til børn og unge med behov for helse- og omsorgstjenester hele døgnet.⁴⁶ Betegnelsen barnebolig anvendes i de tilfælde, hvor barnet bor der fast, mens betegnelsen aflastningsbolig anvendes, når barnet bor fast hos sine forældre, men flytter ind i boligen, når forældrene har behov for aflastning. Derudover er specialhelsetjenesten ifølge interview med videnspersoner i Norge mere aktivt involveret i habilitering og rehabilitering på børn- og ungeområdet, fx i indsatser til børn med autisme, end det er tilfældet på voksenområdet.

For socialt udsatte børn og unge giver barnevernloven mulighed for at iværksætte en lang række forskellige **forebyggende og rådgivende indsatser samt støtte og hjælp til børn og unge, der ikke er anbragt**. Indsatserne under de to kategorier er ikke adskilt i lovgivningen – indsatserne gives som såkaldte hjulpetiltak efter § 4-4. Eksempler på hjulpetiltak er råd og vejledning, hjemkonsulent, støttekontakt til barnet eller den unge samt forældretræningsprogrammer som fx PMTO og De Utrolige År⁴⁷.

Anbringelse af børn og unge uden for eget hjem kan ifølge barnevernloven ske i plejefamilier (fosterhjem) eller på institutioner (barnevernloven § 4-14). Dertil kommer en mulighed for, at børn og unge med funktionsnedsættelser kan blive anbragt på oplærings- eller behandlingsinstitutioner. Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-4 giver desuden mulighed for at iværksætte stofmisbrugsbehandling på institution til børn og unge over 12 år.⁴⁸ Desuden kan mindreårige asylansøgere anbringes i såkaldte omsorgscentre.

I den norske lovgivning skelnes der overordnet mellem indsatser, der iværksættes frivilligt (dvs. med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren eller den unge), og indsatser, der iværksættes ved såkaldt omsorgsovertagelse, hvor det offentlige overtager ansvaret for barnets/den unges omsorg fra forældrene⁴⁹. Ved omsorgsovertagelse overgår dele af forældreansvaret således til barnevernet. Anbringelser kan iværksættes som både frivillige indsatser og ved omsorgsovertagelse.

Den norske lovgivning giver mulighed for give efterværn ved at fortsætte støttetiltag efter barnevernloven, som er iværksat inden den unge fylder 18 år, indtil den unge fylder 25 år (jf. barnevernloven § 1-3). Ligeledes er der mulighed for at erstatte denne støtte med andre indsatser, hvis der er behov for det.

Sverige

For så vidt angår **forebyggende og rådgivende indsatser** fremgår det af den svenske Socialtjänstlag (SoL), at kommunen skal sikre tilbud om familierådgivning (bearbejdning af samlivskonflikter) samt øvrige åbne rådgivningstilbud (SoL kap. 5 § 3 samt kap. 3 § 6a).

I forhold til **støtte og hjælp til børn og unge, som ikke er anbragt**, fremgår det specifikt af SoL kap. 3 § 6b, at kommunen skal udpege en kontaktperson eller kontaktfamilie. Lovens kap. 3 § 6a foreskriver desuden mere bredt, at *”Socialnämnden ansvarar för att det finns tillgång till öppna insatser för att kunna möta barns, ungas och vårdnadshavares olika behov”*. Det kan

⁴⁶ Helse Norge, 2019b

⁴⁷ Barne- og likestillingsdepartementet, 2016

⁴⁸ Der er her tale om frivillig behandling, dvs. med samtykke fra barnet/den unge og forældremyndighedsindehaverne. For unge over 16 år kræves kun den unges eget samtykke.

⁴⁹ Vilårene for omsorgsovertagelse fremgår af barnevernlovens § 4-12 og 4-18.

eksempelvis være indsatser såsom Funktionel Familierapi (FFT) eller Aggression Replacement Training (ART).⁵⁰ SoL giver dog brede muligheder for, at kommunen kan iværksætte de støttetiltag, som vurderes at være de bedst egnede i den givne sag. Specifikt for børn og unge med funktionsnedsættelser fremgår det af LSS, at der er mulighed for at iværksætte indsatser såsom rådgivning, personlig assistance (PA), ledsagerordning og kontaktperson. Børn og unge med funktionsnedsættelser kan modtage indsatser via LSS, ligesom det er tilfældet på voksenområdet, herunder bl.a. PA.

Anbringelse af børn og unge uden for eget hjem kan ifølge SoL kap. 6 § 1 ske i enten plejefamilier (familjehem), institutioner (HVB - Hem för vård eller boende) eller i særskilte ungdomshjem med individuelt tilpasset støtte (stödboende). I visse tilfælde kan barnet eller den unge desuden anbringes på særlige institutioner (kaldet 'särskilda ungdomshem') under Statens Institutionsstyrelse, som har beføjelser til at have lukkede afdelinger. Det kan eksempelvis være anbringelse af unge, som har problemer med fx misbrug og/eller kriminalitet og behøver særligt nøje opsyn under opholdet. Med hjemmel i LVU kan sådanne anbringelser i visse tilfælde gennemføres uden samtykke. Børn og unge med funktionsnedsættelser kan desuden tildeles ophold i plejefamilie eller botilbud, hvis de har behov for at bo uden for forældrenes hjem (LSS § 9).

I SoL er der mulighed for at tildele såkaldt stödboende for unge i alderen 16-20 år (SoL kap. 6 § 1). Stödboende er et udslusningstilbud til unge, som behøver hjælp til at overgå til en voksentilværelse. Desuden er der mulighed for at gennemføre visse indsatser uden samtykke via LVU for unge op til 20 år. Derudover er der ikke specifikke paragraffer i den svenske lovgivning vedrørende særlig støtte til unge over 18 år (efterværn).

Sammenligning på tværs af landene

De tre landes lovgivninger giver generelt fleksibilitet til, at man kan iværksætte en lang række forskellige indsatser, alt efter hvilket tilbud man vurderer vil være det bedst egnede for det enkelte barn. I Danmark ses dette bl.a. ved, at der er en 'anden hjælp'-kategori for de forebyggende foranstaltninger, som giver kommunerne mulighed for at iværksætte en række indsatser, som ikke falder ind under de øvrige foranstaltninger, der er nævnt i servicelovens § 52, stk. 3 (jf. evt. Tabel 2.5 nedenfor). Ligeledes ses det i det norske departements vejledning omkring hjælpetiltak, hvor det fremgår, at *"Barneverntjenesten bør utvise fleksibilitet og kreativitet ved valg av hjælpetiltak, og står fritt til å velge hjælpetiltak ut fra barnets og familiens individuelle behov"*.⁵¹ Også i Sverige giver bestemmelserne i SoL brede muligheder for at iværksætte de støttetiltag, som vurderes at være de mest formålstjenlige i den enkelte sag.

Hvad angår støtte til børn og unge, som ikke er anbragt, adskiller lovene i de tre lande sig lidt. I den danske servicelovs § 52 stk. 3 nævnes der nogle forskellige kategorier af forebyggende foranstaltninger. I lovgivningen i Norge og Sverige gives der ikke på samme måde beskrivelser af, hvilke forskellige kategorier af forebyggende foranstaltninger der kan iværksættes (jf. Tabel 2.5). Selvom der således findes lidt mere uddybende beskrivelser af foranstaltningerne i den danske lovgivning end i de to andre lande, så er indtrykket, som allerede nævnt, at lovgivningerne i alle tre lande i praksis giver mulighed for at iværksætte en række forskellige typer af forebyggende foranstaltninger.

Der er forskelle mellem landene med hensyn til omfanget af støtte til unge i overgangen til en voksentilværelse – det, der i Danmark og Norge er kendt som efterværn. I Norge kan unge få

⁵⁰ Flere eksempler på öppenvård kan fx ses i denne rammeaftale (Adda, 2017).

⁵¹ Barne- og likestillingsdepartementet 2016, s 13.

efterværn, til de er 25 år, mens aldersgrænsen i Danmark er 23 år. Aldersgrænsen i Norge er dog hævet fra 23 år for relativt nyligt (besluttet i sommeren 2020). I Sverige har man ikke som sådan særskilte bestemmelser om efterværn i lovgivningen, men der er mulighed for at give såkaldt stødboende til unge i alderen 16-20 år.

Tabel 2.5 giver et overblik over tilbudsviften på det specialiserede børn og unge-område i de tre lande. Selvom der i den danske lovgivning er skrevet mere om fx forskellige forebyggende foranstaltninger, er det VIVEs indtryk, at man i praksis har nogenlunde samme muligheder med hensyn til, hvilke indsatser man kan vælge at iværksætte i de tre lande.

Tabel 2.5 Overblik over lovgivningernes tilbudsvifte på børn og ungeområdet

	Danmark	Norge	Sverige
Tidligt forebyggende og rådgivende indsatser	Konsulentbistand (herunder familierettede indsatser), netværksgrupper og rådgivning om familieplanlægning (SEL §10 og § 11)	Råd og vejledning til barn, forældre eller familie (i stedet for eller i tillæg til konkrete hjælpe-tiltak)	Familjerådgivning (SoL kap. 5 § 3) Tilgang til åbne rådgivningstilbud (SoL kap. 3 § 6a).
Støtte og hjælp til ikke-anbragte børn og unge	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Hjemmetræning (SEL § 32a) Personlig hjælp og pleje samt støtte til praktiske opgaver i hjemmet (SEL § 83 (§ 44)) Afløsning og aflastning (SEL § 84 (§ 44)) Genoptræning (SEL § 86 (§ 44)) Ledsagerordning (SEL § 45)</p> <p><u>Børn med behov for særlig støtte (SEL § 52 stk. 3):</u></p> <p>Nr. 1: Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted e.l. Nr. 2: Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet Nr. 3: Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer Nr. 4: Døgnophold, jf. § 55, for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge og andre medlemmer af familien Nr. 5: Aflastningsordning Nr. 6: Fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien Nr. 8: Formidling af praktiktillbud Nr. 9: Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1.</p> <p><u>For socialt udsatte børn og unge:</u></p> <p>Barnevernloven er ikke særlig eksplicit om indholdet af hjælpetiltak, men departementet har udarbejdet et rundskriv om retningslinjer for hjælpetiltak efter lovens § 4-4, hvor der som eksempler nævnes: Støttekontaktperson til barnet Besøgs- og aflastningshjem Hjemkonsulent (kommer hjem til familien og hjælper til med å lage gode hverdagsrutiner for familien) Strukturerende hjælpetiltak til børn med adfærdsvanskeligheder som fx PMTO, MST og DUÅ Strukturerende universelle hjælpetiltak som fx Circle of Security, Sentre for familie og barn og ICDP</p> <p>Derudover findes sentre for foreldre og barn, hvor familien 'anbringes' sammen.</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1.</p> <p><u>For socialt udsatte børn og unge:</u></p> <p>SoL er ikke særlig eksplicit om indholdet af forebyggende indsatser – disse skal tilpasses den enkelte borgers behov. Dog nævnes følgende specifikt i SoL: Kontaktperson eller kontaktfamilj (SoL kap. 3 § 6b) Forebyggende indsatser – såkaldte 'öppna insatser' (SoL kap 3 § 6a). Det kan eksempelvis være metoder såsom: Marte Meo, Funktionel familierterapi (FFT), Agression Replacement Training (ART) og Multidimensionel Familierapi (MDFT)</p>
Anbringelse uden for eget hjem	<p><u>Anbringelse kan ske i (jf. SEL § 52, stk. 3 nr. 7 samt § 66):</u></p> <p>1) almene plejefamilier 2) forstærkede plejefamilier 3) specialiserede plejefamilier</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Mulighed for særlige barneboliger og aflastningsboliger til børn, som har behov for helse-</p>	<p><u>For børn og unge med funktionsnedsættelser:</u></p> <p>Børn med nedsat funktions-evne følger samme regler som på voksenområdet, jf. tabel i afsnit 2.3.1. Børn og unge</p>

Danmark	Norge	Sverige
4) netværksplejefamilier 5) egne værelser, kollegier eller kollegielignende opholdssteder 6) opholdssteder for børn og unge 7) døgninstitutioner, herunder delvis lukkede døgninstitutioner og delvis lukkede afdelinger på døgninstitutioner samt sikrede døgninstitutioner og særligt sikrede afdelinger 8) pladser på efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling	og omsorgstjenester hele døgnet (jf. helse- og omsorgstjenesteloven). <u>Anbringelse kan, (jf barnevernloven § 4-14), ske:</u> a) i fosterhjem, jf. § 4-22 b) i institusjon, jf. § 5-1 og § 5-8 c) i opplærings- eller behandlingsinstitusjon, når dette er nødvendig fordi barnet er funksjonshemmet, eller d) i omsorgssenter for mindreårige asylansøgere, jf. kapitel 5 A	med funktionsnedsættelser kan desuden tildeles ophold i plejefamilie eller botilbud, hvis de har behov for at bo uden for forældrenes hjem (LSS § 9) <u>Anbringelse kan (jf. SoL kap. 6 § 1) ske i:</u> Plejefamilier (Familjehem) – for permanent omsorg og opfostring Institutionsanbringelse (HVB, Hem för vård eller boende) – både ophold og behandling Stödboende for børn og unge i alderen 16-20 år Derudover findes der særlige ungdomshjem med døgnophold (Särskild ungdomshem), som gives via Statens institutionsstyrelse (jf. LVU § 12)

Note: I alle tre lande findes en række tilbud på det, der i Danmark betegnes som det specialiserede socialområde. I Tabel 2.5 er vægten lagt på beskrivelse af sociale tilbud og indsatser på området, og derfor indgår fx hjælpemidler og merudgiftsydelse ikke i beskrivelsen. Jf. afgrænsningen af undersøgelsens genstandsfelt i kapitel 1 omfatter analysen ikke indsatser, der ligger i snitfladen mellem socialområdet og andre områder, dog med undtagelse af sundhedsområdet. Derfor indgår fx de danske særlige dagtilbud og særlige klubber (SEL § 32 og § 36) ikke i tabellen.

2.4 Hvad siger lovgivningen om kriterier for tildeling?

I dette afsnit ser vi nærmere på, i hvilken grad lovgivningen i de tre lande lægger vægt på borgernes ret til visse ydelser baseret på objektive kriterier (fx diagnoser), eller om de snarere lægger vægt på, at ydelser tildeles ud fra en individuel vurdering af den konkrete borgers støttebehov.

2.4.1 Danmark

Af servicelovens overordnede formålsparagraf fremgår det, at *"Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn"* (SEL § 1, stk. 3).

Det følger heraf, at beslutningen om, hvilken støtte, der iværksættes over for den enkelte borger, skal foretages ud fra konkret, individuel vurdering. Dette gælder for indsatser på både voksenområdet og børn og unge-området. Den individuelle vurdering baseres på både faglige og økonomiske hensyn. Hensynet til kommunernes økonomi kan dog aldrig stå alene, da kommunalbestyrelsens afgørelse skal baseres på en konkret, individuel vurdering af borgerens behov. Kommunalbestyrelsen må derfor aldrig vælge en indsats alene ud fra økonomiske overvejelser, jf. vejledning nr. 1 til serviceloven⁵².

Hvad angår serviceniveau fremgår det desuden af servicelovens § 139, at *"Kommunalbestyrelsen kan inden for lovens rammer træffe beslutning om at fastsætte generelle vejledende serviceniveauer for den lokale udmøntning af hjælp efter loven"*. De vejledende serviceniveauer må dog

⁵² Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven, Børne- og Socialministeriets vejledning nr. 9347 af 28/3-2017.

aldrig tilsidesætte den konkrete individuelle vurdering, som er beskrevet ovenfor. På nogle områder er der desuden lovkrav om, at kommunen skal udarbejde såkaldte kvalitetsstandarder. Det gælder bl.a. for social behandling for stofmisbrug efter servicelovens § 101. Kvalitetsstandarderne skal bl.a. indeholde en beskrivelse af kommunens serviceniveau for den pågældende indsats.

2.4.2 Norge

I Norge træffes beslutninger om støtte på både voksenområdet og børn og unge-området ud fra en individuel vurdering. Der gælder imidlertid en pligt til at indsætter, der iværksættes efter de forskellige lovgivninger på området (herunder socialtjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, specialisthelsetjenesteloven og barnevernloven), skal være 'forsvarlige'. Bufdir skriver følgende om kravet om forsvarlighed: *"Kjernen i forsvarlighetskravet er vurderinger av hva som kan betegnes som god praksis. Hva som er god praksis vil være forankret i anerkjent fagkunnskap og faglige anbefalinger. Innholdet vil kunne endre seg i takt med fagutviklingen og med endringer i verdioppfatninger i samfunnet... Når grensen mot det uforsvarlige og ulovlige skal fastlegges, vil spørsmålet være hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres. Barneverntjenestens virksomhet vil være lovlig når den ligger innenfor spennet mellom beste praksis og forsvarlighetskravets nedre grense".*⁵³

Ud over forsvarlighedsprincippet er der få lovgivningsmæssige krav til, hvilke indsætter der anvendes i konkrete tilfælde. De skal dog ydes som en helhedsorienteret og koordineret indsats og udformes i samarbejde med borgere, så vidt det er muligt.

I Norge bruges termen 'ret' i lovgivningen om borgeres adgang til ydelser. Det fremgår dog fx af Bufdirs noter til barnevernloven, at selvom det eksplicit fremgår af loven, at der er tale om en ret, så gælder det, at *"handlingsrommet kommunen har i dag ved valg av tiltak og tiltakets omfang er uendret. Det er kommunen som avgjør hvilket eller hvilke tiltak som er nødvendige for å gi barnet hjelp, omsorg og beskyttelse. Rett til nødvendige tiltak innebærer ikke at barnet får rett til et bestemt tiltak som for eksempel støttekontakt, institusjonsplass, fosterhjem eller støtte til ferie. Hva som er et eller flere nødvendige tiltak, og hva barnet dermed har krav på, avhenger av barnets situasjon og behov".*⁵⁴

2.4.3 Sverige

I Sverige gælder det for bl.a. SoL, LVU, LVM og HSL, at beslutningen om støtte træffes ud fra en konkret individuel vurdering af borgerens behov. Med andre ord er det en individuel vurdering, der ligger til grund for beslutningen om støtte til socialt udsatte børn, unge og familier, borgere med misbrug samt borgere med psykiske lidelser. Aktuelt er der dog en debat i Sverige om at udvide mulighederne for at tildele visse indsætter efter SoL, eksempelvis misbrugsindsætter og bostøtte (boendestöd), uden der foretages en individuel behovsprøvning.⁵⁵

For borgere med funktionsnedsættelser fremgår det af LSS, at man har ret til støtte efter loven, hvis man opfylder en række delvist objektive kriterier (jf. beskrivelsen af LSS-målgrupper i afsnit 2.2.1), og man har behov for sådan støtte (jf. LSS § 7).

⁵³ Bufdir, 2021a

⁵⁴ Se note 24 vedrørende barnevernlovens § 1-5 hos Bufdir (2020).

⁵⁵ Se fx høringssvar fra SKR (Sveriges Kommuner og Regioner) her: <https://skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a5cd6d/1617213451476/WEBB-08-2021-En-hallbar-socialtjanstlag.pdf> og NSPH (2021).

2.4.4 Sammenligning på tværs af landene

Det gælder for både det specialiserede børn og unge-område og voksenområde i alle tre lande, at der i høj grad ligger en konkret individuel vurdering til grund for beslutninger om, hvilken støtte der iværksættes til den enkelte borger. Dette skal ses i sammenhæng med, at der er en høj grad af kommunalt selvstyre i både Danmark, Norge og Sverige. Det betyder, at kommunerne i alle tre lande har et relativt stort rum til at beslutte, hvilke konkrete indsatser der bedst kan imødekomme borgernes behov.

En undtagelse vedrører borgere med funktionsnedsættelser i Sverige, hvor der i LSS lægges vægt på nogle (delvist) objektive kriterier. Hvis en borger lever op til kriterierne, har vedkommende principielt ret til indsatser efter LSS, dog under forudsætning af, at vedkommende også har et støttebehov. Der finder således også i disse tilfælde en konkret individuel vurdering sted.

I Danmark fremgår det eksplicit af serviceloven, at ikke bare faglige, men også økonomiske hensyn skal indgå i den individuelle vurdering af, hvilken hjælp der skal tildeles til den enkelte borger. Dette er ikke tilfældet for lovgivningen om de kommunale tilbud Norge og Sverige.⁵⁶ Det skal nævnes, at der her er fokuseret på lovgivningen, mens eventuelle gældende forvaltningsretlige principper ikke er afdækket. Ligeledes er der i Danmark på bl.a. misbrugsområdet krav om, at kommunerne udarbejder såkaldte kvalitetsstandarder, som bl.a. beskriver kommunens serviceniveau på et givent område. Dette er heller ikke tilfældet for de kommunale indsatser i Norge og Sverige.

⁵⁶ Dog er der for specialhelsetjenesten i Norge prioriteringsvejledninger, der beskriver, at ydelser skal vurderes i forhold til patientens forventede udbytte og ressourceforbrug, jf. Helsedirektoratet (2019a).

3 Myndighedsansvar

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde er fordelt i de tre lande. I afsnit 3.1 fokuserer vi på at beskrive, hvem der har ansvaret for at imødekomme forskellige målgruppers behov samt bevilge og visitere til forskellige indsatser, ligesom vi præsenterer de fordele og ulemper, som centrale videnspersoner ser ved denne ansvarsfordeling. I afsnit 3.2 belyser vi, hvordan ansvaret for opfølgning, revisitation og personrettet tilsyn er fordelt i landene. Endelig beskriver vi i afsnit 3.3, hvilke klagemuligheder borgerne har i forhold til afgørelser på det sociale område i Danmark, Norge og Sverige.

Boks 3.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 3.1 Konklusioner – myndighedsansvar

- I både Danmark, Norge og Sverige gælder det generelt, at det i udgangspunktet er kommunerne, som har myndighedsansvaret for sociale indsatser.
- I Sverige er der en særlig opdeling af myndighedsansvaret for PA (personlig assistance), idet kommunen har myndighedsansvaret ved et støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten har myndighedsansvaret, hvis borgerens støttebehov er større end 20 timer pr. uge.
- På børn og unge-området er der i både Danmark, Norge og Sverige særlige organer, som træffer beslutninger om meget indgribende foranstaltninger eller foranstaltninger, hvor der ikke er samtykke.
- Ansvar for behandling på sygehuse, herunder psykiatrisk behandling, er i alle tre lande placeret på regionalt eller statsligt niveau.
- Misbrugsområdet er primært et kommunalt myndighedsansvar i Danmark. I Norge og Sverige er ansvaret for misbrugsområdet i højere grad delt mellem kommuner og sygehusvæsen (dvs. stat og region).
- Generelt følger opfølgningsansvaret myndighedsansvaret. En undtagelse er dog, at statsforvalteren i Norge har ansvaret for tilsyn – herunder det personrettede tilsyn – på barnevernsinstitutioner.
- Generelt ligner klagemulighederne i de tre lande hinanden, idet en klage i første omgang rettes til den kommune, som har myndighedsansvaret for sagen. Hvis kommunen ikke giver klageren medhold, går klagen videre til en overordnet instans, som behandler og træffer afgørelse i sagen. Derudover er der i Danmark og Norge særlige muligheder for at klage til hhv. Ombudsmanden og Sivilombudsmannen.

3.1 Placering af myndighedsansvaret

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan myndighedsansvaret for at imødekomme forskellige målgruppers behov på det specialiserede socialområde er placeret i Danmark, Norge og Sverige. Afsnittet søger således at besvare spørgsmålet om, hvem der har bevillingskompetencen for forskellige indsatser. Vi beskriver desuden de fordele og ulemper, som nationale videnspersoner i de tre lande ser ved fordelingen af myndighedsansvaret.

3.1.1 Danmark

I Danmark er det overordnet set kommunerne (kommunalbestyrelsen), der har myndighedsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde. Det gælder både på voksenområdet

og på børn og unge-området. Dog har regionerne ansvar for behandling i psykiatrien. Kommunen har ansvaret for den sociale indsats, mens regionen har ansvaret for psykiatrisk behandling. Kommunen skal henvise til regionen, når borgere har behov for indsatser fra psykiatrien.

På børn og unge-området gælder der nogle særlige regler, når en kommune ønsker at gennemføre en anbringelse eller andre tvangsmæssige indgreb uden samtykke fra forældrene eller den unge selv⁵⁷. I disse tilfælde skal beslutningen træffes i de enkelte kommuners særlige børn og unge-udvalg, som ikke er et politisk udvalg, men består af to repræsentanter fra kommunalbestyrelsen, en dommer og to pædagogisk-psykologisk fagkyndige.⁵⁸

Mulige fordele og ulemper

Af interviewene med videnspersonerne fremgår det, at placeringen af myndighedsansvaret hos kommunerne understøtter det kommunale selvstyre, som der ifølge videnspersonerne er bred opbakning til i Danmark. I det lys er det en fordel, at ansvarsfordelingen giver mulighed for at lave lokale prioriteringer. Desuden nævnes det af flere videnspersoner som en fordel, at størstedelen af ansvaret for at træffe beslutninger er placeret hos kommunerne og dermed relativt tæt på borgerne, fordi kommunerne alt andet lige er dem, der kender borgerne og de lokale forhold bedst og bl.a. derfor har bedre forudsætninger for at foretage en helhedsvurdering af borgerens situation.

Nogle af de interviewede videnspersoner fortæller, at der i Danmark er en diskussion af, om der er u hensigtsmæssige forskelle i kommunernes serviceniveau på det specialiserede socialområde. Da kommunerne har myndighedsansvaret, kan beslutninger påvirkes af bl.a. den enkelte kommunes faglighed, muligheder, økonomi og prioriteringer, og det kan derfor muligvis medføre beslutninger om tildeling af hjælp og støtte, som er utilstrækkelig. En af de interviewede videnspersoner giver eksempelvis udtryk for, at nogle kommuner kan gå for langt med at afprøve forebyggende indsatser i sager, hvor der ikke er udsigt til, at indsatserne kan lykkes tilstrækkeligt godt. Nogle af de interviewede videnspersoner peger på, at det kan være en udfordring for især mindre kommuner at sikre tilstrækkelig økonomi og faglig ekspertise til borgere med behov for meget specialiserede indsatser.

En anden problemstilling vedrører snitfladen mellem kommuner og regioner, hvor det ifølge nogle videnspersoner kan forekomme, at regionerne, fx behandlingspsykiatrien, giver anbefalinger til, hvilken støtte, de mener, at kommunerne bør iværksætte i konkrete sager – anbefalinger, som kommunerne som ansvarlig myndighed ikke nødvendigvis er enige i ud fra en helhedsvurdering af borgerens behov. Derudover kan der være uklarhed om, hvornår børn og unge⁵⁹ med psykiske udfordringer falder inden for området 'psykiatrisk behandling' (regionens ansvar), og hvornår de falder inden for området 'rehabiliterende social indsats' (kommunernes ansvar). Følgelig opstår der også uklarhed om, hvem der har beslutningskompetencen for borgeren i den pågældende situation, hvorfor borgeren risikerer at 'falde mellem to stole'.

I relation til snitfladeproblematikker peger nogle videnspersoner på, at man kunne understøtte en bedre sammenhæng på tværs af kommune og region med en øget brug af koordinatore, sådan som det kendes fra hjerneskeadeområdet. Andre videnspersoner peger dog på en risiko for, at nogle fagpersoner vil fralægge sig ansvaret for fælles koordination, hvis man formelt placerer

⁵⁷ Ud over de her nævnte forhold gælder der også særlige regler omkring de såkaldte børnehuse, som er specialiseret i sager om overgreb. Kommunen har – som i andre sager – myndighedsansvaret i sager om overgreb, men er forpligtet til at bruge børnehuset i forbindelse med udarbejdelse af den børnefaglige undersøgelse. Der findes fem børnehuse – ét i hver region. Læs evt. mere om børnehusene hos Socialstyrelsen (2018c).

⁵⁸ Ankestyrelsen, 2020

⁵⁹ Interview med videnspersoner i Danmark med fokus på voksenområdet indeholder ikke specifikke diskussioner af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner på psykiatriområdet.

dette ansvar hos en enkelt koordinator. Ligeledes nævnes det, at yderligere brug af koordinatore kan være ressourcekrævende.

3.1.2 Norge

I Norge ligger myndighedsansvaret for sociale indsatser og indsatser til borgere med funktionsnedsættelser primært hos kommunen. Det gælder både på voksenområdet og børn og ungeområdet. Særligt for borgere med psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblematikker gælder det, at myndighedsansvaret er delt mellem opholdskommune og staten gennem de regionale helseforetak, der er ansvarlige for specialhelsetjenesten. Kommunen har ansvaret for den sociale indsats, mens specialhelsetjenesten har ansvar for psykiatrisk behandling samt misbrugsbehandling. Imidlertid har specialhelsetjenesten også ansvar for de dele af sociale indsatser, som kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at varetage (jf. afsnit 5.1), fx dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. Kommunen visiterer til indsatser og skal henvise, når borgere har behov for indsatser fra specialhelsetjenesten. Specialhelsetjenesten foretager derefter en vurdering af kommunens henvisning.

Særligt for området for socialt udsatte børn og unge gælder det, at kommunerne ifølge barnevernloven skal have en barneverntjeneste. Af samme lov fremgår det desuden, at den kommunale barnevernstjenestes myndighedsansvar forvaltes rent administrativt (barnevernloven § 2-1). Kommunernes politiske niveau har indflydelse på de overordnede rammer for det kommunale barnevern, men selve driften og beslutningskompetencen i de enkelte sager er forankret hos de fagprofessionelle og ledelsen i barnevernet, som er en selvstændig administrativ instans.

Ved beslutninger om omsorgsovertagelse⁶⁰ samt en række indsatser, hvor der ikke er samtykke fra forældrene eller den unge, skal beslutningen træffes af de såkaldte fylkesnemnda. Fylkesnemnda for barnevern og sociale sager er et statsligt, domstolslignende forvaltningsorgan, som har afgørelsesmyndighed i bl.a. sager om omsorgsovertagelse for børn og om tvangsindgreb over for unge med alvorlige adfærdsvanskeligheder.⁶¹ Der er i alt 12 fylkesnemnda i Norge, som hver består af tre medlemmer: en leder, der er jurist og opfylder kravene til dommere, et sagkyndigt medlem samt et 'almindeligt medlem' udvalgt blandt medlemmer fra 'udvalget af meddommere' (dvs. lægdommere). Det er den kommunale barnevernstjeneste, der har ansvaret for at bringe sagen for fylkesnemnda samt for at iværksætte og følge op på de besluttede foranstaltninger.

Særligt for anbringelser på døgninstitutioner gælder det i øvrigt, at det er det *statslige* barnevern i form af fem regionale myndigheder kaldet Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten), der træffer beslutning om, hvilken specifik institution barnet eller den unge kan tilbydes⁶². Dette hænger sammen med, at Bufetat har driftsansvaret for døgninstitutioner for børn og unge i Norge, samt ansvar for overblik og koordinering på tværs af institutioner i regionerne⁶³. Dertil kommer, at kommunerne betaler den samme takst for anbringelsen, uanset hvilken døgninstitution der benyttes. Se også rapportens kapitel 4, 5 og 6.

⁶⁰ 'Omsorgsovertagelse' indebærer, at det offentlige overtager ansvaret for barnets/den unges omsorg fra forældrene, jf. barnevernloven § 4-12 og § 4-18. Ved omsorgsovertagelse overgår dele af forældreansvaret således til barnevernet.

⁶¹ Bufdir, 2021b

⁶² Jf. punkt 2.1. i Bufdir (2021a). Det er desuden værd at bemærke, at der gælder særlige regler for Oslo Kommune, som indebærer, at Oslo Kommune skal varetage de opgaver, som varetages af Bufetat i resten af Norge, jf. barnevernloven § 2-3 a.

⁶³ Bufetat har desuden et driftsansvar på andre områder, herunder at bistå kommunerne med at finde egnede plejefamilier. Bufetats driftsansvar behandles mere indgående i kapitel 4.

Mulige fordele og ulemper

Flere af de interviewede norske videnspersoner giver udtryk for, at en fordel ved, at kommunerne har et stort myndighedsansvar for det specialiserede socialområde, er dels, at det giver muligheder for at lave tilpasninger, som passer til lokale behov, dels at kommunerne er relativt tæt på borgerne og derfor har gode muligheder for at foretage helhedsbetragtninger i den enkelte sag. Én af videnspersonerne siger bl.a.: *"Tjenester bliver bedre tilpasset borgernes behov ved lokale vurderinger end ved en central vurderingsinstitution, fordi man får det samlede billede af behovene"*.

Flere af de interviewede videnspersoner fortæller, at der er forskelle i, hvilken hjælp man tilbyder på tværs af kommunerne. Der er nogle mindstekrav til, hvilke indsatser kommunerne skal levere (fx fastlegeordning), og at indsatser generelt skal leve op til kravet om forsvarlighed (jf. evt. afsnit 2.4.2). Derudover er der rum til forskelle i kommunernes serviceniveau og tilrettelæggelse af indsatser. De interviewede videnspersoner fortæller, at der er stor geografisk og demografisk spredning i Norge, og at kommunerne er meget forskellige. Kombineret med et stærkt kommunalt selvstyre kan det betyde, at nogle kommuner – særligt de meget små – kan have vanskeligt ved at finde ressourcer til området, hvilket kan slå igennem fx i forhold til, hvilke tilbud man kan iværksætte, samt hvilke faglige kompetencer man har til fx at lave undersøgelser. Specifikt for funktionsnedsættelsesområdet fortæller en af videnspersonerne, at området er blevet en 'lillesøster' inden for et stort helse- og omsorgsområde og dermed er i fare for at miste politisk bevågenhed og forsvinde som selvstændigt område i kommunerne.

Derudover fortæller flere interviewede videnspersoner, at ansvarsfordelingen mellem kommuner og de regionale helseforetak (spesialisthelsetjenesten) i Norge er genstand for en del diskussion, da ansvarsfordelingen ikke er klart defineret i lovgivningen.

Særligt om socialt udsatte børn og unge

Specifikt for barnevernsområdet er det flere videnspersoners oplevelse, at ansvarsfordelingen *mellem kommune og fylkesnemnd* fungerer godt. En vidensperson peger på, at systemet understøtter et højt niveau i sagsbehandlingen og siger: *"... det er på en måde en eksamen, hver gang barnevernstjenesten går med en sag til fylkesnemnda"*. For nogle borgere kan det dog være uklart, at beslutningen træffes af fylkesnemnda og ikke kommunen, hvorfor de fejlagtigt retter deres kritik mod kommunen. En anden vidensperson påpeger, at det er en fordel, at systemet giver borgere mulighed for at stille med en advokat, inden der træffes vidtgående beslutninger. Dermed styrkes retssikkerheden. En tredje vidensperson vurderer, at systemet medvirker til mere stabile anbringelsesforløb, end hvad der kendes fra fx det danske system, som i højere grad baserer sig på samtykke.

I forhold til barnevernsområdet er der nogle af videnspersonerne, der fortæller, at delingen af beslutningskompetence *mellem kommuner og Bufetat* (staten) på døgninstitutionsområdet indebærer nogle udfordringer. Det drejer sig især om, at kommunens primære interesse er at få det bedste døgninstitutionstilbud til det enkelte barn, mens Bufetat derudover har et helhedsansvar for at fordele tilbudskapaciteten på tværs af landet og den samlede gruppe af børn, som har behov for hjælp. Flere videnspersoner giver udtryk for, at en udfordring ved det nuværende system er, at den kommunale barnevernstjeneste kun har lille indflydelse på, hvilken specifik døgninstitution der tilbydes til det enkelte barn, fordi denne beslutning træffes af Bufetat.

3.1.3 Sverige

Myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde er primært placeret hos kommunerne i Sverige. Det gælder både på voksenområdet og børn og unge-området. Det er således kommunernes socialnämnd, der træffer beslutningerne i enkeltsager. Der er dog en række undtagelser fra placeringen af myndighedsansvaret i kommunerne.

For det første har regionerne myndighedsansvaret for 'rådgivning og anden personlig støtte' til borgere med funktionsnedsættelser, som er en specifik indsats i LSS, som giver ret til rådgivning om det at leve med en funktionsnedsættelse fra fx psykolog, arbejds terapeut eller andre eksperter (LSS § 2).

For det andet er myndighedsansvaret for 'personlig assistans' (PA) delt mellem kommune og stat, således at kommunen træffer beslutning om PA ved et grundlæggende støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten træffer beslutning, hvis borgerens grundlæggende støttebehov er større end 20 timer pr. uge⁶⁴. I praksis ansøger borgeren hos kommunen først. Hvis kommunen vurderer, at der er behov for mere end 20 timer pr. uge i gennemsnit, orienterer kommunen Försäkringskassan (dvs. staten), som efterfølgende behandler sagen.

For det tredje har regionen som hovedregel myndighedsansvaret for bevilling af sundheds- og sygepleje til borgere, som er bosat inden for regionen. Kommunen har dog ansvaret for bevilling af sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud⁶⁵ samt modtagere af støtte efter LSS, fx personlig assistance (PA). Desuden har regionen et medansvar for rehabilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.⁶⁶

Endelig skal det nævnes, at myndighedsansvaret for hhv. misbrugs- og psykiatriområdet i Sverige er delt mellem regionerne og kommunerne. Hvad angår misbrugsbehandling har regionerne myndighedsansvar for den del af misbrugsbehandlingen, der finder sted på sygehusene.⁶⁷ Kommunerne har ansvaret for bevilling af de sociale støtte- og behandlingsindsatser vedrørende misbrugsbehandling. Beslutning om misbrugsbehandling uden samtykke med hjemmel i LVM træffes af Förvaltningsrätten⁶⁸ efter ansøgning fra kommunens socialnämnd. Ligeledes er myndighedsansvaret på psykiatriområdet delt mellem kommune og region, således at regionen har myndighedsansvaret for psykiatrisk behandling på sygehusene⁶⁹, mens kommunen har ansvar for socialfaglige indsatser, der har til formål at give støtte 'til den daglige livsførelse', dvs. i hjemmet og i relation til beskæftigelse.

En vidensperson fortæller, at der i praksis kan være en udfordring i opdelingen mellem SoL og LSS, selvom kommunen har myndighedsansvaret for indsatser efter begge lovgivninger. Hvis eksempelvis et barn og dets familie får afslag på støtte efter LSS, er det ikke alle kommuner, der er lige gode til at vejlede borgerne om, at vedkommende måske kan få støtte efter SoL i stedet. Udfordringen vedrører især børn og unge med psykiatriske udfordringer. En anden udfordring opstår ifølge samme vidensperson for nogle børn og unge, som falder inden for en af personkredsene i LSS, men hvor der samtidig er nogle sociale udfordringer på spil. I disse tilfælde kommer man nogle gange til at fokusere på, hvilke indsatser barnet eller den unge er *berettiget* til (fx

⁶⁴ Når støtten bevilges fra staten bruges betegnelsen 'assistansersättning' i stedet for 'personlig assistans'.

⁶⁵ Jf. Socialstyrelsen i Sverige (2020c).

⁶⁶ Jf. HSL kap. 8 § 7 (regionernes ansvar) og kap. 12 § 5 (kommunernes ansvar).

⁶⁷ Og i primærplejen, 'primärvård', som dog er mindre specialiseret.

Se fx Socialstyrelsen i Sverige (2004). Her står der bl.a.: "*Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.*" Se også afsnit 5.1.3.

⁶⁸ Læs evt. mere om förvaltningsrätten hos Sveriges Domstolar (2019a).

⁶⁹ Og i 'primärvård', jf. ovenfor.

korttidsboende), men glemmer at fokusere på barnets eller den unges samlede behov, som ikke nødvendigvis er at være anbragt uden for hjemmet.

Særligt for området for socialt udsatte børn og unge gælder det, at beslutninger om iværksættelse af støtte efter LVU træffes af Förvaltningsrätten efter ansøgning fra kommunens socialnämnd. LVU omfatter de mest indgribende indsatser over for unge, herunder mulighed for anbringelse på lukkede institutioner uden den unges samtykke, jf. afsnit 2.3.2.

Mulige fordele og ulemper

Som i de to andre lande vurderer flere af de interviewede videnspersoner, at man i Sverige lægger stor vægt på princippet om kommunernes selvbestemmelse, og videnspersonerne giver udtryk for, at der er et stort rum for det kommunale selvstyre i Sverige. Dette kan have den fordel, at man bedre kan tilpasse de konkrete indsatser under hensyntagen til forskelle i kommunernes behov og problembillede. Derudover fremhæver også svenske videnspersoner, at kommunernes nærhed til borgerne betyder, at de bedre kan træffe myndighedsbeslutninger ud fra en helheds-vurdering.

Flere videnspersoner i Sverige nævner ligeledes, at placeringen af store dele af myndighedsansvaret hos kommunerne betyder, at der kan være forskelle i kommunernes serviceniveau og tilrettelæggelse af indsatser på det specialiserede socialområde.

Derudover peger flere svenske videnspersoner – ligesom i Danmark og Norge – på visse udfordringer i kommunernes samarbejde med regioner og stat. Eksempelvis kan der opstå uenighed mellem kommunen og regionen om, hvem der har hvilket ansvar for borgere med psykiatriske problematikker. En vidensperson fortæller dog, at man i næsten alle regioner har et samarbejdsforum mellem kommuner og region, hvor man forsøger at aftale, hvem der gør hvad og har hvilket ansvar, når der er forskellige ansvarlige myndigheder ('huvudmenn') i forhold til en målgruppe. Endelig uddyber samme vidensperson, at det særligt i forhold til misbrugsbehandling i nogle tilfælde kan være vanskeligt at fastlægge, om det er hhv. kommunen eller regionen, der har myndighedsansvaret.

Særligt om Personlig Assistance (PA)

Ifølge flere videnspersoner er der i Sverige meget diskussion af ansvarsdelingen mellem kommune og stat for PA, og man taler om at lægge det fulde myndigheds- og betalingsansvar over til staten. En vidensperson giver da også udtryk for, at det er vanskeligt at pege på nogle fordele ved den nuværende ansvarsdeling for PA. Af ulemper ved det nuværende system peger videnspersoner bl.a. på, at de fleste borgere skal i kontakt med to instanser, nemlig kommunen og Försäkringskassan (staten). Desuden kan de mindre kommuner have svært ved at opbygge og opretholde tilstrækkelige kompetencer og viden om PA, fordi de kun har relativt få sager. En af de interviewede videnspersoner vurderer desuden, at den nuværende ansvarsdeling er problematisk i et retssikkerhedsmæssigt perspektiv, fordi der er stor forskel på, hvordan kommunerne bedømmer de enkelte sager. Der er ingen krav til, hvilke kompetencer sagsbehandlerne i kommunerne skal have for at kunne behandle sagerne, mens der til gengæld er en vis kontrol med statens (Försäkringskassans) afgørelser på området, i og med at de har nogle interne retningslinjer og uddannelse af medarbejdere.

3.1.4 Sammenligning på tværs af landene

I alle tre lande gælder det, at det i udgangspunktet er kommunen, der har myndighedsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde.

En undtagelse er, at regionerne i Sverige har myndighedsansvaret for rådgivning og anden personlig støtte efter LSS, som dog ligger i den mindst indgribende ende af indsatsviften. Derudover er der en særlig deling af myndighedsansvaret for personlige hjælperordninger i Sverige, hvor kommunen har myndighedsansvaret ved et grundlæggende støttebehov på op til 20 timer pr. uge, mens staten har myndighedsansvaret, hvis borgerens grundlæggende støttebehov er større end 20 timer pr. uge.

Ansvar for behandling på sygehuse, herunder psykiatrisk behandling, er i alle tre lande placeret på regionalt eller statsligt niveau, mens kommunerne har myndighedsansvaret for socialfaglige indsatser. I Sverige har kommunerne dog også myndighedsansvar for bevilling af sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud samt modtagere af støtte efter LSS. Hvad angår misbrugsbehandling er dette primært et kommunalt myndighedsansvar i Danmark. I Norge og Sverige har kommunerne også et ansvar for misbrugsområdet, men til forskel fra Danmark har sygehusvæsenet (dvs. stat og region) en større rolle og et større ansvar herfor i Norge og Sverige. Desuden har regionerne i Sverige og de Regionale Helseforetak i Norge et medansvar for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.

På børn og unge-området er der desuden enkelte undtagelser til det generelle billede af, at kommunen har myndighedsansvaret. I både Danmark, Norge og Sverige er der således særlige organer, som træffer beslutninger om meget indgribende foranstaltninger eller foranstaltninger, hvor der ikke er samtykke. Det drejer sig om hhv. de kommunale børn og unge-udvalg i Danmark, fylkesnemnda i Norge og förvaltningsrätten i Sverige. Ifølge en af de interviewede videnspersoner er hovedreglen ved langvarige anbringelser i Norge, at der gennemføres en omsorgsovertagelse, også selvom anbringelsen sker med samtykke. I så tilfælde skal fylkesnemnda træffe beslutning i sagen. Det er værd at bemærke, at landenes særlige beslutningsorganer ikke indebærer, at kommunen fratages ansvaret for sagen i sin helhed. Det er blot ikke kommunen, der træffer afgørelse om de specifikke tiltag, der iværksættes.

Tabel 3.1 giver et overblik over, hvordan myndighedsansvaret for forskellige målgrupper er placeret i de tre lande.

Tabel 3.1 Placering af myndighedsansvar i Danmark, Norge og Sverige fordelt på målgrupper

Målgruppe	Danmark	Norge	Sverige
Socialt udsatte børn	Ansvar placeret i kommunen. Særlige regler for tvangsforanstaltninger	Ansvar delt mellem den kommunale Barneverntjeneste og de regionale Fylkesnemnda	Ansvar placeret i kommunen. Særlige regler for tvangsforanstaltninger via LVU
Børn og voksne med funktionsnedsættelser	Ansvar placeret i kommunen	Ansvar placeret i kommunen. Dog har regionale helseforetak medansvar for habilitering og rehabilitering.	Ansvar placeret i kommunen. Dog har regionen ansvaret for rådgivning og støtte efter LSS samt medansvar for habilitering og rehabilitering Vedrørende personlige hjælperordninger deler kommunen myndigheds- og betalingsansvaret med staten Vedr. sundheds- og sygepleje har regionen som hovedregel myndighedsansvaret, mens kommunen har ansvaret ift. borgere, der modtager udvalgte sociale indsatser

Målgruppe	Danmark	Norge	Sverige
Voksne psykiske vanskeligheder	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og region (behandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og regionale helseforetak (behandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og region (behandling på sygehuse)
Voksne misbrug	Ansvar placeret i kommunen	Ansvar delt mellem kommune (socialfaglige indsatser) og regionale helseforetak (misbrugsbehandling på sygehuse)	Ansvar delt mellem kommune (sociale støtte- og behandlingsindsatser) og region (misbrugsbehandling på sygehuse) Særlige regler for tvangsforanstaltninger via LVM

3.2 Placering af ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn

I dette afsnit belyser vi, hvordan ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn er placeret i hhv. Danmark, Norge og Sverige. Ansvaret for det *driftsrettede* tilsyn dækkes i afsnit 4.3.

3.2.1 Danmark

Generelt gælder det ifølge servicelovens § 148, at den kommune, der har pligt til at yde hjælp efter loven, løbende skal føre tilsyn med de tilbud, som borgeren modtager (fx anbringelsessteder og botilbud) og løbende følge den enkelte sag for at sikre, at hjælpen fortsat opfylder sit formål.

På voksenområdet er der ingen minimumskrav til, hvor ofte der skal følges op på støtten til konkrete borgere. Det er derfor op til den enkelte kommune at beslutte, hvordan og hvornår opfølgningen skal finde sted.

På børn og unge-området gælder det, at kommunen som udgangspunkt altid skal udarbejde en handleplan, før der iværksættes en foranstaltning. Det følger af servicelovens § 70, at kommunen har pligt til at vurdere, om indsatsen skal ændres, og om handleplanen skal revideres senest tre måneder efter, at der er iværksat en foranstaltning. Efter de første tre måneder af forløbet skal kommunen med højst seks måneders mellemrum vurdere, om indsatsen skal ændres, og om handleplanen skal revideres. Det følger af samme paragraf, at vurderingen for anbragte børn og unge skal ske på baggrund af mindst to årlige tilsynsbesøg på barnets eller den unges anbringelsessted. Derudover findes der særlige bestemmelser om opfølgning i relation til hjemmetræning. Denne opfølgning skal finde sted mindst to gange årligt, jf. hjemmetræningsbekendtgørelsens § 4.⁷⁰

Den opfølgningshyppighed, som er angivet i serviceloven, skal betragtes som en minimumsstandard. Hvis der i konkrete sager er behov for hyppigere opfølgning, har kommunen pligt til at sørge for dette.

Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner er der lovgivningsmæssigt et større fokus på opfølgning på børn og unge-området, end det er tilfældet for voksenområdet. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der er flere nationale proceskrav og tidsfrister til opfølgningen på børn og unge-området. Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner kan denne forskel bl.a. hænge sammen med et øget politisk fokus på børn og unge-området på baggrund af konkrete sager, der i 00'erne og 10'erne har fået landsdækkende opmærksomhed.⁷¹

⁷⁰ Social- og Indenrigsministeriet, 2010

⁷¹ Fx 'Tøndersagen' og 'Rebildsagen'.

3.2.2 Norge

Generelt gælder det, at den enkelte kommune har ansvaret for at foretage løbende opfølgning på borgernes sager i Norge. I visse tilfælde har staten (de regionale helseforetak samt statsforvalteren⁷²) dog også et ansvar herfor. Ansvar for opfølgning følger myndighedsansvaret, og de regionale helseforetak har således pligt til at følge op på ydelser fra specialhelsetjenesten, herunder psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehus.

Specifikt i forhold til socialt udsatte børn og unge har den kommunale barnevernstjeneste ansvar for løbende opfølgning i forhold til barnet og for at vurdere, om der evt. bør ske ændringer i indsatsen (barnevernloven § 4-5). I sager, hvor der træffes afgørelse om omsorgsovertagelse, har den kommunale barnevernstjeneste fortsat ansvar for løbende opfølgning på barnet (barnevernloven § 4-16).

For socialt udsatte børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, gælder der desuden særlige regler for personrettet tilsyn. For børn og unge, som er anbragt på barnevernsinstitutioner (som er et statsligt ansvar), har statsforvalteren ansvar for tilsynet (barnevernloven § 5-7). Dette skal ske ved mindst to og i nogle tilfælde mindst fire årlige tilsynsbesøg, hvoraf halvdelen skal ske uanmeldt.⁷³ For børn og unge anbragt i plejefamilier har kommunerne ansvaret for tilsynet (barnevernloven § 4-22). Tilsynet med børn i plejefamilier skal ske mindst fire gange om året (forskrift om fosterhjem § 7). For børn, som har været anbragt i deres plejefamilie i mere end to år, og hvor forholdene i plejefamilien vurderes at være gode, kan antallet af tilsynsbesøg dog nedsættes til mindst to gange årligt.

På både voksenområdet og børn og unge-området er der regler, som skal understøtte god koordinering for borgere, som modtager støtte fra flere forskellige instanser. Kommune og regionale helseforetak skal således hver have en koordinerende enhed, som følger op på indsatser til den enkelte borger og koordinerer tjenestetilbud. Borgere skal tilbydes en koordinator i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, når de modtager langvarige og koordinerede indsatser (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2).

I relation til ydelser fra specialhelsetjenesten skal der udpeges en koordinator for patienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerede ydelser, fx på misbrugs- og psykiatriområdet samt rehabilitering og habilitering til borgere med funktionsnedsættelser (specialhelsetjenesteloven § 2-5a). Koordinator skal bl.a. sørge for nødvendig opfølgning for den enkelte patient for at sikre sammenhæng i indsatsen.

Hvad angår socialt udsatte børn og unge er barnevernstjenesten forpligtet til at udarbejde en individuel plan for barnet og samarbejde om planen med andre instanser, som barnet modtager indsatser fra (barnevernloven § 3-2a).

3.2.3 Sverige

Generelt er det i Sverige kommunerne (Socialnämnden), der har ansvaret for at følge op på, om borgerens behov for hjælp og støtte imødekommes med de iværksatte indsatser.

Som nævnt deler kommunerne og staten myndighedsansvaret for PA. Ved støttebehov op til 20 timer pr. uge har kommunerne ansvaret for at følge op på, om den bevilgede støtte modsvarer

⁷² Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

⁷³ Barne- og familiedepartementet, 2003 § 8.

borgerens behov, ligesom det er tilfældet for andre indsatser under LSS. I de tilfælde, hvor støttebehovet er større end 20 timer pr. uge, og PA bevilges af staten via Försäkringskassan (såkaldt assistansersättning), er der som udgangspunkt ingen opfølgning fra hverken Försäkringskassan eller kommunen på, om den bevilgede støtte matcher borgerens behov⁷⁴. En af de interviewede videnspersoner fortæller, at hvis der sker væsentlige ændringer i borgerens støttebehov, kan det bevilgede antal støttetimer ændres, men dette sker på initiativ fra borgeren selv. Interviewpersonen fortæller desuden, at der i særlige og sjældne tilfælde kan ske en opfølgning, hvis der kommer en anmeldelse fra en anden person end borgeren selv om, at der skulle være misforhold i den støtte, der gives. Det kunne fx være, hvis der er mistanke om, at der snydes med ydelsen.

Det fremgår desuden af SoL kap. 2 § 7, at kommunen og regionen sammen skal udarbejde en individuel plan for borgere, som modtager indsatser fra både socialtjenesten og sundhedsområdet.

På voksenområdet findes der ikke bestemmelser i lovgivningen om, hvor ofte der skal foretages opfølgning. Det er der til gengæld på børn og unge-området for så vidt angår anbragte børn og unge. Af SoL kap. 6, § 8 fremgår det således, at kommunen mindst en gang hver sjette måned følger op på, om indsatsen stadig behøves, og hvordan indsatsen bør indrettes og udformes.

3.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Ligesom kommunerne i alle tre lande generelt har en stor del af myndighedsansvaret på det specialiserede socialområde, er det ligeledes i høj grad kommunerne, der har ansvaret for opfølgning og personrettet tilsyn i de tre lande. Generelt følger opfølgningsansvaret således myndighedsansvaret. En undtagelse er dog statsforvalteren i Norge, som har ansvaret for tilsyn – herunder det personrettede tilsyn – på barnevernsinstitutioner.

I alle tre lande gælder der flere og mere omfattende minimumskrav til opfølgning i forhold til socialt udsatte børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, end det er tilfældet på voksenområdet. I Danmark gælder de mere omfattende krav også for børn og unge med funktionsnedsættelser, mens disse børn og unge følger de samme regler som på voksenområdet i Norge og Sverige.

I både Norge og Sverige er der i lovgivningen krav til, at forskellige myndigheder skal samarbejde omkring borgere, som modtager indsatser fra flere instanser. Det fremgår eksempelvis af SoL og LSS i Sverige og af barnevernloven i Norge. Ansvar for dette samarbejde fremgår ikke lige så eksplicit af den danske servicelov. VIVE har dog ikke noget systematisk indtryk af, hvorvidt der i praksis er forskel i omfanget af samarbejde i de tre lande. Eksempelvis er det indtrykket fra interviewene i Norge, at selvom et samordningsansvar formelt er nævnt i barnevernloven, så er det forskelligt på tværs af kommunerne, hvordan og i hvilket omfang man lever op til det.

3.3 Borgerens adgang til at klage over afgørelser

I dette afsnit afdækker vi overordnet, hvilke muligheder borgere har for at klage over afgørelser på det specialiserede socialområde i de tre lande.

⁷⁴ SOU, 2018 s. 556.

3.3.1 Danmark

Hvis en borger i Danmark ønsker at klage over kommunens afgørelse, skal klagen i første omgang rettes til kommunen. Hvis kommunen fastholder afgørelsen, sender kommunen selv klagen videre til Ankestyrelsen, jf. SEL kap. 30 og retssikkerhedsloven kap. 10. I udgangspunktet er det altså ikke muligt at klage direkte til Ankestyrelsen. En undtagelse er klage over afgørelser i kommunens børn og unge-udvalg (fx over anbringelse uden samtykke). Ankestyrelsen er øverste administrative klageinstans⁷⁵.

I Danmark er der desuden mulighed for at klage til Folketingets Ombudsmand, herunder Ombudsmandens børnekontor. Ombudsmanden kan tage imod klager fra borgere, når andre klagemuligheder er opbrugt, samt tage sager op af egen drift.

3.3.2 Norge

I Norge skal en klage over kommunens afgørelse i første omgang rettes til kommunen. Hvis kommunen fastholder afgørelsen, sendes klagen videre til statsforvalteren, som træffer beslutning i sagen.⁷⁶ Særligt for klager over midlertidige afgørelser i akutsituationer gælder det, at klagen skal sendes til fylkesnemnda, jf. barnevernloven § 7-23. Ligeledes kan flytning af et anbragt barn påklages til fylkesnemnda, jf. barnevernloven § 4-17.

I Norge er der desuden mulighed for at klage til Sivilombudsmannen. Sivilombudsmanden kan tage imod klager fra borgere, når andre klagemuligheder er opbrugt.

3.3.3 Sverige

En klage over kommunens afgørelse i Sverige skal i første omgang rettes til kommunen. Vælger kommunen at fastholde afgørelsen, sendes klagen videre til Förvaltningsrätten.⁷⁷ Retten behandler herefter sagen i en vurdering af lovlighed og egnethed – og træffer en afgørelse. På samme vis kan man klage over Försäkringskassans afgørelse i sager vedrørende PA. Efter sagen har været i Förvaltningsrätten, kan den gå videre til Kammerrätten og i sidste instans Högsta förvaltningsdomstolen⁷⁸.

3.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Generelt ligner klagemulighederne i de tre lande hinanden, idet en klage i første omgang rettes til den kommune, som har myndighedsansvaret for sagen. Hvis kommunen ikke giver klageren medhold, går klagen videre til en eller flere overordnede administrative instanser, som behandler og træffer afgørelse i sagen.

Derudover er der i Danmark og Norge en særlig mulighed for at klage til hhv. Ombudsmanden og Sivilombudsmannen.

⁷⁵ I sager om anbringelse uden samtykke gælder desuden nogle særlige regler, hvor sagen kan indbringes for retten (Danmarks Domstole, 2020).

⁷⁶ Statsforvalteren, 2020

⁷⁷ Eksempelvis er processen for klage over beslutninger via LSS beskrevet hos Sveriges Domstolar (2019b).

⁷⁸ Sveriges Domstolar, 2019a

4 Driftsansvar

Kapitel 3 har redegjort for placeringen af myndighedsansvaret, dvs. ansvaret for at vurdere borgerens behov og træffe afgørelse om at bevilge indsatser. I dette kapitel belyser vi, hvordan driftsansvaret for tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde er fordelt i de tre lande. I afsnit 4.1 afdækkes organiseringen af forsyningsforpligtelsen, dvs. hvilke instanser der har ansvaret for, at de nødvendige tilbud er til rådighed for borgerne. Desuden ser vi på vilkår for opfyldelse af forsyningsforpligtelsen, dvs. for at overdrage driftsopgaver, i de tre lande. Endelig beskriver vi de mulige fordele og ulemper ved landenes organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen. I afsnit 4.2 beskrives leverandørstrukturen på hhv. børn og unge-området og voksenområdet. Leverandørstrukturen er et spørgsmål om, hvilke typer af driftsherrer der leverer tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde, herunder fx private, kommunale, regionale og statslige leverandører. Endelig beskriver vi i afsnit 4.3, hvordan det driftsrettede tilsyn er organiseret i de tre lande, dvs. hvordan der føres tilsyn og kontrol med kvaliteten af tilbudene.

Boks 4.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

4.1 Konklusioner – driftsansvar

Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen

- I alle tre lande er det som udgangspunkt kommunerne, der har forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde, dvs. for størstedelen af indsatserne efter serviceloven i Danmark, helse- og omsorgstjenesteloven i Norge og SoL samt LSS i Sverige.
- I Norge har staten en forsyningsforpligtelse, der på voksenområdet ligger i specialisthelsetjenesten gennem de regionale helseforetak, jf. nedenfor. På barnevernsområdet (udsatte børn og unge) ligger der en forsyningsforpligtelse i det statslige Bufetat, der skal stille døgninstitutioner til rådighed for kommunerne og bistår kommunerne med rekruttering og formidling af plejefamilier. I Sverige har staten forsyningspligten for sikrede pladser og pladser med særlige beføjelser til tvangsbehandling. I Danmark har staten ikke en forsyningsforpligtelse på det specialiserede socialområde.
- I Danmark har regionerne – efter aftale med kommunerne – et leverandøransvar for udvalgte tilbud, der falder inden for kommunernes forsyningsforpligtelse. Regionerne har således pligt til at drive visse tilbud, hvis kommunerne beder om det. Derudover har regionerne i Danmark forsyningsforpligtelsen for psykiatrisk behandling på sygehusene. Det samme gælder (statslige) regionale helseforetak i Norge og regionerne i Sverige. I Norge og Sverige har det regionale niveau desuden forsyningsforpligtelsen for dele af misbrugsområdet samt dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.
- I alle tre lande bestemmer krav om frit valg til borgeren på nogle ydelser, at forsyningspligten indebærer, at borgeren skal have reelle valgmuligheder herom.
- I alle tre lande opfyldes forsyningsforpligtelsen i en markedslignende ramme, hvor der er mulighed for som kommune selv at drive tilbud eller købe pladser eller indsatser i tilbud drevet af andre offentlige aktører eller af private leverandører. I Norge og Sverige skelner man eksplicit mellem kommercielle og ikke-kommercielle private leverandører.
- Alle tre lande er underlagt EU-udbudsretten. Der er dog forskel på landenes implementering heraf. Svenske kommuner synes således at stå over for fastere krav om konkurrenceudsættelse på socialområdet end norske og danske kommuner.

4.1 Konklusioner – driftsansvar

Leverandørstruktur

- I alle tre lande består den faktiske leverandørstruktur af en kombination af tilbud, som kommunerne selv driver, og køb hos eksterne leverandører, herunder andre offentlige aktører og private leverandører.
- Det er ikke muligt ud fra de fundne opgørelser direkte at sammenligne leverandørstrukturer i de tre lande, da man har forskellige opgørelsesmetoder. Desuden kan der være variationer i indholdet mellem forskellige indsats typer fra land til land. Vi har fundet frem til følgende hovedtræk i de enkelte landes leverandørstruktur:
 - I **Danmark** kan man opgøre andelen af *pladserne*, der drives af offentlige hhv. private leverandører, på det specialiserede socialområde på tværs af børn og unge- og voksenområdet. 71 pct. af pladserne på det samlede specialiserede socialområde var i 2017 drevet af offentlige aktører, mens 29 pct. af pladserne var drevet af private leverandører. I Danmark driver private leverandører cirka 60 pct. af de godkendte døgninstitutionspladser på børn og unge-området i 2020 og cirka 26 pct. af de godkendte pladser i botilbud til voksne i 2020,
 - I **Norge** kan man opgøre andelen af *udgifterne*, der går til private leverandører. I den statslige specialhelsetjeneste, der bl.a. leverer indsatser på misbrugs- og psykiatriområdet, udgør udgifter til private cirka 10 pct. af de samlede udgifter i 2019. I den kommunale helse- og omsorgssektor, der bl.a. omfatter børn og voksne med handicap, men også ældre borgere, udgør udgifterne til private leverandører – alt efter opgørelsesmetode – cirka 8,5 hhv. 11 pct. af de samlede udgifter i 2017 hhv. 2018. På barnevernsområdet, dvs. området for socialt udsatte børn og unge, var 57 pct. af de anbragte børn og unge anbragt i en privat barnevernsinstitution pr. 31.12.2019.
 - I **Sverige** kan man opgøre andelen af *påbegyndte anbringelsesforløb* på børn og ungeområdet. 59 pct. af de påbegyndte anbringelsesforløb i 2019 var i private HVB-hem. På voksenområdet har det været muligt at opgøre andelen af pladserne, der drives af private og offentlige aktører for udvalgte indsatser, herunder visse bo-, dag- og aflastningstilbud. Private aktører driver her 15 pct. af pladserne, mens offentlige aktører driver 85 pct. i 2019.
- I alle tre lande ser der ud til over de senere år at være sket en vis stigning i omfanget af private aktører på socialmarkederne. Der er forskel mellem landene på, hvilken type af opgørelser der har været tilgængelige, og i hvilken periode. Videnspersoner i både Norge og Sverige bemærker en tendens til koncerndannelse, hvor større private aktører varetager opgaver for mange borgere på tværs af målgrupper. Tendensen ses også i Danmark.
- Der har i de seneste år været politiske drøftelser i Norge og Sverige om at styrke de ikke-kommercielle private aktørers rolle på socialtjenestemarkedet.
- I alle tre lande arbejder man på at styrke kommunernes muligheder for at indgå i mellemkommunale samarbejder om fx drift af tilbud. Disse samarbejder udgør indtil videre beskedne dele af den samlede leverandørstruktur på socialområdet i alle tre lande. De lader dog til at være mere udbredte i Sverige og Norge end i Danmark.

Driftsrettet tilsyn

- Alle tre lande har en model med centraliseret tilsyn med driften af tilbud. I Danmark er Socialtilsynet administrativt opdelt i fem enheder, i Norge er driftstilsynet fordelt på de 11 fylker, og i Sverige er driftstilsynet i Inspektionen for Vård og Omsorg, IVO, opdelt på seks enheder.
- I alle tre lande arbejder de centrale driftstilsyn med standardiserede modeller og procedurer for vurdering af de enkelte tilbuds kvalitet.

I Danmark og Sverige har man centraliseret det driftsrettede tilsyn inden for de senere år og herefter set et fald i antallet af godkendte tilbud. Videnspersoner ser dette som udtryk for en 'oprydning', som generelt har styrket kvaliteten.

4.1 Organisering af og vilkår for forsyningsforpligtelsen

I dette afsnit ser vi på organiseringen af forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder hvilke instanser der har forsyningsforpligtelsen for forskellige indsatser og målgrupper. Forsyningsforpligtelsen indebærer en pligt til at sørge for, at de nødvendige tilbud er til rådighed for borgerne, dvs. at der er tilbud, der matcher de aktuelle behov blandt borgerne.

Først beskrives organiseringen af forsyningsforpligtelsen land for land, og der redegøres for mulige fordele og ulemper ved de valgte organiseringer. Derefter sammenlignes landene.

4.1.1 Danmark

I Danmark har kommunerne forsyningsforpligtelsen for tilbud og indsatser efter serviceloven, der bl.a. dækker det specialiserede socialområde, herunder både det specialiserede børn og unge-område og det specialiserede voksenområde.

Den enkelte kommune løfter sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver, eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre kommuner, regionerne eller private leverandører. Rammerne for driften af tilbuddene er serviceloven, lov om almene boliger samt sundhedsloven. Hovedparten af tilbudskapaciteten tilpasses i en kombination af en markeds-lignende struktur og såkaldte rammeaftaler mellem kommunerne og regionen inden for den enkelte region. Se også kapitel 5.

Den enkelte kommune beslutter i udgangspunktet, i hvilket omfang den vil drive sociale tilbud og dermed selv opfylde sin forsyningsforpligtelse. Derudover har regionerne – efter aftale med kommunerne – et lovbestemt leverandøransvar⁷⁹ for en række nærmere bestemte tilbudstyper, der falder inden for kommunernes forsyningsforpligtelse. Tilbudstyperne fremgår af Tabel 4.1. Leverandøransvaret indebærer, at regionerne, *hvis kommunerne ønsker det*, har pligt til at etablere og drive tilbud på det specialiserede socialområde. Det konkrete omfang af den enkelte regions leverandøransvar fastlægges i de årlige rammeaftaler mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet. Rammeaftalerne belyses nærmere i kapitel 5.

Tabel 4.1 Sociale tilbud under kommunernes forsyningsforpligtelse, som er omfattet af regionernes lovbestemte leverandøransvar i Danmark

Område	Tilbud
Voksenområdet	Dagtilbud, herunder beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104) Midlertidige og længevarende botilbud (SEL §§ 107 og 108) Krisecentre (SEL § 109)* Forsorgshjem og herberger (SEL § 110)*
Misbrugsområdet	Visiteret behandling af stofmisbrugere (SEL § 101) Anonym, ambulans behandling af stofmisbrugere (SEL § 101a)
Børn og unge-området	Døgninstitutioner (SEL § 66, stk. 1, nr. 6) Sikrede døgninstitutioner og afdelinger (SEL § 66, stk. 1, nr. 6) Særlige dag- og klubtilbud (SEL §§ 32 og 36)*

Note: * Ikke en del af undersøgelsens afgrænsning, jf. kapitel 1, men medtaget her af hensyn til fuldstændigheden.

Kilde: SEL § 5, stk. 2, 3 og 4.

⁷⁹ Jf. SEL § 5, stk. 2, 3 og 4.

Regionen kan efter anmodning fra kommunen varetage kommunale driftsopgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionens opgaver, og hvor regionen derfor har særlige kompetencer med hensyn til opgavevaretagelsen⁸⁰. Ud over de i Tabel 4.1 oplyste tilbud skal regionen efter aftale med kommunerne i regionen medvirke til at tilvejebringe og sikre hensigtsmæssige hjælpemidler til bl.a. borgere med funktionsnedsættelse.

Regionerne har desuden forsyningsforpligtelsen for de fleste tilbud og indsatser efter sundhedsloven,⁸¹ herunder psykiatrisk behandling.

Det er muligt at løse opgaver på socialområdet i Danmark i samdrift mellem to eller flere kommuner, fx i form af tværkommunalt driftsfællesskab eller fælles udbud.⁸² Der er desuden mulighed for delt finansieringsansvar, hvorved forstås aftaler, hvor en eller flere kommuner bidrager til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre.⁸³ Generelt har der på nationalt niveau været initiativer for at lette og styrke kommunernes muligheder for at indgå i mellemkommunale samarbejder om fx drift af tilbud.⁸⁴

Ud over offentligt drevne tilbud kan kommunerne som nævnt vælge at lade private leverandører drive tilbud i en markedslignende ramme. I Danmark skelner man her mellem private tilbud hhv. selvejende eller fondsejede tilbud.⁸⁵ Man har ikke – som i Sverige og Norge – en eksplicit sondring mellem 'kommercielle' og 'ikke-kommercielle' private aktører. Det ligger dog i selvejende/fondskonstruktionen, at der ikke kan trækkes overskud ud til andet formål end det, der fremgår af institutionens vedtægter. Selvejende eller fondsejede tilbud er således typisk at betegne som 'non-profit'-virksomheder.⁸⁶

På børn og unge-området sondrer man typisk mellem 'døgninstitutioner', der overvejende er kommunalt eller regionalt drevne, og 'socialpædagogiske opholdssteder', der er privat drevne. Der findes dog også privat drevne 'døgninstitutioner'. Plejefamilier er private, og der indgås typisk aftale direkte mellem en kommune og en plejefamilie. Kommunen har som nævnt forsyningsforpligtelsen på hele anbringelsesområdet, uanset hvordan forpligtelsen opfyldes.

Visse af servicelovens ydelser til voksne er omfattet af en ret til frit valg for borgeren. Frit valg gælder hovedsageligt i forhold til valg af leverandør og har dermed betydning for, hvordan kommunen kan opfylde sin forsyningsforpligtelse. Det gælder bl.a. ledsagerordning (SEL §§ 45 og 97), borgerstyret personlig assistance (SEL § 96), misbrugsbehandling (SEL § 101) og længerevarende botilbud (SEL § 108).⁸⁷

Danmark er generelt underlagt EU's udbudslovgivning i forhold til at sikre lige konkurrence og gennemsigtighed i offentlige indkøb, herunder af sociale tilbud. Der er som nævnt en markedslignende ramme for sociale tilbud i Danmark, hvor kommunerne kan købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører. Socialstyrelsen i Danmark

⁸⁰ Jf. SEL § 5, stk. 9.

⁸¹ Kommunerne har dog ansvar for nogle ydelser efter sundhedsloven, herunder at levere hjemmesygepleje, eller at varetage forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, jf. Sundhedsloven, § 138 hhv. § 119.

⁸² BDO, 2013

⁸³ Social- og Indenrigsministeriet, 2017, § 14, stk. 2.

⁸⁴ Jf. eksempelvis Finansministeriet (2018, s. 17).

⁸⁵ 'Fonde, selvejende mv.' omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fonde, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer. Jf. Social- og Indenrigsministeriet (2020c, s. 5).

⁸⁶ Se blandt andet Horten (2018) og Thøgersen (2013).

⁸⁷ Derudover er der frit valg af leverandør af hjælpemidler (SEL § 112), bil (SEL § 114) og boligindretning (SEL § 116).

understøtter via Tilbudsportalen en øget tilgængelighed til oplysninger om forskellige leverandører, uanset ejerform.⁸⁸ Det er i Danmark som udgangspunkt en forudsætning for at levere tilbud til kommunerne inden for socialområdet, at et tilbud er tilgængeligt på Tilbudsportalen.⁸⁹

Mulige fordele og ulemper

Ved kommunalreformen i 2007 blev de danske kommuner større, og man samlede forsyningsforpligtelsen og myndighedsansvaret for det specialiserede socialområde i kommunerne. En del af baggrunden for at samle ansvaret hos kommunerne var at forbedre mulighederne for at sammentænke den samlede indsats for den enkelte borger på tværs af fx social- og beskæftigelsesområdet samt at styrke det lokale demokrati.⁹⁰ I forbindelse med kommunalreformen var der en bekymring fra bl.a. bruger- og interesseorganisationer for, at der ville ske en afspecialisering på det specialiserede socialområde, at specialiseret viden ville gå tabt, og at højt specialiserede tilbud ville forsvinde. Afspecialisering kan således nævnes som en mulig ulempe ved placeringen af forsyningsforpligtelsen i kommunerne.⁹¹ Flere videnspersoner giver dog udtryk for, at man ikke har kunnet dokumentere, at det skulle være tilfældet. Alligevel er der i Danmark en diskussion af, hvor forsyningsforpligtelsen for 'højt specialiserede' indsatser bedst placeres, ligesom der bliver peget på muligheden for anvendelse af en specialeplanlægning på socialområdet.⁹² Dette er nærmere beskrevet i afsnit 5.1.1.

I forbindelse med forsyningsforpligtelsen peger flere videnspersoner på, at sundhedsfaglige ydelser fylder mere og mere i de sociale tilbud, ligesom der er sket en stigning i antallet af behandlinger i psykiatrien over de seneste 20 år, bl.a. af mennesker, der også modtager indsatser inden for den kommunale socialpsykiatri. Samtidig stiger behovet for specialiseret uddannelse og kompetencer hos frontpersonalet, fx i forhold til borgere med dobbeltdiagnoser eller erhvervet hjerneskade. Derfor er kompleksiteten ifølge videnspersonerne vokset, og behovet for samspil mellem kommune og region, der har forsyningsforpligtelsen på hver deres område, er steget.

En af de interviewede videnspersoner giver desuden udtryk for, at en udfordring i snitfladen mellem kommune og region kan være, at det er vanskeligt at sikre tilstrækkelig kapacitet i regionens behandlingspsykiatri. Det kan betyde et øget pres på socialpsykiatrien i kommunerne, fordi nogle borgere har ekstra behov for indsatser fra kommunen, mens de venter på at modtage psykiatrisk behandling.

Med kommunalreformen overgik forsyningsansvaret på socialområdet som nævnt til kommunerne. Da den enkelte kommune ikke kan være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov selv, var det hensigten at skabe en markedslignende ramme for sociale tilbud.⁹³ Markedsgørelse kan eksempelvis give større fleksibilitet og flere valgmuligheder for den kommune, som skal tilvejebringe indsatsen, fordi man som kommune i mindre grad er nødt til at oprette egne tilbud, hvis man kun har behov for få pladser til en målgruppe. En mulig ulempe kan være, at nogle borgere kan komme til at opholde sig i tilbud langt fra deres netværk

⁸⁸ I henhold til SEL § 14, stk. 1 samler og formidler Socialstyrelsen oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud omfattet af § 4 i lov om socialtilsyn og om kommunale, regionale og private tilbud efter SEL §§ 32, 36, 103 og 104 i en landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen).

⁸⁹ Tilbudsportalen, 2021

⁹⁰ Økonomi- og Indenrigsministeriet, Kommunalreformen: Kort fortalt, boks 1.3

⁹¹ Se fx Social- og Ældreministeriet (2020a) & Friis (2016).

⁹² Jf. Danske Regioner, 2019

⁹³ Social- og Indenrigsministeriet 2013a, s. 163.

og familie. 'Markedet' er bl.a. søgt understøttet gennem regler om omkostningsbaserede takster⁹⁴, hvilket er behandlet i afsnit 6.2.1, herunder fordele og ulemper.

Flere videnspersoner peger på, at man har en udfordring med manglende udbud af plejefamilier til at møde efterspørgslen. For at nå politiske mål om at øge andelen af plejefamilieanbringelser har det været drøftet politisk, om man kunne øge udbuddet af plejefamilier gennem bedre løn- og arbejdsvilkår.⁹⁵

Flere videnspersoner nævner, at der i Danmark har været en diskussion om balancen mellem pris og kvalitet generelt i tilbuddene. Et aspekt af denne diskussion handler om, i hvilket omfang private må generere overskud. En vidensperson bemærker, at man i offentligheden har talt om 'røverbaroner', der tjener penge på private socialpædagogiske opholdssteder. Flere videnspersoner lægger dog vægt på, at kvaliteten i tilbuddene, både blandt private og offentlige, er meget forskellig, og der kan være sager om misforhold både i offentlige og private tilbud.

4.1.2 Norge

I Norge har kommunerne forsyningsforpligtelsen for tilbud og indsatser efter helse- og omsorgstjenesteloven samt sosialtjenesteloven, der bl.a. omfatter børn, unge og voksne med funktionsnedsættelser og personer med sociale problemer. Sosialtjenesteloven placerer dog en forsyningsforpligtelse hos staten for *"at det finnes et forsvarlig tilbud for utdanning av personale, og at de som skal anvende loven ellers, får forsvarlig veiledning"*⁹⁶. Desuden har spesialisthelsetjenesten forsyningspligten for de indsatser, som kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at varetage, herunder sociale indsatser, fx dele af habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. Se også afsnit 5.1.

Generelt har kommunen et ansvar efter helse- og omsorgstjenesteloven for at tilbyde forebyggende og sociale indsatser både til borgere med misbrug og borgere med sindslidelse.⁹⁷ Når det drejer sig om mere specialiseret behandling af misbrug eller psykiatriske problemstillinger efter spesialisthelsetjenesteloven, er det staten (i form af regionale helseforetak), som har forsyningsforpligtelsen i Norge.⁹⁸ Det betyder, at staten (helseforetakene) forestår behandling, som kræver indlæggelse eller akut hjælp såvel som behandling af fx angst- og depressionslidelser eller misbrugsproblemer, hvor behandlingsbehovet ikke er akut eller kræver indlæggelse, men overskrider kommunens kapacitet eller kompetence. En norsk vidensperson oplyser, at de fleste patienter inden for psykiatrien (psykisk helsevern) i Norge modtager ambulante behandling, dvs uden indlæggelse.

⁹⁴ Social- og Indenrigsministeriet 2013a, s. 164.

⁹⁵ Et udtryk for dette er, at dette kom med i økonomiaftaler mellem regeringen og KL, senest i aftalen for 2021 (Finansministeriet, 2020b). KL har også arbejdet med udbredelse af en ny honoreringsmodel for plejefamilier (KL, 2019c).

⁹⁶ Arbejds- og sosialdepartementet, 2021a, § 8.

⁹⁷ Der fremgår en pligt for kommuner til at levere helsefremmende og forebyggende indsatser i Helse- og Omsorgstjenesteloven kap. 3, § 3-2 (pligt til at have helsefremmende og forebyggende tjenester) og kap. 3, § 3-3 (pligten til helsefremmende og forebyggende arbejde). Placering af forsyningsforpligtelsen vedrørende psykiatri og misbrug var også en del af Samhandlingsreformen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, afsnit 6.7).

⁹⁸ Helsedirektoratet (2013), kap. 2, § 2-1 giver en generel bestemmelse om at: *"Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste"*. § 2-1a folder denne bestemmelse ud og placerer ansvar hos de regionale helseforetak for en række aktiviteter og tilbud for personer med fast bopæl eller ophold inden for helseregionen. I kapitel 3 om *Særlige plikter og oppgaver* konkretiseres ansvar vedrørende misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling hos helseforetaket, når hjælpen er 'påtrængende nødvendig'.

Kommunerne er forpligtet til, enten alene eller sammen med andre kommuner, at indgå samarbejdsaftale med regionale helseforetak om opgavefordeling vedrørende specialhelsetjenester.⁹⁹

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven placerer også ansvar for en koordinatorfunktion for borgere med behov for langvarig og koordineret støtte. Drejer det sig om borgere, der har behov for langvarige og koordinerede kommunale helse- og omsorgstjenester, er det kommunen som har ansvaret for koordination. Drejer det sig om borgere med behov for langvarige og koordinerede spesialisthelsetjenester, er det Spesialisthelsetjenesten, altså staten, som har ansvaret for koordination. Kommunen skal også have en koordinerende enhed for habilitering og rehabilitering.¹⁰⁰

Forsyningsforpligtelsen for tilbud efter barnevernloven (socialt utsatte børn og unge) er delt mellom staten og kommunerne. Den kommunale barneverntjeneste har forsyningsforpligtelsen for forebyggende foranstaltninger (hjelpetiltak) samt godkendelse af plejefamilier (fosterhjem). Staten (Bufetat) har forsyningsforpligtelsen for en stor del af anbringelsesområdet, herunder ansvar for etablering og drift af institutioner, godkendelse af private og kommunale institutioner, som benyttes efter barnevernloven, samt rekruttering og formidling af plejefamilier.¹⁰¹ I lovgivningen gives en præcisering af, at *"[r]ekrutteringsansvaret innebærer at det til enhver tid skal finnes et tilstrekkelig antall fosterhjem og institusjonsplasser tilgjengelig, og et tilstrekkelig differensiert institusjonstilbud i den enkelte region"*.¹⁰² Bufetats forsyningsplikt dækker også særligt intensive innsatser i hjemmene samt døgnfamilieophold.¹⁰³

Hvis en kommune visiterer et barn til en institutionsanbringelse, er det den statslige barnevernsmyndighed Bufetat, der anviser en specifik institution, som barnet skal anbringes på. Der tales her om en 'bistandspligt', dvs. Bufetats pligt til at hjælpe kommunen med at finde et konkret anbringelsessted. Kommunen kan dog vælge at afvise den statslige myndigheds forslag.¹⁰⁴ Det kan for eksempel ske med henvisning til, at det anviste anbringelsessted ligger for langt væk fra familie, slægt eller netværk.

Hvad angår anbringelser i plejefamilier, skal Bufetat bistå kommunen og på kommunens anmodning tilbyde en 'forsvarlig' plejefamilie. Bufetat skal desuden sørge for, at plejefamilierne får oplæring og vejledning.¹⁰⁵ Inden for de seneste år har kommunen haft pligt til at afdække mulighederne for plejefamilier i barnets slægt og netværk, før man beder om bistand fra Bufetat.¹⁰⁶ En vidensperson oplyser, at der i praksis er en arbejdsdeling, hvor kommunerne løser en del af opgaven med at finde plejefamilier i slægt og netværk, mens Bufetat i reglen står for plejefamilier uden for slægt og netværk, 'ordinære' plejefamilier til børn og unge med omfattende problemer samt specialiserede plejefamilier og beredskabshjem, som kan benyttes akut, evt. mens man udreder barn og familie nærmere. Som nævnt i kapitel 3 gælder der en særlig model for Oslo

⁹⁹ Helse- og Omsorgstjenesteloven, kap. 6. Det fremgår at aftalerne skal indsendes til Helsedirektoratet. Departementet kan også pålægge kommuner at samarbejde med hinanden.

¹⁰⁰ Helse- og Omsorgstjenesteloven, Kap. 7, §§ 7-2, 7-3.

¹⁰¹ Jf. Barnevernloven, § 5, stk. 1. *"Ansvaret for institusjoner. Barne-, ungdoms- og familieetaten har ansvaret for etablering og drift av institusjoner, evt. med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av barn. Ansvaret gjelder institusjoner som hører under denne loven"*. Statens ansvar for finansiering af af plejefamilieophold ophører ved det fyldte 20. år. De unge, der efter det fyldte 20. år fortsat bor i plejefamilie, finansieres da af kommunen.

¹⁰² Bufdir, 2021a, punkt. 2.1

¹⁰³ NOU, 2020,, 13.3.2

¹⁰⁴ Jf. rundskrivets punkt 2.1.1

¹⁰⁵ Bufdir, 2021a, punkt 2.1

¹⁰⁶ I 2020 var der en høringsproces i gang om der skal stilles krav til at kommuner skal *dokumentere* at man har afdækket netværk, jf. Regjeringen (2020b).

Kommune, således at kommunen selv varetager de opgaver vedrørende barnevernet, som Bufetat varetager i resten af Norge.¹⁰⁷

For børn og unge med funktionsnedsættelse ligger forsyningsforpligtelsen som nævnt i kommunen, for så vidt som støtten bevilges efter helse- og omsorgstjenesteloven. Børn, der både har en funktionsnedsættelse og sociale problemer, kan bevilges støtte efter både helse- og omsorgstjenesteloven (kommunal forsyningspligt) og barnevernloven (delt forsyningspligt mellem stat og kommune). Man kan dog ikke få støtte via barnevernloven udelukkende på grund af en funktionsnedsættelse, jf. også kapitel 2.

Den enkelte norske kommune kan løfte sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver, eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre offentlige eller private leverandører. Det gælder både tilbud og indsatser til udsatte børn og unge samt til børn, unge og voksne med funktionsnedsættelse, misbrug og psykiske vanskeligheder.¹⁰⁸ Ligeledes benytter staten sig af private institutioner på barnevernsområdet.¹⁰⁹ Kommunerne har desuden mulighed for at indgå i mellemkommunale driftssamarbejder. Muligheden for mellemkommunalt samarbejde blev styrket ved en ændring i kommuneloven i 2007. Sammensætningen af leverandører er nærmere beskrevet i afsnit 4.2.

De forskellige tilbud er pålagt at have *"en defineret målgruppe og en formulert målsetting for sin faglige virksomhet"*, men tilbuddene har en vis frihed til at definere målgruppen selv.¹¹⁰ Der er som i Danmark arbejdet med en national leverandørdatabase. Denne ser dog ud til at adskille sig fra den danske 'Tilbudsportalen' ved, at man skal betale for at få adgang til en del af de informationer, der ligger i portalen.¹¹¹

Mulige fordele og ulemper

De norske kommuner er generelt små i sammenligning med de danske og har i gennemsnit godt 15.000 indbyggere.¹¹² Det betyder, at den enkelte kommune sjældent har brug for fx et misbrugs-tilbud til en ung. I forlængelse heraf nævner nogle videnspersoner, at en ulempe ved at have forsyningsforpligtelsen placeret i kommunerne kan være, at det er dyrt for den enkelte lille kommune at have et beredskab af og drive specialiserede tilbud.¹¹³

I forlængelse heraf peger en vidensperson på, at det er en fordel, at regionale helseforetak (staten) gennem specialhelsetjenesten har pligt til at rådgive og vejlede kommunerne, fx om indsatser i relation til psykiatri og kriminalitet. Samtidig er der en vis risiko for, at borgere kan blive 'kastebold' mellem kommune og specialhelsetjeneste. Kommunerne ønsker sig ifølge nogle videnspersoner også mere vejledning fra specialhelsetjenesten. En vidensperson fortæller, at en udfordring ved den nuværende ansvarsfordeling er, at de regionale helseforetak kan sige nej

¹⁰⁷ Barnevernloven § 2-3a.

¹⁰⁸ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 3-1: *"Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras"*.

¹⁰⁹ Ekhaugen & Rasmussen, 2016, s. 13

¹¹⁰ Storø (2017): Som Storø fremhæver, står der videre i vejledning fra departementet, at *"Det er ingenting i veien for at en institusjon etter en konkret vurdering kan ha flere målgrupper. I så fall må alle målgruppene være definert, og det må foreligge en formulert målsetting for hver enkelt målgruppe. Det heter videre at: Institusjonen skal kunne redegjøre for hvordan de ulike målgruppene ivaretas i de ulike avdelingene, blant annet skal målsetting, metodikk og kompetanse angis for hver målgruppe (s. 11). Veiledning til utfylling av institusjonsplanen krever ikke at institusjonen skal si noe om beboersammensetning. Den generelle føringen for helheten i det faglige arbeidet uttrykkes i formuleringen: 101 Faglige metoder som anvendes i institusjonen skal være faglig og etisk forsvarlig, de skal være tilpasset institusjonens målgruppe og målsetting, og være forankret i allment anerkjent fagteori"* (s. 17).

¹¹¹ Kommunal Rapport, 2021

¹¹² Norsk Statistisk Byrå opgjorde befolkningstal i de 356 kommuner til i alt 5.391.369 borgere i 2021. Det laveste befolkningstal er Utsira med 192 indbyggere (alle aldersgrupper). Knap halvdelen af kommunerne, 174, har et befolkningstal på under 5.000.

¹¹³ Oslo Kommune har dog størrelsen til at varetage opgaven, jf. interview med videnspersoner.

til at tage borgere ind, hvis de ikke har ledig kapacitet. I disse tilfælde ender kommunen med ansvaret for at hjælpe borgeren, indtil der bliver ledig kapacitet. Desuden nævner en vidensperson, at det er en udfordring for kommunerne, at der sker en udvikling i retning af, at borgere udskrives hurtigere fra de regionale helseforetak pga. teknologisk udvikling og større effektivitet i helseforetakene. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med, at ansvarsfordelingen mellem kommune og helseforetak ikke er klart defineret i lovgivningen.

Flere videnspersoner peger på, at der i Norge har været debat om, hvorvidt kommunerne formelt skulle overtage hele forsyningsforpligtelsen for rekruttering af plejefamilier, bl.a. for at understøtte rekruttering af familier i nærområdet. Forskellen til den nuværende situation ville bl.a. være, at kommunerne ville få ansvar for rekruttering af plejefamilier uden for slægt og netværk. Fordelen ved den nuværende statslige bistandspligt er, at den kan forbedre tilgængeligheden til egnede plejefamilier for alle kommuner, selvom nogle plejefamilier så ligger langt væk fra børnenes hjemkommune.¹¹⁴

Det overordnede hensyn i at placere forsyningsforpligtelsen for anbringelser på barnevernsområdet hos staten har ifølge flere videnspersoner været at sikre adgang til kapacitet for både store og små kommuner i Norge. I en statslig udredning fra 2020 peges der dog på tre udfordringer ved den norske model for forsyningsforpligtelsen på området. For det første kan de kommunale barneverntjenester opleve, at de har begrænsede muligheder for at påvirke kvaliteten i tilbud, som børn modtager under et institutionsophold. For det andet kan Bufetat (staten) opleve, at barnevernets belysning af barnets behov forud for en anbringelse ikke giver tilstrækkeligt grundlag for at give det rette tilbud. For det tredje kan det være vanskeligt at evaluere den støtte, som barnet og familien får, når samarbejdet *"mellom institusjon og barnevernstjenesten kan oppleves som svak"*.¹¹⁵

I forhold til placering af forsyningsforpligtelsen for helse- og omsorgstjenesten i kommunerne nævner en vidensperson, at der kan være den udfordring, at kommunerne ikke altid har det nødvendige antal pladser til borgere med funktionsnedsættelse. Ifølge lovgivningen skal borgeren have en valgfrihed, men i praksis er denne – ifølge videnspersonen – afhængig af, hvor der er ledige pladser.

Som i Danmark har de norske kommuner mulighed for at benytte både private og offentlige tilbud for at få opfyldt deres borgeres behov. Flere videnspersoner fremhæver som fordele herved en styrket kapacitet og fleksibilitet, også specifikt i forhold til køb af ydelser fra private.¹¹⁶ En anden fordel kan være øget specialisering, fx på området for tilbud til unge med misbrug.¹¹⁷

En vidensperson peger dog også på ulemper ved at anvende private institutioner inden for barnevernområdet, herunder at det kan være sværere at sætte en standard for de pædagogiske metoder på de enkelte tilbud, som i de statslige institutioner i et vist omfang kan prioriteres og planlægges. Ankestyrelsen i Norge peger på, at en ulempe ved leverandørstrukturen er, at der har været et stort pres på udgifterne, som delvist kan forklares ved øget brug af private aktører

¹¹⁴ Der blev i 2017 nedsat udvalg – 'Fosterhjemsudvalget' – til at udarbejde en offentlig udredning af området. Udredningen sendtes i høring i 2019, og efterfølgende har regeringen kommet med en strategi på området for perioden 2021-25. Regeringens strategi dog en videreførelse af et statsligt ansvar for nationale kampagner for at rekruttere plejefamilier (Barne- og familiedepartementet (2021), afsnit 3). For den statslige udredning, se: NOU (2018). Se desuden Barne- og familiedepartementet (2021).

¹¹⁵ NOU, 2020, s. 215.

¹¹⁶ I NOU (2020) fremhæves dette hensyn flere steder, både som generelt hensyn og i gennemgang af forskellige områder.

¹¹⁷ NOU (2020): s. 468.

på barnevernsområdet, der er i en fordelagtig markedsposition med beskeden konkurrence.¹¹⁸ En udredning fra 2020 giver ikke et klart svar på, om private leverandører af velfærdsydelser i Norge generelt realiserer et normalafkast, eller om deres indtjening overstiger normalafkastet (superprofit).¹¹⁹ Se også afsnit 4.2. Udredningen påpeger samtidig, at der bør være særlig opmærksomhed på private leverandører inden for barnevernet og specialisthelsetjenesten.¹²⁰ Se også afsnit 5.3.2.

4.1.3 Sverige

De svenske kommuner har som hovedregel forsyningsforpligtelsen for ydelser efter 'Socialtjänstlagen' (SoL) og 'Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade' (LSS). Dog har regionen forsyningsforpligtelsen for rådgivning og støtte efter LSS.¹²¹ Regionerne har som hovedregel forsyningsforpligtelsen for sundheds- og sygepleje (hälso- och sjukvård) til borgere, som er bosat inden for regionen. Kommunen har dog ansvaret for sundheds- og sygepleje til personer i botilbud og dagtilbud¹²² samt modtagere af støtte efter LSS, fx PA. Desuden har kommuner og regioner et delt ansvar for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser.¹²³

På børn og unge-området er det – i modsætning til Norge, men i lighed med Danmark – kommunerne, som har ansvaret for rekruttering af plejefamilier (familjehem) og varetager supervision, vejledning og støtte af dem. Det er også kommunen, som i udgangspunktet har forsyningsforpligtelsen for døgninstitutioner, opholdssteder og støttede boliger til børn og unge. Døgninstitutioner kaldes i Sverige 'hem för vård eller boende' (HVB), uanset om de er drevet af private eller offentlige leverandører. HVB-hjem kan omfatte både børn, unge og voksne borgere, fx på misbrugsområdet. Statens Institutionsstyrelse, SiS, har dog forsyningsforpligtelsen for den del af de særlige ungdomshjem (*särskilda ungdomshem*), der er døgntilbud med tvangsomsorg, hvor det er tilladt at frihedsberøve de unge, fx i forbindelse med misbrug og alvorlige psykosociale problemer.¹²⁴ I tillæg til pladser, hvor der kan ske frihedsberøvelse, har staten gennem SiS også hjem med udslusning og overgang til andre indsatser eller aktører.¹²⁵

I Sverige kan personlig assistance (PA) bevilges til både børn, unge, og voksne. Denne støtteform bevilges dog fortrinsvis til voksne. Det er kommunen, som har forsyningsforpligtelsen for PA efter LSS for personer, som har grundlæggende behov op til 20 timer pr. uge. Ved større grundlæggende behov hos borgeren har staten (Försäkringskassan) ansvar for beslutning om tildeling af Assistansersättning. I forhold til udførelsen, så er det borgeren selv, der enten vælger en assistent, vælger en virksomhed til at udpege en assistent, eller vælger kommunen til

¹¹⁸ Ankestyrelsen, 2021, s. 20. Bemærk, at en vidensperson har påpeget, at de private typisk tager børn og unge med mest omfattende udfordringer, og at der samtidig er sket en reduktion i de statslige pladser, som har givet pres på udgifterne til private.

¹¹⁹ NOU, 2020, s. 431-432.

¹²⁰ NOU, 2020, s. 28.

¹²¹ § 9 i LSS oplister en række indsatser, som det primært er kommunen, som er ansvarlig for. Men regionen har ansvar for indsatser efter stk. 1, dvs. for "rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder(Socialdepartementet, 2021b)".

¹²² Jf. Socialstyrelsen, 2020c

¹²³ Jf. HSL kap. 8 § 7 (regionernes ansvar) og kap. 12 § 5 (kommunernes ansvar).

¹²⁴ SiS har ansvar for indsatser med tvang efter LVU (og LSU) til børn og unge. SiS har også ansvar for indsatser med tvang efter LVM, til både børn, unge og voksne. Der findes også hjemmel til brug af tvang inden for regionerne i forbindelse med sundhedsområdet og psykiatrien, både i forhold til børn, unge og voksne.

¹²⁵ Særlige ungdomshjem med døgnophold (*Särskild ungdomshem*) er anbringelsestilbud til unge med psykiske problemer, misbrug og/eller kriminalitet, der behøver særligt nøje opsyn under opholdet. De særlige ungdomshjem kaldes også *SIS-hem* (fordi de organisatorisk er del af Statens Institutions Styrelse) eller *Paragraf 12-hem* (som refererer til den paragraf i LVU, hvor denne støtte er angivet). På SiS-institutioner udføres også støtte efter LSU (Regeringskansliet, 1998). Bemærk, at når der i denne sammenhæng tales om *tvang*, så er det i forbindelse med selve indsatsen. Man kan godt på almindelige HVB have anbringelser uden samtykke (dvs. med tvang *i forhold til afgørelsen*). Men almindelige HVB-hjem må ikke frihedsberøve barnet eller den unge, fx i forhold til isolation eller bæltefiksering.

at stå for det. Der ligger således ikke en egentlig forsyningspligt hos staten, men en finansieringspligt og et ansvar for at vurdere behovet, jf. også kapitel 3 om myndighedsansvar.

På voksenområdet har kommunerne forsyningsforpligtelsen for botilbud, mens staten (SIS) har forsyningsforpligtelsen for LVM-hem, dvs. døgntilbud til voksne med særlige beføjelser til tvangsbehandling af borgere med misbrug.¹²⁶ I forhold til misbrugsområdet er kommunerne ansvarlig for en række indsatser, herunder har de fx forsyningsansvar for behandlingshjem, mens regionerne har ansvar for medicinsk misbrugsbehandling. En vidensperson bemærker, at det kan være vanskeligt at trække grænsen mellem de to ansvarsområder vedrørende misbrug. På psykiatriområdet har regionen ansvar for at tilbyde både såkaldt 'slutenvård' som indebærer indlæggelse, og 'åbenvård', som er uden indlæggelse (der tales også om poliklinisk eller ambulante behandling).¹²⁷ Kommunen har som udgangspunkt ansvar for socialfaglig støtte, der gives 'til den daglige livsførelse', dvs. i hjemmet og i relation til beskæftigelse. Det kan for eksempel være i form af bostøtte, beskæftigelsesindsats eller aktivitets- og samværstilbud.¹²⁸ Der er både inden for børn- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien store berøringsflader mellem region og kommunes arbejde. Inden for hver region udarbejdes aftaler ('överenskommelser') mellem kommunerne og regionen om arbejdsdeling og arbejdsgange i forhold til de fælles borgere.¹²⁹

Som eksempel på et delt ansvar med tæt samarbejde nævner en vidensperson behandling af personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsættelse og psykiatrisk problematik. Her er det regionen, som har forsyningsansvaret for behandlingsdelen, mens kommunen har forsyningsansvaret for støtten i det daglige liv.

Kommuner og regioner i Sverige kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere tilbud og ydelser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører. Leverandører af tilbud og ydelser i Sverige omfatter kommuner, regioner, private leverandører (privatägda företag), foreninger (og stiftelser) samt kommuneejede virksomheder (kommunala företag/bolag). Blandt private aktører skelnes der i Sverige mellem 'private-ideelle' aktører og 'private-kommercielle' aktører. SiS, Statens Institutionsstyrelse, driver som nævnt ovenfor få udvalgte tilbud inden for tvangsbehandling og tvangsomsorg.

Derudover kan kommuner og regioner indgå i forskellige former for samarbejde, hvor opgaver løses i fællesskab. Nogle samarbejdsformer indebærer etablering af en fælles organisation (fx 'kommunalförbund', 'gemensam nämnd' eller 'samordningsförbund'), mens andre involverer

¹²⁶ Jf. Sis (2021). LVM refererer til lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

¹²⁷ For beskrivelse af termene: 'Slutenvård', se [https://termbank.socialstyrelsen.se/#results: "hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård"](https://termbank.socialstyrelsen.se/#results: %20h%C3%A4lso-och%20sjukv%C3%A4rd%20n%C3%A4r%20den%20ges%20till%20patient%20vars%20tillst%C3%A4nd%20kr%C3%A4ver%20resurser%20som%20inte%20kan%20tillgodoses%20inom%20%C3%B6ppen%20v%C3%A4rd%20eller%20hemsjukv%C3%A4rd). 'Öppenvård' se: IVO (2021b).

¹²⁸ Kunskapsguiden, 2021

¹²⁹ Ifølge SoL og HSL skal regioner og kommuner indgå sådanne aftaler om personer med psykisk funktionsnedsættelse, personer med misbrug og børn og unge, der er anbragt uden for eget hjem. Regioner og kommuner kan også indgå aftaler om andre forhold, men dette er ikke lovbestemt. Der er samlet en række eksempler på disse aftaler hos Uppdrag Psykisk Hälsa (2016).

mere eller mindre formaliserede samarbejdsaftaler (fx 'kommunal avtalssamverken' eller 'interkommunal avtalssamverkan').¹³⁰ Inden for de seneste år har kommuner og regioner fået forbedrede muligheder for at indgå i samarbejdsaftaler.¹³¹

Ligesom Danmark er Sverige underlagt EU's udbudsdirektiv. Inden for dette præciserer 'Lagen om Offentlig Upphandling' i Sverige forskellige vilkår, under hvilke offentlige myndigheder kan og skal udbyde opgaver.¹³² Den svenske udbudslovgivning binder kommunerne til at udbyde sociale tilbud af en vis størrelse på et marked og vælge efter krav, der på forhånd er specificeret.¹³³ En vidensperson vurderer dog, at udviklingen går i retning af, at mere og mere skal ordnes inden for udbudsloven og med rammeaftaler. 'Rammeaftaler' beskriver i Sverige en række kommuners fælles vilkår for indgåelse af konkrete aftaler med en række forhåndsgodkendte leverandører. En stor del af rammeaftalerne udfærdiges af Kommentus/Adda Inköpscentral, som svarer til det danske SKI (Staten og Kommunernes Indkøbsservice).¹³⁴ Andre kommuner går sammen og laver deres egne rammeaftaler.¹³⁵ Indenfor en rammeaftale kan en kommune specificere, at en leverandør skal kunne imødekomme borgerens individuelle behov, fx forestå en bestemt type behandling. Hvis flere leverandører kan leve op til dette krav, skal man tildele kontrakt til den som er billigst. Der findes sager, hvor der er faldet bøde på socialområdet til kommuner for ulige konkurrence. Förvaltningsrätten i Malmö har på baggrund af en anmeldelse fra Konkurrenceverket for nylig idømt Malmö Kommune en bøde på 10 mio. SEK for at ikke have konkurrenceudsat alle sine indkøb af *stödboende* (botilbud).¹³⁶

En kommune kan vælge en anden 'udbudsmetode' end rammeaftalen med udgangspunkt i *Lag om valfrihetssystem*. Ligesom i Danmark er det ikke alle ydelser, der kan tilbydes frit valg af leverandør. Således gælder der ikke mulighed for frit valg vedrørende omsorg for børn og unge samt administration inden for socialtjänsten.¹³⁷ For nogle ydelser er det obligatorisk, at der skal gælde frit valg for borgeren, men for størstedelen af ydelserne er det den enkelte kommune, som beslutter, om den vil anvende Lag om valfrihetssystem og på hvilke ydelser.¹³⁸

¹³⁰ Kategorierne *kommunförbund* og *kommunala företag* betyder meget lidt inden for socialområdet i det hele taget, Kommunutredningen, s. 378 og s. 385. En undersøgelse fra 2016 viser, at 'avtalssamverkan' er ganske udbredt (Statskontoret, 2016). Her hedder det, at "*Samverkan mellan kommuner är mycket vanligt förekommande*", idet 95 pct. af 250 kommuner i undersøgelsen svarede, at de havde mindst en af de tre samarbejdsformer, og tre fjerdedele angav, at de havde flere af de forskellige former. En anden undersøgelse finder, at blot 4 ud af 65 af de avtalssamverkan, som er fundet inden for en region, vedrører socialtjenesten (s. 31).

¹³¹ Den seneste udredning, der har ligget til grund for 2020s reform på området, *Hållbar socialtjänst*, indeholder et særskilt kapitel med forslag herom (SOU, 2020a). Udredningen bemærker, at den bestemmelse, der har været i SoL om samarbejde mellem kommuner, har været uklar, særligt i forhold til hvordan kommuner kunne samarbejde omkring myndighedsansvar. Men i 2018 indførtes en generel ret til 'avtalssamverkan' mellem kommunerne i Kommunallagen. Det hedder videre: "*Enligt bestämmelsen får kommuner och regioner ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). I samma bestämmelse infördes en möjlighet för kommunerna att vid sådan avtalssamverkan också delegera beslutsfattande till en anställd i den andra kommunen*" (s. 63 samt kap. 21).

¹³² I den svenske lovgivning er det udformet som et særligt bilag, hvor der gælder bestemte regler og tærskler for, hvornår man skal udbyde en opgave på markedet.

¹³³ Der er i i princippet mulighed for at lave aftaler uden udbud, hvor en kommune aftaler et køb direkte med den private eller offentlige leverandør af fx en institutionsplads. Flere videnspersoner fremhæver dog, at denne mulighed er meget begrænset i praksis.

¹³⁴ For SKI se link: <https://www.ski.dk/> Fra 15. april 2021 har Kommentus Inköpscentral skiftet navn til Adda Inköpscentral (Adda, 2021).

¹³⁵ Der findes forskellige måder at indrette sådanne rammeaftaler på, i forhold til hvornår og hvordan man skal indkøbe ud fra rammeaftalen; altså vælge en leverandør blandt flere der er godkendt på en ramme. Det kan være a) kaskade, billigst til dyrest, b) direkte tildeling, man går altid til en bestemt, c) særlig fordelingsnøgle, baseret på objektive mål. I forhold til den sidste m

¹³⁶ Se herom anmodning fra Konkurrenceverket: https://www.konkurrensverket.se/globalassets/upphandling/upphandlings-skadeavgift/20-0718_ansokan-om-upphandlingsskadeavgift_malmo-kommun.pdf. For afgørelsen, se link: <https://upphandling24.se/inget-mothugg-i-domstol/>

¹³⁷ Regeringskansliet (2008). Den svenske udbudsmyndighed har udarbejdet en liste over de ydelser, der er omfattet af lag om valfrihetssystem (Upphandlingsmyndigheten, 2020).

¹³⁸ I SOU (2015) gives en omfattende redegørelse af det svenske system. Herunder forklares også, at det er obligatorisk for regionerne at organisere primær Sundhedsydelser i valgfrihedssystem. Se fx s. 189: "*I LOV regleras vilka åtgärder lands-tinget ska vidta när ett valfrihetssystem införs. LOV reglerar emellertid inte vad som ska ingå i ett valfrihetssystem eller*

Når den anvendes, fungerer denne form for udbud som en form for autorisationssystem, hvor forskellige leverandører godkendes til at være med i et katalog, som borgeren vælger ud fra. Videnspersoner fremhæver, at der er forskel mellem kommunerne på, hvordan og i hvilket omfang man har implementeret fritvalgs-ordninger. Det kan bl.a. skyldes, at udbudslovgivning kan være administrativt krævende og derfor mindre attraktiv for små kommuner. Det kan også have rod i politiske forskelle, hvor borgerlige kommuner i højere grad anvender private leverandører, mens socialdemokratiske kommuner i højere grad bruger kommunale leverandører.

Mulige fordele og ulemper

Organiseringen af forsyningsforpligtelsen på socialområdet i Sverige er tilrettelagt ud fra det hensyn, at kommunerne i hovedsagen tager sig af de dele af borgernes behov, som har med den daglige livsførelse at gøre. En undtagelse er, at staten har forsyningsforpligtelsen for tilbud med særlige beføjelser til unge og voksne i tvangsbehandling på misbrugsområdet efter LVU og LVM. Et hensyn synes at være, at indgrebet i den enkeltes frihed her kan være så vidtgående, at det ikke er hensigtsmæssigt at udlægge opgaven til kommunerne eller private.¹³⁹ Desuden har staten finansieringsforpligtelsen for Assistansersætning til borgere med grundlæggende behov for hjælp i over 20 timer pr. uge, mens kommunerne har forsyningsforpligtelsen for PA efter LSS under 20 timer pr. uge. Et hensyn bag denne opdeling har været, at bevillingen til den enkelte borger ikke skal være afhængig af hjemkommunens økonomi.¹⁴⁰ Se også kapitel 6.

I Sverige kan kommunerne – som i Danmark og Norge – vælge at opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at drive tilbud eller købe af andre offentlige eller private leverandører. Mediankommunen i Sverige er på 16.000-17.000 indbyggere¹⁴¹, og derfor har mange kommuner ikke volumen til at drive egne tilbud til alle målgrupper. I den situation kan der i princippet være fordele som større fleksibilitet og valgfrihed i en leverandørstruktur med både kommunale og private leverandører. Flere videnspersoner bemærker dog, at det er administrativt krævende, navnlig for mindre kommuner, at arbejde med udbud. Der er et stort fokus på detaljer, og det kan være vanskeligt for kommunerne at stille fornuftige kvalitetskrav til leverandørerne. Især kan det være vanskeligt at følge op på tilbuddenes generelle resultater, specielt for små tilbud. Hvis man fx stiller krav om, at behandlingen ikke afbrydes, og den så i et år er afbrudt i ét tilfælde på et tilbud

vilka krav som ska ställas på leverantörerna. Så som nämnts i tidigare avsnitt, är det obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården i valfrihetssystem (5 § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]). Ett valfrihetssystem införs genom att den upphandlande myndigheten fastställer de krav som ska gälla, annonserar och sedan godkänner och tecknar kontrakt med alla leverantörer som ansöker om att få vara med i systemet och som uppfyller kraven. Varje upphandlande enhet, t.ex. ett landsting, beslutar även om den närmare utformningen av ersättningen för den utförda tjänsten och ersättningen följer därefter den enskildes val av utförare. Det finns därmed ingen priskonkurrens mellan leverantörerna” (SOU, 2015).

¹³⁹ Vogel & Enell, 2018

¹⁴⁰ Flere videnspersoner har forklaret, at man i svensk handicappolitik har lagt meget vægt på, at borgere skulle både ligestilles og inddrages på tværs af landet. En større udrådning om LSS nævner også dette hensyn: *”Tillgänglighet och universell utformning är, i enlighet med FN-konventionen och den svenska funktionshinderspolitiken, själva grunden för ett inkluderande samhälle där alla kan delta”*. Det drejer sig i denne sammenhæng både om, at samfundsinstitutioner (formelle som uformelle) skal være tilgængelige, men også at støtteformer til borgere med funktionsnedsætning skal være det på trods af forskelle i kommunal økonomi. I et særskilt afsnit om finansieringen (afsnit 3.4.6) forklares fordelingen af ansvaret mere indgående: *”Skälen för den modell för finansiering av den personliga assistansen, en av de tio insatserna i LSS, som valdes när reformen genomfördes var att kostnaderna för personlig assistans i vissa fall kan uppgå till mycket stora belopp. I vissa kommuner kan det finnas bara några få personer med omfattande behov av personlig assistans medan det i andra kommuner av motsvarande storlek kan finnas flera personer som behöver sådan hjälp. Kommunernas ekonomi ansågs i de senare fallen kunna påverka benägenheten att bevilja insatsen. Särskilt för små kommuner menade man att stora problem kunde uppstå om det fanns flera personer som hade omfattande behov av personlig assistans. Ett finansieringssystem som innebar att staten avlastade kommunerna kostnader för mer omfattande insatser i form av personlig assistans skulle därför skapas genom att staten lämnade stödet genom bidrag till den enskilde (SOU, 2018, s. 155 og 175)”*.

¹⁴¹ Jf. Statistisk Central Byrå.

med fire pladser, vil det resultere i en 'afbrydelsesgrad' på 25 %. På den måde kan kvalitetskrav fra kommunen også være svære at arbejde med for leverandørerne.¹⁴²

Der pågår i Sverige en debat om, hvilken rolle udbudslovgivningen spiller på området.¹⁴³ På den ene side fremmes konkurrencen, i hvert fald principielt. På den anden side er udbudsprocesser ressourcekrævende, jf. ovenfor. Det har desuden været diskuteret, hvor frit den enkelte kommune skal være stillet i forhold til at vælge at konkurrenceudsætte eller ikke. De svenske kommuner og regioners organisation SKR mener i denne sammenhæng, at Konkurrenceverket overfortolker EU-rettens krav om, på hvilke områder der skal ske udbud.¹⁴⁴ Endelig har der ifølge flere videnspersoner været debat om væksten i private-kommercielle leverandører over en årrække, herunder om de tjener for mange penge på udsatte borgere. Det har således i en udredning været diskuteret, om leverandørerne opnår 'overnormale afkast'.¹⁴⁵ Forskere har opgjort afkastgraden pr. år til 17 pct.¹⁴⁶ Se også afsnit 4.2. Flere videnspersoner peger endvidere på, at fordi der er en gråzone, hvor det ikke er helt klart, hvad man må, så afholder kommunerne sig måske fra at gøre, hvad de finder mest hensigtsmæssigt, fx at vælge at købe direkte fra en leverandør, dvs. uden det går gennem en rammeaftale. Rammeaftalerne i Sverige har dog den fordel, at når man som kommune indgår i en rammeaftale, fx i regi af Kommentus/Adda, så har man adgang til et overblik over mange typer af godkendte leverandører på et givent område. I den forstand har Kommentus/Adda en funktion, der minder om Tilbudsportalen i Danmark.

4.1.4 Sammenligning på tværs af landene

Både i Danmark, Norge og Sverige ligger en stor del af forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde hos kommunerne. Kommunerne har således i alle tre lande som hovedregel forsyningsforpligtelsen for socialfaglige indsatser til borgere med sociale problemer, funktionsnedsættelse eller psykiske vanskeligheder, mens det regionale niveau (statslige regionale helseforetak i Norge og regionerne i Danmark og Sverige) som hovedregel har forsyningsforpligtelsen på sundhedsområdet, herunder for behandlingsindsatser i regi af sygehusene. I Danmark har kommunerne forsyningsforpligtelsen for misbrugsbehandling, som i Norge er placeret i (statslige) regionale enheder, og i Sverige er delt mellem kommuner og regioner. I Sverige og Norge deler kommune og regionalt niveau endvidere forsyningsforpligtelsen for habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelser. I Danmark har man placeret et lovbestemt leverandøransvar for tilbud på socialområdet hos regionerne, jf. rammeaftalesystemet. Tabel 4.2 giver et overblik over, hvordan forsyningsforpligtelsen for forskellige indsatser er placeret i de tre lande.

Tabel 4.2 Placering af forsyningsforpligtelse i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Kommune	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne	Tidlig indsats Forebyggende indsatser, både børn og voksne Anbringelser uden for eget hjem

¹⁴² Forskere har også set en tendens i retning af større nationale rammeaftaler. Dette ses som udtryk for, at kommunerne har behov for at dele de administrative byrder. Se Stenius & Storbjörk (2019, s. 13).

¹⁴³ Sallnäs et.al. (2018) Socialtjänstmarknaden.

¹⁴⁴ Se herom i Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Her hedder det: "Konkurrenceverket har i ett ställningstagande bedömt att vissa ickevalsalternativ utgör en upphandlingspliktig tjänst och att ickeval kan vara en otillåten direktupphandling. SKR delar inte Konkurrenceverkets bedömning kring ickeval. SKR anser att Konkurrenceverket i ett ställningstagande gjort en övertolkning av EU-rättens senaste utveckling och gör bedömningen att principer för ickeval som grundas på till exempel av turordningslista eller närhetsprincip mycket väl går att tillämpa, under förutsättning att kriterierna är transparenta och att principen om likabehandling kan säkerställas. Konkurrenceverkets ställningstagande behöver därför inte föranleda några ändringar i principerna om ickevalsalternativ".

¹⁴⁵ SOU, 2016, s. 78

¹⁴⁶ Meagher et al., 2015

	Danmark	Norge	Sverige
	Anbringelser uden for eget hjem Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Misbrugsbehandling	Anbringelser uden for eget hjem (delt ansvar) Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Sociale indsatser til borgere med misbrugsproblematikker	Støtte i eget hjem samt botilbud, herunder til borgere med funktionsnedsættelser og borgere med sindslidelse Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling (delt ansvar) Sundhedsydelse til borgere i bo- og dagtilbud samt med PA efter LSS
Mellem-kommunalt		Udvalgte områder, efter departementets beslutning	
Region	Psykiatrisk behandling <i>Leverandøransvar for udvalgte tilbud efter aftale med kommunerne</i>	<i>De norske fylkeskommuner varetager ikke opgaver på det specialiserede socialområde</i>	Psykiatrisk behandling Rådgivning og støtte til borgere med funktionsnedsættelse (LSS § 9, stk. 1) Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling (delt ansvar)
Stat		Anbringelser uden for eget hjem (delt ansvar) Rekruttering og formidling af plejefamilier Habilitering og rehabilitering til borgere med funktionsnedsættelse (delt ansvar) Misbrugsbehandling Psykiatrisk behandling	Sikrede pladser ¹⁴⁷ Særlige pladser til voksne og unge på SIS-institutioner

Et forhold, der adskiller Norge fra Danmark og Sverige, er, at der ikke findes deciderede sikrede eller lukkede institutioner for unge med særlige vanskeligheder.¹⁴⁸ Hvad angår unge med alvorlige adfærdsvanskeligheder er der dog i Norge mulighed for efter en konkret vurdering i det enkelte tilfælde at *"begrænse adgangen til at forlade området [institutionens] i den udstrækning, det er nødvendigt"* (jf. barnevernloven § 5-9). I Sverige ligger forsyningsforpligtelsen for sikrede/lukkede pladser hos staten, både i forhold til unge og voksne. I Danmark er de sikrede institutioner omfattet af den kommunale forsyningsforpligtelse, men drives typisk af regionerne¹⁴⁹.

På børn og unge-området har staten i Norge en stor del af forsyningsforpligtelsen set i sammenligning med både Sverige og Danmark. Det gælder især for anbringelser i døgninstitutioner til socialt udsatte børn og unge. Staten har dog i Sverige også forsyningspligt for tilbud med særlige beføjelser til unge, som har brug for tvangsbehandling.¹⁵⁰

På tværs af de tre lande er der tilfælde, hvor det er mindre klart, hvordan forsyningsforpligtelsen er placeret. Det er typisk i tilfælde af dobbeltdiagnoser eller komplekse og sammensatte problemstillinger, fx behandlingskrævende psykosomatiske problematikker blandt borgere i botilbud.

¹⁴⁷ Staten har ansvaret for, at der findes pladser på SiS-institutioner for støtte efter LVU (og LSU). I tillæg hertil har SiS også åbne afdelinger til udslusning og overgang til anden indsats.

¹⁴⁸ Deloitte, 2019, s. 28.

¹⁴⁹ Dog driver Københavns Kommune et enkelt sikret tilbud.

¹⁵⁰ Dette gælder i forbindelse med ophold. Som nævnt har regionen også mulighed for at benytte tvang i forbindelse med fx psykiatriske indlæggelser.

I alle tre lande kan den myndighed, som har forsyningspligten, på de fleste områder vælge at opfylde forsyningsforpligtelsen ved at overdrage udførelsen af driftsopgaven til enten offentlige eller private aktører. Overdragelsen sker i alle tre lande inden for samme overordnede ramme i form af EU-udbudsretten, der søger at understøtte god brug af offentlige midler gennem konkurrence efter principperne om ligebehandling, gennemsigtighed, ikke-diskriminering, åbenhed og proportionalitet. I den forbindelse er det i alle tre lande muligt for borgerne i et vist omfang at vælge mellem forskellige leverandører af den indsats, som de har fået bevilget. EU-udbudsretten er særligt relevant for de dyrere indsatser, som kommer over beløbsgrænserne for udbud. Hensyn til lige konkurrence balanceres i alle tre lande i forhold til andre hensyn, som at have tilstrækkelig kapacitet på tværs af landet og at undgå for stor ulighed imellem kommuner.¹⁵¹

Der er dog forskel på, hvordan man har implementeret EU-lovgivningen. Forskning på både børn og unge- og voksenområdet peger på, at svenske kommuner står overfor fastere krav om konkurrenceudsættelse end norske og danske.¹⁵²

4.2 Leverandørstruktur

Leverandørstrukturen handler om, hvordan den ansvarlige instans i praksis lever op til sin forsyningsforpligtelse. I alle tre lande er der en klar sondring mellem myndighed og udfører af sociale indsatser. Typisk kan kun offentlige myndigheder visitere til indsatser, dvs. træffe afgørelse om bevilling. På udførersiden er der imidlertid i alle tre lande forskellige driftsherretyper, således at den konkrete indsats kan leveres både af enkeltkommuner, af kommuner i fællesskab, af statslige eller regionale aktører eller af forskellige typer af private aktører.

Dette afsnit afdækker, hvilke typer af driftsherrer der leverer tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde i de tre lande, herunder fx private, kommunale, regionale og statslige leverandører.

For hvert land findes store mængder af data, der belyser forskellige aspekter af leverandørstruktur. Det har dog i de fleste tilfælde ikke været muligt at finde direkte sammenlignelige data på tværs af de tre lande om sammensætningen af forskellige typer af leverandører fordelt på ejerform. Derfor beskriver vi for hvert land enkeltvis de væsentligste kendetegn ved leverandørstrukturen og redegør for de data, vi har kunnet finde, der bedst beskriver denne. Eventuelle sammenligninger mellem landene er forbundet med væsentlige forbehold og usikkerheder. Vi har primært søgt efter data om, hvor mange tilbud eller pladser der drives af forskellige leverandører (uagtet den økonomiske vægt af disse) og om, hvor store andele af forbruget som går til forskellige leverandører. Vi har for hvert land som minimum søgt at belyse leverandørstrukturen fordelt på offentlige og private leverandører.

4.2.1 Danmark

Den enkelte kommune i Danmark løfter typisk sin forsyningsforpligtelse på det specialiserede socialområde ved brug af egne, regionale, private og andre kommuners tilbud.¹⁵³ Opgaveomlægningerne i forbindelse med kommunalreformen medførte, at kommunerne overtog hovedparten af de tidligere amtslige tilbud. Det specialiserede socialområde er derfor præget af køb og

¹⁵¹ Se fx for Norge: NOU (2020) og for Sverige: SOU (2020c).

¹⁵² Shanks et al. (under udgivelse); Stenius & Storbjork (2019); Meagher et al (2015).

¹⁵³ En særlig type ejerforhold blandt de private tilbud er fond eller selveje. Nogle fondsejede og selvejende botilbud har en driftsoverenskomst med en kommune.

salg af pladser på tværs af kommunerne og kommunernes køb af pladser i private og regionale tilbud.¹⁵⁴ Som nævnt rummer Socialstyrelsens *Tilbudsportal* en stor del af den samlede tilbuds-masse, der således er tilgængelig for alle kommuner.

Det ser ud til, at der i Danmark er sket en stigning i omfanget af private leverandører på det specialiserede socialområde fra 2015 til 2017, hvor andelen af pladser på private tilbud er steget fra 25 pct. til 29 pct.¹⁵⁵ Der har gennem en årrække været mange uafhængige, private leverandører af tilbud. De seneste par år ses dog på nogle velfærdsområder, herunder bl.a. handicapområdet, en tendens til dannelse af større koncerner.¹⁵⁶ Samlet set driver offentlige leverandører 71 pct. af pladserne på det specialiserede socialområde i 2017, mens private leverandører driver 29 pct. af pladserne.¹⁵⁷

De danske kommuner har som nævnt mulighed for at løse opgaver på socialområdet i samdrift mellem to eller flere kommuner, fx i form af tværkommunalt driftsfællesskab. VIVEs desk research og interview med videnspersoner viser, at der generelt er begrænset viden om eller kendskab til kommunal samdrift på det specialiserede socialområde.¹⁵⁸

Børn og unge-området

Siden begyndelsen af 2000-tallet har der været politiske mål i Danmark om at få flere af de anbragte børn i plejefamilier frem for i døgninstitutioner, for både udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelse.¹⁵⁹ Det afspejler sig i udviklingen, idet plejefamiliernes andel af det samlede antal anbringelser i Danmark er steget fra 45 pct. i 2000 til 66 pct. i 2018.¹⁶⁰

I Danmark var der ved udgangen af 2019 i alt cirka 11.400 børn og unge i alderen 0-17 år, som var anbragt uden for eget hjem i enten plejefamilie, døgninstitution, socialpædagogisk opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse.¹⁶¹ Dette tal inkluderer både socialt udsatte børn og unge og børn og unge med funktionsnedsættelse. Af disse var knap 66 pct. anbragt i plejefamilier, 30 pct. var anbragt i institution, og 4 pct. var anbragt på kost- eller efterskole eller eget værelse.¹⁶² Børn og unge med funktionsnedsættelse modtager ifølge en vidensperson i højere grad end socialt udsatte børn og unge støtte i hjemmet, fx i form af tabt arbejdsfortjeneste til forældre. De fleste kommuner driver selv tilbud, men gør også brug af private tilbud, både på det forebyggende område og på anbringelsesområdet.¹⁶³

¹⁵⁴ Se fx Social- og Indenrigsministeriet (2013a), s. 163; Social- og Indenrigsministeriet (2020a); Dalsgaard (2014); Dalsgaard et al. (2016).

¹⁵⁵ Socialstyrelsen (2018b). Der er i øvrigt i perioden 2007-2019 sket en øget konkurrenceudsættelse på flere af velfærdsområderne i Danmark, herunder også på en sociale opgaver og beskæftigelse, jf. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2021).

¹⁵⁶ Rosenkilde (2021).

¹⁵⁷ Socialstyrelsen (2018b).

¹⁵⁸ Udbudsportalen i KL har i 2016 udarbejdet en række kortlægninger, redskaber og analyser i henhold til konkurrenceudsættelse af socialområdet, bl.a. i forhold til drift af bo- og dagtilbud til voksne med udviklingshæmning samt køb af pladser på botilbudsområdet. En oversigt kan findes hos Udbudsportalen (2016).

¹⁵⁹ Jf. bl.a. 'Barnets Reform' fra 2011.

¹⁶⁰ Ebsen (2020).

¹⁶¹ Danmarks Statistik, Statistikbanken, ANBAAR15. Data herfor er opgjort pr. 31.12.2019. Der er desuden knap 2.200 (2.186) unge i alderen 18-22 år, som modtager efterværn i plejefamilie, på døgninstitution, opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse.

¹⁶² Danmarks Statistik, Statistikbanken, ANBAAR15. Data herfor er opgjort pr. 31.12.2019. Der er desuden knap 2.200 (2.186) unge i alderen 18-22 år, som modtager efterværn i plejefamilie, på døgninstitution, opholdssted, kost-efterskole eller eget værelse. Kost- og efterskoler samt eget værelse er generelt mindre ressourcekrævende indsatser end institutionsanbringelser og plejefamilieanbringelser.

¹⁶³ Cirka 45 pct. af de institutionsanbragte børn og unge er ifølge Danmarks Statistik anbragt på 'socialpædagogiske opholdssteder mv.', som hovedsageligt er private. De resterende cirka 55 pct. er i Danmarks Statistik anført som anbragte på 'døgninstitution' (enten almindelig afdeling, delvis lukket afdeling, eller sikret afdeling). En stor del af disse er offentlige døgninstitutioner drevet af enten kommuner eller regioner, men der findes som tidligere nævnt også privat drevne 'døgninstitutioner'. Det er således ikke muligt at få en præcis opgørelse af fordelingen af anbringelserne efter tilbuddets ejerform ud fra Danmarks Statistiks data.

Tilbudsportalen kan give et billede af fordelingen mellem forskellige leverandørtyper på anbringelsesområdet gennem data om antallet af tilbud og antallet af godkendte pladser. Tabel 4.3 viser, hvordan det samlede antal *tilbud* på børn og unge-området i Danmark er fordelt på ejerform. Denne opgørelse tager ikke højde for antallet af pladser i de enkelte tilbudstyper.

Tabel 4.3 Tilbud på børn og unge-området i Danmark, fordelt på ejerform og type, 2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Private, pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Anbringelsessteder i alt	4	25	51	20	100	645
Heraf delvist lukket døgninstitution	50	50	0	0	100	4
Heraf sikret døgninstitution	86	14	0	0	100	7
Ambulant stofmisbrugsbehandling	2	81	8	9	100	64

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet. (2020c), s. 44.

Det ses af Tabel 4.3, at cirka 71 pct. af institutionsanbringelsestilbuddene på børneområdet er private eller selvejende. Nærmere bestemt er 20 pct. af tilbuddene private, og 51 pct. er fondeejede eller selvejende. 29 pct. af det samlede antal anbringelsesinstitutioner er drevet af offentlige aktører. 25 pct. af tilbuddene er kommunale og 4 pct. regionale. Desuden ses, at opgaven med sikrede pladser løses overvejende af regionale tilbud og i mindre grad af kommunale, mens ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud til unge næsten udelukkende udføres af kommunale driftsherrer.

Da de offentlige tilbud generelt har flere pladser end de private, svarer fordelingen af tilbud ikke helt til fordelingen af pladser, selvom det overordnede billede er omtrent det samme. Opgjort ved hjælp af antallet af godkendte *pladser* er cirka 60 pct. af institutionspladserne på børneområdet i private eller selvejende tilbud, mens cirka 40 pct. af pladserne er i offentlige tilbud i 2020. Det skal understreges, at data ikke udtrykker den faktiske belægning, dvs. antallet af anbragte børn og unge, men det godkendte antal pladser på tilbuddene.¹⁶⁴

En del af de private og selvejende institutioner har en driftsoverenskomst med en kommune, som i givet fald dækker en stor del af institutionens økonomiske grundlag.¹⁶⁵ Dette indebærer ofte et tæt samarbejde, hvor kommunen har betydelig indflydelse.

Voksenområdet

På voksenområdet er der ligeledes forskelle mellem de enkelte indsattstyper på, hvordan leverandørerne fordeler sig på ejerform. Tabel 4.4 viser, hvordan botilbud og botilbudslignende tilbud på voksenområdet i Danmark var fordelt på ejerform i 2019. Opgørelsen tager ikke højde for antallet af pladser i de enkelte tilbudstyper.

¹⁶⁴ Tilbudsportalen, 2021. Data er hentet 17. maj 2021. VIVEs egne beregninger baseret på datasættet 'Udvikling_antal_pladser_og_tilbud_2015_2021'. Data her indeholder både pladser til døgnanbringelse og pladser til aflastning, da godkendelsen vedrører begge typer indsats. Data udtrykker ikke den faktiske belægning, men det maksimalt godkendte antal pladser på tilbuddene.

¹⁶⁵ Horten (2018) bemærker, at der hverken i lovgivning eller juridisk litteratur findes en generel definition af begrebet 'selvejende institution'. Således har Finansministeriet anvendt begrebet 'selvejende institution' som "*benævnelse for institutioner, der er oprettet og organiseret på forskellig måde, og indholdet af begrebet varierer fra retsområde til retsområde*". Horten forklarer videre, at en driftsoverenskomst er "*et aftaleretligt dokument mellem kommunen og den selvejende institution. Heri fastsættes de indholdsmæssige og økonomiske rammer for institutionens drift. Typisk har de to parter modsatrettede interesser, da kommunen ønsker mest mulig indflydelse på opgaveløsningen, og institutionen ønsker den højst mulige grad af selvbestemmelse. BDO understreger, at det er en forudsætning for, at der kan foreligge en driftsoverenskomst, at kommunen eller regionen har en afgørende indflydelse på driften af institutionen. Det kan eksempelvis være i relation til tildeling af pladser på institutionen, godkendelse af takster og budget, tildeling af bestyrelsesposter mv. Såfremt en selvejende institution ikke er optaget i en kommunes eller regions bogføring med artsspecifikation foreligger der ikke en driftsoverenskomst i momsmæssig forstand, men der vil derimod sandsynligvis være tale om en driftsaftale*". Se herom BDO (2021).

Tabel 4.4 Antal botilbud og botilbudslignende tilbud fordelt på tilbudstyper og virksomhedstyper, 31.12.2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Private, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Længevarende botilbud, §108	9	41	17	33	100	403
Sikret botilbud, §108	100	0	0	0	100	1
Botilbudslignende tilbud	2	89	1	8	100	674
Midlertidigt botilbud, §107	5	33	19	43	100	890
Botilbud i alt	3	55	12	29	100	1.490

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet. (2020c). Tabel 3, s. 6.

Note: Social- og Ældreministeriet angiver i Velfærdspolitisk Analyse (s. 36) følgende afgrænsning af kategorierne i tabellen: "Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig-/handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældre bolig-/handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3".

Det ses af Tabel 4.4, at der er forskel på, hvilke tilbudstyper de forskellige leverandører driver på botilbudsområdet. Der er omtrent lige mange offentlige og private længevarende botilbud efter SEL § 108, mens de midlertidige botilbud efter SEL § 107 udgøres af 62 pct. private og 38 pct. offentlige tilbud. Ligesom på børn og unge-området er det regionerne, der løser opgaven med sikrede pladser, idet det ses, at regionerne driver samtlige sikrede botilbud efter SEL § 108. Omvendt er botilbudslignende tilbud efter almenboligloven næsten udelukkende kommunale.

Tabel 4.5 viser fordelingen af tilbud inden for misbrugsområdet, på ejerform og tilbudstype. På misbrugsområdet ses, at de fleste ambulante behandlingstilbud og dagbehandlingstilbud er kommunale, men de fleste af døgnbehandlingstilbuddene er private. Regionerne driver derimod næsten ingen tilbud på misbrugsområdet i Danmark.

Tabel 4.5 Tilbud til misbrugsbehandling til voksne, fordelt på tilbudstyper og virksomhedstyper, 31.12.2019

	Regionale, pct.	Kommunale, pct.	Private, pct.	Fonde, selvejende mv., pct.	Tilbud i alt, pct.	Tilbud i alt, antal
Ambulant- og dagbehand lingstilbud til stofmisbrug, § 101 – Voksne	1	85	8	6	100	103
Døgnbehandlingstilbud til stofmisbrug, § 101, jf. § 107	0	23	23	55	100	22
Ambulant- og dagbehand lingstilbud til alkoholmisbrug, § SUL 141	1	81	8	9	100	95
Døgnbehandlingstilbud til al koholmisbrug, SUL §141	0	10	30	60	100	20
Misbrugsbehandling i alt	1	71	13	15	100	136

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2020c), tabel 11, s. 17.

Det er væsentligt at bemærke, at Tabel 4.4 og Tabel 4.5 viser antallet af *tilbud* og ikke antallet af *pladser*. Typisk har private botilbud eksempelvis gennemsnitligt færre pladser end offentlige,

hvorfor de offentlige leverandører vil have større markedsandele i en beregning baseret på antallet af pladser.¹⁶⁶ Data fra den danske Tilbudsportal om fordelingen på ejerformer af godkendte pladser på botilbudsområdet er vist i Tabel 4.6, hvoraf det også fremgår, hvordan pladser i 'ikke-offentlige' tilbud er fordelt på fonds- og selvejende hhv. private tilbud.

Tabel 4.6 Godkendte pladser i botilbud og botilbudslignende tilbud til voksne i Danmark, fordelt på ejerform og type, 2020

	Kommunale	Regionale	Fonde, selvejende, mv.	Private	I alt, pct.	I alt, antal
Botilbudslignende tilbud	91	2	6	1	100	15.061
Længerevarende botilbud, § 108	49	18	23	9	100	5.192
Midlertidigt botilbud, § 107	33	6	42	19	100	7.626
Sikret botilbud, § 108	0	100	0	0	100	79
Botilbud og botilbudslignende tilbud i alt, antal pladser	18.713	1.855	5.355	2.035	100	27.958
Botilbud og botilbudslignende tilbud i alt, pct.	67	7	19	7	100	

Note: På Tilbudsportalen er angivet en nærmere specifikation af data, herunder hvordan der skelnes mellem ejerformer. VIVE har i tabellen lagt pladstallene for 'midlertidigt botilbud' og 'rehabilitering' efter § 107 sammen. VIVE anvender desuden samme afgrænsning af botilbudslignende tilbud som anført i Social- og Indenrigsministeriet, 2020c, s. 36: *"Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn (botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven). På Tilbudsportalen dækker det over tilbud etableret i følgende boligformer: lejebolig/lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3. Social- og Indenrigsministeriet har angivet følgende note: Tabellen angiver antal pladser registreret til tilbudstypen. Pladser på ophørte og ikke godkendte tilbud er ikke medtaget. Pladser på tilbud, der vurderes at høre til plejehjemsoversigten og ikke bør ligge på tilbudsportalen, er ikke medtaget. Det bemærkes, at der kan være pladser, der er godkendt til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. Der er lanceret en ny tilbudsportal den 11. juni 2019. [...] I opgørelserne for 2019 og fremefter er kategoriseringen af virksomhedsformer som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, Enkeltmandsvirksomhed, Personligt ejet mindre virksomhed, Selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende, mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende Fond, Fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer".*

Kilde: VIVEs egne beregninger baseret på Tilbudsportalens datasæt 'Udvikling i antal pladser og tilbud i perioden 2015-2021'. Data er hentet den 17. maj 2021 fra <https://sm.dk/arbejdsomraader/viden-analyse-og-dataudvikling/tilbudsportalen>

Det ses af Tabel 4.6, at cirka 74 pct. af det samlede antal botilbudspladser på voksenområdet i Danmark drives af offentlige aktører, mens cirka 26 pct. drives af private. Fonds- eller selvejende tilbud driver her 19 pct. af pladserne, mens private driver 7 pct. Kommunerne driver 67 pct. af det samlede antal pladser. Som for anbringelsesinstitutioner skal det nævnes, at denne opgørelse ikke tager højde for den faktiske belægningsprocent på tilbuddene.

Der er kun mindre forskelle mellem fordelingen på offentlige og private af hhv. tilbud (Tabel 4.4) og pladser (Tabel 4.6). Den største forskel ses for længerevarende botilbud efter SEL § 108, hvor en ud af tre pladser drives i privat regi, mens to ud af tre pladser drives i offentligt regi. For antal tilbud er fordelingen ligelig med cirka 50 pct. private og 50 pct. offentlige.

¹⁶⁶ Jf. Dalsgaard et al. (2012). KREVI finder, at gennemsnitsantallet af pladser pr. botilbud er 15 for de kommunale, 24 for de regionale, 11 for de private og 17 for de selvejende.

4.2.2 Norge

Norge har en lang tradition for både offentlige og private leverandører inden for socialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Leverandørstrukturen indeholder i dag både offentlige og private, herunder kommercielle og ikke-kommercielle, i Norge kaldet 'ideelle' aktører.

Samtidig med en stigende andel af private-kommercielle leverandører af velfærd generelt i Norge¹⁶⁷ ses en tendens til koncerndannelse, således at større private aktører generelt har større dele af markedet for sociale tilbud. En analyse viser, at de 10 største leverandører på udvalgte sociale indsatser udgør samlet 73 pct. af det samlede køb hos private i 2017.¹⁶⁸ Der er i Norge et stort fokus på at øge anvendelsen af ideelle aktører. Et beskikket udvalg har i et udredningsarbejde begrundet dette i, at de ideelle aktører *"kan bidra til mangfold og innovasjon i tjenestene"*.¹⁶⁹

Mellemkommunale driftsfællesskaber udgjorde økonomisk set i 2012 en beskedent del af leverandørerne på socialområdet i Norge, herunder barnevernet.¹⁷⁰ Det har ikke været muligt at finde nyere oplysninger.

Børn og unge-området

Dette afsnit omhandler primært barnevernet, dvs. området for socialt udsatte børn og unge i Norge. Blandt de socialt udsatte børn og unge, som anbringes uden for hjemmet i Norge (placeringstiltak), er det ca. 81 pct., som anbringes i plejefamilier.¹⁷¹ Der etableres desuden institutionslignende enkeltpersontiltag, men de hører til undtagelserne og er ofte kortvarige. De resterende anbringelser finder sted i døgninstitutioner. I Norge er døgninstitutionerne små sammenlignet med en del andre lande, idet de typisk består af fem til otte pladser pr. tilbud, uanset om de er drevet statsligt eller privat.¹⁷² Ud over plejefamilie- og institutionsanbringelser findes der få børn og unge i 'enetiltak'.¹⁷³

En stor del af plejefamilieanbringelserne i ordinære kommunale plejefamilier eller slægts- og netværksanbringelser er formidlet gennem kommunen. Disse plejefamilier (fosterhjem) har typisk status af 'opdragstakere', hvilket indebærer, at de ikke får pension, løn under sygdom osv. Der findes dertil et mindre antal statsligt ansatte plejefamilier, som er rettet mod børn og unge med meget specialiserede behov. Disse har mere gunstige lønvilkår, men kan omvendt ikke

¹⁶⁷ Bjørn et al. (2019): *"Resultatene viser at det har vært relativt kraftig vekst blant de kommersielle leverandørene innen alle tjenestetypene vi har sett på. Det gjelder for eksempel sykehjem, barnehager, hjemmehjelp og barnevern. Samtidig har antall ideelle og kommunale årsverk enten stagnert svakt, holdt seg stabilt eller vokst svakt innen tjenestetypene vi ser på, noe som har medført at de kommersielle har økt markedsandelene sine innen alle tjenestetypene utenom renovasjon"* (s. 7). Denne publikation henviser også til en analyse af Sivesind (2016), der sammenligner beskæftigelsesandel af offentlige, private-kommercielle og private-ideelle aktører inden for flere områder, herunder socialtjenesten, og finder, at væksten er størst blandt de kommercielle mellem 2003 og 2013. I perioden siden 2007 havde de offentliges faldende beskæftigelsesandel, de ideelles var uændret og de private-kommercielles var steget (s. 85).

¹⁶⁸ Agenda Kaupang, 2019, s. 20

¹⁶⁹ NOU, 2020., s. 165. En NOU-udredning foretages typisk af et af regeringen beskikket udvalg. Det typiske fokus i udredningerne er faglige frem for politiske hensyn. Den nævnte udredning bygger på en grundig gennemgang af de tilgængelige data og en fremstilling af både fordele og ulemper på de områder, som den behandler. Den anvendes derfor i stort omfang i det følgende. Om NOU generelt, se: [https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_\(NOU\)](https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_(NOU))

¹⁷⁰ Leknes et al., (2013): IRIS har undersøgt et større udvalg på 73 kommuner. De finder for det første, at de fleste samarbejder (69 pct. i 2010) findes inden for tekniske opgaver. De finder samtidig, at 21 pct. af samarbejderne findes inden for helse, social og omsorg (s. 69). Endelig opgøres kommunens omsætning i interkommunale samarbejder i procent af bruttodriftsudgifter på forskellige kommunale opgaveområder. I de udvalgte kommuner er det 1,47 pct. af driftsudgifterne på området Helse og sosial. Helse og sosial dækker i denne sammenhæng et bredere område end det sociale område, idet der også indgår pleje og omsorg (s. 71-72). Der er foretaget en opgørelse, hvor man ser på de forskellige opgaveområders andel af den samlede omsætning i selskaberne. Her udgør 'pleje og omsorg' 30,2 pct., 'barnevern' 3,2 pct. og socialtjenesten 5,3 pct. (s. 70). Den samlede økonomiske betydning af de kommunale samarbejder opgøres til at være betydelig, omkring 10 pct., men langt størstedelen af udgifterne ligger på de tekniske områder.

¹⁷¹ Deloitte, 2019.

¹⁷² Backe-Hansen et al., 2017, s. 99

¹⁷³ Det drejer sig om 50 børn i alt i 2020, jf. Ellingsen & Gundersen (2021)

sige nej til anbringelse af et barn.¹⁷⁴ Private virksomheder har de seneste år udviklet plejefamilietilbud, hvor familierne er ansat på samme vilkår som de statslige lønmæssigt, men hvor de typisk modtager børn og unge med mindre omfattende behov. Der findes ca. 350 plejefamilier af denne type. En undersøgelse konkluderede i 2020, at baggrunden for valget af en 'forstærket-privat-plejefamilie' i knap en tredjedel af tilfældene snarere var mangel på plejefamilier generelt end behovets omfang.¹⁷⁵

Der findes desuden centre for døgnfamilieophold i Norge. De fleste er drevet af Bufetat, som samtidig har rammeaftale med tre private-ideelle centre. Dertil har Oslo Kommune rammeaftale med to ikke-kommercielle private leverandører. Ikke-kommercielle private leverandører fylder således meget i Norge på området for døgnfamilieophold, mens kommercielle virksomheder slet ikke driver tilbud på dette område.¹⁷⁶

I Norge opgør KOSTRA, 'Kommune-Stat-Rapportering' under Statistisk Sentral Byrå,¹⁷⁷ statistik på socialområdet, herunder på ejerform på døgninstitutioner til anbringelser af børn og unge.¹⁷⁸ Der sondres mellem offentlige, private-ideelle og private-kommercielle institutioner. Sammensætningen efter disse typer er forskellig inden for børn og unge-området, alt efter om man ser på barnevernet (socialt udsatte børn og unge) eller helse- omsorgstjenesten (børn og unge med funktionsnedsættelse). Tabel 4.7 viser antallet af børn og unge, der er anbragt på barnevernsinstitutioner fordelt efter ejerform pr. 31.12.2019.¹⁷⁹

Tabel 4.7 Antal børn og unge anbragt på barnevernsinstitutioner i Norge fordelt på ejerform, pr. 31.12.2019

Ejerform	Antal børn og unge	Andel børn og unge
Offentlige	422	43 %
Private, ideelle	218	22 %
Private, kommercielle	338	35 %
Alle barnevernsinstitutioner	978	100 %

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af <https://www.ssb.no/statbank/table/11361/tableViewLayout2/>.

Note: Antallet er opgjort pr. 31.12. Det samlede antal børn der modtager støtte i løbet af året er højere end 978.

Det ses af Tabel 4.7, at 43 pct. af de anbragte børn og unge på barnevernsinstitutioner pr. 31.12.2019 er anbragt på offentlige institutioner, mens 57 pct. er anbragt på private institutioner. Heraf er de fleste på private-kommercielle institutioner.

Hovedparten af de offentlige barnevernsinstitutioner drives af staten (Bufetat), og de resterende drives af Oslo Kommune. Udviklingen over de seneste år er gået i retning af en reduktion i antallet af pladser på de statslige institutioner. Denne reduktion i kapaciteten har efterladt en overskydende efterspørgsel, som i stedet er imødekommet af private-kommercielle og private-ideelle aktører, som således har øget deres markedsandel på barnevernsområdet. De private-

¹⁷⁴ NOU, 2020, 13.3.2.

¹⁷⁵ NOU, 2020.

¹⁷⁶ NOU, 2020, s. 215. Se desuden Bufdir (2020a).

¹⁷⁷ Se hertil Statistisk Sentral Byrås hjemmeside: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>. Her hedder det: "KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner".

¹⁷⁸ Der findes en nylig analyse, der fokuserer på tjenester indenfor hjælpetiltak, dvs. støtte i og omkring hjemmet (Demiri & Gundersen, 2016).

¹⁷⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/11361/tableViewLayout2/>.

kommercielle er den ejerskabsform, der har haft størst vækst i antal ansatte.¹⁸⁰ En vidensperson vurderer, at de udsatte børn og unge, som har størst udfordringer, typisk kommer på private-kommercielle institutioner, efter at man har prøvet en række andre tilbud. Der har desuden været en styrkelse af udenlandske (primært svenske) aktørers placering i markedet.¹⁸¹ En vidensperson vurderer, at der for både plejefamilier og institutionspladser opleves at være få valgmuligheder for kommunerne i forhold til anbringelser. Af hensyn til børn og familier skal anbringelse ske inden for seks uger efter afgørelse herom. Det kan bringe kommunen i en situation, hvor man må tage et mindre optimalt tilbud, fordi der ikke er noget alternativ.

Flere videnspersoner peger på, at der i Norge har været en politisk målsætning om at forøge de private-ideelles andel af de private leverandører. Dette har man ifølge videnspersoner søgt at understøtte med to tiltag. For det første har man lavet en rammeaftale mellem den statslige myndighed BUFDIR og de private-ideelle leverandører. Erfaringen var dog, at ansøgningsprocessen var krævende for de ofte ganske små tilbud. For det andet har man forsøgt at lave en udbudsrunde udelukkende for private-ideelle institutioner, hvilket førte til, at mange institutioner definerede sig som ideelle.

Et beskikket udvalg har i en udredning undersøgt de kommunale barnevernstjenesters vurdering af, om de ønsker at øge eller mindske brugen af private leverandører. Hertil svarer 59 pct., at de ønsker at reducere brugen af private leverandører, mens blot 1 pct. ønsker at øge brugen. I forlængelse heraf peges der bl.a. på, at barnevernstjenesterne i nogen grad oplever, at det er vanskeligt at få overblik over leverandørerne, krævende at lave gode kontrakter og svært at vide, hvad man må købe.¹⁸²

Børn og unge med funktionsnedsættelse er, ligesom voksne med funktionsnedsættelse – som nævnt omfattet af helse- og omsorgstjenesteloven. Leverandørstrukturen i relation til helse- og omsorgstjenesten er generelt behandlet i afsnit om voksenområdet nedenfor. En vidensperson fortæller, at børn og unge med funktionsnedsættelse overvejende modtager støtte i hjemmet fra helse- og omsorgstjenesten. En lille andel af børnene bor i små institutioner eller specialboliger til børn og unge med funktionsnedsættelser. Disse institutionslignende tilbud udgør dog en meget lille del af systemet.

Af forskellige mellemkommunale samarbejdsformer er 'interkommunalt samarbejde' ifølge en vidensperson mere almindeligt end rammeaftaler. Interkommunalt samarbejde er fx, hvor en kommune står for sagsbehandlingen i en partnerkommune, eller hvor kommunerne samarbejder om delområder, fx rekruttering af plejefamilier eller forebyggende foranstaltninger.¹⁸³ Mellemkommunale *driftsfællesskaber* inden for barnevernet synes mest at dreje sig om drift af forebyggende indsatser, og som nævnt dækkede de i 2012 økonomisk set en beskedent del af leverandørerne på området i Norge.¹⁸⁴ Muligheden for interkommunalt samarbejde blev som nævnt styrket ved en ændring i kommuneloven i 2007.¹⁸⁵ Før lovændringen var der 13 interkommunale barnvernens-samarbejder. I 2018 blev der opgjort over 200 sådanne samarbejder,

¹⁸⁰ Backe-Hansen, 2017, s. 30-31. Se desuden Bjørul et al., 2019, s. 7 samt s. 97-98.

¹⁸¹ NOU, 2020, s. 374-375.

¹⁸² NOU, 2020, s. 219. Heraf fremgår det også, at begrundelsen for udfordring ved køb hos private ikke kun er selve prisen, men også konsekvenserne for den interne kompetenceudvikling og relation til borgerne: "*Selv pøker barnevernstjenestene på at det er dyrt å kjøpe tjenester, at det gir færre muligheter til intern kompetansebygging, at det er vanskelig å få innsyn i leverandørens arbeid og å endre tiltaket underveis og at bruk av private gjør det vanskeligere å bygge et godt forhold til familiene*".

¹⁸³ Jf. interview med vidensperson.

¹⁸⁴ Leknes et al., 2013, s. 70.

¹⁸⁵ Der blev i 2009 også ændret i barnevernloven, bl.a. med det formål at styrke kompetence og tjenester. Det såkaldte *Barnevernspanelet* foreslog i en rapport i 2011, at ingen barnevernstjeneste burde have under 5 årsværk.

særligt mellem småkommuner.¹⁸⁶ En evaluering har fremhævet fordele ved samarbejder i styrket faglig kapacitet (fx håndtering af tunge sager og styrkelse af retssikkerheden) og i økonomi, idet omkostningsvæksten i kommuner med samarbejder generelt har været svagere end i andre småkommuner. Denne peger dog også på nogle risici. For det første, at kommunesamarbejder kan føre til større afstand mellem kommune og tjeneste. For det andet, at der kan være større afstand mellem borger og tilbud. For det tredje, at det styringsmæssigt kan være vanskeligere at aftale nedskæringer i de tilbud, der samarbejdes om.¹⁸⁷

Flere videnspersoner peger på, at man i Norge taler om, at kommunerne med fordel kan blive bedre til at indgå i samarbejder, fx på plejefamilieområdet. Et mål hermed er at udnytte den samlede kapacitet i en klynge af kommuner bedst muligt og bedre kunne rekruttere plejefamilier. Det kan dog være vanskeligt at samarbejde, da det typisk drejer sig om komplekse problemstillinger, ligesom incitamentene er svage.¹⁸⁸ En vidensperson peger på, at en udfordring ved samarbejder kan være, at de deltagende kommuner mister viden og ekspertise.

Voksenområdet

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter, som tidligere nævnt, blandt andet børn, unge og voksne med funktionsnedsættelser. Inden for helse- og omsorgstjenesten udgør de offentlige, dvs. primært kommunale, leverandører størstedelen af tilbuddene. Således kan udgifterne til offentlige leverandører opgøres til at udgøre samlet omtrent 89 pct. af de samlede driftsudgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester, mens udgifterne til private leverandører udgør omtrent 11 pct. i 2018.¹⁸⁹ En anden opgørelse anslår dog, at det formentlig er mindre, omkring 8,5 pct. i 2017.¹⁹⁰

Da den kommunale helse- og omsorgstjeneste i Norge omfatter hele det kommunale sundheds- og omsorgsområde, dvs. både det, vi i Danmark omtaler som det almene og det specialiserede område, er det dog relevant at prøve at få udskilt tilbud til borgere med funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og misbrugsproblematikker. Her har NOU opgjort andelen af ansatte i hhv. offentlige og private tilbud fordelt på forskellige indsats typer. Denne opgørelse viser bl.a., at 95 pct. af personalet i botilbud inden for misbrugs- og psykiatriområdet er ansat i offentlige tilbud. Det samme gælder 92 pct. af personalet i døgntilbud til ældre og borgere med funktionsnedsættelser. Derimod er 58 pct. af personalet i 'andre sociale tjenester' privat ansatte. Disse tjenester er bl.a. sociale indsatser til personer med misbrug uden for botilbud.¹⁹¹

Inden for specialisthelsetjenesten udgør de offentlige, dvs. statslige, tilbud økonomisk set størstedelen af de leverede indsatser. De private leverandørers andel har over en årrække ligget relativt stabilt på omtrent 10 pct. af de samlede udgifter.¹⁹² Heraf udgør de kommercielle og de ideelle hver godt 5 pct.¹⁹³ De to private ejerformer dækker typisk forskellige tilbud. De private-ideelle leverandører leverer hovedsagelig tværfaglig specialiseret rusbehandling, psykisk hel-

¹⁸⁶ Lie et al., 2018, s. 13-14 sammenfatter denne udvikling.

¹⁸⁷ Lie et al., 2018, p. 14. Samarbejdet om barnevernet som belyses i denne publikation indeholder tre temaer (kortlægning, hjælpertilbud (indsatser) og omsorg (s. 10).

¹⁸⁸ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 17.

¹⁸⁹ NOU, 2020, s. 191, Træk fra Statistisk Sentral Byrå, behandlet af NOU (2020).

¹⁹⁰ Agenda Kaupang, 2019, s. 191.

¹⁹¹ NOU, 2020, s. 539.

¹⁹² NOU, 2020, s. 181.

¹⁹³ NOU, 2020, s. 190. NOU bemærker en usikkerhed i data og vurderer, at de privates andel kan være lavere end 11 pct. af udgifter, snarere 8,5 pct. NOU vurderer dog fortsat, at der har været en vækst i udgifterne til private, både i forhold til antal brugere og i forhold til antal ansatte i de private virksomheder over de seneste år (s.191).

severn og rehabilitering', mens de private-kommercielle leverandører hovedsagelig leverer 'somatiske tjenester og laboratorie- og røntgentjenester'.¹⁹⁴ En statslig udredning fremhæver, at køb fra private på specialhelsetjenestens område har været påvirket af styringssignaler fra nationalt niveau. I forbindelse med en øget bevilling i statsbudgettet i 2014 til tværfaglig specialiseret misbrugsbehandling, psykisk helsevern og rehabilitering blev de regionale helseforetak bedt om at øge køb fra private.¹⁹⁵

4.2.3 Sverige

Som beskrevet i afsnit 4.1.3 kan kommuner og regioner i Sverige opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere indsatser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører, herunder private-kommercielle og private-ideelle leverandører.

Der er de seneste år i Sverige lagt vægt på at øge konkurrenceudsættelsen på socialområdet og at styrke borgernes frie valg.¹⁹⁶ Implementeringen af frit valg varierer tilsyneladende mellem kommunerne, hvor 162 ud af 290 svenske kommuner har gennemført LOV (Lagen om Valfrihet) i 2019.¹⁹⁷ Der har generelt været en tendens i retning af øget brug af private leverandører på socialområdet i Sverige over de senere år.¹⁹⁸

I forhold til sammensætningen af private aktører på 'private-ideelle' og 'private-kommercielle' har det nationalpolitiske været ønsket i Sverige, at man skulle øge de 'private-ideelle's andel af de private aktørers del af markedet. Et væsentligt hensyn har været at reducere det, der anses som 'overnormal fortjeneste' hos de kommercielle aktører, og dermed reducere omkostningerne.¹⁹⁹ Flere udredninger har fremlagt forslag til at "*stimulere, at flere idébårne aktører byder på opgaver eller indgår aftaler*"²⁰⁰. Der er desuden mulighed for at "*reservere deltagelsen i et udbud til bestemte organisationer*".²⁰¹ Det generelle billede er dog, at de private-ideelle aktørers andel af de samlede udgifter på det kommunale område har været nogenlunde konstant omkring 2,5 pct. i perioden 2006 til 2018, mens de private-kommercielles andel er steget fra ca. 7,5 pct. til lidt over 12 pct. Hvis man ser alene på det sociale område, er dette mere udtalt, da private leverandørers andel af kommunernes eksterne køb samlet set er steget fra 2006 til 2018, mens de private-ideelles andel er faldet i samme periode.²⁰²

Børn og unge-området

Tabel 4.8 viser den overordnede fordeling af antallet af påbegyndte anbringelsesforløb på børn og unge-området efter SoL, LSS og LVU. Det ses af Tabel 4.8, at 51 pct. af anbringelserne er i plejefamilier eller netværkspleje. Det er altid kommunen, som ansætter plejefamilier, men det kan ske med hjælp fra et privat firma. Offentlige og private 'HVB-hem', dvs. anbringelsesinstitutioner på børn og unge-området, udgør samlet 33 pct. af anbringelserne i Sverige. Af det samlede antal påbegyndte institutionsanbringelsesforløb udgør de private 59 pct., mens de

¹⁹⁴ NOU, 2020, s. 321.

¹⁹⁵ NOU, 2020, s. 164.

¹⁹⁶ Sallnäs og Wiklund, 2018

¹⁹⁷ VIVEs egen opgørelse på baggrund af data fremsendt af SKR vedrørende 2019. Det fremgår af oplysningerne fra SKR, at ud over de 162 kommuner, som havde indført LOV, så havde syv kommuner i 2019 truffet beslutning om at gøre det.

¹⁹⁸ Shanks et al., under udgivelse; SKR, 2019, s. 1012. I 2019 er der ifølge SKR indført visse lettelser i loven om opphandling (LOU), som muliggør en smidigere proces, når kontraktbeløb ligger under tærsklen på 750.000 Euro. Desuden er der mulighed for at "*reservere deltagendet i en opphandling till organisationer som återinvesterar vinst och där organiseringen grundas i personalens ägande eller deltagande*".

¹⁹⁹ SOU, 2016

²⁰⁰ SOU, 2016,; SOU, 2015

²⁰¹ SKR, 2019, s. 10.

²⁰² SKR, 2019, s. 98. Data vedrører borgere med funktionsnedsættelse, misbrug, udsatte børn og unge samt familieområdet (IFO, inkl. familieret).

offentlige udgør 41 pct. i 2019. Tendensen er gået i retning af øget brug af private institutioner over de seneste år.²⁰³ Endelig udgør andre anbringelsesformer, herunder bostøtte og eget hjem til unge, 17 pct. af de påbegyndte anbringelsesindsatser. Bemærk, at der ikke er talt unikke børn, men anbringelsesforløb, så det samme barn kan godt tælle med flere gange, jf. også note til Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Påbegyndte anbringelsesforløb på børn og unge-området i Sverige fordelt på tilbudstype, 2019

Anbringelser uden for hjemmet i Sverige (i løbet af året 2019) efter type af indsats og ejerform. Samlet antal anbringelsesindsatser (ikke unikke børn og unge) samt indsatstypers andele heraf				
		Antal anbringelsesindsatser for børn og unge	Andel, placeringsform	Andel, undertype
Placeringsform	Ejerform		Andel samlet	Heraf andel
Institutionsplacering (Hem för vård eller boende, HVB-hem)		4.246	33	100
	<i>Heraf offentlig</i>	1.825		41
	<i>Heraf privat</i>	2.681		59
Plejefamilier (Familjehem)		6.595	51	100
Stødboende (bostøtte til unge - hybler)		988	8	100
Særligt ungdomsplacering efter § 12 LVU		534	4	100
Eget hjem (for unge 16+)		206	2	100
Anden anbringelsesform		402	3	100

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af tal fra Socialstyrelsen, 2020. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga, 2019. Der anvendes statistikken "Påbörjad 2019-placering. Haldygnsinsatser. Antal barn och unga med påbörjad vård under 2019 efter typ av insats, placeringsform, kön och om personen var ensamkommande". I alle tilgængelige statistikker er der dubletter, når man ser på tværs af indsatser. Derfor skal de andele, som beregnes, tages med forbehold. Vi har her anvendt en fremgangsmåde, som den svenske socialstyrelse har anvendt i andre sammenhænge efter rådgivning fra styrelsen herom. Fremgangsmåden er at beregne summer af antal først for alle indsatstyper (familiehem, stødboende, HVB osv.). Det giver summen 12.971. Heri vil der så være børn, som tæller flere gange, fordi de kan have påbegyndt flere indsatser i samme år. Indsatstypernes andele af denne sum beregnes så som antallet af modtagere af indsatsen divideret med 12.971. Samme fremgangsmåde anvendes for opdeling på ejerform af anbragte i HVB-hjem.

Note: Data dækker samlet 11.250 unikke børn og unge.

Der er desuden visse forskelle i leverandørstrukturen mellem målgrupper inden for børn og unge-området (fremgår ikke af Tabel 4.8). Ifølge en vidensperson driver private leverandører eksempelvis en stor del (næsten 40 pct.) af de tilgængelige pladser i HVB-hjem for unge med misbrug. I forbindelse med flygtningekrisen drev kommunerne også i høj grad HVB-hjem for uledsagede flygtningebørn. I de seneste år har der været et stort fald i disse pladser, og kommunerne har afviklet mange af sine HVB-hjem til denne målgruppe. Ifølge en vidensperson er dette en del af forklaringen på stigningen i private aktørers andel af markedet.

Voksenområdet

Som på børn og unge-området har der været en stigning i private leverandørers andel af det samlede socialmarked på voksenområdet i Sverige.²⁰⁴ Tabel 4.9 viser fordelingen af pladser i

²⁰³ Shanks et al., under udgivelse.

²⁰⁴ Shanks et al., under udgivelse²⁰⁵ På de statslige SiS-institutioner er der ca. 400 pladser til voksne med misbrug. Disse indgår ikke i tabel 4.9. IVOs opgørelse, der ligger til grund for tabel 4.9, viser, at regionerne leverer mellem 0,2 og 0,6 pct. af pladserne på de forskellige tilbud i tabellen.

2019 på en række tilbud på voksenområdet efter SoL og LSS fordelt på hhv. private og offentlige leverandører. Offentlige leverandører er på voksenområdet primært kommunale, men som nævnt er der voksne borgere med misbrug, som modtager indsatser på statslige SiS-institutioner.²⁰⁵

Tabel 4.9 Pladser i tilbud på voksenområdet i Sverige, fordelt på ejerform, 2019

Ejerform						
Indsats efter lovgivning	Offentlig	Privat	I alt	Offentlig	Privat	I alt
	Antal pladser			Andel (pct.)		
LSS	48.810	17.132	65.942	74	26	100
Kortvarigt ophold eller aflastning uden for hjemmet (Korttidsvistelse utanför hemmet, LSS 9.6)	3.144	1.663	4.807	65	35	100
Botilbud med særlig støtte (Boende med anpassningar eller särskild service för vuxna, LSS 9.9)	22.541	4.989	27.530	82	18	100
Dagtilbud (Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, LSS 9.10)	23.125	10.480	33.605	69	31	100
SoL	107.127	10.283	117.410	91	9	100
Korttidsophold / aflastning (Hem för viss annan heldygnsvård, SoL 7.1.3)	93.447	3.281	96.728	97	3	100
Dagtilbud (Hem eller öppen verksamhet för vård del av dygn, SoL 7.1.4)	13.680	7.002	20.682	66	34	100
I alt	155.937	27.415	183.352	85	15	100

Note: Tabellen viser antal pladser, uanset om de er belagte eller ej, pr. Lovområde og pr. type organisation. IVO bemærker, at tallene ikke er garanteret komplette, da der kan findes brister i IVOs registre.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata fra Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Særtræk udarbejdet af IVO på forespørgsel fra VIVE, september 2020.

Det ses af Tabel 4.9, at offentlige aktører samlet set driver 85 pct. af pladserne i de udvalgte indsatser. Der er dog forskelle på fordelingen af leverandører på privat og offentlig fra indsats til indsats. Eksempelvis er 82 pct. af pladserne i botilbud til voksne efter LSS drevet af offentlige leverandører, mens det for korttidsophold og aflastning efter LSS kun er 65 pct.

De private leverandører fylder relativt meget inden for misbrugsområdet.²⁰⁶ Det generelle billede er, at selvom hver kommune har en misbrugsenhed med indsatser til borgere og deres pårørende, så købes en stor del af tilbuddene af private. Tabel 4.10 viser private og offentlige aktørers andel af bevilgede døgn til 'frivillig' institutionsomsorg på misbrugsområdet, dvs. døgnindsatser med samtykke. Det fremgår af Tabel 4.10, at private leverandører står for 78 pct. af de bevilgede døgn, mens offentlige leverandører, dvs. typisk regionerne, står for 20 pct.

Tabel 4.10 Bevilgede døgn i døgntilbud på misbrugsområdet i Sverige fordelt på ejerform, 2019

Frivillig institutionsomsorg, misbrugsområdet		Samlet antal	Andel bevilgede døgn
Antal bevilgede døgnpladser, og andele heraf		667.971	100
	Leverandør	Antal	Andel

²⁰⁵ På de statslige SiS-institutioner er der ca. 400 pladser til voksne med misbrug. Disse indgår ikke i tabel 4.9. IVOs opgørelse, der ligger til grund for tabel 4.9, viser, at regionerne leverer mellem 0,2 og 0,6 pct. af pladserne på de forskellige tilbud i tabellen.

²⁰⁶ Stenius & Storbjork, 2019.

Frivillig institutionsomsorg, misbrugsområdet		Samlet antal	Andel bevilgede døgn
	Offentlig	131.251	20
	Privat	519.914	78
	Privat delt med offentlig	16.806	3
Antal personer		6.568	
Gennemsnitligt antal omsorgsdøgn pr. person		102	

Note: Med 'frivillig' institutionsomsorg menes tilbud, hvor borgeren er frivilligt, dvs. uden brug af tvang.

Kilde: VIVEs egne beregninger ud fra tal fra Socialstyrelsen, 2020. Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019, Tabel 2. I noten til statistikken bemærkes, at der savnes oplysninger for nogle kommuner (mellem 16 og 20 kommuner) (Socialstyrelsen i Sverige, 2020d). Et særskildokument giver en kvalitetsdeklaration af data, herunder angivelse af kilder til usikkerhed i data (Socialstyrelsen i Sverige, 2020e).

Forskellige driftssamarbejder mellem svenske kommuner dækker en beskeden del af tilbudene på voksenområdet. Indenfor LSS er det samlede antal pladser leveret gennem 'Kommunalförbund' på 366 ud af godt 71.000 i 2019. Inden for SoL er der alene angivet køb af pladser fra kommunalförbund på indsatstypen 'Stödboende', hvor der i 2019 blev købt 181 pladser gennem 'Kommunalförbund' af i alt 19.587.²⁰⁷ De seneste år har der som nævnt været et lovgivningsarbejde i gang, som har til hensigt at gøre det nemmere at samarbejde på tværs af kommuner.²⁰⁸ Flere videnspersoner bemærker, at der allerede er meget samarbejde mellem kommuner om rammeaftaler med navnlig private leverandører, men altså begrænset samarbejde om fælles drift af tilbud.²⁰⁹

4.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Overordnet set ligner de tre lande hinanden i forhold til leverandørstruktur, for så vidt at det i alle tre lande er en blanding af private og offentlige leverandører, der driver tilbud og udfører indsatser på det specialiserede socialområde.

Det er ikke muligt ud fra de fundne opgørelser at lave direkte sammenligninger af leverandørstrukturen i forhold til forskellige målgrupper og indsatstyper, som kan give et klart og sammenligneligt billede af omfanget af forskellige leverandørtyper i de tre lande. Der er således forskelle i opgørelsesmetoderne. På børn og unge-området er fordelingen mellem private og offentlige leverandører Danmark opgjort på antal tilbud og godkendte pladser, i Norge på antal institutionsanbragte børn og unge pr. 31.12. og i Sverige på antal påbegyndte anbringelsesindsatser i et år. Endvidere indgår der i de norske tal alene socialt udsatte børn og unge og ikke børn og unge med funktionsnedsættelse. På voksenområdet er fordelingen i Danmark opgjort på antal tilbud og antal godkendte pladser, i Norge på udgifter og i Sverige på antal godkendte pladser. Desuden kan der være forskel på indholdet af forskellige indsatstyper fra land til land.

Nyere forskning på området har sammenstillet delmængder af aktiviteter, der kan sammenlignes på tværs af lande. Shanks et al. (under udgivelse) har eksempelvis sat fokus på forskelle i driftsherretyper i de tre lande på *institutioner med behandlingsorientering* til udsatte børn og unge, jf. Tabel 4.11. Disse institutioner udgør dog kun en delmængde af de samlede tilbud. For det første ses det af tabellen, at man i Sverige på disse institutioner i højere grad benytter sig af private leverandører frem for offentlige end i Norge og Danmark. Private leverandører driver således 80 pct. af det samlede antal behandlingsorienterede pladser til udsatte børn og unge i Sverige mod 67-68 pct. i Norge og Danmark. For det andet ses det, at de private-kommercielle

²⁰⁷ Datatræk udarbejdet af IVO til VIVE, september 2020.

²⁰⁸ Se Kommunutredningen, op.cit. hhv. Hållbar socialtjänst, op.cit.

²⁰⁹ Det største samarbejde mellem kommuner om rammeaftaler er gennem Adda/tidligere Kommentus.

leverandører på dette område driver 78 pct. af det samlede antal pladser i Sverige mod hhv. 45 pct. i Norge og 22 pct. i Danmark. De kommercielle leverandører fylder således for denne institutionstype mere i forhold til de ikke-kommercielle i Sverige end i Danmark og Norge. I Sverige udgør denne type institutionspladser drevet af kommercielle cirka 96 pct. af alle private leverandører, mens det i Danmark er cirka 32 pct. og i Norge cirka 67 pct.

Table 4.11 Fordeling af driftsherretyper i Danmark, Sverige og Norge på institutioner med behandlingsorientering til udsatte børn og unge, 2020/2019

Ejerform	Andel af enheder 2020 (pct.)	Andel af enheder 2020 (pct.)	Andel af pladser 2019 (pct.)
	Danmark (N=1.090)	Sverige (N=501)	Norge (N=1.702)
Kommercielle virksomheder	22	78	45
Ikke-kommercielle organisationer	46	3	22
Offentlige aktører	32	20	34

Note: Den danske opgørelse af 'ikke-kommercielle' indeholder de tilbud, som har ejerformen 'selvejende institution eller fond mv.' i Tilbudsportalen.

Kilde: Shanks et al. (under udgivelse)

I Norge og Sverige er der politiske ønsker fra nationalt hold om, at private ikke-kommercielle leverandører skal indtage en større rolle end i dag på den private del af markedet. Det har derfor i de to lande for det første været diskuteret, om man kan give private ikke-kommercielle aktører bedre muligheder for at byde på opgaver, og for det andet om man kan regulere de kommercielle aktørers afkastniveau. I både Norge og Sverige har udredninger diskuteret, om leverandørerne opnår 'overnormale afkast' ('superprofit' i Norge og 'övervinst' i Sverige).²¹⁰ I Sverige har der været gennemført en udredning, der er kommet med indstilling om nærmere regulering af overskud hos private, men der er ikke vedtaget forslag herom i Riksdagen.²¹¹ En vidensperson nævner som årsag hertil, at det har været vanskeligt at finde en måde at regulere overskuddet på en hensigtsmæssig måde. I Norge er der vedtaget lovgivning, der gør det muligt at lave særlige udbudsrunder til ikke-kommercielle aktører. Der har også i Danmark været en drøftelse af mulighederne for at regulere og begrænse overskud på socialt arbejde, der leveres af private.²¹²

Specifikt i forhold til plejefamilieområdet lader der til alle tre lande – måske især i Norge og Danmark – at være en udfordring med mangel på egnede plejefamilier²¹³. Ofte er der tilstrækkeligt med plejefamilier til de yngste børn, mens det er vanskeligere at skaffe plejefamilier til ældre børn, søskende, børn med funktionsnedsættelse eller børn med minoritetsbaggrund.²¹⁴ En norsk analyse peger på, at det er så vanskeligt at imødekomme efterspørgslen på plejefamilier, at myndighederne bør revurdere, hvilke børn og unge som kan komme i institution, og hvilke der kan blive boende hjemme med støtte.²¹⁵ I Norge har manglen på plejefamilier medført, at der er sket en bevægelse, hvor nogle plejefamilier ansat i private virksomheder modtager høje lønninger (svarende til forstærkede plejefamilier) for at have børn med mindre omfattende behov i pleje. Et kritikpunkt, der nævnes af en vidensperson i Norge, er, at børn både i

²¹⁰ NOU, 2020, s. 386. Her henvises for Sverige til 'Ordning och reda i välfärden' (SOU, 2016, s. 78).

²¹¹ Opgaven blev stillet i 2015. Udredningen kom med forslag om dette i 2017 (SOU, 2017a).

²¹² Dette ønske udtryktes fx i regeringens oplæg *Børnene først*, pkt. 30. Link: https://sm.dk/media/19457/boemene_foerst_t.pdf

²¹³ I interviewene med videnspersoner samt gennemgangen af litteratur til denne undersøgelse fremgår der kun ganske lidt om udfordringer med rekruttering af plejefamilier i Sverige. Dog finder Ankestyrelsen (2021) i en undersøgelse af plejefamilieområdet, at "i Sverige er det generelt svært for kommunerne at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificerede plejefamilier".

²¹⁴ Ankestyrelsen, 2021, s. 46; Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 16.

²¹⁵ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 17

institutioner og plejefamilier placeres meget langt fra hjemmet. Denne problematik synes mindre fremherskende i Danmark, hvor man dog også har diskuteret, om man kan øge udbuddet ved at stille plejefamilierne bedre, jf. afsnit 4.1.1.

4.3 Driftsrettet tilsyn

Dette afsnit ser nærmere på, hvordan de tre lande følger op på og udøver kontrol med kvaliteten af tilbuddene på det specialiserede socialområde. Det afdækkes, hvem der har ansvaret for tilsyn med driften af tilbuddene, og hvordan det driftsrettede tilsyn er organiseret.

I alle tre lande er der forskellige myndigheder, der foretager tilsyn på sociale tilbud. Det kan fx dreje sig om tilsyn med, hvordan man håndterer medicin, eller hvordan arbejdsmiljøet fungerer. For eksempel gennemfører Styrelsen for Patientsikkerhed risikobaserede tilsyn på bosteder i Danmark.²¹⁶ Redegørelsen i dette kapitel er afgrænset til det driftsrettede tilsyn, der knytter sig til tilbuddets kernefunktion, dvs. om tilbuddet har fornødent personale, ledelse, fysiske rammer, faglighed mv. til at yde en tilstrækkelig indsats til borgerne. Fokus er på organiseringen af og ansvaret for tilsynet, mens de konkrete procedurer ikke beskrives udtømmende. Det *personrettede* tilsyn er belyst i afsnit 3.2.

4.3.1 Danmark

I Danmark førte kommunerne indtil 2014 tilsyn med både private og kommunale tilbud i egen kommune. Dette ændredes med oprettelse af ét samlet socialt tilsyn med fem regionale enheder. Hensigten med omlægningen var et ønske om en styrket uafhængighed – at kommunerne ikke skulle føre tilsyn med egen virksomhed – samt et ønske om styrket kvalitet i tilsynsvirksomheden.²¹⁷ Et væsentligt fokus i lovgivningen om Socialtilsyn har desuden været at øge kvaliteten i de sociale tilbud, både ved at hæve tærsklen for, hvilke tilbud der godkendes, og ved at bidrage til læring og udvikling på tilbud og i plejefamilier.²¹⁸

Tabel 4.12 viser en oversigt over tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde fordelt på tilsynsførende myndighed. Det fremgår, at Socialtilsynet bl.a. godkender og fører driftsrettet tilsyn med plejefamilier, døgninstitutioner og opholdssteder på børn og unge-området og botilbud samt misbrugsbehandlingstilbud på voksenområdet. Der er også fortsat nogle tilbud, hvor kommuner og regioner er tilsynsførende, fx dagtilbud til voksne efter servicelovens §§ 103-104. Tilbuddene skal være registreret på Tilbudsportalen.²¹⁹ Udover godkendelse af tilbud skal Socialtilsynet forestå behandling af anonymt indgivne klager over bekymrende forhold i tilbuddene, en såkaldt 'whistleblower-ordning'.²²⁰ Afgørelser fra Socialtilsynet kan påklages til Ankestyrelsen, som tager stilling til, om afgørelsen skal stadfæstes, ændres, ophæves eller hjemvises til fornyet behandling i Socialtilsynet.²²¹

²¹⁶ Styrelsen for Patientsikkerhed, 2021

²¹⁷ Socialstyrelsen, 2018b

²¹⁸ Socialstyrelsen, 2018b 44 og frem.

²¹⁹ Social- og Indenrigsministeriet, 2020d.

²²⁰ Formålet med whistleblower-ordningen var at "sætte borgeren i centrum og give borgere, medarbejdere, pårørende og andre mulighed for at komme med oplysninger, som tilsynet ellers ikke ville være kommet i besiddelse af". Evalueringen peger på, at whistleblower-ordningen bliver brugt, og antallet af henvendelser stiger, men at der synes at være en "udfordring med at få de allersvageste borgere, herunder børn og unge, til at kende og anvende ordningen" (Socialstyrelsen, 2018d, s. 43).

²²¹ Social- og Indenrigsministeriet, 2019b, kap. 4, § 19.

Tabel 4.12 Tilsynsmyndighed for tilbud og indsatser efter serviceloven i Danmark

Socialtilsynet er tilsynsførende myndighed	Kommuner og regioner er tilsynsførende myndighed
Børn og unge-området	
Almene, forstærkede og specialiserede plejefamilier, SEL § 66, stk. 1, nr. 1-3	Særlige dagtilbud, SEL § 32
Opholdssteder, SEL § 66, stk. 1, nr. 6	Særlige klubtilbud, SEL § 36
Døgninstitutioner, SEL § 66, stk. 1, nr. 7	
Efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, hvis der er mere end otte pladser til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3 nr. 7	Efterskoler og kostskoler, SEL § 66, stk. 1, nr. 8, hvis der er otte pladser eller derunder til anbringelse af børn eller unge efter § 52, stk. 3 nr. 7
Voksenområdet	
Midlertidige botilbud, SEL § 107	Friplejeboliger, FPL § 1
Længerevarende botilbud, SEL §§ 108 og 108a	
Tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov social service, som er omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn	
Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, SEL §§ 103 og 104, <i>hvis disse tilbud hører under et botilbud</i>	Beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104)
Kvindekrisecentre, SEL § 109	
Herberg og forsorgshjem, SEL § 110	
Alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	
Stofmisbrugsbehandling, SEL § 101 og § 101a	

Kilde: Social- og Indenrigsministeriet (2020e)

Socialtilsynet arbejder inden for en fælles faglig standard i en 'kvalitetsmodel'. Krav til kvaliteten i sociale tilbud i Danmark beskrives i lov om socialtilsyn (§ 6). Heri fremgår det, at en betingelse for godkendelse og drift af sociale tilbud er, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet. Ved godkendelse af tilbud anvender Socialtilsynet den lovbestemte kvalitetsmodel, som består af syv temaer, der tilpasses de enkelte områder.²²² Tilsynet skal ved godkendelsen tage stilling til alle temaer i modellen.²²³

De syv temaer er:

1. Uddannelse og beskæftigelse
2. Selvstændighed og relationer
3. Målgruppe, metoder og resultater
4. Sundhed og trivsel
5. Organisation og ledelse
6. Kompetencer
7. Fysiske rammer.

Tilsynet skal foretage et besøg på hvert tilbud en gang årligt. Generelt anvendes anmeldte tilsynsbesøg noget oftere end uanmeldte tilsynsbesøg, særligt for plejefamilier. Socialstyrelsen

²²² Social- og Indenrigsministeriet, 2020e

²²³ Socialstyrelsen, 2017b

finder i en evaluering fra 2018, at der fortsat er forskelle i måden der føres tilsyn på i de forskellige administrative enheder. Det drejer sig fx om fordelingen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg²²⁴, anvendelse af sanktioner, godkendelse af nye tilbud og antal og udfald af klager.²²⁵ I forlængelse heraf peger Socialstyrelsen på et fortsat behov for styrkelse af fælles praksis.

Socialstyrelsens evaluering peger på to udviklingstræk i forhold til kvaliteten af tilbuddene. For det første bedømmes tre ud af fire tilbud til at have højere kvalitet i 2017 sammenlignet med 2015, mens hver fjerde bedømmes til at have lavere. Dette fortolkes som en indikation på, at 'et væsentligt formål' med tilsynsreformen er indfriet.²²⁶ For det andet peges der på, at socialtilsynenes anvendelse af sanktioner på tilbudsområdet er aftagende over perioden. Socialstyrelsen vurderer, at dette "kan skyldes, at det i overgangsperioden 2014-2015 er lykkedes at få rettet op på de tilbud, der ved reformens ikrafttræden ikke havde den fornødne kvalitet".²²⁷ Socialstyrelsen opgør, at der i perioden 2014-2017 er samlet 1.114 tilbud, som er ophørt.²²⁸

Flere af de interviewede videnspersoner fremhæver, at det er en væsentlig ændring, at antallet af godkendte tilbud er faldet meget siden perioden før 2014. Dette ses af nogle som udtryk for en 'oprydning', hvor tilbud af en utilstrækkelig kvalitet ikke er blevet godkendt af Socialtilsynet. Flere videnspersoner vurderer desuden, at det nationale Socialtilsyn kan give bedre faglighed og større ensartethed samt forbedre den løbende dialog mellem tilbud og tilsynsmyndighed. Omvendt peger flere videnspersoner på, at der er en del bureaukrati for tilbuddene i forbindelse med tilsyn. I evalueringen af Socialtilsynet blev det således påpeget, at hver sjette plejefamilie og hvert fjerde sociale tilbud ikke mente, at ressourceforbruget stod mål med udbyttet af tilsynet.²²⁹ Flere videnspersoner peger da også på, at tilsynet især følger op på 'formel kvalitet', og med fordel kunne fokusere mere på at være fagligt udviklende.

4.3.2 Norge

Kommunen og de regionale helseforetak har i Norge ansvaret for at evaluere og korrigere virksomheden, så indsatsens omfang og indhold er i overensstemmelse med krav fastsat i lov eller forskrift. Det overordnede faglige ansvar for tilsyn med sociale tilbud er placeret hos Statens Helsetilsyn. På nationalt niveau er tilsynet organiseret i forskellige faglige afdelinger: 'barnevern og sociale tjenester', 'kommunale helse- og omsorgstjenester', 'spesialisthelsetjenester' og 'varsler og operativt tilsyn'.²³⁰ Det konkrete tilsyn foretages dog af statsforvalteren,²³¹ som også fører tilsyn med lovligheden af kommunernes opfyldelse af pligter inden for fylket.²³² Der er pr. 2020 11 fylker i Norge.

Statsforvalteren fører tilsyn med, at institutionsindsatserne på barnevernsområdet er forsvarlige samt behandler klager om tilbuddet i det konkrete tilfælde. Statsforvalteren kan fx give pålæg til Bufetat om at rette op på forhold, som er i strid med lovgivningen. Statsforvalteren

²²⁴ Socialstyrelsen, 2018b, s. 8.

²²⁵ Socialstyrelsen, 2018b, s. 9 noterer: "Der er mellem de fem socialtilsyn nogen variation, både i forhold til antallet af afgørelser, der er påklaget til Ankestyrelsen, og i udfaldet af klagerne. Generelt er niveauet af klager dog relativt lavt, hvilket gælder for alle de fem socialtilsyn. I alle de fem socialtilsyn har mere end halvdelen af klagerne resulteret i, at afgørelsen er blevet stadfæstet af Ankestyrelsen. Andelen af klager, der resulterer i stadfæstelse, varierer mellem 52 og 67 pct."

²²⁶ Socialstyrelsen, 2018b, s. 11.

²²⁷ Socialstyrelsen, 2018b, s. 9.

²²⁸ Socialstyrelsen, 2018b, tabel 35, s. 69.

²²⁹ Socialstyrelsen, 2018b, s. 45.

²³⁰ <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/organisasjonskart/>

²³¹ Indtil 1.1.2021 'Fylkesmannen'.

²³² Jf. Sosialtjenesteloven § 9. Dette gælder både Helse- og Omsorgstjenesteloven og Barnevernloven.

kan også pålægge en aktør at lukke et tilbud.²³³ Statsforvalteren kan delegere tilsynsopgaven til et særligt udpeget tilsynsudvalg. I forhold til barnevernet skal statsforvalteren bl.a. følge op på, om der foreligger mål og plan for det enkelte barn, og at der jævnlige følges op på planen. Desuden skal tilsynet påse, at brug af tvangsmidler eller tilbagehold i institution er i overensstemmelse med retningslinjerne. Der er desuden fokus på at styrke de ansattes muligheder for at bidrage til egenkontrol med kvaliteten af den indsats, der leveres.²³⁴ Statsforvalteren skal som hovedregel ved mindst to repræsentanter føre rutinemæssigt besøg i sociale tilbud, så ofte som forholdene i tilbuddet tillader det. Der stilles krav om, at der i alle tilfælde skal føres tilsynsbesøg to gange om året. Efter hvert besøg skal tilsynsmyndigheden udarbejde en skriftlig rapport, som sendes til Bufetat. Tilsynsmyndigheden kan også indkalde en institutions ledelse og personale til møde. Der skal skrives referater af disse, som skal sendes til Bufetat.²³⁵ For så vidt angår plejefamilier (fosterhjem), er det kommunen (enten omsorgskommune eller opholdskommune), som står for tilsynet.

Statsforvalteren fører også på fylkesniveau tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjeneste, der blandt andet dækker børn, unge og voksne med funktionsnedsættelse samt borgere med misbrug og psykiske vanskeligheder.²³⁶ Statsforvalteren behandler blandt andet klager fra borgere om kommunernes afgørelser i relation til helse- og omsorgstjenesteloven.²³⁷

Flere videnspersoner vurderer, at statsforvalterne udfylder deres rolle forskelligt, hvorfor der ikke er et ensartet tilsyn på socialområdet i Norge. Det er vurderingen, at tilsynets ressourcer fokuseres på de kommuner, hvor man vurderer, at der er størst risiko for at finde mangler. Der har for nylig været opmærksomhed om en enkeltstående sag (glassjenta-sagen), hvor ingen havde fulgt op på omfattende brug af tvang, selvom der var dokumentation heraf. Det har ifølge en vidensperson ført til et læringstiltag, hvor tilsynet ser kritisk på sig selv.

Flere af de interviewede videnspersoner peger på, at det driftsrettede tilsyn i Norge diskuteres både i forhold til tilsynets indhold og fokus samt i forhold til tilsynets administrative ressource-træk. Den første diskussion handler ifølge en vidensperson om, hvorvidt det driftsrettede tilsyn kontrollerer kommunens kvalitetskontrol snarere end selve kvaliteten af de sociale tilbud – dvs. at tilsynet drejer sig om teknisk systemkontrol snarere end om indholdet af indsatsen til borgeren. I tråd med denne kritik har Riksrevisionen foretaget et 'forvaltningstilsyn', der resulterede i følgende kritiske vurdering: *"Systemet for opfølgning av institutioner har ikke i tilstrækkelig grad sikret kvaliteten i tilbuddene, som er givet til barnene"*.²³⁸ Den anden diskussion handler ifølge flere videnspersoner om, at det kan være administrativt tungt for tilbuddene at leve op til alle retningslinjer i tilsynsprocessen. Det kan være særligt vanskeligt for de mindre tilbud at have tilstrækkelige ressourcer til dette, mens de større tilbud bedre kan løse de administrative opgaver. Dette nævnes som en medvirkende årsag til, at de større private tilbud vinder frem.

²³³ NOU, 2020, s. 461.

²³⁴ NOU, 2020, s. 458.

²³⁵ Barne- og familiedepartementet, 2003. I de tilfælde hvor statsforvalteren har delegeret opgaven til et udvalg, skal udvalget sende materiale til statsforvalteren også.

²³⁶ Forskrift om endring i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. FOR-2002-12-13-1496, §3-9 <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-13-1496>. Se også Helse- og Omsorgstjenesteloven § 12-3.

²³⁷ Helsetilsynet, 2021: Introduksjon til tilsynsmyndighetene og tilsynet med barnevern-, sosial- og helse- og omsorgstjenester i Norge. <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/introduksjon-tilsynsmyndigheten-tilsyn-barnevern-sosial-helse-omsorgstjenester-norge/>

²³⁸ Riksrevisjonen, 2020

4.3.3 Sverige

I midten af 2000-tallet foreslog en statslig udredning i Sverige, at man skulle samle tilsyn med både socialtjenesten og sundheds- og omsorgsområdet i én national organisation.²³⁹ Fra 2010 samledes alle disse tilsyn i Socialstyrelsen, og 2013 overgik den samlede tilsynsopgave til Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, hvorunder det udføres af seks regionale enheder.²⁴⁰

IVO fører tilsyn med leverandører af sociale indsatser. Derudover behandler IVO ansøgninger om godkendelse af visse leverandører af sociale indsatser. Godkendelse af HVB-hjem ligger således hos IVO, mens kommunerne godkender plejefamilier. For at godkende et tilbud skal IVO for eksempel vurdere tilbuddets ledelse, ejer, lokaler, forstander og faglige profil i forhold til en målgruppe.

Der foretages tilsynsbesøg på alle tilbud mindst en gang årligt.²⁴¹ IVOs tilsyn består af et lovmæssigt tilsyn, der fx vedrører klager, tilbud til børn og unge og indberetningspligt. Derudover fører IVO tilsyn på eget initiativ, såkaldte 'initiativsager'. Tilsynet omfatter desuden kontrol med, hvordan tilbud lever op til deres pligt om at føre egenkontrol. Kommuner og regioner har pligt til at foretage indberetninger til IVO, såfremt det skønnes, at der kan sættes spørgsmålstegn ved en udførers egnethed til at løse opgaver.²⁴² IVO kan tage undersøgelsesspørgsmål op af egen drift og har en særlig rolle i at følge op på såkaldt Lex Sarah og Lex Maria-anmeldelser, der henviser til, at alle ansatte indenfor socialtjenesten (på hhv. socialområdet og sundheds- og omsorgsområdet) har pligt til at indberette brud på god omsorg i de tilbud, som de virker i.²⁴³ IVO har også ansvar for generelt at følge op på henvendelser om kvalitet i tilbud fra borgere.

Da indsatser for borgeren under socialtjenesten ofte går på tværs af lovområder, er det ikke alene IVOs rolle at granske forhold *inden for* de enkelte lov- og indsatsområder, men også at undersøge, hvordan leverandører samarbejder om borgerne *på tværs af områder*.

Flere videnspersoner ser det som en fordel ved et samlet driftsrettet tilsyn, at der stilles generelle krav og sættes en faglig tærskel for, hvad man skal kunne som leverandør på socialområdet. En vidensperson formulerer det sådan, at IVO har medvirket til at 'høje golvet', det vil sige hæve tærsklen, og dermed sikre et vist minimumsniveau i tilbuddenes kvalitet. Der pågår dog en debat om, hvorvidt IVOs styrkede tilsyn har haft konsekvenser for sammensætningen af leverandørstrukturen i retning af øget koncerndannelse, hvor større leverandører med større administrativt beredskab bedre kan klare sig. Endvidere har det været diskuteret, om det faktisk er lykkedes IVO at hæve tærsklen for kvaliteten ved at fokusere på de aspekter af kvalitet, som betyder mest for borgeren, da tilsynet fokuserer meget på formel kvalitet.²⁴⁴ Ud fra dette perspektiv ser flere videnspersoner – som i Danmark – et generelt behov for 'lärande granskning' snarere end ren kontrol.

Flere videnspersoner nævner, at der på området for personlig assistance har været en debat om behov for yderligere kontrol med ydelser, der bevilges, og omfanget af dem. Baggrunden for det har været sager om egentlig snyd med personlig assistans, navnlig i forhold til den

²³⁹ SOU, 2007. Den såkaldte *Vanvårdsutredning*, der kom med sin betænkning i 2009 påpegede i lighed i de tidligere udredninger en række misforhold i den svenske socialtjeneste, der sås at knytte sig til et utilstrækkeligt udbygget kontrolapparat for tjenesten. SOU, 2009.

²⁴⁰ Jf. Pålsson, 2018, s. 207

²⁴¹ IVO, 2019a, s. 6. Se desuden omtale i Deloitte, 2019, s. 27.

²⁴² Generelt om tilsynsmyndigheden, se SoL, kap. 13. Socialdepartementet, 2021a

²⁴³ Lex Sarah henviser til bestemmelsen i socialtjänstlagen, kap. 14, § 3. Generel vejledning herom, se Socialstyrelsen, 2015b, s. 43. Der er udgivet en selvstændig vejledning til denne lovgivning (Socialstyrelsen i Sverige, 2014). Lex Maria henviser til bestemmelsen i *Patientsäkerhetslagen*, kap. 3, § 5.

²⁴⁴ Pålsson, 2018, s. 224.

statslige del (assistansersättning), hvor borgere – i flere sager presset af pårørende eller organiserede kriminelle – har fået tilkendt flere timer end det, som deres behov tilsiger.²⁴⁵

4.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Der er flere lighedspunkter mellem de tre landes organisering af det driftsrettede tilsyn på det specialiserede socialområde. Der arbejdes i alle tre lande med standardiserede kvalitetsmodeller og metoder for opfølgning. Desuden benyttes både anmeldte og uanmeldte besøg. I både Sverige og Danmark er der krav om ét årligt besøg. I Norge gennemføres der mindst to årlige besøg på barnevernsområdet, og der følges detaljeret og skriftligt op på disse.

Danmark og Sverige har i det seneste årti gennemført en centralisering af tilsynet med tilbud inden for socialområdet. Flere nationale videnspersoner i Danmark og Sverige vurderer, at den centraliserede organisering af det driftsrettede tilsyn har styrket kvaliteten. For Danmark blev det set som en 'oprydning' i tilbud af lav kvalitet, og for Sverige blev det formuleret som at 'tærsklen blev hævet'. Det ses dog i alle tre lande som relativt ressourcekrævende for de sociale tilbud at medvirke i et omfattende og standardiseret tilsyn. Nogle videnspersoner i Norge og Sverige fremhæver således, at tilsynskravene kan være medvirkende til, at mindre tilbud lukker på grund af manglende ressourcer til at blive godkendt, og større tilbud vinder frem, hvilket kan medvirke til reduceret kapacitet og specialisering. Desuden peger videnspersoner i alle tre lande på behovet for, at tilsynet fokuserer på at medvirke til at udvikle tilbuddenes faglige kvalitet og ikke udelukkende på de mere formelle kvalitetskrav.

²⁴⁵ Debatten nævnes af flere af de videnspersoner fra Sverige som VIVE har talt med. Et eksempel på politiske indlæg i debatten herom findes i Ekling (2021). En udredning opgjorde omfanget af snyd med personlig assistance og assistansersättning til mellem 2 og 6 pct. af de ca. 35 mia. SEK, som bevilges årligt. Udredningen ser et problem i at *Försäkringskassan* alene har kontrolbeføjelser i forhold til den assistanceberettigede borger, og ikke imod de personer (anordnere) som udfører assistancen. Samtidig ses et problem i, at IVO blot skal se generelt på kvalitet, men ikke på økonomien i den støtte, som gives. Når det er borgeren selv, der udpeger hjælper, er der ikke kontrol hos IVO. Udredningen bemærker, at IVO har tilbagekaldt godkendelse af anordnere i en stor del, 12 pct., af de granskede sager, har stillet krav om særlige tiltag for at bevare godkendelsen i omtrent en tredjedel af sagerne, og har foretaget politianmeldelse i tre sager. Se hertil Socialdepartementet, 2018a, s. 88-89. Udredningen peger også på en risiko for yderligere snyd, hvis ikke man sætter ind med mere effektiv kontrol, og kom også med en række forslag hertil. Forslagene går på, at IVO skal gives mandat til at arbejde for at forebygge kriminalitet (snyd med ydelser) fx ved at indhente oplysninger fra skattemyndigheder, politi og indvandringsmyndigheden (Migrationsverket). Ligeledes blev det foreslået, at *försäkringskassan* i højere grad skal kontrollere pengeflow hos anordnere, og samarbejde med andre myndigheder for at stoppe kriminalitet (Socialdepartementet, 2018a, s. 112). Se desuden interview med udrederen i *Assistansskoll* (2020). Forslagene sigter da til, hvad der ses som ulemper ved både ansvarsfordelingen mellem myndigheder og de redskaber, de har til rådighed for at udøve kontrol. Det er værd at bemærke, at udredningen også konstaterer s. 112, "*att det i många fall saknats kliniska undersökningar och att intyg grundats enbart på brukarens eller anhörigas egna uppgifter. De medicinska underlagen har i många fall varit mycket bristfälliga*".

5 Specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

I dette kapitel afdækkes det først i afsnit 5.1, hvorvidt og hvordan man i de tre lande arbejder med 'specialisering' og specialiseringsgrader, samt hvilke kriterier der anvendes til at definere grænserne mellem almenområdet, det specialiserede område og det højt specialiserede område. Dernæst ses der i afsnit 5.2 nærmere på, om der i de tre lande sker en overvågning af udviklingen i 'efterspørgslen' efter sociale tilbud, dvs. en monitorering af udviklingen i målgrupperne, fx hvad angår type, størrelse og behov. Endelig afdækkes i afsnit 5.3, hvordan tilbudskapaciteten (udbuddet) koordineres og tilpasses det aktuelle antal borgere i målgrupperne (efterspørgslen). Derudover identificeres mulige fordele og ulemper ved de forskellige landes organisering for planlægning og tilpasning af udbuddet til efterspørgslen.

Boks 5.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 5.1 Konklusioner – specialisering, monitorering og tilpasning af kapacitet

Specialisering

- Termen 'specialisering' anvendes i Danmark på socialområdet og inkluderer alle indsatser efter serviceloven til udsatte børn og unge samt borgere med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. En delmængde af det 'specialiserede' område er indsatser til borgere med særligt komplekse behov, som betegnes 'højt specialiserede' indsatser. I definitionen af det 'mest specialiserede socialområde' i Danmark anvendes kriterier vedrørende målgruppens volumen, kompleksiteten i problemstillinger og mulighed for opbygning af specialiseret kommunal viden.
- Termen 'specialisering' anvendes i Norge om specialisthelsetjenestens tilbud under regionale helseforetak. Kommunale tilbud på socialområdet hører under 'almenområdet'. Hvorvidt tilbud ydes af kommunen under almenområdet eller af specialisthelsetjenesten defineres bl.a. af kravet til kompetence i indsatsen, herunder behov for tværfaglig viden.
- Termen 'specialisering' og 'højt specialiseret' anvendes i Sverige hovedsageligt på sundhedsområdet, der varetages af regionerne. I relation til tilbud på socialområdet, som kommunen har ansvaret for, er der ikke identificeret anvendelse af termen 'specialisering'. Specialiseret vård (specialiseret pleje) inkluderer helse og sygepleje, der kræver mere specialiserede foranstaltninger end dem, der tilbydes i primærplejen. Habilitering og rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser betegnes som specialiseret. I definitionen af 'højt specialiseret pleje' anvendes kriterier vedrørende andelen af udbydere, volumen af det samlede sundhedsområde samt kompetence, tværfaglighed og tilgængelighed for borgere.

Monitorering af målgrupper og behov

- I Danmark og Norge er det overordnede ansvar for at opbygge viden og følge forskellige målgruppers behov for sociale indsatser på det specialiserede socialområde placeret på nationalt niveau (hhv. ved NATKO i Danmark og ved Helsedirektoratet og RHF i Norge).
- Overvågningsansvaret er i Sverige delt mellem staten (Socialstyrelsen) og regionerne.
- Den centrale overvågning af forskellige målgruppers behov er i Norge og Sverige ikke så konkret, som tilfældet er i Danmark, hvor monitoreringen omfatter 35 specifikke målgrupper. I Norge og Sverige har kommunerne et mere formelt ansvar for at medvirke til at overvåge udviklingen i målgruppernes behov for specialiserede ydelser og tilbud.

Planlægning og tilpasning af kapacitet

- Det specialiserede socialområde er i Danmark organiseret med en kombination af en markeds-lignende struktur, en national koordinationsstruktur samt en lokal samarbejds- og koordinationsstruktur. Disse elementer understøtter tilsammen, at tilbudskapaciteten tilpasses målgruppernes behov.
- I både Norge og Sverige er det den enkelte kommunes ansvar at tilpasse kapaciteten målgrup-pernes behov inden for det kommunale socialområde. I Norge har staten dog en koordinerende funktion på barnevernsområdet. I både Sverige og Norge har det regionale niveau (regionerne i Sverige og (statslige) regionale helseforetak i Norge) ansvar for at tilpasse kapaciteten inden for deres områder, fx i forhold til misbrugsbehandling på sygehusene. I begge lande er der desuden et marked med private leverandører, som supplerer den offentlige tilbudskapacitet på området.
- I relation til kapacitetsudvikling er det desuden mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, at kommunerne indgår i mellemkommunale samarbejder om drift og udbud på det specialise-rede socialområde. Især den norske stat har været en drivkraft for øget mellemkommunalt sam-arbejde gennem reformtiltag og lovgivning.

5.1 Specialisering

I dette afsnit afdækker vi anvendelsen af termen 'specialisering' på socialområdet i Danmark, Norge og Sverige. Med specialisering mener vi faglig specialviden i relation til at imødekomme støttebehovet blandt borgere med svære og komplekse problemstillinger. Vi fokuserer på, hvorvidt og hvordan man arbejder med specialisering og specialiseringsgrader, samt hvilke kriterier der anvendes til at definere grænserne mellem almenområdet, det specialiserede område og det højt specialiserede område. Afsnittet belyser primært områder, som i Danmark hører under det specialiserede socialområde, og har fokus på de mere indgribende indsatser jf. afsnit 1.2. Desuden fokuseres udelukkende på, hvorvidt og hvordan termen 'specialisering' anvendes om tilbud i de tre lande, og ikke på, i hvilken grad indholdet af tilbuddene er fagligt specialiseret.

5.1.1 Danmark

I Danmark inkluderer det specialiserede socialområde alle tilbud efter serviceloven til borgere med særlige behov, dvs. udsatte børn og voksne samt borgere med handicap og sociale problemer. Inden for disse målgrupper modtager en mindre del højt specialiserede indsatser. Det er borgere med særligt komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller de har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for særlig faglig specialviden i indsatsen. Ofte er det små målgrupper, hvortil indsatser og tilbud ikke har stor udbredelse, og hvor den enkelte kommune ikke har et tilstrækkeligt grundlag for at besidde specialviden pga. målgruppens størrelse²⁴⁶. Serviceloven anvender en række termer for specialiserede indsatser såsom 'de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager', 'højt specialiserede tilbud', 'det mest specialiserede socialområde', 'de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud'. Under den Nationale koordination (NATKO) anvendes specialiseringsniveauer til at vurdere specialiseringsgraden og behovet for indsatser, herunder skellet mellem

²⁴⁶ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a; Socialstyrelsen, 2016.

specialiserede og højt specialiserede indsatser²⁴⁷. Se også en beskrivelse af NATKOs generelle funktion i afsnit 5.2.1 og 5.3.1.

I forbindelse med NATKO arbejder Socialstyrelsen med en overordnet afgrænsning, der definerer, hvilke målgrupper der hører under det 'mest' specialiserede socialområde. Afgrænsningen tager afsæt i følgende to kriterier, hvoraf mindst ét skal være opfyldt ²⁴⁸:

1. Målgruppens volumen er lille, og der er begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden i den enkelte kommune.
2. Målgrupper med komplekse problemstillinger eller med flere problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Afgrænsning af målgrupper, der hører under det mest specialiserede område, er foranderlig, fordi deres volumen og viden om de enkelte målgrupper udvikles over tid. Derfor kan andre grupper fremover inkluderes. På nuværende tidspunkt er 35 målgrupper omfattet af NATKO og hører dermed til under det mest specialiserede socialområde ifølge Socialstyrelsens definition²⁴⁹.

Interview med videnspersoner i Danmark peger på, at specialisering diskuteres på en række områder. Siden kommunalreformen har der ifølge flere videnspersoner været en diskussion af, om mindre kommuner har tilstrækkeligt specialiserede faglige kompetencer til at imødekomme støttebehovet blandt udsatte børn og unge og borgere med sjældne handicap og komplekse problemstillinger. På den anden side indeholder debatten også argumentet om, at kommunen kender borgeren bedst, og særligt i relation til udsatte børn og unge er argumentet, at en helhedsorienteret tilgang til barnet er vigtig. Denne inkluderer også indsatser til forældre, skole etc., som kommunerne i forvejen har ansvaret for. Udfordringen ved specialisering kan ifølge flere videnspersoner være, at man mister helhedsforståelsen af borgerens problematikker og støttebehov, fordi tilbuddene bliver for specifikke og fragmentariske²⁵⁰. Modsat fremhæver enkelte videnspersoner, at specialisering, herunder igangsættelse af tilstrækkelige indsatser, er en forudsætning for borgernes udvikling.

I den forbindelse peger nogle videnspersoner på muligheden for anvendelse af en specialeplanlægning på socialområdet, som det kendes fra sundhedsområdet. Tanken er, at højt specialiserede tilbud samles hos leverandører, der nationalt er udpeget til at varetage indsatser til bestemte målgrupper, fx på autismeområdet. Fordelen ved en specialeplanlægning er ifølge enkelte videnspersoner at få samlet ekspertise på områder, hvor målgruppen er lille, og den enkelte kommune har udfordringer med at yde et specialiseret tilbud. Omvendt fremhæver enkelte videnspersoner, at geografisk nærhed til tilbud er vigtig for borgerne. Set i lyset af, at borgerne på socialområdet ofte modtager støtte gennem flere år, kan det derfor være en udfordring for borgeren at skulle flytte for at modtage specialiserede tilbud. Samtidig peger enkelte videnspersoner på, at brug af specialeplanlægning på socialområdet er mindre oplagt end på sundhedsområdet, bl.a. fordi borgere på socialområdet har brug for længerevarende støtte og indsatserne kan blive for fragmenterede, hvis fagpersoner i mindre grad har et helhedsbillede af borgernes udfordringer.

²⁴⁷ Højt specialiserede indsatser gives til målgrupper på det mest specialiserede niveau (Socialstyrelsen, 2016).

²⁴⁸ Socialstyrelsen, 2018a, s. 18

²⁴⁹ Socialstyrelsen, 2016;2018a

²⁵⁰ I 2018 igangsatte den daværende regering i Danmark initiativet 'Sammen med borgeren – En helhedsorienteret indsats', som er ved at blive udmøntet. Initiativet skal styrke en sammenhængende indsats over for borgere med komplekse problemstillinger (Finansministeriet, 2018).

5.1.2 Norge

I Norge anvendes ikke termen 'specialisering' om målgrupper eller indsatser, som kommunen yder efter helse- og omsorgstjenesteloven eller socialtjenesteloven. Derimod taler man om specialisering, når det drejer sig om indsatser og tilbud, som specialisthelsetjenesten yder, mens kommunale indsatser og tilbud kategoriseres under almenområdet i henhold til lovgivningen. Derfor defineres grænserne mellem det almene og det specialiserede område af, hvilken myndighed der udbyder indsatsen²⁵¹.

Imidlertid indgår behovet for specialiserede kompetencer i de kriterier, som definerer arbejdsdelingen mellem kommunerne og specialisthelsetjenesten. Specialisthelsetjenesten skal varetage indsatser, hvor kommunen ikke kan forventes at have kompetencer til at give forsvarlige tilbud. Ud over kriteriet om kompetence, der definerer arbejdsdelingen mellem kommune og regionale helseforetak, er der en række andre kriterier, herunder graden af intensitet i indsatsen, behov for nærhed til borgerens hverdag, behov for nærhed til medicinsk behandling, sværhedsgraden af borgerens problematik/diagnose, geografiske forhold vedrørende rejsetid til behandlingssted samt prioriteringsvejledninger, som bl.a. indeholder beskrivelser af, hvordan henvisninger vurderes²⁵². Under kompetencekriteriet beskrives behovet for tværfaglig viden, fx i kortlægning af borgeres funktionsevne. Overordnet skal specialisthelsetjenesten yde indsatser, som kommunen ikke kan forventes at opbygge kompetencer til at levere. Imidlertid har kommunen pligt til at levere tilbud, som naturligt kan forventes findes i kommunen, hvad angår fx kompetencer, ifølge Helsedirektoratets beskrivelse²⁵³. Manglende faglige kompetencer, fx pga. rekrutteringsproblemer, er ikke grund nok til ikke at give et sådan tilbud til borgere fra kommunens side²⁵⁴. Den konkrete arbejdsdeling mellem specialisthelsetjenesten i form af regionale helseforetak og de dertilhørende kommuner aftales i årlige samarbejdsaftaler på baggrund af lovgivningens retningslinjer, jf. kapitel 4.

Generelt udfører specialisthelsetjenesten primært opgaver på sundhedsområdet (jf. afsnit 3.1.2), men der er også fagområder, hvor både kommunen og specialisthelsetjenesten varetager opgaver, fx inden for rehabilitering, hvor kommunen ikke kan forventes at have kompetencer. Specialisthelsetjenesten har rehabiliterende enheder, der giver vejledning til kommuner og institutioner om rehabilitering i forhold til den enkelte borger. Specialisthelsetjenesten yder også selv rehabilitering, fx miljøterapi i relation til mennesker med udviklingshæmning²⁵⁵. Denne del af specialisthelsetjenestens indsats foregår på sygehuse²⁵⁶. Ifølge interview med videnspersoner i Norge er specialisthelsetjenestens rehabiliterende enheder ofte mere involveret i indsatser på børneområdet end på voksenområdet, fx til børn med autisme. Derudover anvender man i Norge betegnelsen 'ressourcekrævende tjenester' (jf. afsnit 6.2.3) om tjenester, hvor borgere har omfattende tilbud.

På barnevernsområdet varetager Bufetat specialiserede institutioner og tilbyder specialiserede indsatser i hjemmet. Det omfatter børn og unge med svære problemstillinger, herunder alvorlige adfærdsvanskeligheder, gentagende kriminel adfærd og vedvarende rusmiddelbrug. De kan uden samtykke anbringes i institution for at modtage indsatser i op til et år²⁵⁷. Desuden varetager Bufetat en række forebyggende indsatser, der karakteriseres som 'specialiserede',

²⁵¹ Eikrem, 2015, s.60

²⁵² Helsedirektoratet, 2015a

²⁵³ Helsedirektoratet, 2015a

²⁵⁴ Helsedirektoratet, 2015a

²⁵⁵ Helsedirektoratet, 2015b; 2015c

²⁵⁶ Oslo universitetssykehus, 2021

²⁵⁷ Barnevernloven § 4-24 - 4-28

fordi de kræver særlig autorisation at udføre, fx evidensbaserede indsatser som MST, PMTO, FFT²⁵⁸.

I interview med videnspersoner i Norge fremgår det flere gange, at tilbud ydes bedst lokalt. Dette beskrives i relation til nærhedsprincippet, dvs. at borgere får tilbud i lokalområdet, og at den enkelte kommune frem for centrale enheder har det bedste kendskab til borgernes behov. Imidlertid forklarer flere videnspersoner, at man i Norge fra tid til anden diskuterer, om især mindre kommuner har de nødvendige kompetencer til at behandle små grupper af borgere med særlige behov, bl.a. fordi kommuner har rekrutteringsudfordringer. Diskussionen er mest tydelig på barneverns-området, hvor især de mindre kommuner har problemer med at skaffe personale med de rette kompetencer. En analyse fra 2015 identificerer i tråd hermed vanskeligheder med at rekruttere tilstrækkelig kompetence som en udfordring for kommuner på barneverns-området²⁵⁹.

Ifølge flere videnspersoner omhandler diskussionen af specialisering hovedsageligt arbejdsdelingen mellem kommuner og regionale helseforetak, og hvorvidt opgaverne er fordelt mest hensigtsmæssigt, samt om borgere er tilstrækkeligt færdigbehandlet, når de overgår fra specialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det gælder fx psykiatrisk behandling, hvor kommunerne ifølge videnspersoner oplever, at borgere ikke er tilstrækkeligt færdigbehandlede inden udskrivning.

5.1.3 Sverige

I Sverige anvendes termen 'specialisering' ('Specialiserad vård' og 'Nationell högspecialiserad vård') primært inden for sundhedsområdet²⁶⁰. I relation til sociale tilbud, som kommunerne har ansvaret for, er der ikke identificeret omtale af specialisering²⁶¹. Specialiseret pleje (specialiseret pleje) varetages af regionerne og inkluderer helse og sygepleje, der kræver mere specialiserede foranstaltninger end dem, der tilbydes i primærplejen²⁶². Specialiseret vård kan også inkludere habilitering og rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser, som ydes af regionen²⁶³. For eksempel har regionen ansvaret for at yde indsatser som kognitiv adfærdsterapi, fordi SoL ikke giver grundlag for, at kommunen kan tilbyde en sådan indsats, ifølge videnspersoner i Sverige. I LSS (§ 9,1) beskrives, at særskilt støtte og service inkluderer rådgivning og personlig støtte, som stiller krav til særlig viden om udfordringer og livsbetingelser for mennesker med større og varige funktionsnedsættelser. Denne støtte ydes af regionen og kan indeholde hjælp til at udvikle egen formåen, strategier til at håndtere egen livssituation og deltage i aktiviteter²⁶⁴. Regionerne kan organisere habilitering og rehabilitering forskelligt, men ofte er tilbuddene opdelt, så de er målrettet børn og unge hhv. voksne over 18 år²⁶⁵.

²⁵⁸ Ekhaugen & Rasmussen (2015, s. 32)

²⁵⁹ Ekhaugen & Rasmussen (2015, s. 77)

²⁶⁰ I Sverige anvendes termen 'specialiseret rehabilitering'. Det henviser primært til uddannelses- og arbejdsmarkedsrelaterede indsatser (Arbetsförmedlingen, 2011).

²⁶¹ Imidlertid kan kommunen efter aftale med regionen overtage dele af opgaver inden for specialiseret vård (specialiseret pleje), herunder specialiseret psykiatrisk og somatisk hjemmesygepleje (Folkhälsa och sjukvård, 2016). Den svenske regering har igangsat initiativer til at undersøge forudsætningerne for specialisering i relation til udsatte børn og unge, fx i Socialstyrelsen i Sverige (2019).

²⁶² 'Primärvård'. Se fx Socialstyrelsen i Sverige, 2004. Her står der blandt andet: "Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens."

²⁶³ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a

²⁶⁴ Habilitering i Sverige, 2021

²⁶⁵ 117 Vårdguiden, 2019

På sundhedsområdet anvendes også termen 'Nationell högspecialiserad vård' (national højt specialiseret pleje)²⁶⁶. Den svenske socialstyrelse tager beslutning om, hvilke områder der hører under højt specialiseret pleje. Højt specialiseret pleje inkluderer primært medicinsk behandling og ydes af nationale medicinske behandlingssteder, der har fået tildelt denne opgave af socialstyrelsen²⁶⁷. Højt specialiseret pleje defineres på baggrund af, at den skal (a) bedrives af fem nationale enheder, (b) omfatte ca. 5 pct. af den samlede sygepleje/sundhedsområde, og (c) at de enheder, der yder højt specialiseret pleje, skal besidde den nødvendige kompetence, være tilgængelige for patienter døgnet rundt og arbejde i tværfaglige teams for at yde den bedst mulige pleje²⁶⁸.

Desuden har Statens institutionsstyrelse, SiS, institutionspladser til unge med alvorlige psykosociale problemer og voksne med misbrug, der modtager behandling uden eget samtykke, og pladser til behandling af unge, der har en dom for alvorlig kriminalitet²⁶⁹. Behandlingen forudsætter, at den kommunale socialtjäneste foretager en udredning af borgeren. Hvis udredningen peger på behov for behandling under SiS, træffer forvaltningsretten beslutning herom. Behandlingen inkluderer bl.a. socialfaglige og psykologiske indsatser. Regionens ansvar på sundhedsområdet (hälsa och sjukvård) gælder også på SiS-institutionspladser.²⁷⁰ Efter endt behandling kan borgere overgå til åben behandling uden for institutionen²⁷¹.

I interview med enkelte videnspersoner i Sverige fremgår det, at specialisering på socialområdet ikke diskuteres i særlig grad. Der forklares, at indsatser bedst gives lokalt, og at centralisering af tilbud færre steder i landet kan være et problem for borgerne. Ifølge enkelte videnspersoner kan udfordringen ved en sådan centralisering være, at fagpersoner mister helhedsbilledet af borgerens udfordringer og kan blive for snævre i deres kompetencer. Denne diskussion har man haft i Sverige. Imidlertid forklarer enkelte videnspersoner, at man kan anvende private botilbud til borgere med særlige behov, fx dobbeltdiagnoser, og disse tilbud ikke nødvendigvis er placeret lokalt. I de tilfælde må borgeren flytte for at modtage tilbuddet. Samtidig fremhæver enkelte videnspersoner, at især mindre kommuner kan have svært ved at tilbyde tilstrækkelige indsatser²⁷², herunder i forhold til børn og unge med psykiske udfordringer samt voksne med misbrug og psykiske vanskeligheder.

5.1.4 Sammenligning på tværs af lande

I de tre lande anvendes og tales der om specialisering i forskelligt omfang og på forskellige måder. Danmark er det eneste land, hvor lovgivningen omtaler specialisering i relation til kommunale indsatser på socialområdet. Derudover arbejder man i Danmark med kriterier for, hvornår bestemte målgrupper hører under 'det specialiserede' og 'mest specialiserede område' og skal modtage indsatser herefter. I Norge benyttes 'specialiseret' og i Sverige 'specialiseret' og 'højt specialiseret' primært inden for sundhedsområdet. Det skal dog bemærkes, at dele af indsatserne på det, vi i Danmark betegner som det specialiserede socialområde, i Norge og Sverige ligger inden for sundhedsområdet, fx dele af rehabilitering til mennesker med funktionsnedsættelser. Når vi ser på kriterier for, hvornår indsatser hører under det specialiserede område, herunder sundhedsområdet i Norge og Sverige, er kravet til specialviden, bl.a. tværfaglig

²⁶⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a, se også hälsa och sjukvårdslagen kap. 7, § 5.

²⁶⁷ Socialstyrelsen i Sverige, 2019d

²⁶⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2017a, s. 22

²⁶⁹ Socialdepartementet, 2007

²⁷⁰ Jf. HSL kap. 8, § 1

²⁷¹ SiS, 2020

²⁷² Interview med videnspersoner i Sverige med fokus på voksenområdet indeholder ikke specifikke diskussioner af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner på psykiatriområdet.

viden, centralt i alle tre lande. Forskellen i anvendelse af termen 'specialisering' i de tre lande vedrører alene sprogbrug, og at termen hovedsagligt benyttes på sundhedsområdet i Norge og Sverige er ikke ensbetydende med, at kommunale tilbud i de to lande fagligt set er mindre specialiserede end i Danmark.

5.2 Monitorering af målgrupper og behov

I dette afsnit kigger vi nærmere på, om der i de tre lande sker en overvågning af udviklingen i 'efterspørgslen' efter sociale tilbud, dvs. en monitorering af udviklingen i målgrupperne, fx hvad angår type, størrelse og behov. Desuden afdækkes det, hvordan overvågningen i givet fald finder sted, og hvilke målgrupper der er tale om.

5.2.1 Danmark

I Danmark har Socialstyrelsen det overordnede ansvar for at opbygge viden om og følge udviklingen i målgrupper, tilbud og indsatser på det mest specialiserede socialområde.²⁷³ Denne overvågningsopgave er én blandt flere opgaver i regi af den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Se også afsnit 5.3.

Til det formål har Socialstyrelsen etableret en overvågningsfunktion, som afgrænser det mest specialiserede socialområde (se også afsnit 5.1.1), trækker på forskellige datakilder til overvågning af området samt systematiserer viden om målgrupper, tilbud og indsatser via målgruppe- og tilbudsbeskrivelser. Socialstyrelsen har under overvågningsfunktionen en generel monitorering for de omfattede målgrupper inden for det mest specialiserede socialområde. Som omtalt i afsnit 5.1.1 omfatter monitoreringen i dag 35 målgrupper, herunder eksempelvis mennesker med kompleks erhvervet hjerneskade og borgere med autisme og svær spiseforstyrrelse.²⁷⁴ Oversigten over målgrupper er som nævnt dynamisk. Kommunerne bidrager også til at beskrive behovet for udvikling af indsatser, bl.a. via rammeaftalesamarbejdet²⁷⁵ samt via dialog- og samarbejdsstrukturen, som er 1 af 4 hovedspor i NATKO. Se også afsnit 5.3.1.

Derudover har Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) under Socialstyrelsen til opgave at sikre indsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af den faglige viden på blandt andet det sociale område.²⁷⁶

Endvidere sker der vidensopbygning om borgere med sjældne diagnoser på de danske sygehuse. Det drejer sig om Center for Sjældne Sygdomme på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital samt Kennedy Centret, der er et nationalt forsknings- og rådgivningscenter for genetik, synshandicap og mental retardering under Rigshospitalet, og Rehabiliteringscenter for Muskelsvind (RCFM). Kennedy Centret og RCFM varetager primært sundhedsfaglige opgaver, men understøtter samtidigt – via rådgivning og undervisning – rehabilitering for borgere med sjældne handicap på landsplan.

²⁷³ Servicelovens § 13 b, stk. 1.

²⁷⁴ Den fulde oversigt over aktuelt omfattede målgrupper kan findes hos Socialstyrelsen (2020d)

²⁷⁵ Bl.a. fremgår det af § 5 i bekendtgørelsen vedrørende rammeaftaler, at "[k]ommunalbestyrelserne i regionen udarbejder en beskrivelse af behovet for udvikling af indsatser og tilbud", og at "[b]eskrivelsen udarbejdes på baggrund af [...] kommunalbestyrelsernes og regionsrådets overvejelser over sammenhængen mellem behovet for tilbud og det samlede udbyd af tilbud." (Social- og Indenrigsministeriet, 2020g).

²⁷⁶ Social- og Indenrigsministeriet, 2014

5.2.2 Norge

I Norge er ansvaret for at monitorere udviklingen i forskellige målgruppers behov for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde samt opbygge og formidle viden herom i høj grad placeret hos staten. I modsætning til i Danmark er ansvaret delt mellem forskellige instanser, herunder Helsedirektoratet og de regionale helseforetak (RHF).

Som faglig rådgiver for Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet ansvaret for at følge med i forhold, som påvirker folkesundheden og udviklingen i sundheds- og omsorgstjenesterne. En af Helsedirektoratets opgaver er – på vegne af Helse- og omsorgsdepartementet – at oprette, afvikle og ændre 'nationale tjenester' i specialhelsetjenesten, herunder hhv. nationale og flerregionale behandlingstjenester og nationale kompetencetjenester.²⁷⁷ For at oprette, ændre eller afvikle en national tjeneste skal RHF ansøge Helsedirektoratet herom.²⁷⁸ Dette foregår i et fælles elektronisk ansøgningsskema. På baggrund af RHF's ansøgning foretager Helsedirektoratet en faglig vurdering, som udvalgte fagpersoner og eksperter gransker, hvorefter Helsedirektoratet træffer endelig beslutning om godkendelse af eller afslag på ansøgningen. Helsedirektoratet kan dog beslutte at afvikle eller ændre en national tjeneste, såfremt vilkår, som lå til grund for godkendelsen, ikke længere er til stede. Selvom der er forskel på de forskellige tjenester, er det et fællestræk, at de skal sikre national vidensopbygning og -deling inden for et afgrænset fagområde og bidrage til vejledning til fagpersoner, borgere og deres pårørende. Se også kapitel 7.

RHF har et overordnet ansvar for at udmønte den nationale sundhedspolitik i sundhedsregionerne.²⁷⁹ Mere konkret har de ansvaret for, at borgerne i hver sundhedsregion tilbydes specialiserede sundhedsydelser (specialhelsetjenesten), fx inden for misbrugsbehandling. Med dette ansvar følger bl.a. en pligt til at sikre, at specialhelsetjenesten tilrettelægges med fokus på ændringer i befolkningens behov og altså udviklingen i forskellige målgruppers efterspørgsel efter sundhedsydelser.

RHF's ansvar for at følge udviklingen i befolkningens behov for specialiserede sundhedsydelser rækker dog ud over specialhelsetjenestens faglige ansvarsområde. Eksempelvis har RHF ansvaret for driften af de nationale tjenester i specialhelsetjenesten, herunder NKSD²⁸⁰. Det betyder, at RHF bl.a. har pligt til at opbygge og udbrede sundhedsfaglig viden om forskellige målgruppers behov for specialiserede ydelser og tilbud til den kommunale sundheds- og omsorgstjeneste, andre udbydere af sundheds- og omsorgsydelser samt brugere.²⁸¹

5.2.3 Sverige

I Sverige har Socialstyrelsen det overordnede ansvar for at følge og formidle udviklingen i befolkningens behov for ydelser og tilbud inden for sit faglige ansvarsområde.²⁸² Det omfatter bl.a. sundheds- og sygepleje, socialtjeneste, støtte og service til visse borgere med funktionsnedsættelser samt spørgsmål om alkohol- og stofmisbrug. Socialstyrelsen løfter opgaven ved bl.a. at arbejde for vidensopbygning om forskellige målgrupper, indsatser og effekter, indsamle og udgive statistik og publikationer, understøtte og følge forsknings- og udviklingsarbejde mv.

²⁷⁷ Regjeringen, 2020a; Helsedirektoratet, 2020c

²⁷⁸ Brugerorganisationer, fagmiljøer, nationale myndigheder mv. kan anmode RHF om at søge om oprettelse eller ændring af en national tjeneste.

²⁷⁹ NOU, 2019

²⁸⁰ Nasjonal Kompetansetjeneste for Sjeldne Diagnoser

²⁸¹ Regjeringen, 2020a; Helsedirektoratet, 2020c

²⁸² Socialdepartementet, 2015

Socialstyrelsen i Sverige foretager dog ikke en egentlig overvågning af udviklingen i forskellige målgruppers behov for specialiserede ydelser og tilbud, som man gør i Danmark. Se også afsnit 5.2.1.

Regionerne i Sverige har det overordnede ansvar for at tilbyde sundheds- og sygeplejeydelser af høj kvalitet og fremme folkesundheden.²⁸³ Det er således regionernes opgave at sikre, at sundhedsydelser i regionalt regi, herunder psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehusene, tilrettelægges med udgangspunkt i såvel befolkningens behov som den enkeltes individuelle behov og forudsætninger. En måde, hvorpå regionerne har løftet dette ansvar – med støtte fra SKR – er via etableringen af et nationalt vidensstyringssystem for sundheds- og sygepleje (nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård). Det nationale vidensstyringssystem, som blev dannet i 2018, har til formål at skabe en vidensbaseret, ensartet og effektiv behandling (vård) af høj kvalitet i sundhedsvæsenet.

I regi af vidensstyringssystemet er der identificeret 26 nationale programområder (NPO) og 8 nationale samarbejdsgrupper (NSG).²⁸⁴ Hvert NPO hhv. NSG har ansvaret for opbygning og formidling af viden (kunskapsstyrning) inden for sit respektive område. Med til opgaven hører at afdække målgruppernes behov for behandling (vård).²⁸⁵ Størstedelen af NPO'erne og NSG'erne ligger inden for det somatiske område, omend enkelte af områderne ligger inden for eller har berøring med det specialiserede socialområde. Det gælder fx NPO psykisk hälsa, som er et anliggende for både kommuner og regioner.

En af de interviewede videnspersoner peger endvidere på, at kommunerne også bærer et ansvar for løbende at holde sig ajour med udviklingen i målgruppernes behov. Dette følger også af lovgivning på området. Eksempelvis fremgår det af LSS, at: *"Till kommunens uppgifter hör att fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är"*.²⁸⁶

5.2.4 Sammenligning på tværs af landene

I Danmark er det overordnede ansvar for at opbygge viden og følge forskellige målgruppers behov for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde placeret hos Socialstyrelsen ved NATKO. NATKO løfter denne opgave via en overvågningsfunktion og en generel monitorering, som pr. marts 2021 omfatter 35 målgrupper. Dialog- og samarbejdsstrukturen bidrager med en kommunal vinkel på udviklingen i målgruppernes behov, se også afsnit 5.3.1.

I Norge er ansvaret ligeledes placeret på nationalt niveau (Helsedirektoratet og RHF), mens ansvaret i Sverige er delt mellem staten (Socialstyrelsen) og regionerne. Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner i de to lande er kommunerne ligeledes ansvarlige for at overvåge udviklingen i målgruppernes behov. At sundhedsmyndigheder i Norge og Sverige er involveret i overvågningen af forskellige målgruppers behov skyldes, at visse tilbud og ydelser, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde, i de to andre lande ligger inden for sundhedsområdet.

Samtidig viser sammenligningen, at overvågningen af forskellige målgruppers behov i Norge og Sverige ikke er så konkret, som tilfældet er i Danmark med de 35 specificerede målgrupper.

²⁸³ Kliniske studier, 2020

²⁸⁴ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2021

²⁸⁵ Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2020

²⁸⁶ LSS § 15, stk. 1.

5.3 Planlægning og tilpasning af kapacitet

I dette afsnit afdækker vi planlægningen og tilpasningen af udviklingen i tilbudskapaciteten i forhold til forskellige målgrupper inden for det specialiserede socialområde. Fokus i afsnittet er på, hvordan tilbudskapaciteten (udbuddet) koordineres og tilpasses det aktuelle antal borgere i målgrupperne (efterspørgslen). Derudover identificeres fordele og ulemper ved de forskellige landes organiseringer for planlægning og tilpasning af udbuddet til efterspørgslen.

5.3.1 Danmark

Overordnet set er der på det specialiserede socialområde i Danmark en kombination af en markedslignende struktur, en national koordinationsstruktur (NATKO) og en lokal samarbejds- og koordinationsstruktur mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådet i hver region (rammeaftalerne). Disse elementer skal tilsammen understøtte, at tilbudskapaciteten tilpasses målgruppernes behov.

Da den enkelte kommune ikke kan være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov, er der i Danmark etableret en markedslignende ramme for de sociale tilbud, hvor kommunerne kan købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører. Den markedslignende struktur understøttes af takstregler²⁸⁷ for at understøtte sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud samt sikre fri og lige konkurrence.²⁸⁸ Se også afsnit 6.3.1, der beskriver finansieringsmodeller.

I Danmark foregår der desuden en formaliseret koordinering af og samarbejde om *offentligt* leverede tilbud på det specialiserede socialområde på nationalt og regionalt niveau. Formålet er at understøtte, at der findes eller udvikles de tilbud, der er behov for på området, herunder tilbud til målgrupper med helt specielle behov, som kræver særlige kompetencer og indsatser. I Tabel 5.1 skitseres strukturerne for tilpasning og koordinering i offentligt regi.

Tabel 5.1 Model for formaliseret koordinering og samarbejde om udvikling af offentligt leverede tilbud på det specialiserede socialområde

Nationalt	Den nationale koordinationsstruktur (NATKO)				
Regionalt	Forum for koordinering på det specialiserede social- og specialundervisningsområde				
	Rammeaftale Nord	Rammeaftale Midt	Rammeaftale Syd	Rammeaftale Sjælland	Rammeaftale Hovedstaden

Kilde: Socialstyrelsen (2018a). Tilvirket af VIVE.

På nationalt niveau har NATKO et ansvar for, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere på det 'mest specialiserede' socialområde, jf. afsnit 5.1. NATKO er overordnet organiseret i fire hovedspor²⁸⁹, hvoraf følgende tre er direkte koblet til opgaven med at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet af højt specialiserede pladser:

- **Dialog- og samarbejdsstrukturen.** Socialstyrelsens dialog med kommunerne og bruger- og interesseorganisationerne bidrager til, at styrelsen eksempelvis kan opdage, hvis tilbud er sårbare eller lukningstruede. Desuden bidrager rådgivningen fra Det Faglige Råd for Nationalt Koordinering til fagligt at kvalificere styrelsens arbejde.

²⁸⁷ Social- og Indenrigsministeriet, 2017

²⁸⁸ Der er dog forskelle i reglerne for hhv. kommunale, regionale og private tilbud.

²⁸⁹ Socialstyrelsen, 2018a

- **Forløbsbeskrivelser** er en overordnet beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given målgruppe. Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden om indsatser til målgruppen. Formålet er at sikre, at indsatsen gives med udgangspunkt i denne viden. Se også kapitel 7.
- **Centrale udmeldinger** er tilkendegivelser fra Socialstyrelsen om målgrupper eller særlige indsatser, hvor der ifølge Socialstyrelsen er behov for øget koordination og planlægning mellem kommuner i en eller flere regioner. Kommunalbestyrelserne af-rapporterer på den centrale udmelding via rammeaftalesamarbejdet. Et eksempel er udmelding for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, som blev ud-sendt i 2019.²⁹⁰ Udmeldingernes formål er at sikre det nødvendige udbud af højt spe-cialiserede tilbud i forhold til målgruppens behov.

Socialstyrelsen har i forbindelse med en central udmelding mulighed for at bede om fornyet behandling i kommunerne. I de tilfælde, hvor Socialstyrelsen vurderer, at kommunernes tilba-gemelding på en central udmelding ikke er fagligt tilstrækkelig, vil Socialstyrelsen gå i dialog med den pågældende kommune eller region. Undtagelsesvist og i helt særlige tilfælde kan der gives et driftspålæg.²⁹¹ Ifølge nogle af de interviewede videnspersoner har der endnu ikke væ-ret grundlag for at give driftspålæg.

På regionalt niveau samarbejder kommuner og regioner om den faglige udvikling, styring, plan-lægning og koordinering af såvel det specialiserede børn og unge-område som det specialise-rede voksenområde. Her er det kommunernes ansvar at udarbejde en rammeaftale for de kom-munale og regionale tilbud på området. I nogle af regionerne indgår også et forstærket samar-bejde mellem kommunerne om de tilbud, som er vurderet til at være højt specialiserede og dermed kræver særlig tværkommunal opmærksomhed.²⁹²

En væsentlig del af samarbejdet er at sikre indbyrdes koordination mellem kommunerne af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger. Til dette formål er der i regi af KL nedsat et kommunalt koordinationsforum (Forum for koordination på det specialiserede social-og specialundervisningsområde), som har til opgave at koordinere de lands- og landsdelsdæk-kende tilbud og de sikrede institutioner, samt understøtte koordination og planlægning på tværs af regionerne i forhold til målgrupper, der omfattes af en central udmelding foretaget af Social-styrelsen. Det kommunale koordinationsforum består af repræsentanter fra alle fem regioner.

En tredje måde at planlægge og koordinere tilbud på, herunder udvikle nye tilbudstyper, på tværs af kommuner er kommunal samdrift.²⁹³ Med kommunal samdrift forstås situationer, hvor en opgave løses i samdrift mellem to eller flere kommuner (fx i form af tværkommunalt drifts-fællesskab eller tværkommunalt samarbejde), eller hvor der gennemføres fælles udbud.²⁹⁴ VI-VEs desk research og interview med videnspersoner i Danmark viser, at der er meget begræn-set viden om eller kendskab til kommunal samdrift på det specialiserede socialområde.²⁹⁵

²⁹⁰ Socialstyrelsen, 2020c

²⁹¹ Et driftspålæg indebærer, at en kommune eller en region pålægges et driftsansvar for at opretholde eller videreføre et tilbud, og tilbudsstrukturen på området fastlægges dermed af Socialstyrelsen.

²⁹² Hvilke tilbud, som er omfattet af det forstærkede samarbejde, sker ud fra faste kriterier og på baggrund af vurdering af eksperter, se fx Sekretariat for Nordjysk Socialaftale (2014).

²⁹³ Bekendtgørelse af lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber.

²⁹⁴ BDO, 2013

²⁹⁵ I forbindelse med kommunal samdrift skal det dog bemærkes, at Udbudsportalen i KL i 2016 har udarbejdet en række kortlægninger, redskaber og analyser i henhold til konkurrenceudsættelse af socialområdet, bl.a. i forhold til drift af bo- og

Som nævnt ovenfor drives tilbud på det specialiserede socialområde desuden af private leverandører. Se også kapitel 4. Private aktører skal nævnes i denne sammenhæng, fordi de supplerer de nationale og regionale koordinations- og samarbejdsstrukturer i forhold til at sørge for, at udbuddet tilpasser sig behovet. Logikken er, at private aktører via den markedslignende struktur dækker den efterspørgsel, der ikke dækkes af koordinationsstrukturerne for offentlige tilbud. De private leverandører står dog helt uden for de ovennævnte koordinations- og samarbejdsstrukturer på det specialiserede socialområde. Dette forhold nævnes af flere videnspersoner som et opmærksomhedspunkt i forhold til koordination og planlægning af tilbudsstrukturen. Ikke mindst set i lyset af, at private leverandører leverer en betydelig del af tilbuddene på området, jf. afsnit 4.3.1.²⁹⁶

Mulige fordele og ulemper

De interviewede videnspersoner peger på flere fordele ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Danmark. For det første vurderes det, at kombinationen af en markedslignende struktur og koordinations- og samarbejdsstrukturer for offentligt leverede tilbud overordnet set understøtter målet om balance mellem udbud af og efterspørgsel efter tilbud på området. I forlængelse heraf peger videnspersoner på, at de nationale og regionale elementer i koordinations- og samarbejdsstrukturerne supplerer hinanden på en hensigtsmæssig måde, da NATKO og det kommunale koordinationsforum er ansvarlig for at monitorere det 'mest specialiserede' socialområde, mens kommunerne og regionen via rammeaftalerne har ansvaret for det 'specialiserede' socialområde. For det andet viser interviewene med videnspersoner, at en mulig fordel er NATKOs virkemidler til at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det specialiserede socialområde, herunder centrale udmeldinger og driftspålæg. En vidensperson vurderer dog, at redskaberne, NATKO har til rådighed og gør brug af for at løse sin opgave, ikke i tilstrækkelig grad understøtter udviklingen af en passende tilbudskapacitet på området.

En potentiel ulempe ved strukturerne er ifølge en af videnspersonerne, at planlægningen og tilpasningen generelt tager afsæt i udbudssiden, altså driftsherrernes styringsbehov, frem for efterspørgselsiden, dvs. borgernes behov. I forlængelse heraf peges der på den mulige konsekvens, at der er tilbud til visse målgrupper, som ikke i tilstrækkelig grad imødekommer borgernes behov. En anden mulig ulempe, som nogle af videnspersonerne peger på, er barriererne for at få etableret specialiserede tilbud til meget små målgrupper med særlige behov. Der henvises bl.a. til, at der for den enkelte driftskommune ligger en økonomisk risiko ved at påtage sig opgaven med at oprette et nyt tilbud eller udvide et eksisterende. Her nævnes det eksempelvis som barrierer, at kommunen skal påtage sig store initialomkostninger, herunder anlægsinvesteringer, som man på specialiserede tilbud er mindre sikker på at få dækket ind senere. Ligesom man som driftskommune er afhængig af efterspørgsel fra andre kommuner, da driftskommunen som regel ikke kan aftage alle pladser selv.

Endelig fremhæver en vidensperson den mulige ulempe, at rammeaftalesystemet ikke sikrer en tilstrækkelig langsigtet, koordineret planlægning af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. Her peges der bl.a. på, at rammeaftalesamarbejdet generelt har været kendetegnet ved fokus på takstreduktioner frem for udvikling af nye tilbudstyper. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at rammeaftalerne indeholder aftaler om såvel faglig udvikling som styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud.

dagtilbud til voksne med udviklingshæmning samt køb af pladser på botilbudsområdet. En oversigt kan findes hos Udbudsportalen (2016)

²⁹⁶ På det specialiserede voksenområde driver private leverandører ca. 40 % af tilbuddene, mens andelen på det specialiserede børn og unge-område er mere end 60 % (Social- og Indenrigsministeriet, 2020b). Se også afsnit 4.3.1.

5.3.2 Norge

I Norge findes der ikke en overordnet, national planlægning og koordinering af den offentlige tilbudskapacitet på det specialiserede socialområde. Ansvaret for at sikre, at de rette tilbud er til rådighed, er i stedet opdelt og hovedsageligt placeret hos kommunerne og de statslige enheder, som har til opgave at levere tilbud på området. Staten har desuden en koordinerende funktion, bl.a. gennem understøttelse af forskning og ved tilskyndelse til øget mellemkommunalt samarbejde. Derudover spiller private leverandører en vigtig rolle i forhold til at understøtte, at der er den rette kapacitet til stede på området.

De regionale helseforetak (RHF) har ansvaret for, at befolkningen i den enkelte sundhedsregion får de nødvendige ydelser inden for specialhelsetjenesten, fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling samt habilitering og rehabilitering. RHF kan vælge mellem at lade egne helseforetak eller private leverandører løse opgaven, men RHF har i samarbejde med relevante aktører på området ansvaret for planlægning og koordinering af kapaciteten i specialhelsetjenesten. RHF har bl.a. ansvaret for driften af de nationale og flerregionale behandlingstjenester i specialhelsetjenesten, som leverer højt specialiseret diagnostik og behandling til afgrænsede målgrupper inden for bestemte fagområder.²⁹⁷ Ansvaret for etablering, afvikling og ændring af de nationale og flerregionale behandlingstjenester ligger imidlertid hos Helsedirektoratet, jf. også afsnit 5.2.2.

Tilrettelæggelsen af den samlede vifte af kommunale tilbud på det specialiserede socialområde, så den svarer til forskellige målgruppers behov, er i udgangspunktet den enkelte kommunes ansvar i Norge. Det er med andre ord op til den enkelte kommune at tilvejebringe en tilbudskapacitet på det specialiserede socialområde, som matcher de lokale behov og vilkår. Ifølge de interviewede videnspersoner kan dette ses i sammenhæng med en udpræget grad af kommunalt selvstyre i Norge, herunder på det specialiserede socialområde.

Nogle norske kommuner bruger mellemkommunalt samarbejde (interkommunalt samarbeid) til at planlægge og koordinere ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, jf. afsnit 4.2. Gennem samarbejde med en anden eller flere andre kommuner kan især de mindre kommuner skabe bedre forudsætninger for at opnå en tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence til at løse opgaverne på området.²⁹⁸ Der har været forskellige statslige tiltag i løbet af de sidste 10-15 år for at understøtte brugen af mellemkommunalt samarbejde. Eksempelvis var det et centralt element i samhandlingsreformen fra 2012, at kommuner skal indgå i mellemkommunalt samarbejde, hvor det er nødvendigt for at opnå de ønskede sundhedsmæssige og samfundsmæssige gevinster ved reformen.²⁹⁹ Et andet eksempel er en række lovændringer siden 2007, som har givet bedre muligheder for at indgå i mellemkommunalt samarbejde.³⁰⁰ Lovgivningen indebærer bl.a. muligheden for, at staten kan pålægge kommuner at videreføre eller oprette mellemkommunalt samarbejde. Disse bestemmelser om mulighed for driftspålæg har dog endnu ikke været benyttet.

Som i Danmark er de private leverandører en del af forsyningskæden på det specialiserede socialområde i Norge og supplerer kommunale og statslige leverandører i forhold til at sørge

²⁹⁷ Eksempelvis er Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP) et landsdækkende behandlingstilbud til personer med en kombination af nedsat hørelse og psykisk lidelse.

²⁹⁸ Jensen, 2014

²⁹⁹ Vinsand & Langset, 2016, s. 16

³⁰⁰ Brandtzæg et al., 2020

for, at udbuddet tilpasser sig behovet. Som det fremgår af afsnit 4.2.2, anvendes private leverandører især på anbringelsesområdet og inden for misbrugsbehandling og rehabilitering (i regi af specialhelsetjenesten).

Særligt om socialt udsatte børn og unge

På barnevernsområdet er der en klar opgavefordeling mellem stat og kommune, som indebærer, at staten (ved Bufetat) tager sig af de mest specialiserede tilbud, jf. også afsnit 4.1.2. Staten bærer derfor en stor del af ansvaret i forhold til at sikre, at udbud og efterspørgsel matcher. Bufetat har bl.a. pligt til at bistå kommunerne med at finde en egnet plejefamilie- eller institutionsplads, jf. også afsnit 4.1.2. For at opfylde denne pligt er det Bufetats opgave at etablere og drive institutioner, indgå aftaler med private leverandører samt rekruttere plejefamilier. Opfyldelsen af bistandspligten forudsætter med andre ord, at der til enhver tid findes tilgængelige og egnede tilbud, når kommunen beslutter at anbringe et barn uden for hjemmet. Det indebærer, at Bufetat skal have et fuldstændigt overblik over alle tilgængelige institutionspladser og plejefamilier.³⁰¹

Bufetat-regionerne har i udgangspunktet ansvaret for, at der findes en tilgængelig plejefamilie- eller institutionsplads, som passer til barnets behov, i den region, hvor barnet opholdt sig, da sagen blev rejst. Bufetat-regionen kan dog opfylde sin bistandspligt ved at indgå aftale med en samarbejdsregion.

Inden for barnevernet har det været en strategi for nogle – især mindre – kommuner at indgå i mellemkommunalt samarbejde for bl.a. at sikre tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence til at håndtere krævende og belastende opgaver, som arbejdet inden for barnevernet kan indebære. Således fremgik det af afsnit 4.2.2, at der er sket en forøgelse i antallet af mellemkommunale samarbejder inden for barnevernet fra 2007 til 2018. Som et eksempel oprettede fem³⁰² kommuner i 2016 'Den interkommunale barneverntjenesten for Kristiansandsregionen' med Kristiansand Kommune som værtskommune.³⁰³ Samarbejdet er organiseret som et administrativt værtskommunesamarbejde efter kommunelovens § 28. Barneverntjenesten består af seks afdelinger og har mere end 150 årsværk. Barneverntjenesten i Kristiansandsregionen tager sig desuden af akutte henvendelser ('barnevernvakt'³⁰⁴) for ni andre kommuner uden for Kristiansandsregionen. Et andet eksempel stammer fra Innlandet fylkeskommune (nord for Oslo), hvor 15 kommuner har indgået samarbejde udelukkende om barnevernvakt. Det såkaldte 'Ringsaker interkommunale barnevernvakt' skal tage sig af akutte henvendelser, når den lokale barneverntjeneste er lukket. Samarbejdet består af en leder og 20 ansatte og har været i drift siden 1. januar 2019.³⁰⁵

På barnevernsområdet har statslige myndigheder ligeledes spillet en aktiv rolle i udviklingen af samarbejdet mellem kommuner ved at muliggøre, understøtte og opfordre til, at flere kommuner udvikler større fagfællesskab og mere robuste barneverntjenester. Udover ændret lovgivning, jf. ovenfor, har Statsforvalteren haft en rolle som drivkraft for mellemkommunalt samarbejde. Således har Statsforvalteren i visse tilfælde understøttet (også økonomisk) og opfordret

³⁰¹ NOU, 2020, s. 214

³⁰² Søgne og Songdalen Kommuner blev i 2020 lagt sammen med Kristiansand Kommune, hvorfor samarbejdet nu består af tre kommuner (Kristiansand, Lillesand og Birkenes Kommuner).

³⁰³ Kristiansand kommune, 2021

³⁰⁴ På www.barnevernvakten.no findes en oversigt over barnevernvakter i Norge.

³⁰⁵ Ringsaker kommune, 2021

til øget samarbejde mellem kommuner, hvor det vurderes hensigtsmæssigt at løse opgaverne i fællesskab.³⁰⁶

Mulige fordele og ulemper

Der er både potentielle fordele og ulemper ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Norge. Ifølge de interviewede videnspersoner er det en fordel, at strukturerne på området på den ene side sikrer kommunernes handlefrihed og mulighed for at skabe lokalt tilpassede løsninger, og på den anden side understøtter behovet for, at der på nationalt niveau sker en planlægning og koordinering af tilbudene, især på barnevernsområdet. En anden mulig fordel er private leverandørers bidrag til tilpasning af udbud og efterspørgsel på området, om end der i Norge gennem de sidste mange år har været en diskussion af private leverandørers rolle i leveringen af velfærdsydelser, jf. også afsnit 4.1.2 og 4.2.2.³⁰⁷

En mulig ulempe, som flere videnspersoner peger på, er, at de norske kommuner er relativt mange og relativt små, hvilket mange steder vanskeliggør etablering og opretholdelse af tilstrækkelig kapacitet og faglig kompetence. Det gælder bl.a. det kommunale barnevernsområde. Mange kommuner forsøger at imødekomme denne udfordring ved at indgå i mellemkommunalt samarbejde, om end samarbejdet – især for de mindste kommuner – kan give styringsudfordringer og er ressourcekrævende. En anden mulig ulempe, som nogle af videnspersonerne peger på, er udfordringer med overefterspørgsel efter – eller underudbud af – institutionspladser i geografisk nærhed og især egnede plejefamilier, dvs. kapacitetsstyringen på barnevernsområdet.³⁰⁸ Udfordringer, som i øvrigt kan være årsag til stigende udgifter på området.³⁰⁹ Ifølge en analyse fra 2015 hænger manglen på egnede plejefamilier bl.a. sammen med ydre rammebetingelser (færre ønsker at være plejefamilie), systemerne (fx øget ventetid) og selve arbejdet som plejefamilie (mange fejlplaceringer skaber frustrationer).³¹⁰

5.3.3 Sverige

Ansvar for planlægning og tilpasning af offentligt leverede tilbud på det specialiserede socialområde er i Sverige delt mellem kommunerne og regionerne. Staten spiller dog en mindre koordinerende rolle, bl.a. ved at indsamle og udgive statistik, understøtte forskning og analysevirksomhed mv. For eksempel har den statslige myndighed for samfundsplanlægning, byggeri og bolig (Boverket) et ansvar for at følge med i udviklingen på boligmarkedet i forhold til forskellige samfundsgrupper, herunder personer med funktionsnedsættelse og hjemløse. Derudover er der i Sverige private leverandører på det specialiserede socialområde.

Regionerne i Sverige er som nævnt hovedansvarlige for sundhedsområdet og har til opgave at planlægge og koordinere udbuddet af tilbud herindenfor. Disse dækker som tidligere nævnt nogle af de målgrupper, der i Danmark er dækket af det specialiserede socialområde. Det drejer sig eksempelvis om kapaciteten i relation til den del af misbrugsbehandlingen, som finder sted i regionalt regi. Se også afsnit 4.1.3.

Ansvar for at sikre, at de rette tilbud er til rådighed på det specialiserede socialområde, ligger i udgangspunktet hos den enkelte kommune. Som i Norge har nogle svenske kommuner valgt

³⁰⁶ Andrews et al. (2015).

³⁰⁷ Debatten i Norge har bl.a. handlet om niveauet for private leverandørers fortjeneste i relation til levering af offentligt finansierede velfærdsydelser. Se fx NOU, 2020, s. 13ff.

³⁰⁸ Fx Ekhaugen & Rasmussen, 2015 og NOU, 2020

³⁰⁹ Grünfeld et al., 2020

³¹⁰ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 138-139.

at indgå i mellemkommunalt samarbejde, bl.a. med henblik på at styrke tilbudskapaciteten og specialistkompetencer på det specialiserede socialområde. I Boks 5.2 er der beskrevet et eksempel på et mellemkommunalt driftssamarbejde (gemensam nämnd) på det specialiserede socialområde i Sverige.

Boks 5.2 Eksempel på mellemkommunalt driftssamarbejde i Sverige

Ni kommuner og Region Sörmland dannede i 2016 et mellemkommunalt samarbejde (gemensam nämnd) om socialtjeneste og behandling (socialtjänst och vård). Region Sörmland er værtskommune i samarbejdet.³¹¹

Et af arbejdsområderne, der samarbejdes om, er børn og unge, hvor der bl.a. er etableret to børnehuse (barnahuse) og en række familiecentre (familjecentraler). Børnehusene er rettet mod børn og unge, hvor der er foregået eller mistanke om misbrug eller anden vold, og familiecentralerne tilbyder en generel, tidligt forebyggende indsats, som retter sig mod både forældre og børn/unge.

Som i Norge er muligheden og forudsætningerne for tværkommunalt samarbejde i Sverige blevet styrket gennem lovgivning, fx ved indførelse af en generel ret til mellemkommunalt samarbejde i kommuneloven i 2018.³¹² Samtidig skal det bemærkes, at udbudslovgivning i visse tilfælde kan begrænse samarbejde på tværs af kommuner, idet al udveksling af varer eller tjenester som hovedregel skal i udbud. Det kan også omfatte samarbejde mellem to eller flere kommuner.³¹³ Der er dog flere undtagelser til denne regel.³¹⁴

Private leverandører udfylder også i Sverige en funktion i den samlede tilbudsstruktur på det specialiserede socialområde, da de komplementerer offentlige leverandører i forhold til at sikre en tilpasning af udbuddet til behovet.

Mulige fordele og ulemper

Interviewene med videnspersoner peger på, at en mulig fordel ved den måde, hvorpå tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde planlægges og tilpasses i Sverige, er, at ansvaret i vid udstrækning påhviler kommunerne. Ifølge videnspersonerne er den enkelte kommune generelt i stand til hurtigt at justere sin tilbudsvifte og tilpasse udviklingen i målgruppers behov.

Blandt mulige ulemper ved den nuværende planlægning og justering af tilbudskapaciteten henviser en vidensperson til, at der i Sverige er behov for en større national koordination af sociale tilbud, herunder et samlet overblik over udbudte tilbud i stil med Tilbudsportalen i Danmark. Her peges der eksempelvis på, at der i kommunerne hersker uklarhed om, hvilke tilbud der er tilgængelige og egnede til kriminalitetsofre (brottsoffer). Derudover peger nogle af de interviewede videnspersoner på den mulige ulempe, at der i kommunerne kan være udfordringer med at sikre den rette sammenhæng mellem visse målgruppers behov og indsatsen, hvilket bl.a. hænger sammen med begrænset koordination og samarbejde om udvikling af tilbud på tværs af kommuner.

³¹¹ Region Sörmland, 2021

³¹² SOU, 2017b

³¹³ SOU, 2020b, s. 880 og SOU, 2017b, s. 192-193.

³¹⁴ SOU, 2020b, s. 880ff.

5.3.4 Sammenligning på tværs af landene

Der er både ligheder og forskelle mellem Danmark, Norge og Sverige i relation til planlægning og tilpasning af tilbudskapaciteten på det specialiserede socialområde. I alle tre lande er der indført en markedslignende struktur, som betyder, at kommunerne køber og sælger tilbud af forskellige leverandører for at imødekomme efterspørgslen på området.

I Danmark suppleres denne markedslignende struktur af koordinering og samarbejde på nationalt og regionalt niveau vedrørende offentligt leverede tilbud, mens dette i mindre grad er tilfældet i Norge og Sverige. I Norge har staten (Bufetat) dog en koordinerende funktion i relation til at sikre tilstrækkelig kapacitet af anbringelsespladser på barnevernsområdet. I Sverige er det regionernes ansvar og i Norge de (statslige) regionale helseforetaks ansvar at planlægge og koordinere ydelser og kapacitet på deres ansvarsområder, fx i forhold til misbrugsbehandling på sygehusene. Se i øvrigt afsnit 3.1 og 4.1 om ansvarsdeling.

Mellemkommunalt samarbejde er en måde at understøtte planlægning og koordination af tilbud på. Som det fremgår af kapitel 4, er mellemkommunale samarbejdsformer ikke så udbredte i nogen af landene. Det er dog tilsyneladende mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, at kommunerne indgår i tværkommunalt samarbejde om drift og udbud på det specialiserede socialområde. Det kan hænge sammen med forskelle i den administrative struktur i de tre lande, dvs. det forhold, at der er et forholdsvis større antal mindre kommuner i både Norge og Sverige end i Danmark.³¹⁵ Desuden kan der tænkes at være forskelle mellem landene i traditionen for samarbejde mellem kommuner.³¹⁶

³¹⁵ Pedersen, 2018, s. 15

³¹⁶ For Sverige: se fx Statskontoret, 2016.

6 Betalingsansvar og finansieringsmodeller

I dette kapitel afdækkes og vurderes betalingsansvaret og finansieringsmodeller for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige. Placeringen af betalingsansvaret for forskellige dele af området afdækkes i afsnit 6.1, hvor der også ses nærmere på karakteren og omfanget af statslig (med)finansiering samt relevante dele af den mellemkommunale udligning i de tre lande. I afsnit 6.2 beskrives det, hvilke finansieringsmodeller der anvendes i de tre lande, dvs. hvordan leverandører af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde finansieres.

Boks 6.1 opsummerer kapitlets hovedkonklusioner.

Boks 6.1 Konklusioner – betalingsansvar og finansieringsmodeller

Betalingsansvar

- I alle tre lande finansierer kommunerne en stor del af udgifterne til ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde. Staten har dog i varierende omfang og på forskellig vis andel i det økonomiske ansvar på området. Eksempelvis har den norske stat en stor del af betalingsansvaret for barnevernsområdet.
- Et fællestræk ved de tre lande er desuden, at myndigheds- og betalingsansvaret som hovedregel følges ad. Der er dog undtagelser fra denne regel. Eksempelvis medfinansierer den danske og norske stat dyre enkeltsager via særlige refusionsordninger, mens myndighedsansvaret ligger hos kommunerne. I Sverige deler staten og kommunen myndigheds- og betalingsansvaret for personlig assistance.
- I alle tre lande er der en generel mellemkommunal udligning. I Sverige er der desuden en særlig udligning på området for funktionsnedsættelser, som bygger på, hvor mange borgere der modtager indsatser efter LSS.

Finansieringsmodeller

- Det er et fællestræk for de tre lande, at der eksisterer en markedslignende struktur på det specialiserede socialområde. Der er dog forskelle mellem landenes markedsstrukturer, hvilket har betydning for de finansieringsmodeller, der ses på området og for prisdannelsen. I Danmark er finansieringsmodeller og takster på området reguleret på både nationalt og regionalt niveau, mens det i højere grad er overladt til en fri prisdannelse i Norge og (især) Sverige.
- Det er fælles for de tre lande, at grundmodellen for honorering af plejefamilier består af vederlag samt dækning af øvrige udgifter tilknyttet plejeopgaven.
- Afdækningen af finansieringsmodeller for mellemkommunalt samarbejde i Norge og Sverige viser, at aftaler på tværs af kommuner bl.a. skal indeholde bestemmelser om de økonomiske forhold mellem parterne. Fordelingen af udgifter sker typisk med udgangspunkt i kommunernes befolkningstal.

6.1 Betalingsansvar

I dette afsnit kortlægges de tre landes indretning af betalingsansvaret for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde og de dele af det tilgrænsende sundhedsområde, der retter sig mod de målgrupper, der i Danmark falder inden for det specialiserede socialområde. Vi beskriver desuden mulige fordele og ulemper ved de afdækkede placeringer af betalingsansvaret.

6.1.1 Danmark

Kommunernes betalingsansvar

Kommunerne i Danmark har i udgangspunktet betalingsansvaret for ydelser og tilbud efter serviceloven, der dækker det meste af det specialiserede socialområde. Kommunerne har desuden det fulde betalingsansvar for de kommunale ydelser efter sundhedsloven, fx misbrugsbehandling og sygepleje, ligesom kommunerne medfinansierer en andel af regionernes udgifter på sundhedsområdet, herunder til psykiatrisk behandling.³¹⁷

På sundhedsområdet betaler kommunerne et aktivitetsafhængigt bidrag for behandling af kommunens borgere på sygehuse og på praksisområdet.³¹⁸ Afregningen sker direkte mellem region og kommune. Den kommunale medfinansiering udgør samlet set ca. 17 procent af finansieringen³¹⁹, hvoraf en andel vedrører fx psykiatrisk behandling. Derudover finansierer kommunerne færdigbehandlede patienter og borgernes specialiserede ambulante genoptræning. Hensigten med den kommunale medfinansiering er, at den skal give kommunerne en tilskyndelse til at investere i forebyggelse og samarbejde om sammenhængende patientforløb.³²⁰

Statens betalingsansvar

Selvom kommunerne således har det primære betalingsansvar for ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, spiller den danske stat en vigtig rolle i den samlede finansiering af området.

For det første medfinansierer staten visse servicelovsydelser og -tilbud. Således dækker staten fx halvdelen af kommunernes udgifter til hhv. forsorgshjem og herberger for hjemløse (SEL § 110), krisecentre (SEL § 109) samt merudgiftsydelse til børn og voksne (SEL § 41 og § 100). For de to førstnævnte tilbudstyper gælder selvmøderprincippet. Det betyder, at en borger frit kan henvende sig til et hvilket som helst krisecenter, herberg eller forsorgshjem, uden at der foreligger en kommunal visitation.

For det andet yder staten refusion til kommunerne for særligt dyre enkeltsager (den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager). Den centrale statsrefusionsordning har eksisteret siden kommunalreformen i 2007 og har til formål at sikre kommunerne mod meget store udgifter i særligt dyre enkeltsager.³²¹ Refusionsordningen omfatter alle ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde til borgere under 67 år. Det er de samlede udgifter til den enkelte borger, der afgør, om der ydes statsrefusion. Refusionen ydes som en variabel procentdel af de årlige udgifter, som kommunen afholder til den enkelte borger.³²² I 2021 vil kommunerne eksempelvis kunne få refusion på 75 procent af udgifterne i den enkelte sag, der overstiger 2.050.000 DKK I 2019 blev der udbetalt et samlet beløb på knap 1,8 mia. DKK til kommunerne

³¹⁷ Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2014, s. 26ff og 41ff.

³¹⁸ Eksempelvis betaler kommunerne 60 % af sengedagstaksten (stationær) inden for psykiatrien (dog maksimalt 9.220 DKK pr. forløb), jf. Bekendtgørelse om den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet og om onto-betalinger for perioden fra 1. april 2019 til 1. april 2022.

³¹⁹ Danske Regioner, 2020

³²⁰ Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2014, s. 44.

³²¹ Den centrale refusionsordning er reguleret i Bekendtgørelse om den centrale refusionsordning efter lov om social service (Social- og Indenrigsministeriet, 2020h).

³²² Med 'Aftale om reform af det kommunale tilskuds- og udligningssystem' (Finansministeriet, 2020a) i foråret 2020 blev der foretaget ændringer i den centrale refusionsordning. Blandt andet indebærer ændringerne, at beløbsgrænserne for refusionsordningen på voksenområdet er nedsat, så de svarer til grænserne på børne- og ungeområdet, ligesom der er indført en ny refusionsgrænse på 75 procent.

som refusion for afholdte udgifter til særligt dyre enkeltsager vedrørende det specialiserede socialområde.³²³ Tabel 6.1 viser udviklingen i statens refusionsudbetalinger til kommunerne i perioden 2015-2019.

Tabel 6.1 Den centrale refusionsordning i Danmark: Udbetalinger 2015-2019. DKK

	2015	2016	2017	2018	2019
Hele landet	1.666.331	1.690.402	1.709.918	1.691.365	1.786.393

Note: Tallene er angivet i faste 2019-priser (1.000 DKK) Opgjort af VIVE. Kommunernes indtægter fra den centrale refusionsordning registreres på konto 5.22.07, jf. den autoriserede kontoplan for kommunerne. Følgende grupperinger er medtaget for 2015-2017: 001-018. Følgende grupperinger er medtaget for 2018 og 2019: 001-005, 010-018, 020 samt 106-109. Der er ikke fuld sammenlignelighed mellem tallene for hhv. 2015-2017 og 2018 og 2019.

Kilde: Danmarks Statistik, Tabel REGK100.

For det tredje finansierer staten langt størstedelen af regionernes udgifter til sundhedsområdet via et statsligt bloktilskud (ca. 80 %).

Udligning mellem kommunerne

Kommunerne har forskellige grundvilkår for at levere service til deres borgere på de forskellige velfærdsområder. For at give kommunerne mere ensartede vilkår for opgaveløsningen, herunder på det specialiserede socialområde, sker der en udligning af forskellene gennem det kommunale udligningssystem. Udligningssystemet er baseret på objektive kriterier, som ikke kan påvirkes direkte af lokale prioriteringer. Ud over alderssammensætningen i befolkningen opgøres kommunernes udgiftsbehov ud fra en række socioøkonomiske forhold. Et af kriterierne er 'Antal personer med handicap', som udtrykker antallet af udviklingshæmmede på 65 år og derunder samt antallet af 20-59-årige uden for arbejdsstyrken med øvrige handicap.

Med den seneste aftale om udligning fra 2020 blev der indgået en aftale om en reform af udligningssystemet.³²⁴ Som følge af reformen er der bl.a. sket en tilpasning af udgiftsbehovsopgørelsen, herunder fx vægtningen af kriteriet 'Antal personer med handicap',³²⁵ ligesom der er foretaget en række grundlæggende ændringer af udligningssystemet. Derudover blev der aftalt ændringer i den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager, hvilket er omtalt i forrige afsnit.

Mulige fordele og ulemper

Det specialiserede socialområde i Danmark er karakteriseret ved, at myndighedsansvaret og betalingsansvaret i udgangspunktet følges ad. I praksis betyder det, at den administrative enhed, der bevilger en indsats (fx kommunen), også har ansvaret for at finansiere indsatsen. Det er ifølge flere af videnspersonerne en fordel, da det understøtter hensigtsmæssige incitamenter i den økonomiske styring af området. Der er dog undtagelser fra denne hovedregel, jf. nedenfor.

En anden mulig fordel ved samplaceringen af myndigheds- og betalingsansvaret, som videnspersoner peger på, er kommunernes mulighed for at prioritere ressourcerne på tværs af forskellige velfærdsområder. Kommunerne har dermed handlerum til at tilpasse ressourceanvendelsen og serviceniveauet til de lokale forhold.

³²³ Opgjort af VIVE. Kommunernes indtægter fra den centrale refusionsordning registreres på konto 5.22.07, jf. den autoriserede kontoplan for kommunerne. Følgende grupperinger er medtaget for 2015-2017: 001-018. Følgende grupperinger er medtaget for 2018 og 2019: 001-005, 010-018, 020, samt 106-109.

³²⁴ Finansministeriet, 2020a

³²⁵ I den seneste udmelding om kommunal udligning indgår dette kriterium med en vægt på 4 %.

Blandt mulige ulemper peger nogle videnspersoner på, at der inden for visse dele af det specialiserede socialområde ikke er tilstrækkelig sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret. Et af de tydeligste eksempler omhandler den centrale refusionsordning, hvor kommunerne kan ansøge staten om refusion for udgifter til særligt dyre enkeltsager. Argumentet er, at kommunerne kan have tilskyndelse til en visitationspraksis, som øger statens refusionsudgifter. Andre videnspersoner påpeger dog, at kommunernes mulige incitament til at øge udgifterne opvejes af kommunernes betalingsansvar for udgifter op til beløbsgrænsen.

En anden mulig ulempe ved indretningen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde er ifølge flere af videnspersonerne, at kommunernes rammevilkår, herunder de økonomiske forhold, kan være bestemmende for, hvilke ydelser og tilbud borgerne tilbydes. Her peges der bl.a. på, at især mindre eller økonomiske trængte kommuner kan have vanskeligheder ved at tilbyde borgerne en indsats, som i tilstrækkelig grad imødekommer deres behov. Videnspersonerne gør dog samtidig opmærksom på, at forskellige systemer og ordninger såsom det mellemkommunale udligningssystem og statsrefusion til en vis grad opvejer forskelle i kommunernes økonomiske muligheder og udgiftsbehov på området.

6.1.2 Norge

Kommunernes betalingsansvar

I Norge har kommunerne generelt betalingsansvaret for udgifter til ydelser og tilbud efter socialtjenesteloven samt helse- og omsorgstjenesteloven, mens betalingsansvaret for udgifter efter barnevernloven er delt mellem kommune og stat.

Inden for barnevernet følger placeringen af betalingsansvaret i udgangspunktet opgavefordelingen efter barnevernloven.³²⁶ Det betyder, at kommunerne som hovedregel har det økonomiske ansvar for at dække udgifter til anbringelse i ordinære plejefamilier og hjælpetiltag i hjemmet.³²⁷

Ved anbringelse uden for hjemmet (fx barnevernsinstitution) skal kommunen betale en andel af anbringelsesudgifterne, ligesom den er betalingsansvarlig for en andel af visse såkaldte 'specialiserede hjælpetiltag'³²⁸. Betalingen sker ud fra takster, som fastsættes og reguleres i forbindelse med de årlige forhandlinger om statsbudgettet. Satserne meddeles kommunerne af Barne- og familiedepartementet. Satserne for 2021 fremgår af Tabel 6.2. Eksempelvis ses det, at kommunerne i 2021 skal betale 76.900 NOK for barnevernsinstitutioner pr. måned.

³²⁶ Barne- og likestillingsdepartement, 2007

³²⁷ Kommunerne kan ansøge Bufetat om statsrefusion for udgifter over egenandelen.

³²⁸ Multisystemisk Terapi (MST) og Funktionel Familierapi (FFT).

Tabel 6.2 Satser for kommunal egenbetaling pr. barn for barnevernstiltag (2021), NOK

Tiltak	Sats per måned
Barnevernsinstitusjoner	76.900
Barnevernsinstitusjoner - enslige, mindreårige asylsøkere og flyktninger fra omsorgssentre og asylmottak*	98.500
Senter for foreldre og barn med full forpleining	76.900
Senter for foreldre og barn der det føres egen husholdning	27.800
Egenandel ved refusjon av utgifter til forsterking av fosterhjem**	36.200
Statlige beredskaps- og familiehjem	36.200
MST (Multisystemisk terapi)	18.100
FFT (Funksjonell familierapi)	18.100
PMTO (Parent Management Training – Oregon-modellen)	0
Webster Stratton	0
Øvrige hjelpetiltak i kommunal regi som alternativ til plassering utenfor hjemmet avtales i det enkelte tilfelle ***	

Note: * Kommunene skal betale ordinær egenandel for opphold i institusjon for bosatte enslige mindreårige flyktninger

** Statens refusjon av utgifter til forsterking av kommunale fosterhjem omtales i Rundskriv Q-06/2007.

*** Hjelpetiltak i kommunal regi omtales i Rundskriv Q-06/2007.

Satsene for barnevernsinstitusjoner, kommunale fosterhjem og statlige beredskaps- og familiehjem gjelder per barn.

Kilde: Kontohjelp.no (2021).

I tillegg til den ordinære andel af anbringelsesudgifterne skal kommunerne dekke en række ekstraudgifter til tiltag, som ikke er en del af tilbudet. Det kan fx dreje sig om udgifter til ekstra bemanning eller særlige tiltag, som er forbundet med et evt. handicap hos barnet eller den unge.

Med den kommende barnevernsreform, som træder i kraft i 2022, får kommunerne et større betalingsansvar for indsatser i barnevernet. Formålet er at give kommunerne bedre muligheder for og et stærkere incitament til at prioritere forebyggende indsatser til børn og familier. Konkret betyder reformen, at refusionsordningen på familieplejeområdet³²⁹ fjernes, dvs. statens medfinansiering bortfalder, og at kommunernes andel af udgifterne til statslige barneværnstilbud øges. Kommunerne vil blive kompensert for det øgede økonomiske ansvar via et øget rammetilskud.³³⁰

Ud over betalingsansvaret på barnevernsområdet har kommunerne ansvaret for at finansiere udgifter til kommunale sundhedsfaglige opgaver (helsetjenester i hjemmet) på det specialiserede socialområde efter helse- og omsorgstjenesteloven, fx sygepleje, ergoterapi og fysioterapi.³³¹

Endelig blev der som led i den såkaldte 'samhandlingsreform' fra 2012 indført kommunal medfinansiering af bestemte patientgrupper eller behandlingsformer, som leveres af specialhelsetjenesten, samt et øget kommunalt betalingsansvar for udskrivningsklare patienter.³³² Begrundelsen for disse økonomiske styringstiltag var at give kommunerne et incitament til i højere

³²⁹ Som reglerne er i dag (før reformens ikrafttræden), modtager kommunerne statsrefusion for nogle af udgifterne til forstærket plejefamilie. Tiltag i den forbindelse (forsterkningstiltak) omfatter bl.a. ekstra vejledning til plejeforældrene eller frikøb fra job. Se også afsnit 6.2.2.

³³⁰ Prop. 73 L (2017).

³³¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2.

³³² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-3.

grad at satse på forebyggende behandling for at undgå indlæggelser og tage imod færdigbehandlede patienter.³³³ Den kommunale medfinansiering af specialihelsetjenester blev dog ophævet af den norske regering allerede i 2014 efter længere tids politisk debat.³³⁴

Statens betalingsansvar

Staten har – gennem de regionale helseforetak – i udgangspunktet betalingsansvaret for udgifter til indsatser efter specialihelsetjenesteloven, fx misbrugsbehandling.³³⁵ De regionale helseforetak er i hovedtræk finansieret af en basisbevilling og en aktivitetsbaseret finansiering.³³⁶

På barnevernsområdet dækker staten (ved Bufetat) anbringelsesudgifter og visse udgifter til specialiserede hjælpetiltag³³⁷, som overstiger den andel af udgifterne, som kommunen har pligt til at betale (se ovenfor). Bufetat er med andre ord betalingsansvarlig for de udgifter, som ligger ud over kommunernes egenandel.³³⁸ I forhold til anbringelse i plejefamilie betyder det i praksis, at staten dækker udgifter til anbringelse i forstærkede plejefamilier, jf. refusionsordningen på familieplejeområdet, og specialiserede plejefamilier (statlige beredskaps- og familiehjem).³³⁹ Bufetats økonomiske ansvar gælder for børn og unge under 20 år.³⁴⁰

Et tredje måde, hvorpå staten afholder udgifter inden for det specialiserede socialområde, er gennem den såkaldte 'Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester'. Ordningen, som er en norsk pendant til den centrale refusionsordning i Danmark, blev indført i 2004 og har til formål at sikre, at kommuner med mange modtagere af ressourcekrævende helse- og omsorgsrelaterede indsatser har økonomi til at tage sig af dem. I korte træk indebærer ordningen, at dele af kommunernes udgifter knyttet til de dyreste modtagere op til 67 år afholdes af staten. Det kan blandt andet være personer med udviklingshæmning, fysisk funktionsnedsættelse, misbrugsproblemer og psykiske lidelser.³⁴¹

Toppfinansieringsordningen fungerer på den måde, at når de årlige udgifter til en borger overstiger et vist beløb, får kommunen kompensation for en andel af de overskydende udgifter. I 2018 var grænsen 1.235.000 NOK, og kompensationsgraden for udgifterne herudover var 80 %. Det er Stortinget, som hvert år træffer beslutning om beløbsgrænse og kompensationsgrad. Ordningen forvaltes af Helsedirektoratet (på vegne af Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KMD), og kontrollen med ordningen sker i kommunen, i kommunerevisionen og i Helsedirektoratet. I 2019 blev der udbetalt et samlet beløb på ca. 10,2 mia. NOK til kommunerne som refusion for afholdte udgifter i 2018.³⁴² Tabel 6.3 viser udviklingen i Toppfinansieringsordningen i perioden 2004-2018.

³³³ Forskningsrådet, 2016

³³⁴ Nødland & Rommetvedt, 2019

³³⁵ Helsedirektoratet, 2013

³³⁶ NOU, 2020, s. 166

³³⁷ Staten finansierer dog fuldt ud udgifter til Parent Management Training - Oregon (PMTO) og Webster Stratton (også kaldet 'de utrolige år' eller DUA).

³³⁸ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 65

³³⁹ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 68

³⁴⁰ Barnevernloven § 9-4.

³⁴¹ KS, 2018

³⁴² Lunder et al., 2019

Tabel 6.3 Toppfinansieringsordningen i Norge: Udviklingen i udbetalinger, modtagere, kompensationsgrad og beløbsgrænser, 2004-2018. NOK.

År	Udbetalinger i mio. NOK (løbende priser)	Antal modtagere	Kompensationsgrad (%)	Beløbsgrænse	Ændring i beløbsgrænse (NOK)
2004	1.506	3.398	80	700.000	0
2005	1.852	3.766	80	725.000	0
2006	1.700	3.676	70	745.000	0
2007	2.018	4.013	70	770.000	0
2008	2.966	4.505	85	800.000	0
2009	3.998	5.299	85	835.000	0
2010	4.160	5.527	80	865.000	0
2011	4.655	5.742	80	895.000	0
2012	5.330	6.118	80	935.000	0
2013	6.361	6.667	80	975.000	0
2014	7.271	7.125	80	1.010.000	0
2015	8.264	7.517	80	1.043.000	0
2016	8.642	7.781	80	1.081.000	+10.000
2017	9.039	7.927	80	1.157.000	+50.000
2018	9.655	8.418	80	1.235.000	+50.000

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet et al. (2018).

Udligning mellem kommunerne

Et af hovedprincipperne i den norske udligningsordning (inntektssystemet) er udgiftsudligningen.³⁴³ Formålet med udgiftsudligningen er at give kommunerne lige mulighed for at levere velfærdsydelser. Udgiftsudligningen er – som i Danmark – baseret på objektive kriterier, som ikke kan påvirkes direkte af lokale prioriteringer. Ud over alderssammensætningen i befolkningen opgøres kommunernes udgiftsbehov ud fra en række socioøkonomiske forhold såsom antal personer med lav indkomst og antal personer med udviklingshæmning på 16 år og derover.

Mulige fordele og ulemper

En mulig fordel ved den måde, hvorpå betalingsansvaret er placeret i Norge på det specialiserede socialområde, drejer sig om statens betalingsansvar på det specialiserede børne- og ungdoms- og ungeområde. Her fremgår det af den norske regerings lovforslag om ændring af barnevernloven (barnevernsreformen) fra 2017, at nuværende regler om delt betalingsansvar for brug af institutionspladser mellem kommune og stat bør bibeholdes. Argumentet er, at selvom kommunerne har pligt til at lægge vægt på hensynet til barnets eller den unges behov ved valg af indsats, vil en for stor udgiftsbelastning for kommunerne kunne give økonomiske incitamenter, som kunne føre til for få institutionsanbringelser.³⁴⁴

I forhold til mulige ulemper kan der henvises til en undersøgelsesrapport fra 2015, hvor det hævdes, at finansieringsansvaret for barnevernet kun i grove træk følger myndighedsansvaret, og at staten og kommunerne i mange tilfælde står over for forskellige incitamenter i valget

³⁴³ Borge et al. (2018).

³⁴⁴ Barne- og ligestillingsdepartementet, 2017, 100.

mellem forskellige indsatser til barnet eller den unge.³⁴⁵ Ifølge rapporten har den manglende sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret på området affødt en række udfordringer for Bufetat, herunder dårlige kontrolmuligheder med udgiftsudviklingen i det statslige barnevern og et svagt incitament til tidlige, forebyggende indsatser i kommunerne.³⁴⁶ I den forbindelse kan der peges på, at formålet med barnevernsreformen og indførelsen af en ny finansieringsmodel bl.a. er generelt at understøtte en tættere sammenhæng mellem myndigheds- og betalingsansvaret på barnevernsområdet.³⁴⁷

Som tilfældet er i Danmark, jf. afsnit 6.1.2, peger flere videnspersoner i Norge på den mulige ulempe, at kommunernes rammevilkår kan have en betydning for, hvilke indsatser borgerne tilbydes. Her gøres der bl.a. opmærksom på, at især de mindste kommuner kan have vanskeligheder ved at tilbyde borgerne en tilstrækkelig indsats. Videnspersonerne påpeger dog samtidig, at generelle og sektorspecifikke styringsmidler såsom mellemkommunal udlicensing og Toppfinansieringsordningen til en vis grad kan danne modvægt til de potentielle ulemper for borgerne af placeringen af betalingsansvaret hos kommunerne.

En tredje mulig ulempe knytter sig til Toppfinansieringsordningen. Her vurderer en vidensperson, at ordningen ikke giver kommunerne tilstrækkeligt incitament til at se kritisk på og begrænse eget ressourceforbrug. Ligesom ordningen begrænser statens muligheder for økonomisk kontrol, bl.a. fordi staten ikke selv vurderer borgerens behov. Ifølge videnspersonen kan disse forhold være med til at fordyre ordningen. En forskningsrapport fra 2020 underbygger dog ikke denne fremstilling.³⁴⁸ Tværtimod slås det fast i rapporten, at bekymringer om, hvorvidt toppfinansieringsordningen medvirker til et unødvendigt højt ressourceforbrug, i al væsentlighed er ubegrundede.

6.1.3 Sverige

Kommunernes betalingsansvar

I Sverige er det kommunerne, som i udgangspunktet afholder udgifter til ydelser og tilbud efter SoL og LSS samt øvrig relevant lovgivning inden for det specialiserede socialområde i Sverige, jf. afsnit 2.1.3.

Kommunerne deler dog betalingsansvaret med staten i relation til personlig assistance. Her finansierer kommunerne de første 20 assistenttimer pr. uge, mens staten (ved Försäkringskassan) afholder øvrige udgifter, hvis behovet for personlig assistance til *grundlæggende* behov overstiger 20 timer pr. uge.³⁴⁹ Det gælder samtidig, at hvis Försäkringskassan ikke vurderer, at borgeren har grundlæggende behov for hjælp i mindst 20 timer pr. uge, så har kommunerne betalingsansvaret for samtlige assistenttimer.³⁵⁰

³⁴⁵ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 61.

³⁴⁶ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 134-135.

³⁴⁷ Grünfeld et al., 2020, s. 148.

³⁴⁸ Brandtzæg et al., 2020

³⁴⁹ Kommunerne har ansvaret for personlig assistance (PA) efter LSS, mens staten har ansvaret for assistansersætning (AE) efter SFB, jf. også kapitel 3 og 4. Af eksempler på 'grundlæggende behov' kan nævnes hjælp til at trække vejret, at indtage måltider, at klæde sig på og af, at sørge for personlig hygiejne eller at kommunikere med andre, jf. SFB kap. 51 § 3 og LSS § 9a.

³⁵⁰ <https://www.regeringen.se/48ea1e/contentassets/fa05bcf02bf24a89b3d843c2dd3ebe53/oversyn-av-yrket-personlig-assistent.pdf>

Kommunerne deler betalingsansvaret med staten for den del af misbrugsbehandlingen, som foregår i LVM-hem i regi af SiS³⁵¹. Endvidere deler kommunerne betalingsansvaret med staten for anbringelser på SiS-institutioner til unge efter LVU.³⁵²

Kommunerne har desuden betalingsansvaret for udgifter til kommunale pleje- og sundhedsydelser, herunder sygepleje.

Regionernes betalingsansvar

Inden for det specialiserede socialområde har regionerne betalingsansvaret for rådgivning og anden personlig støtte efter LSS § 9, stk. 1 (rådgivning och annat personligt stöd). Regionerne finansierer desuden i udgangspunktet udgifterne på sundhedsområdet, primært via skatteindtægter, herunder til psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling på sygehusene.

Statens betalingsansvar

Staten har det fulde betalingsansvar for udgifter til bestemte indsatser på det specialiserede socialområde, ligesom staten medfinansierer udvalgte indsatser.

Staten har det fulde betalingsansvar for pladser til kriminelle unge på sikrede SiS-institutioner (sluten ungdomsvård³⁵³). Desuden har staten via socialforsikringsystemet har det økonomiske ansvar for en række tilskud, herunder merudgiftsydelse til børn og voksne (merkostnadsersättning).

Som omtalt ovenfor i afsnittet om kommunernes betalingsansvar deler staten desuden betalingsansvaret med kommunerne vedrørende udgifter til bestemte ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde.³⁵⁴ Det drejer sig om personlig assistance (assistansersättning) samt udgifter til anbringelse på SiS-institutioner efter LVU samt misbrugsbehandling i LVM-hem drevet af SiS.

Endelig finansierer staten dele af regionernes udgifter på sundhedsområdet via generelle stats-tilskud, ligesom staten giver økonomisk støtte til bestemte formål inden for det specialiserede socialområde via øremærkede tilskud (specialdestinerade eller riktade statsbidrag). Eksempelvis kunne kommunerne i 2020 ansøge om tilskud til en forstærket indsats til børn og unge med psykiske vanskeligheder.³⁵⁵ Den svenske stat anvender øremærkede tilskud for på forskellig vis at styre offentlig virksomhed i bestemte retninger og for at opnå forskellige målsætninger.³⁵⁶

Udligning mellem kommunerne

I Sverige har man både et generelt mellemkommunalt udligningssystem og en særskilt mellemkommunal udligning vedrørende funktionsnedsættelser, benævnt 'LSS-udligning' (LSS-utjämningssystemet).^{357, 358} Indførelsen af LSS-udligning i 2004 hænger sammen med, at kom-

³⁵¹ Kommunerne betaler ca. 3/4 af udgifterne, jf. <https://www.stat-inst.se/om-sis/>

³⁵² Kommunerne betaler ca. 2/3 af udgifterne, jf. <https://www.stat-inst.se/om-sis/>

³⁵³ Jf. LSU, Lag om Sluten Ungdomsvård, der er medtaget her af hensyn til fuldstændigheden.

³⁵⁴ Hertil kommer, at regionerne i udgangspunktet er betalingsansvarlig for sundheds- og sygeplejen til personer, som opholder sig i den pågældende region (hälso- och sjukvård).

³⁵⁵ Socialdepartementet, 2018b

³⁵⁶ Statskontoret, 2016, s. 41.

³⁵⁷ Borge et al., 2018

³⁵⁸ LSS-udligningssystemet reguleres i lagen (2008:342) om utjämning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade och i förordningen (2008:776) om utjämning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade.

munernes LSS-udgifter og udgifter til personlig assistance (de første 20 timer) er ujævnt fordelt.³⁵⁹ Ifølge tal fra Statistikmyndigheden SCB omfordeles 4,7 mia. svenske kroner via LSS-udligningen i 2021.³⁶⁰

Mulige fordele og ulemper

Flere af interviewene med videnspersonerne i Sverige viser, at en mulig fordel ved placeringen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde, er, at hhv. myndigheds- og betalingsansvaret med visse undtagelser er placeret på det samme administrative niveau (fx i kommunen). Derudover viser flere af interviewene, at en mulig fordel ved det delte betalingsansvar mellem kommune og stat for personlig assistance og den mellemkommunale udligning kan skærme mindre eller økonomisk udfordrede kommuner mod store udgifter på området.

Afdækningen af området i Sverige viser, at der også kan identificeres nogle ulemper ved måden, hvorpå indsatser finansieres på området. Først og fremmest kan der peges på det 'dobbelte myndigheds- og betalingsansvar' i relation til personlig assistance. Emnet har været genstand for analyse i adskillige statslige udredninger, siden LSS trådte i kraft i 1994.³⁶¹ Det følger af udredningerne – og af flere af interviewene med videnspersonerne – at ordningen på området kan give kommunerne et økonomisk incitament til at visitere til personlig assistance i stedet for en anden, mindre udgiftskrævende indsats, da staten potentielt medfinansierer personlig assistance.

Som i de to andre lande påpeger flere videnspersoner desuden den mulige ulempe, at forskelle i kommunernes rammevilkår kan være bestemmende for, hvilke ydelser og tilbud borgerne tilbydes. Her peger videnspersonerne på, at kommunerne kan have udfordringer med at finansiere de dyreste indsatser såsom personlig assistance – til trods for mellemkommunal udligning og statslig medfinansiering.

En mulig ulempe knytter sig desuden til LSS-udligningssystemet. Således fremgår det af både interviewrunden og af en offentlig udredning fra 2018, at indretningen af udligningssystemet giver kommunerne et økonomisk incitament til at visitere til LSS-indsatser frem for indsatser, som ikke er omfattet udligningen, fx indsatser efter SoL.³⁶² En af de interviewede videnspersoner vurderer dog, at kommunerne ikke bevidst lader sig styre af dette incitament.

6.1.4 Sammenligning på tværs af landene

En sammenligning af placeringen af betalingsansvaret på det specialiserede socialområde i Danmark, Norge og Sverige viser, at det i alle tre lande i vidt omfang er kommunerne, der finansierer udgifter til ydelser og tilbud på området.

Sammenligningen viser samtidig, at staten i varierende omfang og på forskellig vis har andel i det økonomiske ansvar på området. En væsentlig forskel mellem de tre lande i den sammenhæng er, at den norske stat bærer en stor del af betalingsansvaret for barnevernsområdet.

Tabel 6.3 giver et overblik over, hvordan betalingsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde er fordelt mellem kommune, stat og evt. region i de tre lande.

³⁵⁹ SOU, 2018, s. 683ff

³⁶⁰ SCB, 2021

³⁶¹ SOU, 2018, s. 422ff

³⁶² SOU, 2018, s. 687

Tabel 6.4 Betalingsansvaret for indsatser på det specialiserede socialområde og det tilgrænsende sundhedsområde i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Betalingsansvar			
Kommune	Finansierer indsatser efter SEL Finansierer udgifter til misbrugsbehandling Medfinansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet, herunder til psykiatrisk behandling	Finansierer indsatser efter barnevernsloven, socialtjenesteloven samt helse- og omsorgstjenesteloven Medfinansierer anbringelser og visse specialiserede hjælpetiltag efter barnevernsloven Medfinansierer visse indsatser i specialhelsetjenesten	Finansierer udgifter til indsatser efter SoL og LSS
Region	Finansierer ydelser på sundhedsområdet, primært via et statsligt bloktilskud og en kommunal medfinansiering	<i>Ikke relevant i denne sammenhæng</i>	Finansierer udgifter til rådgivning og anden personlig støtte efter LSS Finansierer ydelser på sundhedsområdet
Stat	Medfinansierer visse indsatser efter serviceloven, fx merudgiftsydelse Finansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet via bloktilskud	Finansierer indsatser i specialhelsetjenesten Finansierer anbringelser og specialiserede hjælpetiltag efter barnevernsloven	Finansierer visse sociale ydelser, fx merudgiftsydelse Medfinansierer visse indsatser efter SoL og LSS, fx misbrugsbehandling i LVM-hem og personlig assistance Medfinansierer regionernes udgifter på sundhedsområdet
Særlige finansieringsordninger			
Statslig medfinansiering af udgifter til dyre enkeltsager	Ja (Den centrale refusionsordning for særligt dyre enkeltsager)	Ja (Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester)	Ja (Personlig assistance)
Særlig udligningsordning for udgifter til personer med handicap	Nej	Nej	Ja

Note: I alle tre lande kan der i visse tilfælde opkræves en egenbetaling for en ydelse eller et tilbud hos borgeren. Dette fremgår ikke af tabellen.

Et fællestræk ved de tre lande er, at myndigheds- og betalingsansvaret på det specialiserede socialområde i hovedtræk følges ad. I Norge taler man her om 'det finansielle ansvarsprincip', som indebærer, at det forvaltningsniveau, som har myndighedsansvaret for en opgave, også har betalingsansvaret.³⁶³ Der er dog i alle tre lande eksempler på undtagelser fra dette princip. Her kan der bl.a. peges på den statslige medfinansiering af dyre enkeltsager i Danmark og Norge.

I alle tre lande peger videnspersoner endvidere på, at tilstedeværelsen af forskellige styringsmekanismer kan danne modvægt til de potentielle ulemper ved forskellene i kommunernes rammevilkår. Eksempelvis skal udligningssystemer og statslig medfinansiering i de tre lande bidrage til at sikre nogenlunde lige økonomiske forudsætninger i kommunerne. Samtidig viser landesammenligningen, at der inden for visse dele af det specialiserede socialområde kan være uhensigtsmæssige incitamenter forbundet med manglende sammenhæng mellem myn-

³⁶³ Ekhaugen & Rasmussen, 2015, s. 134.

digheds- og betalingsansvaret. Både danske og norske videnspersoner peger her på, at kommunerne i teorien har incitament til en myndighedspraksis, som øger statens refusionsudgifter på området. I begge lande savnes der dog dokumentation for, at kommunerne reelt har en adfærd, som er styret af dette incitament.

6.2 Finansieringsmodeller

I dette afsnit afdækker vi, hvordan leverandører af sociale ydelser og tilbud finansieres i de tre lande, dvs. hvordan betalingsansvaret udmøntes. Vi beskriver desuden mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsmodeller.

6.2.1 Danmark

I Danmark finansieres langt hovedparten af indsatserne på det specialiserede socialområde ved takstbetaling. Øvrige finansieringsmodeller omfatter abonnementsordninger samt forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar. På udvalgte tilbudstyper er der imidlertid i lovgivningen fastsat særlige finansieringsmodeller, jf. 'objektiv finansiering'. Derudover sker der aflønning af plejefamilier med plejevederlag, ligesom de modtager ydelser til dækning af udgifter forbundet med plejeopgaven. Tabel 6.5 giver et overblik over forskellige finansieringsmodeller på det specialiserede socialområde i Danmark.

Tabel 6.5 Finansieringsmodeller på det specialiserede socialområde i Danmark

Model	Princip	Anvendelsesområde
Takstbetaling	Betaling er koblet direkte til forbrug	Størstedelen af indsatserne efter serviceloven
Abonnementsordninger	Betaling er uafhængig af forbruget – kommunen køber en generel trækingsret på en konkret ydelse eller ydelsespakke	Særligt ydelser i kommunikationscentre
Forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar	Betaling er uafhængig af forbruget	<i>VIVE har ikke kunnet identificere anvendelsesområdet</i>
Objektiv finansiering	Betaling er uafhængig af forbruget – alle kommuner betaler på baggrund af en fordelingsnøgle baseret på objektive kriterier, fx folketal	<ul style="list-style-type: none"> - To specifikke landsdækkende tilbud* - Tilsyn med og godkendelse af plejefamilier - Ubenyttede særlige pladser på psykiatrisk afdeling
Kombination af takstbetaling og objektiv finansiering (delvist objektiv finansiering)	En del af betalingen er afhængig af forbruget, mens resten betales ud fra objektive kriterier gennem en fordelingsnøgle mellem kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> - Sikrede døgninstitutioner for børn og unge (retlige pladser)** - De regionale børnehuse
Plejevederlag mv.	Betaling er koblet til forbrug (frekvens og intensitet)	Plejefamilier

Note: *Kofoedsminde og Døvekonsulentordningen ved CFD. ** Unge kan også anbringes på en sikret institution, hvis der er behov for en særlig socialpædagogisk indsats (sociale pladser). I disse tilfælde opkræves der en fast takst.

Kilde: Social- og Integrationsministeriet (2013a) og Deloitte (2016), tilvirket af VIVE.

Takstbetaling

På det specialiserede socialområde i Danmark finansieres udgifter til indsatser efter serviceloven som hovedregel ved takstbetaling. Takstbetaling betyder, at de visiterende kommuner for

hver borger eller plads i tilbuddet betaler en på forhånd aftalt pris til leverandøren.³⁶⁴ Der afregnes således i princippet efter forbrug. Taksterne fastsættes af driftsherren på baggrund af samtlige budgetterede, direkte og indirekte langsigtede omkostninger ved levering af ydelsen eller drift af tilbuddet. De lovgivningsmæssige rammer for prisfastsættelse af tilbud på det specialiserede socialområde er bl.a. fastsat i serviceloven og takstbekendtgørelsen. Flere forhold i relation til takstbekendtgørelsen bliver dog i praksis aftalt gennem rammeaftalerne.

Abonnementsordninger samt forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar

I stedet for takstbetaling er det muligt at indgå aftale om abonnementsordninger eller andre ordninger, der indebærer fælles finansiering uden direkte sammenhæng til anvendelsen af tilbuddene. Sådanne ordninger anvendes i mindre udstrækning på det specialiserede socialområde i Danmark.

Ved abonnementsordninger køber kommunen en generel trækingsret på en konkret ydelse eller ydelsespakke frem for et konkret fastsat antal ydelser eller pladser i tilbuddet. Abonnementsordningerne gælder kun de kommuner, der har indgået en aftale om at benytte tilbuddet pga. dets særlige viden eller ekspertise. Øvrige kommuner vil kunne benytte tilbuddet med takstbetaling. En abonnementsordning kan ses som en forsikringsordning for de deltagende kommuner. Nogle år vil trækkes fra kommunens borgere være større end den pris, den pågældende kommune betaler i abonnement, og andre år vil trækkes være mindre. Abonnementsordninger anvendes i dag primært i forhold til kommunikationsområdet.

En 'forpligtende købsaftale' er en aftale, hvor en eller flere kommunalbestyrelser garanterer for betaling af et bestemt antal pladser, i et tilbud, i en aftalt periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Endelig er 'aftaler om delt finansieringsansvar' aftaler, hvor en eller flere kommuner bidrager til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre. Det har ikke været muligt at afdække viden om anvendelsen af disse to aftaletyper i Danmark på systematisk vis.

Der kan dog peges på, at KKR Hovedstaden³⁶⁵ har udviklet en økonomimodel, som bygger på takstbekendtgørelsens mulighed for, at kommunerne kan indgå forpligtende købsaftale med driftsherrer om køb af et antal pladser i en periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Med økonomimodellen kan der gives en underskudsgaranti til driftsherrer, som påtager sig at etablere nye pladser i eksisterende tilbud og fremadrettet helt nye tilbud. Underskudsgarantien træder kun i kraft, hvis der bliver ledige pladser på nyetablerede tilbud. Fokus vil i første omgang være på udvikling af tilbudsviften til målgruppen voksne med autismespektrumforstyrrelser kombineret med selvskadende adfærd, afvigende seksuel adfærd, udadreagerende adfærd e.l.³⁶⁶ Økonomimodellen er i 2021 godkendt af KKR Hovedstaden og skal i 2021 godkendes af de 29 kommunalbestyrelser i Region Hovedstaden.

Objektiv finansiering og delvis objektiv finansiering

Objektiv finansiering indebærer, at alle kommuner bidrager til finansieringen af et tilbud uafhængig af deres forbrug heraf. En grundlæggende mekanisme ved objektiv finansiering er så-

³⁶⁴ Takster for ophold på kvindekrisecentre samt forsorgshjem og herberger fastsættes dog som faste takster.

³⁶⁵ KKR (kommunekontaktråd) en del af KL's politiske organisation og er et samarbejde mellem kommunalbestyrelserne, hvor opgaven er at varetage kommunernes fælles interesser på de områder, hvor der skal koordineres og samarbejdes kommunerne imellem samt mellem kommunerne og regionen. KL har et KKR i hver af de fem regioner.

³⁶⁶ KKR Hovedstaden, 2021

ledes, at tilbuddene ikke bliver efterspørgselsstyrede via finansieringen. I modsætning til finansiering via abonnementsordning er der ved objektiv finansiering tale om tvungen deltagelse i ordningen for kommunerne.

Fuld objektiv finansiering anvendes i dag alene på specialrådgivningsfunktioner på de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt på driften af den sikrede boform Kofoedsminde for voksne udviklingshæmmede med dom eller idømt en foranstaltning og Døvekonsulentordningen ved CFD.

Ved 'delvis objektiv finansiering' forstås, at betalingen sker ved en kombination af objektiv finansiering og takstbetaling. Denne finansieringsmodel anvendes bl.a. for de regionale børnehuse.³⁶⁷

Plejevederlag mv.

Der er i Danmark ikke lovgivningsfastsatte regler for plejevederlag, hvorfor der findes forskellige modeller for fastsættelse og genforhandling af vederlag. En KL-undersøgelse fra 2019 viser, at kommunerne overvejende benytter tre forskellige typer af honoreringsmodeller for plejefamilier: den klassiske model beskrevet i KL's håndbog for familieplejere (ca. 80 %), gennemsnitsmodellen (ca. 14 %) og livsfasemodellen (ca. 6 %).³⁶⁸ På baggrund af undersøgelsen har KL vejledende anbefalet brug af gennemsnitsmodellen.³⁶⁹

Beregningsgrundlaget for honorering af plejefamilier kaldes plejevederlag. Som udgangspunkt betragtes plejefamilier som selvstændige erhvervsdrivende, og der udarbejdes derfor en kontrakt mellem kommunen og plejefamilien. I kontrakten fastsættes det antal vederlag, som plejefamilien skal honoreres med for den konkrete plejeopgave. Honoreringen tager typisk afsæt i plejebarnets støttebehov. Ud over plejevederlag omfatter honoreringen ydelser til dækning af plejefamiliens omkostninger i forbindelse med plejeforholdet. Dækning af plejefamiliens udgifter i øvrigt skal være med til at sikre, at plejebarnet, så vidt det er muligt, ligestilles med plejefamiliens egne børn.³⁷⁰

Hvert år udsender KL en vejledende taksttabel på området for udsatte børn og unge, som bl.a. indeholder oplysninger om vederlag til og satser for omkostningsdækning for plejefamilier.

Det bemærkes, at netværksplejefamilier ikke modtager honorering. Der gælder i stedet et princip om, at anbringelsen skal være omkostningsneutral for familien. Kommunen skal derfor, ud over godtgørelse for kost og logi, dække netværksplejefamiliens øvrige og ekstraordinære omkostninger ved at have barnet eller den unge boende. Netværksplejefamilier kan desuden efter en konkret vurdering få hel eller delvis hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste.³⁷¹

Mulige fordele og ulemper

På baggrund af VIVEs desk research – og til dels interviewene med videnspersonerne – kan der identificeres nogle mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsmodeller, som anvendes på det specialiserede socialområde i Danmark.

Blandt mulige fordele ved takstbetaling kan der peges på mindst fire. For det første indebærer anvendelsen af omkostningsbaserede takster, at betalingen er direkte koblet til forbruget af

³⁶⁷ Social- og Indenrigsministeriet, 2013b

³⁶⁸ KL, 2019a

³⁶⁹ KL, 2019b

³⁷⁰ KL, 2009

³⁷¹ Jf. servicelovens § 66 b, stk. 4.

ydelse og tilbud. For det andet kan takstbetaling i princippet fremme gennemsækelighed og sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud og dermed sikre fri og lige konkurrence, hvilket bl.a. er understøttet af regler om omkostningsbaserede takster. For det tredje kan takstbetaling understøtte kommunerne som myndighed i at sammenligne pris og indhold. Endelig har takstbetaling som udgangspunkt et indbygget incitament for driftsherren til at tilpasse og udvikle tilbuddet for at sikre efterspørgsel efter pladserne.³⁷²

Blandt de mulige ulemper ved takstfinansieringen kan der for det første peges på, at finansieringsmodellen ikke giver driftsherren sikkerhed for at kunne fortsætte med nuværende ydelser, kvalitet, antal pladser mv. I den forbindelse kan meget specialiserede tilbud være særligt sårbare, da efterspørgslen er svær at forudsige, idet målgruppen er lille og geografisk spredt. Hertil kommer, at en række af de meget specialiserede tilbud yder kortere midlertidige indsatser. Vigende efterspørgsel kan derfor på kort tid gøre tilbuddene sårbare. En anden potentiel ulempe er, at driftsherren i de tilfælde, hvor denne kun i begrænset omfang, eller slet ikke, er med til at finansiere tilbuddet, kun har et begrænset incitament til effektiv drift og afdæmpet takstudvikling. Denne mulige ulempe er især relevant i forhold til de kommunale tilbud, hvor hovedparten af pladserne købes af andre kommuner, og i forhold til private og regionalt drevne tilbud, da driftsherren her ikke selv er aftager af tilbuddet.³⁷³ Blandt andet derfor aftales takstudviklingen for kommunale og regionale tilbud som nævnt i regi af rammeaftalerne.

I relation til de øvrige finansieringsmodeller kan der peges på den mulige fordel ved objektiv finansiering, at bestemte tilbud står til rådighed for alle kommuner, uanset det aktuelle behov i den enkelte kommune. På den måde har man forsøgt at sikre det økonomiske grundlag for tilbud til små målgrupper med komplekse behov og give incitament til oprettelse og drift af specialiserede tilbud med varierende efterspørgsel. En grundlæggende mekanisme ved objektiv finansiering er dog, at tilbuddene via finansieringen ikke bliver efterspørgselsstyrede, og at driftsherrens incitamenter til effektiv drift og udvikling af tilbuddet dermed potentielt svækkes. Der kan således være risiko for, at kommunerne via den objektive finansiering finansierer unødig kapacitet.³⁷⁴

Afslutningsvist skal det anføres, at der i de senere år har været øget opmærksomhed på den måde, hvorpå plejefamilier honoreres i Danmark. Diskussionerne har bl.a. drejet sig om konsekvenserne af forskellige honoreringsmodeller på området, herunder udgifter til administration og de økonomiske effekter af forskellige modeller.³⁷⁵

6.2.2 Norge

Den enkelte norske kommune kan løfte sin forsyningsforpligtelse ved brug af tilbud, som den selv driver eller ved at købe pladser i tilbud, som er drevet af andre offentlige eller private leverandører. Hertil kommer, at staten også gør brug af private leverandører, eksempelvis på barnevernsområdet. Se også afsnit 4.1.2 og 4.2.2.

Når offentlige myndigheder vælger at købe ydelser og tilbud fra private leverandører, vil der normalt være tale om et offentligt indkøb (offentlig anskaffelse), som skal følge reglerne for

³⁷² Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷³ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷⁴ Social- og Indenrigsministeriet, 2013a

³⁷⁵ Se fx KL, 2019

offentligt indkøb³⁷⁶ – se også afsnit 4.1.2. For at kunne levere ydelser og tilbud på vegne af en kommune eller staten må den private leverandør indgå en aftale med den pågældende myndighed. Når det offentlige vælger at indgå aftale med en privat leverandør inden for rammerne af regler om offentlige indkøb (anskaffelsesregelverket)³⁷⁷, indgås der typisk en rammeaftale med en eller flere leverandører eller en enkeltkontrakt.³⁷⁸ Undtagelsesvis kan der gennemføres indkøb uden forudgående konkurrenceudsættelse.³⁷⁹ Finansieringen af den private leverandør reguleres i den konkrete aftale med den offentlige part. I modsætning til i Danmark findes der i Norge ikke nationale bestemmelser for, hvordan ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde skal prissættes. Nogle af de interviewede videnspersoner peger på, at forskelle i 'bestillerkompetencer', dvs. køberkommunens kompetence til at vurdere indhold og kendetegn ved den pågældende ydelse eller det pågældende tilbud, kan have betydning for kvaliteten af indkøbene, fx overkompensation af leverandøren. Her peges der bl.a. på, at især mindre kommuner potentielt set har en lavere bestillerkompetence, da det kræver en vis størrelse og kapacitet at etablere og opretholde tilstrækkelig faglig viden og erfaring med køb af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde. En vurdering, som også kan findes i en omfattende offentlig udredning fra 2020 om offentligt finansierede velfærdstjenester i Norge.³⁸⁰ Af udredningen fremgår det i øvrigt, at norske kommuner har udfordringer med at indrette finansieringsmodeller på en hensigtsmæssig måde. Kommunerne henviser bl.a. til, at der mangler nationale vejledninger på området (som der fx findes i Sverige, se afsnit 6.2.3). Til at bistå kommunerne med rådgivning, undervisning og vejledning om offentligt indkøb – og herigennem understøtte bestillerfunktionen – er der i KS-regi etableret et fagligt forum benævnt 'KS Innkjøpsforum' (KSI). KSI's overordnede formål er at højne forståelsen og skabe viden om indkøb i den offentlige sektor med sigte på en effektiv brug af samfundets ressourcer. Herudover peger en vidensperson på, at især de mindre kommuner trækker på større kommuners viden om og erfaringer med eksterne køb, hvilket også kan kompensere for lavere bestillerkompetence.

Samarbejde på tværs af kommuner

Mellemkommunalt samarbejde (interkommunalt samarbeid) er en anden – og mindre udbredt – måde, hvorpå kommunerne løfter forsyningsforpligtelsen på det specialiserede socialområde. Se også afsnit 4.2. Der findes forskellige finansieringsmodeller for tværkommunalt samarbejde.³⁸¹ Fælles for dem er, at fastsættelsen af de nærmere principper for finansieringsdelen af samarbejdet er lovbestemt. Eksempelvis fremgår det af lovgivning, at der ved dannelsen af et såkaldt 'vertskommunesamarbeid' skal indgås en skriftlig samarbejdsaftale, og at samarbejdsaftalen bl.a. skal indeholde bestemmelser om det økonomiske forhold mellem samarbejdskommunerne og værtskommunen.³⁸²

³⁷⁶ Ydelser og tilbud, som efter en konkret vurdering anses at være delegeret offentlig myndighedsudøvelse, er i princippet undtaget indkøbsreglerne. Det gælder bl.a. visse barnevernstjenester, som købes af Bufetat. I disse tilfælde står det den offentlige myndighed frit at afgøre, om der skal ske konkurrenceudsættelse.

³⁷⁷ Regjeringen, 2017

³⁷⁸ NOU, 2020, s. 84

³⁷⁹ Nærings- og fiskeridepartementet, 2017, s. 343

³⁸⁰ NOU, 2020

³⁸¹ KS, 2013

³⁸² Kommunelovens § 28 a-k.

Plejevederlag mv.

Som i Danmark består de økonomiske rammebetingelser for de norske plejefamilier, herunder netværksplejefamilier (slekt- og nettverksfosterhjem), i udgangspunktet af vederlag (arbejdsgodtgøring) og godtgørelse af udgifter forbundet med plejeopgaven (udgiftsdekning).³⁸³ Såfremt barnet eller den unge har brug for særlig hjælp og støtte, kan der bevilges ekstra tiltag (forsterkningstiltak), som kan indebære yderligere kompensation af plejefamilien. Eksempelvis kan en plejeforælder i en periode blive frikøbt helt eller delvist fra sit job og få dækket tabt arbejdsfortjeneste.

Også i Norge står det kommunerne frit for at fastsætte størrelsen af vederlag og udgifter tilknyttet plejeopgaven, omend de opfordres til at gøre brug af vejledende satser, som udarbejdes og udgives af KS.³⁸⁴ Tabel 6.6 viser vejledende månedlige godtgørelsessatser til en plejefamilie, fordelt på vederlag (arbejdsgodtgøring) og dækning af udgifter forbundet med opgaven (udgiftsdekning) pr. 1. juli 2020.

Tabel 6.6 Vejledende månedlige godtgørelsessatser til en norsk plejefamilie pr. 1. juli 2020

Alder	Vederlag (arbejdsgodtgøring)	Udgifter forbundet med plejeopgaven (udgiftsdekning)	I alt
0-6 år	8.535	5.520	14.055
6-11 år	8.535	6.845	15.380
11-14 år	8.535	7.485	16.020
15 år og derover	8.535	8.125	16.658

Kilde: KS (2020).

Det skal bemærkes, at en udredning om brugen af private leverandører af offentligt finansierede velfærdsydelser fra 2020 viser, at den økonomiske godtgørelse af plejefamilier i Norge generelt er højere for private og statslige plejefamilier (private fosterhjem og statlige familie-hjem) end kommunale plejefamilier.³⁸⁵

Mulige fordele og ulemper

Der kan identificeres nogle mulige ulemper ved den måde, leverandører på det specialiserede socialområde finansieres i Norge. For det første hævdes det i politiske debatter i Norge, at en konsekvens er, at nogle private leverandører af offentligt finansierede velfærdsydelser har fortjenester, som opfattes som urimelig høje (også kaldet 'superprofit'). Også inden for det specialiserede socialområde. En af de interviewede videnspersoner giver dog udtryk for, at debatten i Norge til tider er ideologisk præget. Et ekspertudvalg (Velferdstjenestevalget) blev i 2018 nedsat af den norske regering for at se nærmere på brugen af private leverandører af velfærd, herunder analysere de private aktørers økonomiske resultater og lønsomhed.³⁸⁶ Udvalgets udredning fra 2020 giver dog ikke et klart svar på, om private leverandører af velfærdsydelser i Norge generelt realiserer et normalafkast, eller om deres indtjening overstiger normalafkastet (superprofit).³⁸⁷ Udvalget påpeger samtidig, at der bør være særlig opmærksomhed på private leverandører inden for barnevernsområdet og specialisthelsetjenesten.³⁸⁸ En anden mulig

³⁸³ Størrelsen af vederlaget (arbejdsgodtgøringen) er uafhængig af barnets alder, mens øvrige udgifter (udgiftsdekning) derimod er aldersinddelt og øges med barnets eller den unges alder.

³⁸⁴ NOU, 2018, s. 116ff

³⁸⁵ NOU, 2020, s. 221

³⁸⁶ NOU, 2020

³⁸⁷ NOU, 2020, s. 431-432

³⁸⁸ NOU, 2020, s. 28

ulempe er, at det kan være ressourcetrækkende, især for mindre kommuner, at gennemføre udbud af offentligt finansierede tilbud, ligesom det forudsætter faglig specialisterviden om udbudsregler. Her kan kommunerne benytte sig af rådgivning og vejledning fra KSI, jf. også ovenfor.

6.2.3 Sverige

Kommunerne i Sverige kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved selv at levere tilbud og ydelser eller ved at overlade driftsopgaver til andre leverandører, herunder bl.a. kommuner, regioner, private leverandører og kommuneejede virksomheder. Se også afsnit 4.1.3 og 4.2.3.

Offentligt finansierede ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde, som overlades til private leverandører, udbydes i Sverige efter enten den offentlige udbudslov (lagen om offentlig upphandling, LOU) eller loven om fritvalgssystem (lagen om valfrihedssystem, LOV).³⁸⁹ Der kan desuden ske direkte tildeling uden afholdelse af udbud (direktupphandling). Leverandørerne kan finansieres på forskellig vis. Principielt kan der skelnes mellem tre typer af finansieringsformer, jf. tabel 6.7. Finansieringsformerne kan anvendes i forskellige kombinationer i etableringen af en egentlig finansieringsmodel.

Tabel 6.7 Mulige finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige

Finansieringsform	Betalingsprincip	Eksempel på anvendelsesområde
Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning)	Betaling er uafhængig af forbrug/produktion	Pr. botilbudsplads, uafhængig af, om pladsen er belagt eller ej, dvs. belægningsgrad
Variabel betaling (rörlig ersättning)	Betaling er koblet til forbrug/produktion	Pr. belagt botilbudsplads
Resultat-/målbaseret betaling (målrelaterad ersättning)	Betaling er koblet til opfyldelse af resultater/mål	Pr. opfyldt mål for brugertilfredshed

Note: VIVEs oversættelse af de svenske betegnelser for de tre finansieringsformer er: bevillingsbaseret, variabel samt resultat-/målbaseret betaling. Bevillingsbaseret og variabel betaling synes dog at udtrykke de samme principper, som findes i de danske udgaver af hhv. ramme- og takstfinansiering.

Kilde: Upphandlingsmyndigheten (2016), tilvirket af VIVE.

Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning) indebærer, at leverandøren får en betaling, som i princippet er uafhængig af, hvor meget velfærd der produceres, mens variabel betaling (rörlig ersättning) er direkte koblet til velfærdsproduktionen. I praksis betyder det eksempelvis, at en myndighed (fx kommunen) bærer risikoen for tomgang ved finansiering af leverandøren efter bevillingsbaseret betaling, mens kommunen ikke skal betale leverandøren for evt. tomme pladser ved finansiering efter variabel betaling. Fælles for de to finansieringsformer er, at leverandørens betaling ikke afhænger af, om indsatserne leveres med høj eller lav kvalitet. Resultat-/målbaseret betaling (målrelaterad ersättning) derimod er netop indrettet sådan, at leverandøren betales efter, i hvilken grad leverandøren opfylder aftalte mål for indsatsen. Det kan fx være brugertilfredsheds mål eller progressionsmål.

Ifølge Upphandlingsmyndigheten er de mest anvendte finansieringsformer på det specialiserede socialområde bevillingsbaseret og variabel betaling. Resultat- eller målbaseret betaling anvendes primært i sundhedsvæsenet.³⁹⁰ Principperne for finansieringen af leverandører i prak-

³⁸⁹ Det retlige grundlag for, at kommuner og regioner kan overlade offentligt finansierede opgaver til private leverandører, findes i den svenske grundlov (RF) og kommuneloven (KL) samt i speciallovgivning såsom SoL og HSL.

³⁹⁰ Upphandlingsmyndigheten, 2016

sis vil være en del af kontraktvilkårene i aftalen mellem den offentlige myndighed og leverandøren. Som tilfældet er i Norge – og modsat Danmark – findes der i Sverige ikke nationale bestemmelser for prissætningen af ydelser og tilbud på det specialiserede socialområde.

Overdragelse af opgaver inden for rammerne af mellemkommunalt samarbejde sker typisk mod en eller anden form for godtgørelse. Godtgørelsen kan være monetær, eller der kan ske en byttemandel, hvor parterne i samarbejdet udfører opgaver for hinanden. Udgangspunktet for fastsættelsen af godtgørelsen er som hovedregel leverandørens kostpris (sjælvkostnad), dvs. leverandørens samlede omkostninger ved levering af ydelsen (uden fortjeneste).³⁹¹ Den indbyrdes fordeling af udgifter til opgaver, løst inden for samarbejdet, kan fx ske med udgangspunkt i befolkningstallet. Eksempelvis fremgår det af vedtægter for samarbejdet om dele af socialtjenesten mellem Region Sörmland og fem kommuner i regionen (benævnt 'Vårdförbundet Sörmland'), at udgifter til opgaver, løst inden for rammerne af samarbejdet, skal fordeles mellem deltagerne forholdsvist ud fra befolkningsgrundlaget.³⁹²

Boks 6.2 indeholder et eksempel på en finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad.

Boks 6.2 Eksempel på finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad

Stockholms Stad indførte pr. 1. januar 2010 valgfrihed inden for socialpsykiatrien. Valgfrihedssystemet indebærer, at den enkelte, som bevilliges en indsats, har mulighed for at vælge mellem forskellige leverandører, herunder kommunens egne leverandører og private leverandører.³⁹³ Alle godkendte leverandører kan findes på kommunens hjemmeside.

Finansieringsmodellen på socialpsykiatriområdet er bygget op på den måde, at alle godkendte leverandører får betaling efter et takstsystem, som er inddelt i forskellige niveauer. Taksten skal dække alle leverandørens udgifter, herunder løn, administration, it, husleje mv.

Som et eksempel er finansieringsmodellen for botilbud og bofællesskaber (boende med særskild service och stödboende) baseret på intervaller (ersättningsnivåer), som afspejler den enkeltes støttebehov (vurderet ud fra et pointsystem). Betalingen til private leverandører er højere for at kompensere for, at kommunens egne leverandører kan trække moms fra ved køb af varer og tjenesteydelser, hvilket private leverandører ikke kan. Tabellen nedenfor viser takster for 2021.

Ersättning för insatserna boende med särskild service och stödboende
Ersättning till utförare i egen regi

Ersättning per insatsform	Boende med särskild service 365 dgr (per dygn)		Stödboende 365 dgr (per dag)	
	poäng	ersättning	poäng	ersättning
Nivå 1	0-14	1 122	0-12	329
Nivå 2	16-38	1 364	14-36	433
Nivå 3	40-72	1 479	38-72	543

Ersättning till privata utförare

Ersättning per insatsform	Boende med särskild service 365 dgr (per dygn)		Stödboende 365 dgr (per dag)	
	poäng	ersättning	poäng	ersättning
Nivå 1	0-14	1 150	0-12	336
Nivå 2	16-38	1 398	14-36	442
Nivå 3	40-72	1 514	38-72	555

³⁹¹ SOU, 2017b, s. 47 og 190

³⁹² Vårdförbundet Sörmland, 2020

³⁹³ Stockholms Stad, 2009

Boks 6.2 Eksempel på finansieringsmodel inden for socialpsykiatrien i Stockholms Stad

Lignende finansieringsmodeller gælder for bostøtte (boendestöd) og beskyttet beskæftigelse (systsättning). Eksempelvis er takstintervallerne for bostøtte inddelt efter antal timer (1-7 timer, 8-18 timer samt 19 timer og derover).

Brugeres udgifter til personlige assistenter er siden 1997 finansieret ud fra et fast beløb (scha-blonbelopp) pr. time udført personlig assistance. Denne finansieringsmodel kaldes også 'timschablonen'. Timschablonen blev indført for bl.a. at forenkle administrationen af ordningen og begrænse udgiftsudviklingen.³⁹⁴ Regeringen fastsætter hvert år størrelsen af dette standardbeløb, som Försäkringskassan efterfølgende udbetaler. Der findes ingen regler for, hvor stor en del af godtgørelsen, som skal gå til løn og til øvrige udgifter såsom arbejdsmiljø og kompetenceudvikling.³⁹⁵ Mange kommuner følger i deres del af betalingsansvaret det beløbs-niveau, staten fastlægger.³⁹⁶

Indretningen af finansieringsmodellen vedrørende personlig assistance, herunder timschablonen, og udgiftsudviklingen på området har gennem årene været genstand for en lang række af undersøgelser og politisk debat.³⁹⁷ Emnet er desuden blevet grundigt behandlet i en offentlig udredning fra 2018.³⁹⁸

Plejevederlag mv.

I lighed med både Danmark og Norge består honoreringen af plejefamilier i Sverige i udgangspunktet af to elementer: vederlag (arvodesersättning) og dækning af udgifter forbundet med plejeopgaven (omkostnadsersättning). Den såkaldte 'omkostnadsersättning' udgøres ligeledes af to dele: dels et fast, aldersfordelt grundbeløb (grundkostnad), dels et beløb til dækning af ekstraudgifter, som beregnes individuelt efter barnets eller den unges evt. særlige behov. Som i Norge kan en plejefamilie i en tidsbegrænset periode modtage et forhøjet vederlag som følge af, at barnet eller den unge har et så stort behov for hjælp og støtte, at det kræver en hjemme-gående voksen.

I lighed med både Danmark og Norge er der ikke regler for fastlæggelse af størrelsen af vederlag og dækning af øvrige udgifter. Hvert år udarbejder SKR dog vejledende satser, som kommunerne generelt retter sig efter. Det gælder også netværksplejefamilier (nätverkshem), om end der afhængigt af omstændighederne i visse tilfælde udelukkende gives omkostnadsersättning. Tabel 6.8 viser vejledende godtgørelsessatser pr. måned til en plejefamilie, fordelt på vederlag (arvodesersättning) og dækning af øvrige udgifter (omkostnadsersättning) for 2021. Som det fremgår af tabellen, øges størrelsen af vederlag og dækning af øvrige udgifter, når barnet eller den unge fylder 13 år.

Tabel 6.8 Vejledende månedlige godtgørelsessatser til en svensk plejefamilie, 2021. SEK

		0-12 år	13-19 år
Vederlag (arvodesersättning)	Grundvederlag (grundarvode)	6.503	8.436
	Fast grundbeløb (grundkostnad)	4.363	4.958

³⁹⁴ SOU, 1995

³⁹⁵ Inspektionen för socialförsäkringen, 2012a

³⁹⁶ SKR, 2015 og SOU, 2018, s. 461

³⁹⁷ Fx Statskontoret, 2011; ISF, 2012; Inspektionen för socialförsäkringen, 2012b; SOU, 2012; SOU, 2014; Försäkringskassan, 2015; Socialdepartementet, 2018a

³⁹⁸ SOU, 2018

		0-12 år	13-19 år
Øvrige udgifter (omkostnadsersättning)	Dækning af ekstraudgifter, inkl. fast grundbeløb (Tilläggskostnad högsta skattefria inklusive grundkostnad)	6.148	6.942

Kilde: SKR (2021).

Mulige fordele og ulemper

Der kan identificeres en række mulige fordele og ulemper ved forskellige finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige. Nedenstående gennemgang bygger primært på VIVEs desk research³⁹⁹, til dels også på interviewrunden med videnspersonerne.

En mulig fordel for offentlige myndigheder ved brug af finansieringsformen med bevillingsbaseret betaling (fast ersättning) er, at udgifterne er kendt og aftalt, hvilket understøtter udgiftsstyringen. Omvendt tilskynder bevillingsbaseret betaling ikke leverandøren til høj produktivitet, da leverandøren ikke finansieres efter antallet af producerede enheder.

Finansieringsformen med variabel betaling (rörlig ersättning) indeholder i princippet de modsatte incitamenter, sammenlignet med den bevillingsbaserede betaling. Således indebærer variabel betaling et muligt incitament til leverandøren om høj produktivitet, da leverandøren modtager betaling for hver produceret enhed, hvilket kan være en udfordring for den offentlige myndigheds udgiftsstyring. Derudover kan finansieringsformen give leverandøren et incitament til lave produktionsomkostninger, da leverandøren må holde produktionsomkostningerne inden for den aftalte betaling (fx en takst).

Fælles for den bevillingsbaserede og variable finansieringsform er, at de potentielt kan have negative konsekvenser for kvaliteten af den leverede indsats, da leverandøren grundlæggende har et incitament til at holde kvaliteten af den leverede indsats på et så lavt niveau som muligt for at maksimere fortjenesten. Til sammenligning er finansieringsformen med resultat-/målbaseret betaling (mårelaterad ersättning) i princippet den eneste, som potentielt kan have positiv betydning for kvaliteten af indsatsen. Resultat-/målbaseret betaling kan dog være ressourcekrævende og kompleks at bringe i anvendelse og skal primært ses som en måde, hvorpå mulige ulemper ved andre finansieringsformer kan afhjælpes, jf. nedenfor.

Tabel 6.9 opsummerer identificerede mulige fordele og ulemper ved de forskellige finansieringsformer.

Tabel 6.9 Mulige fordele og ulemper ved finansieringsformer på det specialiserede socialområde i Sverige

Finansieringsform	Fordele	Ulemper
Bevillingsbaseret betaling (fast ersättning)	Fast ramme og dermed gode muligheder for udgiftsstyring for myndighed	Ingen eller begrænset sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver ikke leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer) Modvirker leverandørens incitament til høj produktivitet
Variabel betaling (rörlig ersättning)	Giver leverandøren incitament til høj produktivitet og lave produktionsomkostninger	Ingen eller begrænset sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver ikke leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer) Kan give udfordringer for myndighedsudgiftsstyring

³⁹⁹ Upphandlingsmyndigheten, 2016

Finansieringsform	Fordele	Ulemper
Resultat-/målbaseret betaling (målrelateret ersättning)	Sammenhæng mellem betaling og kvaliteten af indsatsen (giver leverandøren incitament til kvalitetsforbedringer)	Ressourcekrævende og kompleks at anvende

Kilde: Upphandlingsmyndigheden (2016), tilvirket af VIVE

Det er vigtigt at understrege, at Tabel 6.9 tager udgangspunkt i principielle måder at finansiere leverandører på, og at forskellige tiltag kan kompensere for mulige ulemper ved de enkelte finansieringsformer. Eksempelvis kan der sættes en øvre grænse for, hvor mange enheder leverandøren kan få betaling for, hvilket kan understøtte myndighedens udgiftsstyring. En anden væsentlig pointe er, at finansieringsformerne i kombination kan opveje hinandens ulemper og fremme egenskaberne ved en given finansieringsmodel.

6.2.4 Sammenligning på tværs af landene

Sammenligningen viser, at der er både forskelle og ligheder i den måde, hvorpå leverandører af ydelser og tilbud finansieres på det specialiserede socialområde i de tre lande. Se også kapitel 5.

Et væsentligt fællestræk ved finansieringen af leverandører på området er, at der i alle tre lande er indført en markedslignende struktur, hvor der i stort omfang sker køb af ydelser og tilbud hos eksterne leverandører ud fra mere eller mindre politisk regulerede og forhandlede priser.⁴⁰⁰ I alle tre lande betyder det, at leverandøren som hovedregel betales en takst eller bevilling, som i højere grad er resultatet af en politisk-administrativ beslutning eller forhandling end 'markedets usynlige hånd'.⁴⁰¹ Sammenligningen viser samtidig, at der er forskelle mellem landene i forhold til, hvor tydeligt markedet er, forstået på den måde, at der er forskel på, hvor reguleret markedet for sociale tilbud er i de tre lande. Det ser ud til at påvirke, hvilke finansieringsmodeller, der ses på området, og den prisdannelse, der sker. I Danmark er finansieringsmodeller og takster på området i høj grad reguleret på både nationalt og regionalt niveau, mens det i højere grad er overladt til et 'friere' marked i Norge og (især) Sverige.

Et andet fællestræk ved de tre landes måde at finansiere leverandører på er honoreringen af plejefamilier. I alle landene består honoreringen som hovedregel af vederlag og dækning af øvrige udgifter tilknyttet plejeopgaven, ligesom det i alle tre lande er kommunernes fællesorganisation (KL, KS og SKR), som melder vejledende satser ud. Der er dog forskel på, hvor tæt koblingen er mellem de vejledende takster og honoreringen af plejefamilierne i de tre lande. Forskelle mellem landenes måde at godtgøre plejefamilier på vedrører bl.a. honoreringen af netværksplejefamilier.

Endvidere viser sammenligningen af Norge og Sverige i relation til mellemkommunalt samarbejde, at aftaler på tværs af kommuner – og evt. regionen i Sverige – bl.a. skal indeholde bestemmelser om de økonomiske relationer mellem de samarbejdende parter. Her viser af-dækningen, at en typisk måde at fordele udgifterne til den fælles opgaveløsning på er ved at tage afsæt i befolkningstallet.

⁴⁰⁰ Gregersen, 2013

⁴⁰¹ Gregersen, 2013, s. 89

7 Faglig styring

I dette kapitel fokuseres på landenes brug af faglig styring i relation til hhv. det socialfaglige arbejde i sociale tilbud og den kommunale sagsbehandling. Med faglig styring mener vi lovgivningsbestemte redskaber og krav, ikke-bindende nationale retningslinjer og vejledninger samt nationale instanser, der yder faglig rådgivning til brug i det social- og specialpædagogiske arbejde og myndighedsarbejdet.

I kapitlet beskrives løbende grænseflader til sundhedsområdet, dvs. de dele af sundhedsområdet, der retter sig mod målgrupper, der i Danmark dækkes primært af det specialiserede socialområde. Først beskrives i afsnit 7.1 nationalt fastlagte faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde i Danmark, Norge, Sverige. Dernæst fokuserer vi i afsnit 7.2 på nationale strukturer, der understøtter visitationen i de tre lande. Endelig redegør vi i afsnit 7.3 for krav til kompetencer og uddannelse blandt hhv. socialfagligt personale og sagsbehandlere i landene.

Kapitlets hovedkonklusioner er opsummeret i Boks 7.1.

Boks 7.1 Konklusioner – faglig styring

- I Danmark, Norge og Sverige udarbejder nationale myndigheder faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde. Flertallet af nationalt fastlagte retningslinjer er ikke bindende.
- Danmark, Norge og Sverige har nationale vidensinstanser, der formidler målgruppespecifik viden og yder faglig vejledning til kommuner og fagpersoner på sociale tilbud.
- Danmark er det eneste land, der har en national rådgivningsinstans, VISO, hvor den kommunale myndighed kan søge rådgivning i behandlingen af konkrete borgersager. I Norge og Sverige findes skriftlige nationale vejledninger til den kommunale sagsbehandling.
- I relation til faglige kompetencer blandt socialfagligt personale på sociale tilbud stiller lovgivning i alle tre lande krav om, at de nødvendige kompetencer skal være til stede. Desuden indeholder den norske lovgivning krav til, at kommuner skal tilbyde faglig opkvalificering efter behov og pligt for personalet til at indgå heri, og ledere af institutioner til anbragte børn og unge skal have en treårig uddannelse (høyskoleuddanning) inden for socialfag eller tilsvarende samt tillægsuddannelse i administration og ledelse. I Sverige skal ledere af botilbud for voksne efter LSS og af HVB for anbragte børn, unge og voksne efter SoL have relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau (högskoleutbildning).
- I relation til faglige kompetencer blandt kommunale sagsbehandlere stiller lovgivningen i alle tre lande krav om, at de skal overholde denne, herunder principper for god forvaltning. Sverige har desuden krav til uddannelsesniveau blandt sagsbehandlere på børne- og ungeområdet, hvor der ydes indsatser efter SoL.

7.1 Nationalt fastlagte faglige retningslinjer

I Danmark, Norge og Sverige findes en række nationalt fastlagte retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde, hvilket vi fokuserer på i dette afsnit. Fokus er på nationale retningslinjer, der uddyber lovgivningens bestemmelser, rådgiver om faglige metoder og til-

gange, myndighedssamarbejde samt national vidensopbygning og faglig vejledning i enkeltsager. Afsnittet belyser faglige retningslinjer, der fokuserer på det, der i Danmark er under det specialiserede socialområde jf. afsnit 1.2⁴⁰².

7.1.1 Danmark

I Danmark findes en række nationale faglige retningslinjer for det social- og specialpædagogiske arbejde. Hovedparten udformes af Socialstyrelsen og nogle i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Under Socialstyrelsen tilbyder Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) desuden rådgivning til kommuner og varetager vidensformidling på det specialiserede socialområde. VISOs rådgivning er målrettet fagpersoner på sociale tilbud og er vejledende i det social- og specialpædagogiske arbejde. Tabel 7.1 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Danmark. Fælles for dem er, at de går på tværs af børne- og voksenområdet. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

Tabel 7.1 Nationale faglige retningslinjer, Danmark

Nationale faglige retningslinjer
<ul style="list-style-type: none">- Vejledninger til serviceloven beskriver formålet og indholdet af lovens bestemmelser, som er bindende. Kommunale og regionale myndigheder og tilbud samt private tilbud er omfattet af dem.- Nationale handleplaner fokuserer på udvalgte målgrupper, fx for personer med ADHD (udarbejdet af Socialstyrelsen) og demens (udarbejdet af Sundhedsstyrelsen). De indeholder anbefalinger til fx indsatser, er vejledende og målrettet beslutningstagere i såvel kommuner og regioner, men også mod fagprofessionelle i kommunale og private tilbud.- Nationale retningslinjer fokuserer på indsatser, fx social stofmisbrugsbehandling, forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse, rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. De er vejledende, udarbejdes af Socialstyrelsen og skal understøtte kommunerne med at sikre høj kvalitet i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af indsatsen.- Faglige forløbsbeskrivelser på det mest specialiserede socialområde og området for den mest specialiserede specialundervisning. De udgør en faglig ramme for tilrettelæggelsen af kommunernes indsats for en række målgrupper. Forløbsbeskrivelser er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet kommuner og særligt ledere med ansvar for planlægning af indsatser.- Forløbsprogrammer er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe. De er vejledende, og Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har sammen udarbejdet generiske modeller for forløbsprogrammer.- Socialtilsynets kvalitetsmodel anvendes til vurdering af kvalitet løbende i sociale tilbud og plejefamilier ved godkendelse af nye tilbud. Kvalitetsmodellen indeholder syv temaer, herunder uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og relationer, målgruppe, metoder og resultater, sundhed og trivsel, som anvendes i kvalitetsstyring i sociale tilbud og plejefamilier. Tilbud forventes at leve op til modellens kvalitetskriterier, og den er målrettet sociale tilbud og plejefamilier.- Handleplaner (serviceloven § 141) udarbejdes til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder. Handleplanen er retningsgivende for indsatsen, som borgere modtager. Den udarbejdes af den kommunale myndighed.- VISO yder faglig rådgivning til kommuner og sociale tilbud, vedrørende generelle udfordringer med specifikke borgergrupper, herunder viden om målgruppen. VISO varetager også generelt vidensformidling om specifikke sociale problemer og målgrupper. Rådgivningen er vejledende, og VISO hører under Socialstyrelsen.- Sundhedsstyrelsen udarbejder nationale handlingsplaner og vejledninger for behandling inden for de enkelte specialer, herunder findes en specialeplan for psykiatri. Specialeplanen er målrettet psykiatrisk behandling på regionale og private sygehuse, og derfor beskriver vi ikke specialeplanen yderligere.

Socialstyrelsen udarbejder nationale retningslinjer, nationale handleplaner og forløbsbeskrivelser. Socialstyrelsens nationale retningslinjer og nationale handlingsplaner er primært rettet mod beslutningstagere i såvel kommuner og regioner, men også mod fagprofessionelle i kommunale og private tilbud. Forløbsbeskrivelser er målrettet kommuner og særligt ledere med

⁴⁰² Denne afgrænsning betyder bl.a., at specialpædagogiske tilbud, der i Norge og Sverige ydes på skoleområdet, ikke er inkluderet i kapitlet.

ansvar for planlægning af indsatser. Desuden har Socialstyrelsen udarbejdet en kvalitetsmodel, som indgår i godkendelsen og løbende kvalitetsvurdering af sociale tilbud og plejefamilier, jf. også afsnit 4.3.⁴⁰³ Tilbuddene forventes at leve op til modellens kvalitetskriterier. I Danmark findes desuden vejledninger til serviceloven, som uddyber formålet med lovens bestemmelser, som er bindende.

Socialstyrelsens nationale handleplaner er vejledende⁴⁰⁴. Der er handleplaner for hhv. ADHD og bekæmpelse af hjemløshed, og de er dermed målrettet diagnoser og sociale problemer. Den nationale ADHD-handleplan indeholder overordnede pejlemærker og anbefalinger for indsatsen, herunder indsatser, hvor der aktuelt er bedst dokumentation for en virkning. Hensigten er at styrke kommuners sociale indsats over for børn, unge og voksne med ADHD⁴⁰⁵.

Socialstyrelsens nationale retningslinjer indeholder anbefalinger, men også beskrivelser af forpligtelser i forhold til lovgivningen, fx om hvilken støtte kommunen skal tilbyde. Der er nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse, rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser og for indsatsen mod hjemløshed. Sidstnævnte er under udarbejdelse⁴⁰⁶. Retningslinjerne er dermed målrettet bestemte sociale problemer og diagnoser og indsatser i relation til målgrupperne. Nationale retningslinjer indeholder beskrivelser af overordnede principper for god praksis, tilrettelæggelse af borgerforløb, indsatser og ydelser, der er kendetegnet som værende af høj kvalitet samt organisatoriske forhold som samarbejde med relevante aktører⁴⁰⁷. I enkelte retningslinjer beskrives endvidere personalekompetencer, jf. også afsnit 7.3.

Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser er vejledende. Forløbsbeskrivelser udarbejdes på det mest specialiserede socialområde⁴⁰⁸, som er omfattet af den nationale koordinationsstruktur (NATKO). Forløbsbeskrivelser fokuserer på borgere med bestemte diagnoser, fx børn og unge med synsnedsettelse og voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Forløbsbeskrivelserne indeholder den aktuelt bedste viden og vejleder bl.a. i faglige indsatser, viden om målgruppen, organisering og samarbejde mellem centrale myndigheder og aktører⁴⁰⁹. De er redskaber, som kommuner kan anvende i visitationen og tilrettelæggelsen af tilbud til borgere på det mest specialiserede socialområde⁴¹⁰.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har sammen udarbejdet generiske modeller for forløbsprogrammer om psykiske lidelser. Modeller for forløbsprogrammer er vejledende og beskriver rammerne for indsatsen og koordination mellem kommuner og regioners tilbud til borgere. De indeholder beskrivelser af udarbejdelse af fælles afgrænsning af borgergruppen, organisering af arbejdsgange samt rammer for vurdering af borgerens behov for behandling og indsatser. Modeller for forløbsprogrammer er organisatoriske arbejdsredskaber til at understøtte regioner og kommuner i at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen⁴¹¹.

I relation til indsatsen over for den enkelte borger skal kommunen tilbyde at udarbejde en social handleplan (serviceloven § 141). Handleplaner udarbejdes til borgere med betydelig nedsat

⁴⁰³ Socialstyrelsen, 2019b

⁴⁰⁴ Socialstyrelsen, 2017a

⁴⁰⁵ Socialstyrelsen, 2015;2017a; 2020a

⁴⁰⁶ Socialstyrelsen, 2015; 2017c; 2020a

⁴⁰⁷ Socialstyrelsen, 2020a

⁴⁰⁸ Og på området for den mest specialiserede specialundervisning, som ikke er omfattet af denne undersøgelse.

⁴⁰⁹ Socialstyrelsen, 2020b

⁴¹⁰ Socialstyrelsen, 2020e

⁴¹¹ Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2015

fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder. Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes sammen med borgere og beskrive formålet med indsatsen, varighed samt forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv. Handleplanen er retningsgivende for det sociale- og specialpædagogiske arbejde over for den enkelte borger. Ifølge videnspersoner i Danmark er der stor variation i kvaliteten af handleplaner mellem kommunerne og særligt på voksenområdet.

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) under Socialstyrelsen spiller også en rolle i forhold til faglig understøttelse på det specialiserede socialområde. VISO har bl.a. til opgave at producere fagligt vejledningsmateriale, fx om socialpædagogisk bistand til kommuner til brug på kommunale og private sociale tilbud. Materialet kan indeholde den aktuelt bedste faglige viden inden for en bestemt målgruppe eller social problematik, fx udviklingshæmning og udadreagerende adfærd eller opmærksomhedsforstyrrelser hos børn og unge. Det indeholder bl.a. viden om målgruppen, socialfaglige metoder og redskaber til at arbejde med målgruppen og de sociale problematikker. Denne viden formidles dels på den webbaserede 'Vidensportalen', dels på konferencer og seminarer for fagpersoner, som VISO afholder⁴¹².

VISO tilbyder også lokal rådgivning til grupper af personale i kommuner, sociale tilbud og borgere. Borgere med komplicerede sager kan få rådgivning i bl.a. håndtering af hverdagen samt relation til senfølger efter seksuelle overgreb⁴¹³. Rådgivningen til fagpersoner ydes, hvor der er behov for opkvalificering i relation til et bestemt tema inden for det specialiserede socialområde. Rådgivningen foregår over et par temadage og ved møder med fagkonsulenter fra VISO. Den omhandler ikke forløb med enkelte borgere, men generelle udfordringer i forhold til en specifik gruppe borgere, og kan indeholde vejledning om viden om målgruppen og brug af metoder, herunder implementering⁴¹⁴.

7.1.2 Norge

I Norge udarbejder Helsedirektoratet og Bufdir forskellige former for nationale faglige retningslinjer. Bufdir udarbejder retningslinjer i relation til udsatte børn og unge, og Helsedirektoratet udformer retningslinjer inden for social- og sundhedsområdet⁴¹⁵. På opdrag fra Helsedirektoratet har Norge også nationale kompetencetjenester, der varetager national vidensopbygning i relation til målgrupper og yder faglig rådgivning til fagpersoner på sociale tilbud. Tabel 7.2 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Norge. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

⁴¹² Socialstyrelsen, 2021a

⁴¹³ VISO yder ikke rådgivning til borgere om at leve med en diagnose, denne rådgivning leveres af kommunen

⁴¹⁴ Socialstyrelsen, 2019a

⁴¹⁵ I relation til udsatte børn og unge har Oslo Kommune andre opgaver og forpligtelser end andre kommuner jf. afsnit 4.1.2, hvilket også har betydning for nationale faglige retningslinjers relevans for Oslo.

Tabel 7.2 Nationale faglige retningslinjer, Norge

Nationale faglige retningslinjer
Socialt udsatte børn og unge
<ul style="list-style-type: none"> - Vejledninger er målrettet specifikke områder, fx om indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunal myndighed og barnevern. De er vejledende og udarbejdes af Bufdir evt. i samarbejde med andre myndigheder og er målrettet bl.a. kommunale myndigheder og statslige barnevern. - Retningslinjer er målrettet sociale problemer og målgrupper. De er vejledende, men kan indeholde elementer fra lovgivningen, som er bindende. De udarbejdes af Bufdir evt. i samarbejde med andre myndigheder og er målrettet tilbud, kommunale myndigheder og evt. andre myndigheder, fx politi. - Faglige anbefalinger fokuserer på målgrupper og tilgange, fx håndtering af konflikter med anbragte børn og unge. De kan indeholde anbefalinger til faglige tilgange, de er vejledende, udarbejdes af Bufdir og er målrettet tilbud.
På tværs af børne- og voksenområdet
<ul style="list-style-type: none"> - Nationale faglige retningslinjer omhandler ofte problemstillinger, hvor der er stor faglig uenighed og/eller stor variation i praksis. De er rettet mod specifikke diagnoser og samtidige sociale problemer, fx 'ADHD', 'Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer, forebyggelse af selvmord i psykisk helsevern, samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)'. De er vejledende, udarbejdes af Helsedirektoratet og målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Nationale faglige retningslinjer gives på områder med behov for national standardisering. - Nationale faglige råd fokuserer på sociale problemer og indsatser. En del faglige råd retter sig mod det, vi i Danmark kalder almenområdet, fx råd om forebyggelse af selvmord. De er vejledende, udarbejdes af Helsedirektoratet og målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Nationale faglige råd gives på områder, hvor der er ikke er stor faglig uenighed, men hvor der alligevel er behov for at give nationale råd og praktiske eksempler relateret til patienter og befolkning - Pakkeforløb er målrettet patientgrupper og et standardiseret patientforløb, som beskriver organisering af udredning, behandling og opfølgning, kommunikation med patient og pårørende, samt ansvarsplacering og konkrete forløbstider. De udarbejdes af Helsedirektoratet på sundhedsområdet og er målrettet helseforetak. Et pakkeforløb skal om muligt bygge på nationale faglige retningslinjer. - Nationale vejledninger er vejledning til love, forskrifter, prioriteringsvejledninger. De fokuserer på målgrupper og indsatser, fx børn og unge med habiliteringsbehov, helse- og omsorgstjenester til mennesker med udviklingshæmning. De udgives af Helsedirektoratet, er vejledende og er målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. - Rundskriv indeholder beskrivelser af, hvordan love og forskrifter skal fortolkes og forstås. De fokuserer på målgrupper og indsatser. Dele, der omhandler fx kommunens forpligtelser, er bindende, men der er også anbefalinger heri. De er målrettet private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak og udarbejdes af departementer, dvs. staten. - Forskrifter til loven omhandler indsatser efter loven. De vedtages af regeringen og er bindende for private, kommunale tilbud samt kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. - Nationale kvalitetsindikatorer anvendes til at beskrive kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og omhandler fx indsatser til bestemte målgrupper og ventetid på tildeling af indsatser. De udarbejdes af Helsedirektoratet, er ikke bindende og lokale ledere kan bruge indikatorer i kvalitetsforbedring af tilbud. Flertallet af indikatorer findes på sundhedsområdet. - Nationale kompetencetjenester yder faglig rådgivning inden for bestemte diagnoser og sociale problemer. Nogle kompetencetjenester er specifikt rettet mod kommunale tilbud på et specifikt fagområde, fx psykisk helsearbejde. De er målrettet fagpersoner og borgere, er vejledende og arbejder på opdrag fra Helsedirektoratet. - Individuel plan (helse- og omsorgstjeneloven § 7-1) skal udarbejdes til borgere, der modtager længerevarende og flere samtidige tilbud, herunder fra helse- og omsorgstjeneste og regionale helseforetak. Den er retningsgivende for indsatsen og skal koordinere borgerens indsatser på tværs af instanser og lovgivning. Den udarbejdes af den kommunale myndighed, med mindre borgere kun modtager indsatser fra regionale helseforetak.

I relation til anbragte børn og unge (barnevernsområdet) har Bufdir udformet nogle vejledninger og retningslinjer, bl.a. i samarbejde med andre myndigheder som politidirektoratet. Vejledningerne er fx målrettet den kommunale myndighed, det statslige barnevern, tilbud og andre myndigheder, fx politi. Vejledninger fokuserer på bestemte områder, fx om indgåelse af samarbejdsaftaler mellem kommunal myndighed og barnevern. Retningslinjer fokuserer på sociale

problemer og målgrupper. Både vejledninger og retningslinjer er vejledende, men kan indeholde elementer fra lovgivningen, som er bindende⁴¹⁶. Bufdir har også udarbejdet faglige anbefalinger, der er målrettet sociale tilbud. De er vejledende og omhandler fx faglige tilgange til at håndtere konflikter med anbragte børn og unge⁴¹⁷.

Inden for helse- og omsorgstjenesten, herunder børne- og voksenområdet, har Helsedirektoratet udarbejdet 'nasjonale faglige retningslinjer', 'nasjonale vejledere' og 'nasjonale faglige råd', som er målrettet private aktører, kommunale tilbud, kommunal sagsbehandling og regionale helseforetak. Helsedirektoratet udarbejder også nationale kvalitetsindikatorer i relation til helse- og omsorgstjenester, som bl.a. er målrettet ledere af sociale tilbud⁴¹⁸. Hovedparten af kvalitetsindikatorer er henvendt til sundhedsområdet. Desuden findes i Norge på Helsedirektoratets opdrag 'nationale kompetencetjenester', som omtalt i afsnit 5.1. Desuden udformer helsedirektoratet 'pakkeforløp', på sundhedsområdet. Forskrifter til lovgivningen vedtages af regeringen og er bindende og 'rundskriv' udarbejdes af de respektive departementer og indeholder beskrivelser af, hvordan love og forskrifter skal fortolkes og forstås. Dele er bindende, mens andre dele af rundskriv er anbefalinger⁴¹⁹.

'Nasjonale faglige retningslinjer' er vejledende, men det beskrives, at de bør være styrende i tilbud.⁴²⁰ De indeholder bl.a. vejledning om udredning, behandling, herunder socialfaglige metoder og baggrundsviden om målgruppen. De er rettet mod specifikke diagnoser og sociale problemer, fx ADHD, rusmiddelproblemer og afhængighed, samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) samt tidlig opsporing af udsatte børn og unge⁴²¹. Nationale faglige retningslinjer gives på områder med behov for national standardisering. Dette omhandler ofte problemstillinger, hvor der er stor faglig uenighed eller stor variation i praksis.

'Nasjonale faglige råd' er ligeledes vejledende, men bør være styrende i tilbud⁴²². De indeholder beskrivelser af bl.a. udredning, faglige metoder, samarbejde, herunder med pårørende. En del af rådene er målrettet det, vi i Danmark betragter som sundheds- eller almenområdet, fx fysisk aktivitet blandt børn og unge. Andre råd vedrører sociale problemer og indsatser, bl.a. rusmiddelbrug og voldsrisikovurdering ved psykiske lidelser. Nasjonale faglige råd gives på områder, hvor der er ikke er stor faglig uenighed, men hvor der alligevel er behov for at give nationale råd og praktiske eksempler relateret til patienter og befolkning.

I relation til generel faglig vidensopbygning og faglig vejledning i enkeltsager har Norge 20 'nasjonale kompetansetjenester' og 'kompetanscentre' inden for helse-, omsorgs- og velfærdstjenesten og specialhelsetjenesten. Kompetencetjenesterne og -centrene er fordelt på forskellige fagområder. De skal sikre national vidensopbygning og vidensdeling inden for et afgrænset fagområde og være en ressource for tilbud og forebyggende indsatser i kommuner, specialhelsetjeneste og barnevernet⁴²³. De vejleder borgere og pårørende bl.a. i viden om diagnoser og indsatser samt kommuner og regionale helseforetak i at styrke det lokale arbejde,

⁴¹⁶ Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016; KS, Bufdir, & BLD, 2010

⁴¹⁷ Bufdir, 2019

⁴¹⁸ Helsedirektoratet, 2020a

⁴¹⁹ I Norge har NAV etableret en række satsningsområder, hvor de arbejder med udviklingsprojekter. På satsningsområderne arbejder NAV bl.a. med at beskrive indsatser til bestemte målgrupper og sociale problemer samt anbefalinger til socialfaglig praksis. Nogle af disse målgrupper og områder er under, hvad der betegnes som det specialiserede socialområde i Danmark, fx vold i nære relationer med fokus på børn, unge og voksne samt indsatser over for udsatte unge NAV (2021).

⁴²⁰ Helsedirektoratet, 2019c

⁴²¹ Helsedirektoratet, 2021

⁴²² Helsedirektoratet, 2019c

⁴²³ Helsedirektoratet, 2019b.

fx implementering af indsatser som ACT-teams og Housing First⁴²⁴. En del af tjenesterne vedrører alene sundhedsområdet og er placeret i Specialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel på en national kompetencecenter under specialisthelsetjenesten er Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD)⁴²⁵. NKSD blev oprettet i 2013 og skal bidrage til, at personer med udvalgte sjældne diagnoser modtager et helhedsorienteret og individuelt tilpasset tilbud gennem bl.a. formidling af viden om sjældne diagnoser. Under NKSD hører ni kompetencecentre med forskellige faglige profiler, herunder Kompetencecenter for sjeldne diagnoser (FRAMBU). 8 ud af de 9 centre er tilknyttet et sygehus i sundhedsregionerne, mens et enkelt er en privat institution. Centrene skal ikke yde pleje, behandling eller lignende, men har som de øvrige kompetencecenter primært til opgave at sikre national vidensopbygning inden for et specifikt fagområde. Andre kompetencecentre omhandler socialområdet, hvilket her dækker over det, der i Danmark ligger inden for socialområdet. De er målrettet diagnoser og sociale problemer, og nogle er specifikt rettet mod kommunale tilbud på et specifikt fagområde, fx udviklingshæmning (NAKU) og psykiske helsearbejde (NAPHA).

Når kommunen tildeler længerevarende og flere samtidige tilbud, skal kommunen udarbejde en individuel plan, som er retningsgivende for indsatsen. Borgeren har ret til at deltage i arbejdet med planen, og pårørende skal inddrages i det omfang, borgeren og pårørende ønsker det. I planen skal borgerens forskellige tilbud koordineres på tværs af lovgivning og instanser (fx specialisthelsetjenesten). Den individuelle plan skal bl.a. indeholde beskrivelse af borgerens mål, ressourcer, støttebehov, den koordinerende fagperson, oversigt over aktuelle indsatser og deres gennemførelse. Ansvar for at udfærdige planen er placeret hos kommunen, som også er ansvarlig for at samarbejde derom med de relevante instanser⁴²⁶. Ifølge videnspersoner er de individuelle planer til tider ret generelle og anvendes i begrænset omfang i praksis.

7.1.3 Sverige

I Sverige udformer Socialstyrelsen nationale faglige retningslinjer inden for social- og sundhedsområdet. Desuden findes en række 'nationale kompetens- og kundskabscentre', der yder ekspertstøtte og formidler viden til fagpersoner inden for et specifikt fagområde. Tabel 7.3 viser en oversigt over nationale faglige retningslinjer i Sverige. Fælles for dem er, at de går på tværs af børne- og voksenområdet. De nationale faglige retningslinjer beskrives uddybende efter tabellen.

⁴²⁴ NAPHA, 2021

⁴²⁵ Andre eksempler er Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (NKTSB) samt Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

⁴²⁶ Helsedirektoratet, 2020b

Tabel 7.3 Nationale faglige retningslinjer, Sverige

Nationale faglige retningslinjer
<ul style="list-style-type: none">- Föreskrifter og Allmänna råd vedrører bredt kommuners arbejde på socialområdet, herunder sagsbehandling, styringssystemet for kvalitet i sociale tilbud, socialtjenestens arbejdsopgaver på børne- og ungeområdet. Föreskrifter indeholder 'skal'-regler, dvs. regler, som stiller absolutte krav, men der forekommer også i et vist omfang 'bør'-regler i föreskrifter. Allmänna råd giver generelle anbefalinger om, hvordan föreskrifter kan eller bør anvendes i forskellige henseender. De er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet regioner, private og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud.- Handböcker fokuserer på indsatser til specifikke målgrupper. De er et supplement til lovgivning, föreskrifter og allmänna råd, er udarbejdet af Socialstyrelsen og målrettet regioner, private og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud.- Nationella riktlinjer fokuserer på målgrupper og sociale problemer, fx for misbrug og afhængighed samt depression og angst. De er udarbejdet af Socialstyrelsen, er vejledende og målrettet beslutningstagere i bl.a. socialtjenesten samt ledere af tilbud.- Nationella kunskapsstöd findes på social- og sundhedsområdet og varetages af Socialstyrelsen. De er vejledende, kan indeholde anbefalinger til indsatser og fokuserer på specifikke målgrupper og sociale udfordringer. Nationella kunskapsstöd er en del af den statslige kundskabstyring.- Nationellt programområde (NPO) findes primært på sundhedsområdet. Der er et programområde for psykisk hälsa, hvor der udformes nationella vård- og indsatsprogram (NVI). Det indeholder beskrivelser af den faglige tilgang og indsats over for specifikke målgrupper og er målrettet tilbud i kommuner og regioner. Programområdernes indhold er vejledende og udarbejdet af nationale arbejdsgrupper med repræsentanter fra kommuner og regioner på opdrag af SKR.- Nationella kompetens- og kunskapscentre formidler ekspertstøtte og viden inden for fagområder, fx døvblinde og sjældne diagnoser. De er vejledende, Socialstyrelsen er opdragsgiver, og de er målrettet fagpersoner bl.a. inden for medicinbrug, jura, habilitering og rehabilitering, brug af hjælpemidler.- Individuell plan til borgere med tilbud efter LSS og samordnad individuell plan (SIP) til borgere med tilbud fra den kommunale socialtjeneste og det regionale sundheds- og sygehusvæsen. Planen udarbejdes af myndigheden, og den er retningsgivende for borgerens tilbud samt ansvarsfordeling mellem de involverede myndigheder.

Socialstyrelsen udarbejder forskrifter, generelle råd, håndbøger og nationale retningslinjer (föreskrifter, allmänna råd, handböcker og nationella riktlinjer). Sidstnævnte er rettet mod beslutningstagere i bl.a. socialtjenesten samt ledere af tilbud, mens de resterende er rettet mod regioner, private aktører og kommuner, herunder sagsbehandling og sociale tilbud. Forskrifter, generelle råd, håndbøger og nationale retningslinjer udarbejdes også på sundhedsområdet af Socialstyrelsen⁴²⁷. I Sverige findes 26 nationale programområder (NPO), hvoraf flertallet er på sundhedsområdet. Arbejdet med programområderne ledes af sjukvårdsregionerna (sundhedsregionerne), og SKR bistår med processtøtte. Herunder findes det nationale programområde for psykisk sundhed ('psykisk hälsa'), hvor der udformes nationale pleje- og indsatsprogrammer ('nationella vård- och insatsprogrammer', NVI), som er målrettet kommuner og regioner.

Forskrifter ('föreskrifter') er bindende og stiller absolutte krav, men det forekommer også i et vist omfang 'bør'-regler i forskrifter. Generelle råd ('allmänna råd') giver generelle anbefalinger om, hvordan forskrifter kan eller bør anvendes i forskellige henseender⁴²⁸. Forskrifter og generelle råd omhandler bredt kommuners arbejde på socialområdet, herunder sagsbehandling, styringssystemet for kvalitet i sociale tilbud, samordning af indsatser i forhold til habilitering og rehabilitering, kompetenceniveau blandt personale, der yder støtte til mennesker med funktionsnedsættelser, socialtjenestens arbejdsopgaver på børn og unge-området samt de sociale myndigheders arbejde med vold i nære relationer⁴²⁹. Forskrifter og generelle råd indeholder

⁴²⁷ På sundhedsområdet udformer Socialstyrelsen desuden nationale kliniske retningslinjer bl.a. inden for psykiatrisk behandling.

⁴²⁸ Socialstyrelsen, 2019e

⁴²⁹ Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

Senaste version av SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer Socialstyrelsen i Sverige, 2019f.

krav og råd til samarbejde mellem instanser, processer for kommunal styring, udredning, og udbuddet af indsatser.

Nationale retningslinjer ('nationella riktlinjer') er vejledende og indeholder beskrivelser af myndighedsansvar, samarbejde mellem instanser, indsatser og omsorgsindikatorer. De fokuserer på specifikke målgrupper, herunder en del målgrupper, der i Danmark er dækket af sundhedsområdet samt socialområdet. Inden for psykisk hälsa fokuserer de nationale retningslinjer bl.a. på misbrug og afhængighed, depression, angst og skizofreni⁴³⁰, som i Danmark falder inden for det specialiserede socialområde. Der etableres retningslinjer på områder med en vis volumen i relation til målgruppe og ressourceforbrug.

Socialstyrelsens håndbøger ('handböcker') er et supplement til forskrifter og generelle råd på et givent område og kan indeholde beskrivelser af lovgivning. Supplerende beskrivelser af forskrifter og lovgivning indeholder forpligtelser, og beskrivelser af generelle råd indeholder vejledninger. Håndbøger supplerer med fakta og faglig viden om målgruppen, lovgivning, sagsbehandling, samt hvilke lovgivningsbestemte indsatser målgruppen skal tilbydes. Håndbøger fokuserer på støtte til specifikke målgrupper, fx børn og unge med funktionsnedsættelser, børn og unge, der begår kriminalitet, samt botilbud for voksne⁴³¹.

Socialstyrelsen varetager desuden national kundskabsstøtte ('nationella kunskapsstöd') på social- og sundhedsområdet. National kundskabsstøtte er en del af statslig kundskabsstyring, og formålet er at fremme vidensbaserede indsatser og arbejde på disse områder⁴³². National kundskabsstøtte er vejledende og kan indeholde anbefalinger til indsatser. Den nationale kundskabsstøtte er målrettet fagpersoner samt ledere af tilbud på socialområdet. Der er fx national kundskabsstøtte om forebyggelse af udadreagerende adfærd i tilbud efter LSS⁴³³ og om omsorg, grænsesætning og voldsforebyggende arbejde blandt anbragte børn og unge på HVB-hjem⁴³⁴. National kundskabsstøtte formidles bl.a. på den webbaserede vidensbase 'Kunskapsguiden', som varetages af Socialstyrelsen. Her kan fagpersoner og andre finde målgruppespecifik information, fx om brugerinddragelse og organisering af socialtjenesten. På Kunskapsguiden er forskellige publikationer fra Socialstyrelsen samt andre offentlige myndigheder og organisationer som SKR.

Under det nationale programområde for psykisk hälsa findes nationella vård- og indsatsprogrammer, som primært er på sundhedsområdet, men som også dækker indsatser på det, som i Danmark hører til det specialiserede socialområde⁴³⁵. Programmerne er vejledende og bygger bl.a. på nationale retningslinjer og indeholder beskrivelser af den faglige tilgang og indsats over for specifikke målgrupper. For eksempel beskrivelser af målgruppen, herunder personalets kommunikation med borgerne, udredning, indsatser og behandling. Der findes bl.a. programmer for depression- og angstsyndrom samt skizofreni og lignende tilstande⁴³⁶ samt for habilitering

⁴³⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2018a; 2019a

⁴³¹ Socialstyrelsen i Sverige, 2020f
Socialstyrelsen, 2020g

⁴³² Under den statslige kundskabsstyring er en række råd, der samarbejder om kundskabsstyring, herunder 'Rådet för statlig styrning med kunskap' (bestående af myndighedschefer på nationalt niveau), 'Huvudmanngruppen' (bestående af repræsentanter fra regioner og kommuner) samt et partnerskab, hvor Socialstyrelsen, SKR og Regional samverkan och stödstruktur (RSS), der er nationale støttestruktur for regioner. 'Huvudmanngruppen' skal informere 'Rådet för statlig styrning med kunskap' om områder, hvor kommuner og regioner har behov for kundskabsstyring se' Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst'.

⁴³³ Socialstyrelsen i Sverige, 2015a

⁴³⁴ Socialstyrelsen i Sverige, 2019b

⁴³⁵ <https://www.vardochinsats.se/>

⁴³⁶ <https://www.vardochinsats.se/>. Andre eksempler er NPO Psykisk hälsa, NPO Rehabilitering og NPO Habilitering och försäkrings-medicin.

og rehabilitering, hvilket inkluderer dele af det, der i Danmark betegnes som specialpædagogiske indsatser til borgere med funktionsnedsættelser. Nogle programmer er under udarbejdelse. Under NPO Sällsynta sjukdomar er der opbygget Centrum för sällsynta diagnoser i Samverkan (CSD). CSD har overvejende fokus på sundhedsområdet, men socialområdet berøres også bl.a. i relation til udarbejdelse af individuel plan⁴³⁷.

I Sverige findes en række nationale 'kompetens- og kunskapscentre', hvis formål er at yde ekspertstøtte og formidle viden inden for et specifikt fagområde. Der er kompetence- og kundskabscentre om ernæring i skole- og omsorgssektoren, men der er også centre for bl.a. døvblinde, sjældne diagnoser samt evidensbaserede psykosociale indsatser⁴³⁸. De nationale kompetence- og kundskabscentre formidler information til borgere om indsatser og yder bred faglig vejledning til fagpersoner bl.a. inden for medicinbrug, jura, habilitering og rehabilitering, brug af hjælpemidler samt kurser. Desuden samler og formidler de faglig viden om fx døvblindhed og arbejder for systematisk metodeudbredelse, fx ved at udarbejde forskningsoversigter⁴³⁹.

I relation til indsatsen over for den enkelte borger skal kommunen tilbyde en individuel plan til borgere, som modtager indsatser efter LSS (§ 10)⁴⁴⁰, og planen skal oprettes i samråd med borgeren. En koordinerende individuel plan (SIP) tilbydes borgere, der modtager tilbud fra den kommunale socialtjeneste og det regionale sundheds- og sygehusvæsen (SoL kap. 2, § 7). SIP skal, når det er muligt, udarbejdes sammen med borgere, og nærtstående skal tilbydes at indgå i udarbejdelsen. Begge typer af planer er retningsgivende for den indsats, borgeren modtager. En individuel plan indeholder besluttede, planlagte indsatser, og derudover indeholder SIP også ansvarsfordeling mellem myndigheder i forhold til indsatsen⁴⁴¹.

7.1.4 Sammenligning på tværs af lande

Overordnet set ligner Danmark, Norge og Sverige hinanden i forhold til brug af nationalt fastlagte retningslinjer. I alle tre lande udarbejder myndigheder sådanne retningslinjer, som er rettet mod kommunale, regionale og private aktører. Flertallet af de nationalt fastlagte retningslinjer er ikke bindende med undtagelse af beskrivelser af lovgivningen, fx i vejledning til serviceloven og forskrifter.

Desuden skal borgere tilbydes handleplaner eller individuelle planer i alle tre lande, når de modtager kommunale indsatser. Planen regulerer tilbuddets arbejde med den enkelte borger. Til forskel fra Danmark indeholder planen i Norge og Sverige beskrivelser af ansvarsfordelingen mellem de involverede myndigheder og regulerer også myndighedernes samarbejde.

I alle tre lande findes endvidere nationale videns- og rådgivningsinstanser, som kommuner og fagpersoner på sociale tilbud kan søge vejledning hos i det social- og specialpædagogiske arbejde med specifikke målgrupper. I Danmark varetages den faglige rådgivning samlet af VISO, mens rådgivningen er opdelt på målgruppespecifikke centre i Norge og Sverige.

⁴³⁷ CSD i Samverkan, 2016

⁴³⁸ NKA, 2016

⁴³⁹ Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor, 2021

⁴⁴⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2018b, s. 68

⁴⁴¹ Interview med videnspersoner i Sverige indeholder ikke information om anvendelsen af individuel plan og SIP i praksis, hvilket derfor ikke er beskrevet i denne rapport.

7.2 Retningslinjer for og understøttelse af myndighedsarbejdet

Dette afsnit belyser, i hvilken grad Danmark, Norge og Sverige har nationale strukturer, der understøtter myndighedsarbejdet, herunder visitation til tilbud på det specialiserede socialområde. Vi fokuserer på nationale instanser og retningslinjer, som kan støtte den kommunale sagsbehandling, herunder i sager med komplekse problemstillinger.

7.2.1 Danmark

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) tilbyder bl.a. rådgivning til den kommunale myndighed i sagsbehandling i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på det specialiserede socialområde, herunder børn, unge og voksne (serviceloven § 13). Rådgivningen indebærer vejledende udredning til kommuner i enkeltsager, hvor man ikke kan forvente, at den enkelte kommune har den nødvendige ekspertise til at behandle sagen. Rådgivningen kan omhandle vejledning om socialfaglig kvalitet i sagsbehandlingen i sager med bl.a. højkonflikt, samarbejdsvanskeligheder, komplicerede problemstillinger, langvarige forløb og andet.

Rådgivningen er målrettet en eller flere sagsbehandlere og ledere på myndighedsniveauet i kommunerne på børne- og voksenområdet. Rådgivningen kan være målrettet en enkelt sag eller flere sager med udfordringer, der ligner hinanden. Så vidt muligt inddrages borgeren også i rådgivningsforløbet for at give sit perspektiv på sagen. Formålet med forløbet er, at den kommunale myndighed får viden om, hvordan de kan håndtere sagen, og sammen med borgeren, evt. pårørende og andre centrale parter får lagt en plan for borgerens fremtidige forløb⁴⁴².

Et rådgivningsforløb kan vare op til 8 måneder. VISO har tilknyttet en række eksterne leverandører, som er fageksperter i forhold til specifikke diagnoser og sociale problemstillinger. Disse eksterne leverandører yder rådgivningen. Rådgivning fra VISO er gratis for kommunerne, der skal ansøge om et rådgivningsforløb, hvorefter VISO vurderer, om det bevilliges. Rådgivning fra VISO er vejledende og skal understøtte kommunens grundlag for at træffe beslutninger⁴⁴³. Det er altid kommunen, der som myndighed træffer beslutninger i hver sag⁴⁴⁴.

7.2.2 Norge

I Norge findes ikke en national instans, som understøtter visitationen i kommunerne. Overordnet er kommunerne i Norge underlagt et ansvar for selv at følge op på sagsbehandlingen og sørge for, at den følger lovgivningen (Helse- og Omsorgstjenesteloven § 3-1). Derudover har Helsedirektoratet udarbejdet nationale retningslinjer for sagsbehandling i relation til tildeling af ydelser efter helse- og omsorgstjenesteloven⁴⁴⁵ (for yderligere beskrivelse se afsnit 7.3). Imidlertid har statsforvalteren en vejledningspligt over for kommunerne. Ud fra interview med enkelte videnspersoner i Norge henvender kommuner sig til statsforvalteren for at få rådgivning til sagsbehandling i konkrete sager, fx inden de træffer afgørelse om støtte. Videnspersoner i Norge forklarer også, at der er en del sparring mellem forskellige kommuner i relation til sagsbehandling.

⁴⁴² Socialstyrelsen, 2019a

⁴⁴³ Socialstyrelsen, 2019a

⁴⁴⁴ Socialstyrelsen, 2021c

⁴⁴⁵ Helsedirektoratet, 2017

7.2.3 Sverige

Som i Norge har vi ikke fundet en national instans i Sverige, som understøtter den kommunale visitation med rådgivning på samme måde som VISO i Danmark. Imidlertid har den svenske socialstyrelse udarbejdet håndbøger⁴⁴⁶ og forskrifter og generelle råd⁴⁴⁷ om dokumentation og sagsbehandlingen inden for den kommunale socialtjeneste (for yderligere beskrivelse se afsnit 7.3). Desuden har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bl.a. til opgave at informere ansatte inden for socialtjenesten. For eksempel har IVO foretaget undersøgelser og udgivet rapporter om den kommunale sagsbehandling⁴⁴⁸, som omhandler sagsbehandling generelt.

7.2.4 Sammenligning på tværs af lande

Danmark er det eneste af de tre lande, hvor der er en national enhed, VISO, hvor den kommunale myndighed kan søge specifik vejledning i sagsbehandling af komplekse enkeltsager. I Norge og Sverige findes nationale retningslinjer og vejledninger til sagsbehandling, som giver generel information om sagsbehandling, og som sagsbehandlere kan anvende i deres arbejde.

7.3 Krav til uddannelse og kompetencer

I dette afsnit fokuserer vi på krav til uddannelse og kompetencer blandt hhv. socialfagligt personale og sagsbehandlere i Danmark, Norge og Sverige. Under hvert land beskrives først krav til socialfagligt personale og dernæst til sagsbehandlere og til sidst sammenlignes på tværs af landene.

7.3.1 Danmark

Socialfagligt personale

Krav til kvaliteten i sociale tilbud i Danmark beskrives i lov om socialtilsyn (§ 6). Heri fremgår det, at en betingelse for godkendelse og drift af sociale tilbud er, at tilbuddet efter en samlet vurdering har den fornødne kvalitet, herunder organisation og ledelse samt kompetencer. Ved godkendelse af tilbud anvender Socialtilsynet den lovbestemte kvalitetsmodel, som består af syv temaer, jf. også afsnit 4.3.1. I henhold til temaet 'Organisation og ledelse' er det en væsentlig forudsætning for kvaliteten af sociale tilbud, at der er en hensigtsmæssig organisering samt en kompetent og ansvarlig ledelse. I henhold til temaet 'Kompetencer' er det afgørende for kvaliteten i tilbuddet, at tilbuddets medarbejdere har de faglige, relationelle og personlige kompetencer, der er nødvendige i forhold til tilbuddets målsætninger og målgruppe, de metoder tilbuddet anvender samt borgernes aktuelle behov.

Hos KOMPONENT – Kommunernes Udviklingscenter kan ledere og socialfagligt personale endvidere modtage kompetenceudvikling. KOMPONENT er en sammenlægning af COK – Center for Offentlig Kompetenceudvikling, KLK (KL's Konsulentvirksomhed) og KL Ledelsespolitik. KOMPONENT tilbyder bl.a. opkvalificering af ledere på socialområdet, fx i relation til økonomistyring og af socialfagligt personale bl.a. i faglige metoder gennem afholdelse af kurser, uddannelser, konferencer og temadage samt læringsforløb afholdt i enkelte kommuner. Endvidere udbyder Socialstyrelsen temadage og kurser for ledere på socialområdet, socialfagligt personale og sagsbehandlere, og i samarbejde med Ankestyrelsen tilbyder Socialstyrelsen

⁴⁴⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2015b

⁴⁴⁷ Socialstyrelsen i Sverige, 2019f

⁴⁴⁸ Se fx, IVO, 2016

via Task Force rådgivning og kompetenceudvikling til kommuner i relation til udsatte børn og unge og på handicapområdet for børn og voksne⁴⁴⁹. Desuden udbyder professionshøjskoler videreuddannelse på socialområdet.

Sagsbehandlere

Kommunale sagsbehandlere skal naturligvis overholde den danske lovgivning. I forvaltningsloven stilles krav til kommunal sagsbehandling vedrørende fravær af inhabilitet, tavshedspligt samt til måden, afgørelser udformes på (kap. 2, kap. 6, kap. 8). For eksempel skal de være skriftlige og indeholde en begrundelse. Den kommunale myndighed er ansvarlig for, at en sag er tilstrækkelig belyst. Derudover er der ikke identificeret krav til uddannelse og kompetencer for kommunale sagsbehandlere i Danmark.

Derudover kan kommunale sagsbehandlere modtage kompetenceudvikling hos KOMPONENT – Kommunernes Udviklingscenter. KOMPONENT tilbyder bl.a. opkvalificering af sagsbehandlere på socialområdet gennem afholdelse af kurser, uddannelser, konferencer og temadage samt læringsforløb afholdt i enkelte kommuner. Socialstyrelsen udbyder endvidere efter- og videreuddannelse på børn og unge-området med det sigte at styrke sagsbehandlingen. Kommunale ledere, sagsbehandlere og socialfagligt personale, der beskæftiger sig med opsporing af udsatte børn og unge, kan modtage kurser og tilskud til efteruddannelse, fx diplomuddannelser på børn og unge-området.

7.3.2 Norge

Socialfagligt personale

I Norge indeholder lovgivningen krav til kompetencer og opkvalificering af personale. I helse- og omsorgstjenesteloven (§ 8-2) samt specialisthelsetjenesteloven (§ 3-10) beskrives det som et krav, at hhv. kommunen og regionale helseforetak sørger for, at personale på deres tilbud har de nødvendige kompetencer. På børn og unge-området specificeres desuden krav til uddannelsesniveau blandt ledere af institutioner til anbragte børn og unge. De skal have en tre-årig uddannelse (høyskoleuddanning) inden for socialfag eller anden tilsvarende uddannelse samt tillægsuddannelse i administration og ledelse ⁴⁵⁰.

Desuden omfatter lovgivningen krav til, at myndigheden (kommunen eller Specialisthelsetjenesten) sørger for, at personale modtager opkvalificering, når der er behov for det (Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 og § 8-2, Specialisthelsetjenesteloven § 3-5 og § 3-7a). Kravet om opkvalificering gælder både personale i egne tilbud og personale hos private leverandører. Samtidig er personalet forpligtet til at deltage i videreuddannelse, som er nødvendig for at opretholde deres faglige kompetencer.

For at understøtte kommunerne i at give specialiserede indsatser på det pædagogiske område, herunder til børn, unge og voksne, har Kunnskabedepartementet oprettet 'Statlig specialpædagogisk tjeneste' (Staped). Staped giver ydelser, fx kurser til fagpersoner og borgere. Målgruppen blandt borgerne er personer med erhvervet hjerneskade, døvblinde, tale- og høreproblemer. Formålet er, at borgere skal støttes til at mestre eget liv i forhold til uddannelse, arbejdsliv og samfundsdeltagelse. Endvidere udbyder Helsedirektoratet en række kurser på sundhedsområdet samt på de områder, der i Danmark hører under socialområdet, fx i unges rusmiddelbrug. Kurserne er målrettet ledere og socialfagligt personale afhængigt af kursets fokus⁴⁵¹.

⁴⁴⁹ <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/>

⁴⁵⁰ Barne- og familiedepartementet, 2008, § 5

⁴⁵¹ <https://www.helsedirektoratet.no/konferanser>

Uddannelsesinstitutioner i Norge, fx OsloMet, tilbyder efter- og videreuddannelse inden for socialområdet, og Helsedirektoratet udbyder kurser, hvoraf nogle fokuserer på det, der i Danmark er under socialområdet, fx borgere med psykiske vanskeligheder. Kurserne er målrettet fagpersoner i kommuner, specialhelsetjenesten og sociale tilbud⁴⁵².

Sagsbehandlere

Kommunale sagsbehandlere i Norge skal naturligvis følge forvaltningsloven, hvilket indebærer krav om fx fravær af inhabilitet, og at sagsbehandleren skal udrede sagen og sørge for, at alle relevante forhold er belyst inden afgørelse (forvaltningsloven kap. 2, kap. 3). Endvidere har Helsedirektoratet udarbejdet en vejledning for sagsbehandling i relation til helse- og omsorgstjenesteloven⁴⁵³. Heri beskrives et krav om forsvarlighed, som sagsbehandlere skal leve op til. Det betyder bl.a., at der skal foretages nødvendige udredninger, at alle parter skal høres i sager, der vedrører dem, samt at borgere får de rette tilbud til rette tid og i tilstrækkeligt omfang. Se også afsnit 2.4.2.

I relation til udsatte børn og unge indeholder Saksbehandlingsrundskrivet⁴⁵⁴ retningslinjer for sagsbehandlingen. Heri beskrives fx afgørelse af, hvem der er part i en sag, herunder barn og forældre, samt krav til, hvilke undersøgelser der skal gennemføres under sagsbehandlingen. Eksempelvis er der krav om brug af eksterne fagpersoner som psykologer eller læger, der har gennemført et toårigt uddannelsesforløb for at kunne fungere som sagkyndig i anbringelses-sager.

7.3.3 Sverige

Socialfagligt personale

Den svenske lovgivning, LSS og SoL, indeholder krav til personalets kompetencer. I LSS (§ 6) stilles generelle krav til, at sociale tilbud og indsatser skal have det nødvendige personale for at yde god støtte. I SoL (kap. 3, § 3) beskrives krav til, at personalet skal have adækvat erfaring og uddannelse, dog ikke en specifik uddannelse, for at sikre god kvalitet i indsatserne. For ledere af botilbud (gruppobostad og servicebostad) for voksne efter LSS (§ 9) stilles krav om relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau (høgskoleuddannelse)⁴⁵⁵. For ledere af HVB (Hem för vård eller boende) efter SoL (kap. 6, § 1) til anbragte børn og unge samt udsatte voksne gælder samme uddannelseskrav samt om erfaring fra lignende virksomhed og generelt være personlig egnet. Derudover skal personale i HVB, der behandler med en given metode, have relevant uddannelse dertil⁴⁵⁶.

Socialstyrelsen udbyder kurser, hvoraf nogle fokuserer på det, som i Danmark ligger inden for socialområdet, fx børns oplevelse af at bo på familiehjem. Kurserne er målrettet bl.a. ledere og socialfagligt personale afhængigt af kursets indhold⁴⁵⁷.

Sagsbehandlere

I relation til sagsbehandling indeholder Förvaltningslagen (§ 5-6) generelle principper for god forvaltning. Disse indebærer bl.a., at myndigheden skal være saglig og upartisk, tildele tilstrækkelig hjælp i forhold til den enkeltes behov og sikre sig, at afgørelsen bygger på tilstrækkelig

⁴⁵² <https://www.helsedirektoratet.no/konferanser>

⁴⁵³ Helsedirektoratet, 2017

⁴⁵⁴ Bufdir, 2021a

⁴⁵⁵ Socialstyrelsen i Sverige, 2019g

⁴⁵⁶ Socialstyrelsen i Sverige, 2016

⁴⁵⁷ <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn>

udredning (Förvaltningslagen § 23). I SoL (kap. 3, § 3 A-C) beskrives krav til uddannelsesniveauet blandt kommunale sagsbehandlere på børne- og ungeområdet. De skal have en svensk socionomuddannelse (grundniveau) eller tilsvarende. I en forskrift⁴⁵⁸ på børneområdet, en bindende bestemmelse, opstilles en række krav til godkendelse af tilsvarende grunduddannelser og kompetencer, herunder svenskuddannelse samt gennemførelse af en række kurser i socialt arbejde, socialret, forvaltningsret og psykologi. I relation til voksne er der ikke identificeret lignende krav i Sverige.

Desuden har Socialstyrelsen udarbejdet forskrifter og generelle råd samt håndbøger i sagsbehandlingen. Heri beskrives krav til dokumentation i sagsbehandlingen, fx om, hvorfor en udredning ikke er foretaget samt vurdering af borgerens behov for støtte⁴⁵⁹, og anbefalinger til sagsbehandlers kompetencer i relation til borgere med funktionsnedsættelser, fx om socio-nomuddannelse⁴⁶⁰. I 'Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer' (forskrift og generelle råd om vold i nære relationer)⁴⁶¹ stilles krav til den kommunale udredning, fx om brug af standardiserede metoder til at bedømme risiko for gentagelse af vold. I relation til efter- og videreuddannelse af fagpersoner og ledere tilbydes dette på socialområdet af uddannelsesinstitutioner, fx Uppsala Universitet.

7.3.4 Sammenligning på tværs af lande

Socialfagligt personale

Hvad angår krav til kompetencer og uddannelse blandt socialfagligt personale indeholder lovgivningen i alle tre lande krav om, at tilbud skal have de fornødne kompetencer til at sikre kvalitet i indsatser. Den danske lovgivning stiller krav om fornøden kvalitet, herunder kompetencer, mens den svenske lovgivning stiller krav om adækvat uddannelse og erfaring. I Norge er der krav til kommunen om udbud af faglig opkvalificering samt pligt for personale til at deltage heri, når det er nødvendigt for at opretholde deres faglige kompetencer. Endvidere er der i Norge krav om uddannelsesniveau blandt ledere af institutioner for anbragte børn og unge. I Sverige stilles krav til uddannelsesniveau for ledere af botilbud til voksne og for ledere af hjem for anbragte børn, unge og udsatte voksne. Desuden skal personale i HVB, der anvender behandlingsmetoder, have relevant uddannelse deri. Norge og Sverige ser ud til at være de lande, hvor der stilles mest eksplicitte krav til uddannelse og kompetencer blandt ledere af institutioner for anbragte børn og unge. Endvidere ser Sverige ud til at være det land med mest eksplicitte uddannelseskrav til ledere af botilbud (efter LSS) og HVB på voksenområdet.

Sagsbehandlere

Når vi ser på krav til kommunale sagsbehandlere, skal de naturligvis følge lovgivningen i alle tre lande, herunder principper for god forvaltning. I Danmark og Norge stilles der derudover ikke særlige krav, men i Sverige stiller SoL krav om en svensk socionomuddannelse eller tilsvarende på børne- og ungeområdet, herunder krav til at få godkendt tilsvarende uddannelser. Lignende krav er ikke identificeret i relation til voksenområdet i Sverige. På den baggrund ser Sverige ud til at være det land, hvor der stilles mest eksplicitte krav til kommunale sagsbehandlers uddannelse og kompetencer på børn og unge-området.

Tabel 7.4 sammenligner krav til uddannelse og kompetencer for socialfagligt personale og sagsbehandlere i hhv. Danmark, Norge og Sverige.

⁴⁵⁸ Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

⁴⁵⁹ Socialstyrelsen i Sverige, 2019h; 2015b

⁴⁶⁰ Socialstyrelsen i Sverige, 2008

⁴⁶¹ Socialstyrelsen i Sverige, 2019f

Tabel 7.4 Krav til uddannelse og kompetencer for socialfagligt personale og sagsbehandlere i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
Socialfagligt personale	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav til kvalitet på sociale tilbud, herunder fornødne kompetencer hos personale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om nødvendige kompetencer - Krav om opkvalificering af personale ved behov - Personale er forpligtet til at indgå i opkvalificering - I relation til anbragte børn og unge krav om treårig uddannelse inden for socialfag og tillægsuddannelse i administration og ledelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav til nødvendige kompetencer og erfaring blandt personale - Krav om relevant uddannelse på professionshøjskoleniveau for ledere af botilbud til voksne efter LSS og ledere af HVB for anbragte børn, unge og voksne - Krav om uddannelse i behandlingsmetoder for personale i HVB.
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om fravær af inhabilitet, tavshedspligt samt til måden, afgørelser udformes på. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om forsvarlighed og fravær af inhabilitet samt grundig udredning inden afgørelse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lovgivningsmæssigt krav om god forvaltning, herunder saglig og upartisk sagsbehandling og grundig udredning - I SoL krav om svensk socio-nomuddannelse eller tilsvarende blandt sagsbehandlere på børn og unge-området⁴⁶²

⁴⁶² Socialstyrelsen i Sverige, 2017b

Litteratur

Danmark

- Ankestyrelsen. (2020). *Sagens behandling i børn- og ungeudvalget*: <https://ast.dk/born-familie/hvad-handler-din-klage-om/sager-om-born-og-unge/anbringelse-uden-samtykke/sagens-behandling-i-born-og-ungeudvalget>
- Ankestyrelsen. (2021). *Familiepleje i Norge og Sverige*. København: Ankestyrelsen.
- BDO. (2013). Foranalyse af stordriftsfordele på udvalgte kommunale områder. Aarhus: BDO.
- BDO. (2021). Driftsoverenskomst: <https://offentlig-moms.dk/driftsoverenskomst/>
- Borge, L.-E., Etzerodt, S.F., Pedersen, N.J.M., & Oulasvirta, L. (2018). Udligning – et nordisk perspektiv. *Samfundsøkonomen*, 3, 50-56.
- Børne- og Socialministeriet. (2017). *BEK nr. 1017 af 19/8 2017: Bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner*. København: Børne- og Socialministeriet.
- Dalsgaard, C.T., Dørken, R., Andersen, A.G., & Møller, S.Ø. (2012). *Botilbudsområdet: Hvem, hvad, hvor?: Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: KREVI – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut.
- Dalsgaard, C.T. (2014). *Botilbud – stadig en handelsvare? Kommunernes køb og salg af botilbudspadser 2010-2012*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Dalsgaard, C.T., Lemvig, K., Kloppenborg, H.S., & Panduro, B. (2016). *Køb og salg af pladser på det specialiserede socialområde: En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K., & Ibsen, J.T. (under udgivelse). *Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige: En komparativ analyse*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Danmarks Domstole. (2020). *Anbringelse uden samtykke*: <https://www.domstol.dk/alle-emner/familie-og-skilsmisse/anbringelse-uden-samtykke/>
- Danske Regioner. (2019). *Ny organisering af det højt specialiserede socialområde*. København: Danske Regioner.
- Danske Regioner. (2020). *Finansiering fra kommunerne*: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/finansiering-fra-kommunerne>
- DUKH. (2020). *DUKH Praksisnyt nr. 34. 28.05.2020: Sektoransvarlighedsprincippet, lex specialis og Afgrænsningsaspektet*. Kolding: DUKH – Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet.
- Ebsen, F. (2020). Anbringelser i socialpolitikken. *Udenfor nummer*, 20(40), 4-13.

- Erhvervsministeriet. (2019). *LBK nr 655 af 07/06/2019: Bekendtgørelse af lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber*. København: Erhvervsministeriet.
- Finansministeriet. (2017). *Aftale om kommunernes økonomi for 2018*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2018). *Sammen med borgeren: En helhedsorienteret indsats*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2020a). *Aftale om et nyt udligningssystem*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet. (2020b). *Aftale om kommunernes økonomi for 2021*. København: Finansministeriet.
- Friis, S.E. (2016). *Afspecialisering stadig et åbent sår på socialområdet*. 12. december 2016: <https://www.altinget.dk/artikel/afspecialisering-er-stadig-et-aabent-saar-paa-socialområdet>
- Gregersen, J.E. (2013). *Politik og økonomi på det eksterne kvasimarked*. Aarhus: Forlaget Politica.
- Horten. (2018). Samarbejdet mellem kommuner og selvejende institutioner. *Ret og Indsigt*, 4, 10-12.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen: Kort fortalt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- KKR Hovedstaden. (2021). *Økonomimodel til etablering af nye pladser*. Albertslund: Albertslund Kommune.
- KL. (2009). *Familieplejehåndbogen*. Glostrup: Kommuneforlaget.
- KL. (2019a). *Undersøgelse af honorering af familieplejere: Opfølgning på økonomiaftalen for 2019 mellem KL og regeringen*. København: KL.
- KL. (2019b). *Til Borgmesteren*. København: KL.
- KL. (2019c). *KL anbefaler ny honoreringsmodel til plejefamilier*: <https://www.kl.dk/forsidenyheder/2019/april/kl-anbefaler-ny-honoreringsmodel-til-plejefamilier/>
- Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. (2021). *Status for offentlig konkurrence 2020*. Valby: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.
- Pedersen, N.J.M. (2018). *Statens styring af kommuner: Sammenligning af alternative modeller for finanspolitisk styring af kommuner i Danmark og Sverige*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Regeringen. (2020). *Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Rosenkilde, K. (2021). *Internationale velfærdskoncerner køber stort op på socialområdet i Danmark*. 25. marts 2021: <https://www.altinget.dk/social/artikel/internationale-velfaerds->

[koncerner-koeber-stort-op-paa-socialomraadet-i-danmark?SNSubscri-
bed=true&ref=newsletter&refid=altinget-dk-social-108&utm_campaign=Altin-
get%20DK%20-%20Social&utm_medium=e-mail&utm_source=nyhedsbrev](http://www.ram-meaftalernord.dk/nordjysk-socialaftale/det-forstaerkede-samarbejde)

- Sekretariat for Nordjysk Socialaftale. (2014). *Det forstærkede samarbejde*. <http://www.ram-meaftalernord.dk/nordjysk-socialaftale/det-forstaerkede-samarbejde/>
- Social- og Indenrigsministeriet. (2010). *BEK nr 1130 af 27/09/2010: Bekendtgørelse om hjælp til børn og unge, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2013a). *Evaluering af kommunalreformen: Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2013b). *BEK nr 1153 af 01/10/2013: Bekendtgørelse om børnehuse*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2014). *BEK nr 817 af 27/06/2014: Bekendtgørelse om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation - VISO - i Socialstyrelsen*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2016). *BEK nr 717 af 09/06/2016: Bekendtgørelse om hjælp til børn og unge, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp eller særlig støtte*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2017). *BEK nr 1017 af 19/08/2017: Bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2019a). *LBK nr 798 af 07/08/2019: Bekendtgørelse af lov om social service*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2019b). *LBK nr 1377 af 21/09/2020: Bekendtgørelse af lov om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020a). *Velfærdspolitisk analyse: Brug af botilbud i andre kommuner*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020b). *Velfærdspolitisk analyse: Sociale tilbud til målgrupper – virksomhedsformer og størrelse*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020c). *Velfærdspolitisk analyse: Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020d). *BEK nr 616 af 03/05/2020: Bekendtgørelse om Tilbudsportalen*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020e). *BEK nr 617 af 03/05/2020: Bekendtgørelse om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.

- Social- og Indenrigsministeriet. (2020f). *LBK nr 1377 af 21/09/2020: Bekendtgørelse af lov om socialtilsyn*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020g). *BEK nr 1298 af 03/09/2020: Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2020h). *BEK nr 1542 af 27/10/2020: Bekendtgørelse om den centrale refusionsordning efter lov om social service*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2020a). *Kommissorium for en evaluering af det specialiserede socialområde*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet. (2020b). *BEK nr 457 af 17/03/2021: Bekendtgørelse af lov om Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen. (2015). *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet. Den nationale koordinationsstruktur*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017a). *National ADHD-handleplan: Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *Kvalitetsmodel for socialtilsyn: Temaer, kriterier og indikatorer for sociale tilbud*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017c). *Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Opfølgning på den nationale koordinationsstruktur*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Evaluering af det sociale tilsyn*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018c). *Om de danske børnehuse*: <https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/bornehuse/om-bornehusene>
- Socialstyrelsen. (2018d). *Evaluering af tilsynsreformen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Sådan arbejder VISO: Håndbog for specialister og fagkonsulenter*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Hvad er kvalitetsmodellen?*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn/redskaber-for-tilsynsforende/kvalitetsmodel/hvad-er-kvalitetsmodellen>

- Socialstyrelsen. (2020a). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering og undervisning af børn og unge med alvorlig synsnedsættelse 0-18 år*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020c). *Udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/central-udmelding/udsatte-gravide-kvinder-med-et-skadeligt-rusmiddelbrug>
- Socialstyrelsen. (2020d). *Den nationale koordinationsstruktur på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020e). *Forløbsbeskrivelse*: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/national-koordination/forlobsbeskrivelse>
- Socialstyrelsen. (2021a). *Om VISO*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/om-viso>
- Socialstyrelsen. (2021b). *Rådgivning om særlige handicapområder*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/raadgivning-om-saerlige-handicapomraader>
- Socialstyrelsen. (2021c). *Rådgivning til fagfolk*: <https://socialstyrelsen.dk/viso/Til-fagfolk>
- Styrelsen for Patientsikkerhed. (2021). *Tilsyn med bosteder*: <https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-behandlingssteder/tilsyn-med-bosteder/#>
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019a). *LBK nr 903 af 26/08/2019: Bekendtgørelse af sundhedsloven*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019b). *LBK nr 936 af 02/09/2019: Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.* København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Thøgersen, M. (2013). *Selvejende institutioner i Danmark: Institutionernes udvikling, udbredelse og karakter på udvalgte samfundsområder*. Odense: CiFri – Netværk for forskning i Civilsamfund og Frivillighed.
- Tilbudsportalen. (2021). *Sociale tilbud og plejefamilier samlet ét sted*: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudsskoegning/landing/index>
- Udbudsportalen. (2016). *Socialområdet*: <https://udbudsportalen.dk/udbudsguiden/socialomraadet/>
- Økonomi- og Indenrigsministeriet. (2014). *Kommuner og Regioner: Opgaver og finansiering*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Norge

- Agenda Kaupang. (2019). *Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører*. Oslo: Agenda Kaupang.
- Andrews, T., Lindeløv, B., & Gustavsen, A. (2015). *Interkommunalt samarbeid om barnevern i Norge: En kartlegging av erfaringer*. Bodø: Nordlandsforskning.

- Arbeids- og sosialdepartementet. (2021a). *LOV-2021-05-28-47: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2021b). *LOV-2021-05-21-38: Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Odense: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neumann, C.B., & Storø J. (2017). *God omsorg i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Barne- og familiedepartementet. (1999). *LOV-2021-05-07-34: Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2002). *FOR-2002-12-13-1496: Forskrift om endring i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FOR-2003-12-11-1564: Forskrift om tilsyn med barn i barnevernsinstitusjoner for omsorg og behandling*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2008). *FOR-2008-06-10-580: Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2014). *FOR-2003-12-18-1659: Forskrift om fosterhjem*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2021).): *Et trygt hjem for alle: Regjeringens fosterheimsstrategi 2021-25*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2007). *Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter – herunder om betalingsordninger i barnevernet*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Prop. 73 L (2016–2017): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Bjørn, E.C., Hippe, J.M., Holte, J.H., Røtnes, R., Trygstad, S.C., & Bergene, A.C. (2019). *Når velferd er til salgs: Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*. Oslo: Fafo.
- Brandtzæg, B.A., Magnussen, E., & Lie, K. (2020). *Utredning av interkommunalt samarbeid mellom Grue, Våler og Åsnes kommuner: Personal og lønn, økonomi og regnskap, post og arkiv, landbruk og tekniske tjenester*. Bø: Telemarksforsking.
- Bufdir. (2019). *Håndter konflikter på en god måte*:
https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Barnevernsinstitusjoner/konfliktfylte_situasjoner/Situasjonsbetingede_anbefalinger/Handtering_av_konflikter/

- Bufdir. (2020a). *Sentre for foreldre og barn*:
https://www.bufdir.no/Barnevernsinstitusjoner/Oversikt_alle_statlige_barnevernstiltak/Sentre_for_foreldre_og_barn/
- Bufdir. (2020). *L17.07.1992 nr. 100 Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Bufdir. (2021a). *Saksbehandlingsrundskrivet*:
<https://bufdir.no/barnevern/Fagstotte/saksbehandlingsrundskrivet/>
- Bufdir. (2021b). *Organisering og oppgaver*:
https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Organisering_og_oppgaver/
- Deloitte. (2019). *Kartlegging av institusjonstilbud i utvalde land*. Oslo: Deloitte.
- Demiri, A.S. & Gundersen, T. (2016). *Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Eikrem, T. (2015). *Jungelhåndboka*. Oslo: FFO - Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.
- Ekhaugen, T. & Rasmussen, I. (2015). *Barnevernet - et utfordrende samliv mellom stat og kommune*. Oslo: Vista Analyse.
- Ekhaugen, T. & Rasmussen, I. (2016). *Bruken av private aktører i barnevernet – ansvar på avveie?*. Oslo: Vista Analyse.
- Ellingsen, D. & Gundersen, T. (2021). *Enetiltak: Kartlegging av tiltak og bruk av tvang*. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Grünfeld, L.A., Hansen, E.B., Guldvik, M.K., Kjelsaas, I., Winje, E., Engebretsen, L.S., & Westberg, N.B. (2020). *Institusjonstilbudet i barnevernet*. Oslo: Menon Economics.
- Helse Norge. (2018a). *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*:
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/brukerstyrt-personlig-assistanse-bpa/>
- Helse Norge. (2018b). *Avlastning*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/avlastningstiltak/>
- Helse Norge. (2019a). *Støttekontakt*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/stottekontakt/>
- Helse Norge. (2019b). *Barnebolig, sykehjem og andre botilbud*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger/>
- Helse Norge. (2019c). *Dagtilbud*: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/dagtilbud/>

- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer: Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Nasjonal veileder.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveiledning: Rehabilitering af voksne i spesialisthelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015c). *Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for saksbehandling: Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019a). *Prioriteringsveilederne som verktøy ved rettighetstildeling:*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringsveilederne-som-verktoy-ved-rettighetstildeling>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder. Kompetansesentre og kompetansetjenester:*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/kompetansesentre-og-kompetansetjenester>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Om Helsedirektoratet normerende produkter:*
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Årsrapport 2019 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020b). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020c). *Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten:*
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp:*
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted – til rett tid. St. meld. Nr. 47 2008-2009.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Prop. 49 L (2016–2017): Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte). Stk. 9.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *LOV-2021-05-07-34: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *LOV-2021-05-07-34: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a). *LOV-2021-05-07-34: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b). *LOV-2021-05-07-34: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2016). *Midlertidig botilbud: Rettigheter som gjelder sosiale tjenester*: <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/sosiale-tjenester-i-nav/midlertidig-botilbud/>
- Jensen, B. (2014). Samarbeid mellom kommuner og interkommunalt samarbeid. *Samfunn og økonomi*, 5, 32-41.
- Kommunal Rapport. (2021). *Leverandørdatabasen*: <https://ldb.kommunal-rapport.no/start>
- Kontohjelp. (2021). *Satser. Barnevernstiltak - kommunal egenbetaling for barn/unge i tiltak*: <https://kontohjelp.no/kontering/satser/barnevernstiltak-kommunal-egenbetaling-for-barn-unge-i-tiltak>
- Kristiansand kommune. (2021). *Barneverntjenester*: <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/barnehage-og-skole/barn-og-familie/barneverntjenester/>
- KS, Bufdir, & BLD. (2010). *Sammen om et godt barnevern: Veileder til inngåelse av lokale samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern*. Oslo: KS, Bufdir & BLD.
- KS. (2013). *Introduksjonshefte: Formelt interkommunalt samarbeid*. Oslo: KS.
- KS. (2018). *Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om Ressurskrevende tjenester*. Oslo: KS.
- KS. (2020). *Veiledende satser for fosterhjem og besøkshjem (2020)*: <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/barnevern/veiledende-satser-for-fosterhjem-og-besokshjem-2020/>
- Leknes, E., Gjertsen, A., Holmen, A.K.T., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., & Røiseland, A. (2013). *Interkommunalt samarbeid: Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Lie, K., Groven, S., Hjelseth, A., & Thorstensen, A. (2018). *Evaluering av Vesterålen barnevern: Andøy, Bø, Hadsel, Lødingen, Øksnes og Sortland*. Bø: Telemarksforskning.
- Lunder, T.E., Hjertrøm, H.K., Håkonsen, L., & Kvernenes, M.S. (2019). *Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene: Finansieringsordningenes betydning for tjenestene*. Bø: Telemarksforskning.
- NAPHA. (2021). *NAPHAs samfunnsoppdrag*: <https://www.napha.no/content/15134/naphas-samfunnsoppdrag>

- NOU. (2018). *Trygge rammer for fosterhjem*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- NOU. (2020). *Private aktører i velferdsstaten*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2017). *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*. Oslo: Nærings- og fiskeridepartementet.
- Nødland, S.I. & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunalevirkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), 166-188.
- Oslo universitetssykehus. (2021). *Avdeling for nevrohabilitering*: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevroklinikken/avdeling-for-nevrohabilitering#om-avdelingen>
- Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). *Når barn rømmer fra barneverninstitusjon: Retningslinjer om oppgave- og ansvarsfordeling mellom barneverninstitusjon, kommunal barneverntjeneste og politi*. Oslo: Politidirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Regjeringen. (2017). *Nytt anskaffelsesregelverk*: <https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransopolitikk/offentlige-anskaffelser/forste-kolonne/nytt-anskaffelsesregelverk/id2518659/>
- Regjeringen. (2020a). *Nasjonale tjenester*: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>
- Regjeringen. (2020b). *Høring av forslag til endringer i forskrift om fosterhjem*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-fosterhjem/id2741966/>
- Riksrevisjonen. (2020). *Riksrevisjonens undersøkning av om statlege barnevernsmyndigheter sikrar det beste for barn i barnevernsinstitusjonar*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Ringsaker kommune. (2021). *Barnevernvakta*: <https://www.ringsaker.kommune.no/barnevernvakta.389645.no.html>
- Region Sörmland. (2021). *Barn och unga*: <https://samverkan.regionsormland.se/for-varldgi-vare/narvard/barn-och-unga/#Ungdomsmottagningar>
- Statsforvalteren. (2020). *Hvordan klage på helse- og omsorgstjenester*: <https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Nyheter/2016/11/Hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/>
- Storø, J. (2017). *Beboersammensetning*. I: Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neumann, C.B., & Storø, J. *God omsorg i barnevernsinstitusjoner*. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Vinsand, G. & Langset, M. (2016). *Status for interkommunalt samarbeid*. Sandefjord: NIVI Analyse.

Sverige

- 117 Vårdguiden. (2019). *Habilitering*: <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/habilitering/habilitering/>
- Adda. (2017). *Strukturerad öppenvård för barn och unga 2017*: <https://www.adda.se/upphandling-och-ramavtal/vara-ramavtal-och-upphandlingar/ramavtal-och-avtalskategorier/regionala-ramavtalsomraden/strukturerad-oppenvard-for-barn-och-unga-2017/>
- Adda. (2021). *About Adda*: <https://www.adda.se/om-oss/about-us/>
- Arbetsförmedlingen. (2011). *Samordna rehabiliteringen: Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*. Stockholm: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Assistansskoll. (2020). *Stig Svensson, fd statlig utredare av assistansfusk - "Att säga att 50 % av all assistansersättning är fusk är grovt oseriöst"*: <https://assistansskoll.se/20201023-Stig-fd-statlig-utredare-50-fusk-oseriost.html>
- CSD i Samverkan. (2016). *Social omsorg*: <https://csdsamverkan.se/stod-och-service/for-dig-som-arbetar-med-sallsynta-diagnoser/social-omsorg>
- Eklind, H. (2021). *2020/21:402 Brottslighet kopplad till personlig assistans*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Folkhälsa och sjukvård. (2016). *Specialiserad vårdnivå - överenskommelse angående insatser i hemsjukvården*: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/81a0803b-9b22-4121-aac4-a14b8fb4303d?pagelid=24841>
- Försäkringskassan. (2015). *Assistansersättningens utveckling: Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Förvaltningsretten i Malmö. (2021). *Dom meddelad i Malmö i saken: Upphandlingsskadeavgift enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Mål nr. 15878-20*. Malmö: Förvaltningsretten i Malmö.
- Funktionsrätt Sverige. (2019). *Ställningstagande kring rådgivning och annat personligt stöd: Insatsen Rådgivning och annat personligt stöd LSS § 9 p.1*. Sundbyberg: Funktionsrätt Sverige, Lika Unika, Unga med synnedsättning & Förbundet Unga.
- Habilitering & Hälsa. (2021). *För vuxna med funktionsnedsättning*: <https://www.habilitering.se/din-habilitering/for-vuxna-med-funktionsnedsattning/>
- Habilitering i Sverige. (2021). *Om habilitering*: <http://habiliteringisverige.se/habilitering/om-habiliteringen>
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2012a). *Assistansmarknaden – lönsamhet och konkurrensförhållanden*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2012b). *Tvåårsomprövningar av assistansersättning*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

- Inspektionen för socialförsäkringen. (2015). *Assistansersättningen. Brister i lagstiftning och tillämpning*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Insynsverige. (2009). *Preliminära anvisningar: För resursmätningar för fastställande av ersättningsnivåer i stadens valfrihetssystem inom socialpsykiatri*. Stockholm: Socialtjänst och arbetsmarknadsförvaltningen.
- ISF. (2012). *Assistansmarknaden: En analys av timschablonen*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- IVO. (2016). *Fyra kommuners handläggning i ärenden som avser familjehemsplacerade barn. Sammanställning av tillsynsresultat 2015*. Stockholm: IVO - Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO. (2019a). *Sociala barn- och ungdomsvården: Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: IVO - Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO. (2019b). *Öppenvård/dagverksamhet*: <https://www.ivo.se/tillstand/sol-och-lss-tillstand/oppen-verksamhet/>
- Konkurrensverket. (2020). *Ansökan om upphandlingsskadeavgift*: https://www.konkurrensverket.se/globalassets/upphandling/upphandlingsskadeavgift/20-0718_ansokan-om-upphandlingsskadeavgift_malmo-kommun.pdf
- Kliniske studier. (2020). *Det svenska sjukvårdssystemet*. Tilgængelig på: <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html>
- Kunskapsguiden. (2017). *Om insatser och stöd enligt LSS*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/insatser-enligt-lss/om-insatser-och-stod-enligt-lss/>
- Kunskapsguiden. (2020a). *Boendestöd*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/boende-for-personer-med-funktionsnedsattning/boendestod/>
- Kunskapsguiden. (2020b). *Boendalternativ för vuxna enligt LSS*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/boende-for-personer-med-funktionsnedsattning/bostad-med-sarskild-service-for-vuxna-eller-annan-sarskilt-anpassad-bostad-for-vuxna/>
- Kunskapsguiden. (2021). *Uppdrag och ansvar*: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/yrkesintroduktion-for-baspersonal-som-arbetar-med-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning/uppdrag-och-ansvar/>
- Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2021). *Programområden och samverkansgrupper*: <https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper.657.html>
- Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. (2021). *Vårt uppdrag*: <https://nkcdb.se/om-oss/vart-uppdrag/>
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. (2020). *Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*. Stockholm: Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

- NAV. (2021). *Satsingsområder*: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/for-kommunen/satsingsomrader2>
- NKA. (2016). *Nationella kompetens- och kunskapscentrum*: <https://www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/lankar/nationella-kompetenscentra/>
- NSPH. (2021). *NSPH:s yttrande över remissen Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47)*. Stockholm: NSPH – Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa.
- Pålsson, D. (2018). *Att styra marknader med granskning – tillsyn och tillståndsgivning inom institutionsvård för barn och unga*. I: Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Regeringskansliet. (1998). *Lag (1998: 603) om verkställighet av sluten ungdomsvård*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Regeringskansliet. (2008). *Lag (2008:962) om valfrihetssystem*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Region Sörmland, Samverkanswebben. (2021). *Barn och unga*: <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/barn-och-unga/#Ungdomsmottagningar>
- SCB. (2021). *Kommunalekonomisk utjämning och utjämning av LSS-kostnader*: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/kommunalekonomisk-utjamning-och-utjamning-av-lss-kostnader/#_Tabellerochdiagram
- SiS. (2020). *Sluten ungdomsvård – LSU*: <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/sluten-ungdomsvard-lsu/>
- SiS. (2021). *Om SiS*: <https://www.stat-inst.se/om-sis/>
- SKR. (2015). *Koll på assistansen: En handledning för kommunens analys*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR. (2019). *Köp av verksamhet 2019: Kommuner och regioner 2006-2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR. (2021). *Ersättningar och villkor vid familjehemsvård av barn, unga och vuxna, vårdnadsöverflyttningar m.m. för år 2021*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialdepartementet. (2007). *Förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2015). *Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2018a). *Personlig assistans: Analys av en kvasimarknad och dess brottslighet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2018b). *Uppdrag att fördela statsbidrag för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialdepartementet. (2019). *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020a). *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020b). *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2020c). *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021a). *Socialtjänstlag (2001:453)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021b). *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2021c). *Socialförsäkringsbalk (2010:110)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2004). *Socialstyrelsens termbank: 'specialiserad vård'*: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?Termlid=252&SrcLang=sv>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2008). *Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2014). *Lex Sarah: Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2015a). *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet: Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2015b). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2016). *HSLF-FS 2016:55. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2017a). *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård: Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2017b). *HSLF-FS 2017:79 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2018a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2018b). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen i Sverige. (2019a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och Beroende: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019b). *Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete: Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019c). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov: Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019d). *National specialised medical care*: <https://www.socialstyrelsen.se/en/regulations-and-guidelines/national-specialised-medical-care/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019e). *Om föreskrifter och allmänna råd*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/om-foreskrifter-och-allmanna-rad/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019f). *Senaste version av SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019g). *Senaste version av SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20029-om-bostad-med-sarskild-service-for-vuxna-enligt-9--9-lagen-1993387-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade-lss/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2019h). *Senaste version av SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20145-om-dokumentation-i-verksamhet-som-bedrivs-med-stod-av-sol-lvu-lvm-och-lss/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020a). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning: Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020b). *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020c). *Regioner och kommuner ansvarar för att erbjuda en god vård*: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/regioner-och-kommuner-ansvarar-att-erbjuda-en-god-varld>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020d). *Statistik om vuxna personer som får boendeinsatser och anhörigstöd*: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/vuxna-personer-som-far-boendeinsatser-och-anhorigstod/>
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020e). *Kvalitetsdeklaration: Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen i Sverige. (2020f). *Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning: Handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen i Sverige. (2020g). *Barn och unga som begår brott: Handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU. (1995). *Kostnader för den statliga assistansersättningen*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2007). *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2009). *Vanvård i social barnavård under 1900-talet*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2012). *Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2014). *Förändrad assistansersättning: En översyn av ersättningssystemet*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2015). *Krav på privata aktörer i välfärden*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2016). *Ordning och reda i välfärden*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2017a). *Kvalitet i välfärden: Bättre upphandling och uppföljning*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2017b). *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2018). *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020a). *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020b). *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 2*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020c). *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (Kommunutredningen)*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- SOU. (2020d). *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor*. Stockholm: SOU - Statens offentliga utredningar.
- Statsbidrag. (2018). *Uppdrag att fördela statsbidrag för att stärka insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statskontoret. (2011). *Försäkringskassans handläggning av assistansersättning*. Stockholm: Statskontoret.

Statskontoret. (2016). *Kommunal avtalssamverkan: Behövs ökade möjligheter?*. Stockholm: Statskontoret.

Stockholms Stad. (2009). *Preliminära anvisningar: För resursmätningar för fastställande av ersättningsnivåer i stadens valfrihetssystem inom socialpsykiatrin*. Stockholm: Socialtjänst och arbetsmarknadsförvaltningen.

Sveriges Domstolar. (2019a). *Förvaltningsdomstolar*. <https://www.domstol.se/om-sveriges-domstolar/sa-fungerar-domstolarna/forvaltningsdomstolar/>

Sveriges Domstolar. (2019b). *Så överklagar du LSS beslut*. <https://www.domstol.se/amen/overklaga-myndighetsbeslut/lss/sa-overklagar-du-lss-beslut/>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Valfrihetssystem, information och stödmaterial*: <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/valfrihetssysteminformationochstodmaterial.1969.html>

Sallnäs, M. & Wiklund, S. (2018). *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2016). *Vuxenpsykiatri*: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/samarbete-mellan-primarvard-och-psykiatri/vuxenpsykiatri/>

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2020). *Psykiatrin i siffror 2019: Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Uppdrag Psykisk Hälsa.

Upphandlingsmyndigheten. (2016). *Ersättningsformer vid konkurrensutsättning av vård och omsorg*. Solna: Upphandlingsmyndigheten.

Upphandlingsmyndigheten. (2020). *Frågeportalen: Vilka tjänster kan tillhandahållas genom ett valfrihetssystem enligt LOV?*: <https://frageportalen.upphandlingsmyndigheten.se/org/upphandlingsmyndigheten/d/vilka-tjanster-omfattas-av-lov-under-halsovard-och/>

Vogel, M.A. & Enell, S. (2018). *Staten och kapitalet: Om Statens institutionsstyrelses roll på barnvårdsmarknaden*. I: Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) *Socialtjänstmarknaden: om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.

Vårdförbundet Sörmland. (2020). *Förbundsordning för Vårdförbundet Sörmland*. Vingåker: Vårdförbundet Sörmland.

International

Meagher, G., Sallnäs, M., Lundström, T., & Wiklund, S. (2015). Big business in a thin market: Privatization of Residential Care for Children and Youth in Sweden. *Social Policy & Administration*, 50(7), 805-823.

Shanks, E. et al. (under udgivelse): *Privatisation of residential care for children and youth in Denmark, Finland, Norway, and Sweden*.

Stenius, K. & Storbjork, J. (2019). Balancing welfare and market logics: Procurement regulations for social and health services in four Nordic welfare states. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(1), 6-31.

Bilag 1 Liste over anvendte forkortelser

De hyppigst anvendte forkortelser i rapporten er forklaret i listen nedenfor.

ABL	<i>Danmark:</i> Almenboligloven
AE	<i>Sverige:</i> Assistansersättning
BPA	<i>Danmark:</i> Borgerstyret Personlig Assistance <i>Norge:</i> Brukerstyrt Personlig Assistanse
Buudir	<i>Norge:</i> Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Bufetat	<i>Norge:</i> Barne- ungdoms- og familieetaten
HOT	<i>Norge:</i> Helse- og omsorgstjenesteloven
HSL	<i>Sverige:</i> Hälso- och sjukvårdslagen
HVB-hem	<i>Sverige:</i> Hem för vård och boende. Institutionstilbud til børn, unge, voksne eller familier.
IVO	<i>Sverige:</i> Inspektionen för vård och omsorg
KL	<i>Danmark:</i> Kommunernes Landsforening
KS	<i>Norge:</i> Kommunesektorens organisasjon
LPT	<i>Sverige:</i> Lag om psykiatrisk tvångsvård
LSS	<i>Sverige:</i> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
LOU	<i>Sverige:</i> Lagen om offentlig Upphandling
LOV	<i>Sverige:</i> Lagen om Valfrihet
LVM	<i>Sverige:</i> Lag om vård av missbrukare
LVU	<i>Sverige:</i> Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
NPO	<i>Sverige:</i> Nationale programområder. Element i vidensstyringssystemet for sundheds- og omsorgsområdet.
NATKO	<i>Danmark:</i> Den nationale koordinationsstruktur
NAV	<i>Norge:</i> Norges Arbeids- og Velferdsetat har ansvar for organisering og finansiering af bl.a. sociale sikringsydelse og socialhjælp
NOU	<i>Norge:</i> Norges Offentlige Utredninger
NSG	<i>Sverige:</i> Nationale samarbejdsgrupper. Element i vidensstyringssystemet for sundheds- og omsorgsområdet.
PA	<i>Sverige:</i> Personlig Assistans
RHF	<i>Norge:</i> De regionale helseforetak (statslige)
SEL	<i>Danmark:</i> Lov om social service, også kaldet serviceloven
SFB	<i>Sverige:</i> Socialförsäkringsbalken. Regulerer de fleste udbetalinger, som Försäkringskassan har ansvaret for.
SiS	<i>Sverige:</i> Statens Institutions Styrelse
SKR	<i>Sverige:</i> Sveriges Kommuner och Regioner (tidligere SKL, Sveriges Kommuner och Landsting)
SoL	<i>Sverige:</i> Socialtjänstlagen
SOU	<i>Sverige:</i> Statens Offentliga utredningar
SUL	<i>Danmark:</i> Sundhedsloven
VISO	<i>Danmark:</i> Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO)

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD