



Referat

Social- og Sundhedsudvalget 2022-2025

Ordinært møde

Mødetidspunkt: 15-01-2024 15:30

Mødeafholdelse: Lokale 0.28

Information:

Medlemmer: Ole Rørbæk Jensen (A)
Brian Kjær (A)
Tina Nymann (A)
Karl Falden (A)
Mette Hardam (V)
Jan Bjeldbak (V)
Thomas Hjort (DF)

Afbud: Mette Hardam (V)

Stedfortrædere:



Indholdsfortegnelse

Social- og Sundhedsudvalget 2022-2025

15-01-2024 15:30

1 (Åben) Godkendelse af dagsorden	3
2 (Åben) Temadrøftelse fremtidens ældrepleje	4
3 (Åben) Økonomiorientering på Social- og Sundhedsudvalget november 2023	5
4 (Åben) Godkendelse af harmonisering af gebyrer for frivillige sociale foreningers lån af lokaler tilhørende aktivitetsområdet	7
5 (Åben) Høring af udkast til ny ”Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning”	9
6 (Åben) Godkendelse af nyt udbud på madservice -	13
7 (Åben) Plan for anvendelse af varige midler til Handicapområdet	15
8 (Åben) Anvendelse af engangsbeløb til socialpsykiatrien i budget 2024.....	17
9 (Åben) Orientering om Social- og Boligstyrelsens rapport om socialtilsynenes virksomhed i 2022.....	19
10 (Åben) Januar 2024 - Orientering til Social- og Sundhedsudvalget.....	22
11 (Lukket) Orientering vedr. kontrakt.....	23
12 (Åben) Underskriftside.....	24

1 (Åben) Godkendelse af dagsorden

Sags ID: MOS-2024-00055

Ansvarligt center: Direktionssekretariatet

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

Dagsorden til Social- og Sundhedsudvalget skal godkendes.

Indstilling

Direktionssekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

.

2 (Åben) Temadrøftelse fremtidens ældrepleje

Sags ID: EMN-2023-05249

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsområdet

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

Den demografiske udvikling med flere borgere over 80 år og flere borgere, der er multisyge gør, at der vil være brug for at drøfte, hvordan fremtidens ældrepleje skal tilrettelægges. Odense Kommune har nedsat en ekspertgruppe som har fremlagt 38 anbefalinger til, hvordan fremtidens ældrepleje kan tilrettelægges. Dette ud fra en betragtning om, at der vil være brug for forandringer som følge af kapacitetsproblemer/mindre rekrutteringsgrundlag og flere ældre. Som oplæg til drøftelse vil anbefalingerne fra Ekspertudvalget blive præsenteret.

Indstilling

Center for social- og sundhedsområdet indstiller til drøftelse.

Beslutninger:

Drøftet.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

3 (Åben) Økonomiorientering på Social- og Sundhedsudvalget november 2023

Sags ID: EMN-2022-00194

Ansvarligt center: Økonomi

Beslutningskompetence
SSU

Sagsfremstilling

En gennemgang af aktivitetsniveauet pr. 30. november 2023 indikerer fortsat en række udfordringer på budgetoverholdelsen inden for udvalgets budgetramme.

Som følge af den økonomiske udvikling i 2023 er der på tværs af udvalgene igangsat en samlet indsats i årets to sidste måneder med henblik på at forbedre situationen. Administrationen har tidligere udarbejdet en handlingsplan for budgetoverholdelse, som blev præsenteret og godkendt på Social- og Sundhedsudvalgets møde den 15. juni.

Den samlede vurderede effekt ved handlingsplanens udarbejdelse var 8,9 mio. kr. og den realiserede effekt er opgjort til 8,4 mio. kr. Hovedparten af handlingsplanens vurderede effekter er således indfriet.

Det forventede merforbrug skyldes udgiftsudviklingen på andre områder – særligt stigende udgifter til visiterede ydelser, forsorgshjem, misbrug, køb og salg af plejeboligpladser, løn til vikarer og fast personale på de tre store plejeområder samt sundhedsmæssige foranstaltninger i sygeplejen.

På Udvalgsrådet i februar præsenteres en handleplan for budgetoverholdelse på ældreområdet.

En uddybende økonomiorientering er vedhæftet som bilag

Indstilling

Økonomi indstiller, at økonomiorienteringen tages til efterretning

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

1. SSU økonomiorientering november 2023 (DokumentID: 7484622 - EMN-2022-00194)

4 (Åben) Godkendelse af harmonisering af gebyrer for frivillige sociale foreningers lån af lokaler tilhørende aktivitetsområdet

Sags ID: EMN-2023-01118

Ansvarligt center: Center for Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SSU

Sagsfremstilling

Center for Sundhed og Pleje ønsker fremadrettet at harmonisere gebyrer i forbindelse med frivillige foreningers lån af kommunale lokaler tilhørende aktivitetsområdet. Aktivitetslokaler placeret på et plejecenter er ikke omfattet af nedenstående.

På nuværende tidspunkt er det meget forskelligt, hvorvidt og hvor højt et gebyr en frivillig social forening betaler, når de låner lokaler tilhørende Center for Sundhed og Plejes aktivitetsområde. Med harmoniseringen af gebyrer ønsker vi at gøre op med denne forskellighed ved fremadrettet at sikre et ensartet serviceniveau på tværs af alle lokaliteter.

Vedlagt er forslag til de fremtidige gebyrer for frivillige sociale foreningers lån af kommunale lokaler tilhørende Center for Sundhed og Plejes aktivitetsområde. Gebyroversigten vil være gældende fra den 1. august 2024 og vil løbende blive fremskrevet med udgangspunkt i KL's pris- og lønfremskrivning.

Ligeledes er forslag til de fremtidige retningslinjer for lån af aktivitetsområdets lokaler vedlagt. Disse vil erstatte alle tidligere retningslinjer og gælde på tværs af alle lokaliteter.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Center for Sundhed og Pleje indstiller, at Social- og Sundhedsudvalget godkender

1. gebyroversigten ved lån af aktivitetsområdets lokaler.
2. retningslinjer ved lån af aktivitetsområdets lokaler.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Ældrerådet tiltræder indstillingen.

Ældrerådet efterlyser en præcisering af, hvilke lokaler tilhørende Center for Sundhed og Plejes aktivitetsområde, der er tale om.

Udvalg: Handicaprådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Handicaprådet følger indstillingen.

Afbud fra Rikke Hermansen – i stedet mødte Steen Jørgensen.

Afbud fra Ole Rørbæk

Beslutninger:

- 1) Godkendt
- 2) Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

1. Gebyroversigt ved lån af aktivitetsområdets lokaler (DokumentID: 7161169 - EMN-2023-01118)
2. Retningslinjer ved lån af aktivitetsområdets lokaler (DokumentID: 7161190 - EMN-2023-01118)

5 (Åben) Høring af udkast til ny ”Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning”

Sags ID: EMN-2023-05141

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsområdet

Beslutningskompetence
SSU

Sagsfremstilling

En arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra kommunerne i Nordjylland samt repræsentanter fra Region Nordjylland og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har udarbejdet udkast til ny Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland. Udkastet er vedhæftet som bilag. Efter aftale med Strategisk Sundhedsforum sendes den hermed i høring, inden den igen forelægges Strategisk Sundhedsforum den 8. marts 2024 med henblik på endelig godkendelse.

Strategisk Sundhedsforum har i sine foreløbige bemærkninger til aftaleudkastet angivet et ønske om, at der sker en tæt monitorering og opfølgning på implementeringen af aftalen.

Arbejdsgruppen vil mødes i høringsperioden og udarbejde anbefalinger om implementering, monitorering og opfølgning. Disse anbefalinger vil blive en del af den endelige godkendelse i marts 2024.

Formålet med aftalen

Formålet med ”Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning” er at sikre god kommunikation på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis i forløbet umiddelbart op til en hospitalsindlæggelse og i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb. Aftalen skal medvirke til at sikre, at borgeren tilbydes et effektivt og sammenhængende forløb i forbindelse med overgange i behandlings- og plejeforløb imellem region, kommune og almen praksis.

Aftalen omfatter som udgangspunkt alle borgere, der har behov for en sundhedsfaglig indsats fra hospitaler, kommune og/eller almen praksis i Region Nordjylland.

Aftalen omfatter som udgangspunkt kun de dele af psykiatrien, hvor borgerne med psykiatrisk sygdom er aktive i det kommunale omsorgssystem.

Det er forventningen, at nærværende aftale vil blive udbygget med aftaler for kommunikation mellem kommuner og Psykiatrien.

Den nye ”Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning” erstatter den tidligere ”Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning” og inkluderer desuden ”Samarbejdsaftalen om akutte og komplekse forløb” og ”Samarbejdsaftalen om korrespondancemeddelelser” som hermed bortfalder.

Aftalen kan genforhandles, hvis der viser sig et behov for en justering.

Samarbejdsaftalen er udarbejdet med den politiske sundhedsaftale som "bagtæppe" og kan derfor ses som en del af udmøntningen af sidstnævnte. Samarbejdsaftalen har et værdimæssigt udgangspunkt, som er omsat i en række konkrete aftaler mellem parterne, og der er i aftaleteksten derfor fokus på rammesætning og de konkrete aftaler mellem parterne.

Som nævnt indledningsvist udgør Sundhedsaftalen 2024-2027 den overordnede, strategiske ramme for det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, almen praksis og regionen. Der indgår i Sundhedsaftalen fire bærende principper, som samarbejdsaftalen bygger på:

- Mest mulighed sundhed for de fælles ressourcer
- Digitale løsninger og velfærdsteknologi
- Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb
- Øget lighed i Sundhed

De fire bærende principper er udgangspunktet for de konkrete aftaler, som indgår i samarbejdsaftalen. Inden for princippet om mest mulig sundhed for de fælles ressourcer er der i aftalen således fokus på smidige arbejdsgange, mindst mulig kommunikation, som ikke giver værdi for patienten samt fokus på, at patientforløbet varetages på rette kompetenceniveau uden unødigt ventetid.

Inden for digitale løsninger og velfærdsteknologi sikrer aftalen, at kontakt mellem parterne varetages med bedste digitale løsning (f.eks. virtuelt), og aftalen vil således understøtte, at denne forandring sker.

I relation til princippet Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb sikrer aftalen fokus på Sundhedskompetencer med borgerens behov og kompetencer i centrum samt sikrer, at borgeren inddrages i eget forløb, og det vil sammen med Øget lighed i sundhed sikre, at der for borger med særlige behov iværksættes det nødvendige styrkede samarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Forslag til hørings svar

Administrationens foreslår følgende hørings svar:

Frederikshavn Kommune er tilfreds med flere elementer i udkast til aftalen, f.eks. at:

- der med aftalen er fokus på borgeren inddrages i sit eget forløb.
- der kun sendes en plejeforløbsplan pr. borger/patient til kommunerne.
- der er fokus på medicin i sektorovergange.
- der er fokus på dosisdispensering.

Frederikshavn Kommune har imidlertid også en række forbehold herunder at.

- Den økonomiske konsekvens ved, at udvide udskrivningsvindue fra kl. 12 til kl. 14 - herunder at merudgiften ikke er indarbejdet i budget 2024 og derfor tidligst kan træde i kraft med virkning fra 2025. Merudgiften er beregnet til ca. 1,6 mio. kr. pr. år for Frederikshavn Kommune.
- at der skal sikres et målrettet arbejde for, at arbejdsgange sikre automatisering af arbejdsgange, f.eks. at der rettes henvendelse til MedCom i forhold til automatisering af oplysninger i manuel indlæggelsesrapport.

- I forhold til Medicin i sektorovergange, at der sker præcisering omkring brug af dosisdispensering i sektorovergange så udgangspunktet er dosisdispensering. Det handler om øget patientsikkerhed og målrettet brug af personaleressourcer ved øget anvendelse af dosisdispensering.
- Aftalen anvendes af alle sådan, der implementeres i alle led, sådan aftales overholdes. Monitorering er væsentlig som forudsat af Strategisk Sundheds Forum.

Høringssvar skal fremsendes senest torsdag den 1. februar 2024.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet samt Center for Sundhed og Pleje indstiller, at udkast til høringssvar godkendes.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Administrationens udkast til Frederikshavn Kommunes høringssvar godkendes.

Ældrerådet ser frem til implementeringen af aftalen i praksis, som vil have stor betydning for mange borgere, der har behov for en sundhedsfaglig indsats. Ældrerådet ser positivt på, at terminale patienters frie valg er præciseret i aftalen. Dog undrer Ældrerådet sig over merudgiften på 1,6 mio. kr. pr. år.

Udvalg: Handicaprådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Handicaprådet følger indstillingen.

Afbud fra Rikke Hermansen – i stedet mødte Steen Jørgensen

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

1. Bilag - Udkast til ny samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning. Version 271123 (DokumentID: 7475822 - EMN-2023-05141)

6 (Åben) Godkendelse af nyt udbud på madservice -

Sags ID: EMN-2023-04097

Ansvarligt center:

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

Ifølge Servicelovens § 83 skal kommunen sørge for levering af mad til borgere, der visiteres til madservice. Borgerne skal samtidig sikres frit valg af leverandør. I 2020 blev der gennemført udbud på madservice og indgået kontrakt med Dronning Hotel, Det Danske Madhus og Sønderup Landkøkken. Disse kontrakter udløber med udgangen af januar 2025. Social- og Sundhedsudvalget skal på dette møde tage stilling til om der skal igangsættes nyt udbud eller udarbejdes godkendelsesmodel.

Forskellige muligheder for valg af leverandør

Administrationen foreslår, at der vælges en af følgende tre modeller for nyt valg af leverandør:

1. Almindeligt offentligt udbud med konkurrence på pris og kvalitet
2. Udbud med fast pris
3. Godkendelsesmodellen

Nedenfor beskrives fordele og ulemper ved de tre ovenstående modeller:

Model 1 – Almindeligt offentligt udbud med konkurrence på pris og kvalitet

Den model er almindeligt udbud, hvor der er konkurrence på pris og kvalitet. Fordelen ved almindeligt udbud er at konkurrence giver mulighed for at der kan opnås en lavere pris samtidig med at det er muligt at vælge leverandør ud fra den kvalitet de kan levere. Det kan resultere i differentierede priser for de enkelte leverandører.

Model 2 – Udbud med fast pris

I modellen er udgangspunktet, at der konkurreres på kvalitet som i det almindelige udbud, men prisen er fastlagt af Frederikshavn Kommune på forhånd. Fordelen ved modellen er, at kommunen kender prisen på forhånd. Dog er der den ulempe, at der er risiko for ikke at modtage et tilstrækkeligt antal tilbud, hvis eventuelle tilbudsgivere vurderer prisen, er for lav. Hvis der ikke modtages minimum to tilbud, skal udbuddet annulleres, og der skal findes en anden løsning.

Model 3 – Godkendelsesmodellen

Ved godkendelsesmodellen laves et materiale med de formelle krav som kommunen stiller til madservice. Alle leverandører der lever op til disse krav, kan blive leverandører. Der kan ikke sættes en grænse for hvor mange leverandører der må være. Leverandørens pris fastsættes på baggrund af kommunens langsigtede omkostninger. I

dette tilfælde vil det være den pris Frederikshavn Kommune har betalt i den nuværende kontraktperiode.

Fordelen ved modellen er, at der er mulighed for et bredt udbud af forskellige leverandører. Desuden sikrer modellen også at borgeren kan få nye leverandører og at kontraktperioden er længere. Ulempen ved modellen er, at der bliver ingen konkurrence på prisen for madleverandørerne.

Administrationens anbefaling til valg af udbudsmodel 1

Med baggrund i ovenstående, anbefaler administrationen model 1 "Almindeligt offentligt udbud med konkurrence på pris og kvalitet"

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet indstiller, at udvalget godkender

- At der igangsættes almindeligt offentligt udbud med konkurrence på pris og kvalitet.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Ældrerådet tiltræder indstillingen.

Udvalg: Handicaprådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Handicaprådet følger indstillingen.

Afbud fra Rikke Hermansen – i stedet mødte Steen Jørgensen

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

7 (Åben) Plan for anvendelse af varige midler til Handicapområdet

Sags ID: EMN-2023-05103

Ansvarligt center: Center for Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

I budget 2024 er forligsparterne enige om, at dem, der har det sværest, skal hjælpes og støttes mest. Handicapområdet understøttes derfor i budgettet med 1,5 mio. kr./årligt til arbejdet med hjemmedage og weekendaktiviteter. Borgere med funktionsnedsættelser har brug for at være en del af fællesskaber. Det er et ønske, at hjemmedagene forandres på en måde, hvor det er fællesskabet, der er sigtet, men hvor det også er muligt at tilgodese særlige behov for den enkelte.

Center for Handicap og Psykiatri (CHP) ønsker at udvikle en model for, hvordan midlerne kan anvendes bedst muligt.

Fællesskaber og hjemmedage

CHP ønsker at arbejde struktureret med at forny hjemmedagene, der er dage, hvor borgeren ikke er på dagtilbud. Fornyelsen vil have fokus på, at borgerne på handicapområdets bofællesskaber lige som andre mennesker har brug for at være en del af fællesskaber.

CHP foreslår derfor, at 1.425.000 kr./år anvendes til at styrke mulighederne for, at borgerne kan indgå i meningsfulde fællesskaber, både med hinanden på botilbuddene og dagtilbud; i arrangementer med deltagelse af borgere og personale, og i civilsamfundet. CHP vil således have øget fokus på at bygge bro til lokalsamfundet, så borgerne i højere grad kan blive en aktiv del af det omgivende nærmiljø i form af medlemskaber af alt fra sports- til sangforeninger, deltagelse i kulturelle arrangementer osv. Fællesskaberne kan også styrkes ved, at Handicapafdelingen mere systematisk laver aftaler med lokale musikere, interesseorganisationer osv., der kommer på bofællesskaberne og laver koncerter, aktiviteter og hyggestunder.

CHP foreslår, at Handicapafdelingen i første kvartal 2024 udvikler en model for fornyelse af hjemmedagene med fokus på fællesskaber.

CHP vil i forlængelse af 1. kvartal 2024 fremlægge en endelig plan for Social- og Sundhedsudvalget, hvor vi præsenterer modellen.

Weekendaktiviteter på Klub Gimle

De resterende 75.000 kr./år ønsker CHP at anvende på at styrke fællesskabet på Klub Gimle, idet klubben genåbner fra januar 2024 med åbent en weekendaften om måneden.

Sagen sendes i høring i Handicaprådet.

Indstilling

Center for Handicap og Psykiatri indstiller, at Social- og Sundhedsudvalget godkender, at der arbejdes på at udvikle en ny model styrkelse af fællesskaber og fornyelse af hjemmedage, og at Klub Gimle holder åbent en weekendaften om måneden.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Handicaprådet følger indstillingen.

Afbud fra Rikke Hermansen – i stedet mødte Steen Jørgensen

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

8 (Åben) Anvendelse af engangsbeløb til socialpsykiatrien i budget 2024

Sags ID: EMN-2023-05103

Ansvarligt center: Center for Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence
SSU

Sagsfremstilling

Der er i budgetforhandlingerne for 2024 afsat et engangsbeløb på 500.000 kr. til at styrke socialpsykiatrien. Midlerne skal understøtte strukturer, som gør socialpsykiatrien mere bæredygtig.

Center for Handicap og Psykiatri (CHP) og Center for Social- og Sundhedsområdet (CSSO) ønsker at investere midlerne, så de understøtter fremtidige, bæredygtige aktiviteter inden for følgende fire indsatsområder:

1. **Udvikling af en model for systematisk inddragelse af frivillige peers med fokus på brobygning til civilsamfundet**

CHP og CSSO ønsker at anvende midler til at understøtte udvikling af en model for systematisk inddragelse af frivillige peers. Fra december 2023 til februar 2024 deltager socialpsykiatrien i et uddannelsesforløb, hvor frivillige, kommende peers og medarbejdere fra socialpsykiatrien uddannes til at undervise på en kommende, intern peeruddannelse, som CHP forventer at igangsætte med første hold i sommeren 2024.

Socialpsykiatrien starter desuden fra februar 2024 et halvandet år langt rådgivningsforløb hos Social- og Boligstyrelsen, som vi forventer vil sikre, at den kommende peerindsats bliver integreret i organisationen med en tydelig og stabil organisering.

2. **Understøttelse af arbejdet med udsatte, der har et misbrug**

CHP og CSSO ønsker at anvende en del af de bevilgede midler til at igangsætte indsatser, der har virkning på lang sigt for udsatte, som har et alkohol- og/eller stofmisbrug. Det vil bl.a. ske gennem uddannelse i konkrete metoder af medarbejdere i socialpsykiatrien.

3. **Understøttelse af frivillige sociale aktiviteter**

CHP og CSSO arbejder kontinuerligt på at fremme inddragelse af frivillige og lokalsamfund i socialpsykiatrien og ønsker at anvende midler til indsatser, der understøtter, at der bliver iværksat flere frivillige, sociale aktiviteter på området.

4. **Nyt inventar til værestedet Skrubben**

Hvis der er midler tilbage, efter ovenstående er iværksat, ønsker CHP og CSSO at anvende et mindre beløb på ca. 10-15.000 kr. til nyt inventar til Skrubben, der er et værested for socialt udsatte, som styres af brugerne selv.

Sagen sendes i høring i Handicaprådet.

Indstilling

Center for Handicap og Psykiatri og Center for Social- og Sundhedsområdet indstiller, at Social- og Sundhedsudvalget godkender, at de bevilgede midler anvendes til ovenstående indsatser.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet 2022-2025

Dato: 08-01-2024

Handicaprådet følger indstillingen.

Afbud fra Rikke Hermansen – i stedet mødte Steen Jørgensen

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

9 (Åben) Orientering om Social- og Boligstyrelsens rapport om socialtilsynenes virksomhed i 2022

Sags ID: EMN-2023-02813

Ansvarligt center: Center for Social- og Sundhedsområdet

Beslutningskompetence
SSU/BUU/AMU

Sagsfremstilling

Jf. Lov om Socialtilsyn, §24, stk. 5, skal Kommunalbestyrelsen behandle "Social- og Boligstyrelsens årlige rapport om socialtilsynenes virksomhed" på et møde, senest 3 måneder efter at rapporten er offentliggjort. Den årlige rapport om socialtilsynenes virksomhed, beskriver socialtilsynenes praksis på landsplan – på tværs af de 5 socialtilsyn.

I forvejen har der været praksis for, at Børne- og Ungdomsudvalget, Social- og Sundhedsudvalget, Arbejdsmarkedsudvalget og Handicaprådet en gang årligt har været præsenteret for årsrapporten fra Socialtilsyn Nord. Det skete senest i oktober 2023. Årsrapporten fra Socialtilsyn Nord vedrører alene tilsynspraksis i Nordjylland. I oktober blev det besluttet, som led i afbureaukratisering, at den regionale rapport ikke vil blive præsenteret fremadrettet.

Herudover er der praksis for, at fagudvalgene en gang årligt præsenteres for de lokale tilsynsrapporter fra egne tilbud.

Desuden afholder Center for Familie, Center for Social- og sundhedsområdet og Center for Handicap og Psykiatri årlige dialogmøder med Socialtilsyn Nord. På dialogmøderne gennemgås den nationale årsrapport, men primært er der fokus på det lokale samarbejde. Dette møde blev senest holdt i foråret 2023, hvor Socialtilsynet gav udtryk for, at de oplever et godt og konstruktivt samarbejde med såvel plejefamilieområdet som de sociale tilbud, og udtrykker høj grad af tilfredshed med kvaliteten i såvel plejefamilieområdet som tilbudsområdet i Frederikshavn Kommune.

Opsummering af Social- og Boligstyrelsens rapport om socialtilsynenes virksomhed 2022:

- De 5 socialtilsyn i Danmark godkender og fører driftsorienteret tilsyn med sociale tilbud og plejefamilier. Ved udgangen af 2022 førte de tilsyn med i alt 1.999 tilbud og 5.337 plejefamilier. Det bemærkes at der over de senere år har været et fald, særligt i antallet af plejefamilier, blandt andet forårsaget af, at der er flere plejefamilier, der trækker sig tilbage pga. alder, end der kommer nye til.
- Social- og Boligstyrelsen kan konstatere, at der ikke var en ensartet praksis for brug af tilsynsbesøg på tværs af de fem socialtilsyn i 2022, og styrelsen ser det ser det som et udviklingspunkt, at få ensartet denne praksis.

- 89 pct. af tilbuddene og 86 pct. af plejefamilierne på landsplan vurderede, at socialtilsynene i "høj" eller "meget høj grad" kontrollerer kvaliteten af deres tilbud eller plejefamilie. Samtidig angav 56 pct. af tilbuddene og 49 pct. af plejefamilierne, at socialtilsynet "i høj" eller "meget høj grad" bidrager til udvikling af kvalitet. Samlet set konkluderes det, at tilbud og plejefamilier i højere grad oplever at socialtilsynene kontrollerer kvaliteten, end de bidrager til udvikling af kvaliteten.
- Det er overordnet set Social- og Boligstyrelsens vurdering, at tilbud og plejefamilier har ensartede og positive erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis. Dog vurderer styrelsen, at socialtilsynene fortsat bør udvikle deres praksis. Eksempelvis oplever en tredjedel af tilbuddene og en femtedel af plejefamilierne "slet ikke" eller "i mindre grad" at have indflydelse på tilsynsbesøgets formål og indhold.
- På plejefamilieområdet er antallet af påbud faldet i 2022 sammenlignet med tidligere år. Dette kan skyldes en ændret praksis i Ankestyrelsen, og større ensartethed på tværs af socialtilsynene.
- Den samlede kvalitetsscore er steget for både tilbud og plejefamilier. Stigningen i kvalitetsscore er positivt særligt set i lyset af at området bliver mere og mere komplekst. Social- og Boligstyrelsen gør imidlertid opmærksom på, at de høje kvalitetsscorer ikke nødvendigvis er udtryk for en stigende kvalitet. Det kan også være et udtryk for, at socialtilsynene scorer kvaliteten for højt. Social- og Boligstyrelsen har derfor igangsat en undersøgelse med henblik på at få viden om socialtilsynenes forståelse og brug af kvalitetsscorer i forbindelse med kvalitetsvurderingen.
- Socialtilsynene skal som led i godkendelse af tilbud og det driftsorienterede tilsyn godkende årsbudgetter fra tilbuddene. I 2022 indsendte 66 pct. af private tilbud deres budget vedr. 2023 rettidigt, hvilket omvendt betyder at 34 pct. ikke sendte budgettet inden for fristen. Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at socialtilsynene har en uensartet praksis for hvilke informationer, de giver tilbud forud for indberetning af budgetter, samt hvor hurtigt og hvor ofte tilbud modtager rykkere, såfremt de ikke har indberettet budgettet rettidigt. Social- og Boligstyrelsen har derfor udgivet en faglig udtalelse i 2023, der anbefaler socialtilsynene at koordinere og ensarte informationen til tilbud.
- En spørgeskemaundersøgelse viser, at størstedelen af tilsynskonsulenter, tilbud og plejefamilier generelt har en opfattelse af, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om målgrupper samt om relevante faglige tilgange og metoder.

Social- og Boligstyrelsens årlige rapport om socialtilsynenes virksomhed er vedlagt som bilag.

Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet, Center for Familie og Jobcenter Frederikshavn indstiller, at udvalgene tager orienteringen til efterretning.

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

1. Socialtilsynenes virksomhed 2022 (DokumentID: 7432413 - EMN-2023-02813)

10 (Åben) Januar 2024 - Orientering til Social- og Sundhedsudvalget

Sags ID: EMN-2021-05679

Ansvarligt center: Direktionssekretariat

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

Diverse information/orientering fra Social- og sundhedsudvalgets område:

- Den godkendte sundhedsaftale
- Socialpolitisk Dialogforum den 12. marts kl. 11.30-15.30 i DGI Huset i Aabybro
- Møde om ny ældrelov den 30. januar i Fredericia
- Tilsyn.

Indstilling

Center for Social- og Sundhedsområdet indstiller, at orienteringen tages til efterretning.

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

1. Sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Nordjylland (DokumentID: 7536857 - EMN-2021-05679)

11 (Lukket) Orientering vedr. kontrakt

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

12 (Åben) Underskriftside

Sags ID: MOS-2024-00055

Ansvarligt center: Direktionssekretariatet

Beslutningskompetence

SSU

Sagsfremstilling

Udvalget skal godkende beslutningsprotokollen.

For at godkende beslutningsprotokollen, skal hvert medlem underskrive ved at trykke på Godkend.

Indstilling

Direktionssekretariatet indstiller, at udvalget godkender beslutningsprotokollen.

Beslutninger:

Godkendt.

Afbud fra Mette Hardam (V)

Bilag

Bilagsforside

Dokument Navn:	SSU økonomiorientering november 2023.pdf
Dokument Titel:	SSU økonomiorientering november 2023
Dokument ID:	7484622
Placering:	Emnesager/SSU - Budget 2023/Dokumenter
Dagsordens titel	Økonomiorientering på Social- og Sundhedsudvalget november 2023
Dagsordenspunkt nr	3
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Notat

Dato: 17. december 2023

SSU økonomiorientering 30.11.23

Sagsnummer: EMN-2022-00194

DokId: 7475788

Forfatter:

Mark Birkbak Nayberg Thomsen

Administrationen har gennemgået Udvalgets budgetområder med udgangen af november 2023.

Nettobeløb vist i 1.000 kr. "-" angiver indtægt/mindreudgift	Korrigeret budget	Forventet regnskab pr. 30/11	Forventet afvigelse pr. 30/11
Udvalgets område	9.704	6.704	-3.000
Center for Social- og Sundhedsområdet	1.225.326	1.231.326	6.000
Center for Sundhed og Pleje	157.410	171.115	13.705
Center for Handicap og Psykiatri	14.044	14.244	200
Total drift	1.406.485	1.423.389	16.904

De forventede mer- og mindreforbrug fordeler sig væsentligst på følgende områder:

Center for Social- og Sundhedsområdet

- Køb og salg af plejeboligpladser i andre kommuner på 2,7 mio. kr.
- Visiterede ydelser hjemmeplejen 5,3 mio. kr.
- Forsorgshjem på 4,0 mio. kr.
- Misbrugsområdet 1,2 mio. kr.
- Plejeboliger 1,0 mio. kr.
- Botilbud -1,0 mio. kr.
- §85 Bostøtte 1,3 mio. kr.
- Statsrefusioner -2,0 mio. kr.
- Refusioner dyre enkeltsager -2,2 mio. kr.
- Tomgangsleje -1,3 mio. kr.
- Plejeorlov 0,7 mio. kr.
- Specialundervisning -1,0 mio. kr.
- Hjælpemiddelområdet -1,0 mio. kr.
- Diverse driftsudgifter og dagtilbud 0,3 mio. kr.
- Medfinansiering af regionale sundhedsudgifter -2,7 mio. kr.
- Ledsagerordningen -0,3 mio. kr.
- Kontant udbetaling §100 0,4 mio. kr.
- Personlige tillæg 1,5 mio. kr.
- Forebyggende hjemmebesøg -0,2 mio. kr.
- Madservice -0,6 mio. kr.



Center for Sundhed og Pleje

Side2/3

- Hjemmeplejen 5,8 mio. kr.
- Hjemmesygeplejen 6,5 mio. kr.
- Plejeboligområdet 4,8 mio. kr.
- Aktivitetsområdet -1,9 mio. kr.
- Team Hverdagsrehabilitering og Demens -1,1 mio. kr.
- Team Udvikling 0,4 mio. kr.
- Centerchefens område 1,7 mio. kr. Heraf udgør tilbagekøb af hjemmeplejebiler 3,5 mio. kr.
- Øvrige områder -2,5 mio. kr.

Merforbruget hos Center for Social- og Sundhedsområdet er særligt drevet af de stigende udgifter til forsorgshjem samt misbrugsområdet. Der har også været stigende udgifter til køb og salg af plejeboliger. De visiterede ydelser til hjemmeplejen forventes at give et merforbrug og der arbejdes fortsat med revisitering og afklaring ift. eksisterende og nye borgere, hvilket hen over året har bragt udgifterne ned på området - dog ikke til det forventede niveau, hvilket afspejler sig i det stigende forventede resultat. Siden september har der været ekstraordinære udgifter til aflastning af en ekstra plejekrævende borger svarende til ca. 0,9 mio. kr. I 2023. Centrets indmeldte forventede resultat er 4,0 mio. kr. lavere end økonomiafdelingens beregnede skøn for året.

Stigningen i det forventede resultat hos Center for Sundhed og Pleje skyldes især stigende lønudgifter (fast løn, timelønnede og vikarer) i hjemmeplejen og på plejeboligområdet. Hjemmeplejen har på samme tid set et fald i indtægtsgrundlaget grundet Center for Social- og Sundhedsområdets intensiverede revisitering af indsatser i Visitationenheten samt et øget fokus på afklaring af nye borgere, som henvender sig til visitationen. Det forventede resultat i hjemmeplejen og på plejeboligområdet er således forværret med henholdsvis 0,9 mio. kr. og 0,7 mio. kr. siden oktober. Ud af budgettet på 9,0 mio. kr. til ekstra plejekrævende borgere forudsættes 4,8 mio. kr. anvendt.

Herudover er der stigende udgifter til sundhedsmæssige foranstaltninger under hjemmesygeplejen.

Samlet set bidrager de decentrale enheder negativt med 17,1 mio. kr. til det samlede merforbrug i Center for Sundhed og Pleje.

Merforbrug hos CHP skyldes øget udgift til elever grundet ændret beregningsmetode/pris. Ændringer er meddelt fra CSP medio november, hvorfor det ikke har været muligt for CHP at indregne merudgiften tidligere på året.

Det forventede mindreforbrug på Udvalgets område skyldes, at budgetmidlerne til det nære sundhedsvæsen ikke anvendes samt at de resterende budgetmidler på dispositionskontoen ikke forventes anvendt.

Som følge af den økonomiske udvikling i 2023 er der på tværs af udvalgene igangsat en samlet indsats i årets to sidste måneder med henblik på at forbedre situationen. Der er fokus på det fælles opdrag med at søge løsninger på de udfordringer, der viser sig her ved budgetårets afslutning, men også med fokus på 2024 for at sikre, at vi her ikke skal ud i hårde opbremsninger.

Tidligere på året udarbejdede administrationen en handleplan til sikring af budgetoverholdelse på området i 2023. Handleplanen blev præsenteret og godkendt på Social- og Sundhedsudvalgets møde den 15. juni.

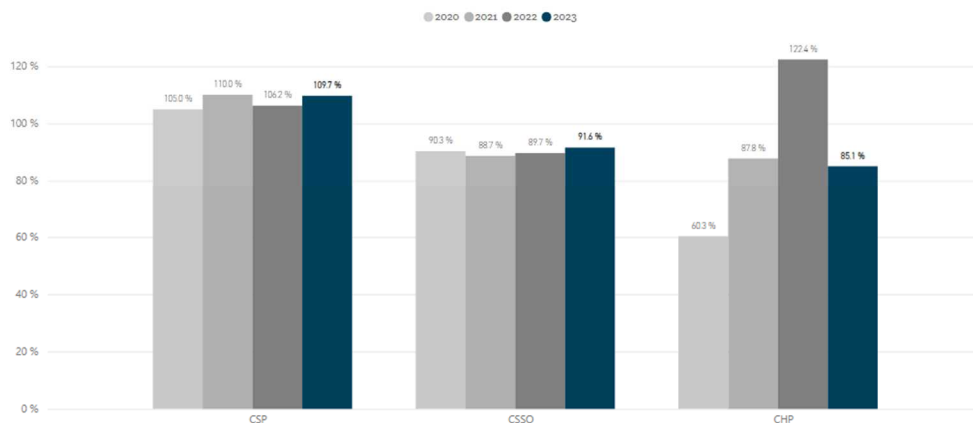
Den samlede vurderede effekt ved handlingsplanens udarbejdelse var 8,9 mio. kr. og den realiserede effekt er opgjort til 8,4 mio. kr. Hovedparten af handlingsplanens vurderede effekter er således indfriet.

Det forventede merforbrug skyldes udgiftsudviklingen på andre områder som nævnt ovenfor.

På Udvalgsmødet i februar præsenteres en handleplan for fremadrettet økonomistyring i Center for Sundhed og Pleje.

Nedenstående diagram viser forbrugsprocenterne for centrene under Social- og Sundhedsudvalget fra år 2020-2023.

Forbrugsprocent ATM - November: Social- og Sundhedsudvalget -



Center for Sundhed og Plejes forbrugsprocent er højere end i 2022. Af særlige udgifter afholdt i 2023 kan nævnes tilbagekøb af hjemmeplejebiler i januar og september på i alt 3,5 mio. kr. De stigende udgifter på plejeområderne trækker også forbrugsprocenten op. Der afventes modtagelse af tilskud til puljen "Flere hænder i ældreplejen".

Forbrugsprocenten for Center for Handicap og Psykiatri er væsentligt lavere end sidste år. Det skyldes især lavere lønforbrug til vikarer og fast personale samt generel tilpasning af økonomien i forhold til sidste års merforbrug.

Hos Center for Social- og Sundhedsområdet er der en højere forbrugsprocent end i 2022, hvilket skyldes stigende udgifter til visiterede ydelser, køb af plejeboligpladser i andre kommuner samt forsorgshjem.

I oktober blev refusioner vedr. barsel og sygdom ikke konteret grundet systemfejl hos KMD. De er alle konteret i november måned.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Gebyroersigt ved lån af aktivitetsområdets lokaler.docx
Dokument Titel:	Gebyroersigt ved lån af aktivitetsområdets lokaler
Dokument ID:	7161169
Placering:	Emnesager/CSP 2023 Harmonisering af gebyrer ved lokaleleje for frivillige foreninger/Dokumenter
Dagsordens titel	Godkendelse af harmonisering af gebyrer for frivillige sociale foreningers lån af lokaler tilhørende aktivitetsområdet
Dagsordenspunkt nr	4
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	2

Gebyroversigt ved lån af aktivitetsområdets lokaler

Gældende pr. 1. august 2024

Dato: 14. december 2023

Sagsnummer: EMN-2023-01118
DokId: 7161169

Antal deltagere	Gebyr*
1-10 deltagere	50 kr.
11-25 deltagere	100 kr.
26-50 deltagere	200 kr.
51-75 deltagere	300 kr.
76-100 deltagere	400 kr.
Over 100 deltagere	500 kr.

* Gebyret er inkl. lokaleleje og administration.

** Gebyrets størrelse fremskrives med udgangspunkt i KL's pris- og lønfremskrivning.



Relateret document 2/2

Dokument Navn: Retningslinjer ved lån af
aktivitetssområdets
lokaler.docx

Dokument Titel: Retningslinjer ved lån af
aktivitetssområdets lokaler

Dokument ID: 7161190

Retningslinjer ved lån af aktivitetsområdets lokaler

Gældende pr. 1. august 2024

Dato: 14. december 2023

Sagsnummer: EMN-2023-01118

DokId: 7161190

1. Aktivitetsområdets lokaler kan udlånes til frivillige sociale foreninger samt frivillige folkeoplysende foreninger. De frivillige sociale foreninger har førsteret til lokalerne. Lokaler placeret på et plejecenter er ikke omfattet af retningslinjerne.
2. Ved hvert lokaleudlån udpeges en kontaktperson fra den frivillige forening.
3. Kontaktpersonen er ansvarlig for, at lokalet forlades i samme stand, som det er modtaget i, hvilket indebærer:
 - At borde er vasket af.
 - At brugt service m.m. er vasket rent og sat på plads.
 - At borde og stole m.m. er sat på plads.
 - At skader på service, lokaler, inventar eller anlæg forårsaget af brugeren snarest meddeles til udlåneren med henblik på eventuel erstatning.
4. Ved lån af lokale har foreningen efter aftale rådighed over lokalets inventar herunder et eventuelt henvist køkken.
5. Inventar må ikke fjernes fra lokalet uden forudgående aftale med udlåneren.
6. Foreningen vil blive faktureret for eventuelle alarmudkald.
7. Lokalet kan enkeltbookes eller seriel-/sæsonbookes. Ved seriel-/sæsonbooking indgives ønsker i god tid til det relevante aktivitetsområde under Center for Sundhed og Pleje. Herefter fordeler det enkelte område lokalerne under hensynstagen til de øvrige frivillige foreningers ønsker og tidligere lokalefordeling.
8. Aktivitetsområdet under Center for Sundhed og Pleje kan ved seriel-/sæsonbooking aflyse op til 10% af bookingerne i tilfælde af, at aktivitetsområdet selv har behov for lokalet. Dette meddeles den frivillige forening i god tid.
9. Manglende overholdelse eller tilsidesættelse af retningslinjerne kan medføre, at foreningen mister muligheden for at låne lokaler af aktivitetsområdet i Center for Sundhed og Pleje.



Bilagsforside

Dokument Navn:	Bilag - Udkast til ny samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning. Version 271123.pdf
Dokument Titel:	Bilag - Udkast til ny samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning. Version 271123
Dokument ID:	7475822
Placering:	Emnesager/Ønske om udvidet udskrivningsvindue/Dokumenter
Dagsordens titel	Høring af udkast til ny "Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning"
Dagsordenspunkt nr	5
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
2. Generelt om kommunikation ved ambulante besøg eller indlæggelse	2
2.1 Generelt om telefonisk kommunikation	2
2.2 Generelt om korrespondancemeddelelser.....	2
2.3 Kommunikation før ambulante besøg eller indlæggelse	2
3. Kommunikation ved ambulante besøg.....	3
3.1 Hospital informerer kommunen	3
3.2 Hospital informerer almen praksis.....	3
4. Kommunikation ved indlæggelse	3
4.1 Indlæggelsesadvis – hospital orienterer kommunen.....	3
4.2 Automatisk indlæggelsesrapport – kommune orienterer hospitalet	3
4.3 Manuel opdatering af indlæggelsesrapport – kommune informerer hospitalet	4
4. Kommunikation om udskrivelsen.....	4
4.1 Plejeforløbsplan	4
4.2 En eller flere plejeforløbsplaner?.....	4
4.3 Hvornår suppleres plejeforløbsplan med telefonkontakt?	5
4.4 Indhold i plejeforløbsplan.....	5
4.5 Aftale om udskrivelsen	5
4.6 Udskrivningskonference ved særligt behov for koordinering	5
4.7 Kommunikation om færdigmelding – hospital orienterer kommune	6
4.8 Kommunikation ved udskrivelsen.....	6
4.8.1 Udskrivningsadvis – hospital orienterer kommunen.....	6
4.8.2 Udskrivningsrapport – hospital orienterer kommunen.....	6
4.8.3 Information om behandlingsniveau og fravalg af genoplivning.....	6
4.8.4 Genoptræningsplan – hospital informerer kommunen.....	7
4.8.5 Uplanlagt udskrivelse – hospital orienterer kommunen	7
4.8.6 Udskrivningsbrev/epikrise – hospital informerer almen praksis.....	7
5. Opfølgende indsatser	7
5.1 Den kommunale akutfunktion – herunder henvisning og afslutning	7
5.2 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar – herunder forlængelse.....	8
5.3 Opfølgende dialog.....	8
6. Medicin i sektorovergange	8
6.1 Generelt om recepter og behandlingsansvar	9
6.2 Generelt om medicin ved ambulante forløb	9
6.3 Dosisdispenseret medicin ved ambulante forløb	9
6.4 Generelt om medicin ved indlæggelse og udskrivning	9
6.5 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse og udskrivning.....	10
6.6 Ansøgning om tilskud til medicin	11
6.7 Vederlagsfri medicin	11
7. Prøveudskrivning fra hospitalet	11
8. Udskrivning af terminalt syge patienter	11
9. Implementering og opfølgning.....	12
Bilag 1: Supplerende vejledning ved udfyldelse af manuel indlæggelsesrapport	13
Bilag 2: Supplerende vejledning ved udfyldelse af plejeforløbsplan	16
Bilag 3: Vejledning til afholdelse af udskrivningskonferencer	19
Bilag 4: Vejledning om færdigbehandlingsbegrebet.....	20
Bilag 5: Overblik over indlæggelse- og udskrivningsforløb (skal opdateres).....	22

1. Indledning

Formålet med "Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning" er at sikre god kommunikation på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis i forløbet umiddelbart op til en hospitalsindlæggelse og i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at borgeren tilbydes et effektivt og sammenhængende forløb i forbindelse med overgange i behandlings- og plejeforløb imellem region, kommune og almen praksis.

Aftalen omfatter som udgangspunkt alle borgere, der har behov for en sundhedsfaglig indsats fra hospitaler, kommune og/eller almen praksis i Region Nordjylland.

Aftalen omfatter som udgangspunkt kun de dele af psykiatrien, hvor borgerne med psykiatrisk sygdom er aktive i det kommunale omsorgssystem.

Det er forventningen at nærværende aftale vil blive udbygget med aftaler for kommunikation mellem kommuner og Psykiatrien.

Den nye "Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning" erstatter den tidligere "Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning" og inkluderer desuden "Samarbejdsaftalen om akutte og komplekse forløb" og "Samarbejdsaftalen om korrespondancemeddelelser" som hermed bortfalder.

Aftalen kan genforhandles, hvis der viser sig et behov for en justering.

Samarbejdsaftalen er udarbejdet med den politiske sundhedsaftale som "bagtæppe" og kan derfor ses som en del af udmøntningen af sidstnævnte. Samarbejdsaftalen har et værdimæssigt udgangspunkt, som er omsat i en række konkrete aftaler mellem parterne, og der er i aftaleteksten derfor fokus på rammesætning og de konkrete aftaler mellem parterne.

Som nævnt indledningsvist udgør Sundhedsaftalen 2024-2027 den overordnede, strategiske ramme for det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, almen praksis og regionen. Der indgår i Sundhedsaftalen fire bærende principper, som samarbejdsaftalen bygger på:

- Mest mulighed sundhed for de fælles ressourcer
- Digitale løsninger og velfærdsteknologi
- Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb
- Øget lighed i Sundhed

De fire bærende principper er udgangspunktet for de konkrete aftaler, som indgår i samarbejdsaftalen. Inden for princippet om *mest mulig sundhed for de fælles ressourcer* er der i aftalen således fokus på smidige arbejdsgange, mindst mulig kommunikation, som ikke giver værdi for patienten samt fokus på at patientforløbet varetages på rette kompetenceniveau uden unødigt ventetid. Inden for *digitale løsninger og velfærdsteknologi* sikrer aftalen, at kontakt mellem parterne varetages med bedste digitale løsning (f.eks. virtuelt) og aftalen vil således understøtte, at denne forandring sker. I relation til princippet *Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb* sikrer aftalen fokus på Sundhedskompetencer med borgerens behov og kompetencer i centrum samt sikrer, at borgeren inddrages i eget forløb, og det vil sammen med *Øget lighed i sundhed* sikrer at der for borger med særlige behov iværksættes det nødvendige styrkede samarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

2. Generelt om kommunikation ved ambulante besøg eller indlæggelse

Effektiv kommunikation er afgørende i sikringen af den sammenhængende indsats mellem kommune, hospital og almen praksis og dermed for, at borgeren oplever et sammenhængende forløb.

2.1 Generelt om telefonisk kommunikation

Telefontilgængeligheden er et afgørende fundament i sikringen af den effektive kommunikation. For at understøtte dialogen mellem sektorerne er parterne gensidig tilgængelige for telefoniske henvendelser.

Kontakten til hospital/udskrivende afdeling kan ske døgnet rundt. Ved borgere omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar ringes til centralt telefonnummer dækkende for hele regionen (se afsnit 5.2).

Almen Praksis kan kontaktes via "bagnummer"/akutnummer. Hospitaler og kommuner har adgang til disse telefonnumre som opdateres og udsendes en gang om året.

Kommunerne kan kontaktes via telefonnumre der kan findes via [kontaktliste for kommunerne](#).

2.2 Generelt om korrespondancemeddelelser

Korrespondance er en klinisk sikker e-mail med patienthenførbare oplysninger, som udveksles på lukkede netværk.

- Korrespondancemeddelelser afsendt fra hospitalet inden kl. 14 på hverdage læses og handler kommunen på samme dag.
- Korrespondancemeddelelser afsendt fra hospitalet efter kl. 14 på hverdage, læses og handler kommunerne på den efterfølgende hverdag.
- Korrespondancemeddelelser mellem hospitalerne og almen praksis er beskrevet i Region Nordjyllands PRI-dokument [Region Nordjylland PRI \(rn.dk\)](#)
- Korrespondancemeddelelser fra kommuner til hospital vedrørende patienter i ambulante forløb, læses og handles der som hovedregel på ved patientens næste ambulante kontrol. Undtagelsen er korrespondancer tilknyttet sårjournalen", hvor hospitalet skal læse og handle derpå indenfor 2 døgn.
- Korrespondancemeddelelser fra kommuner til hospital, der modtages efter, at borgeren er afsluttet på hospitalet, handles der ikke på.
- Korrespondancemeddelelser mellem praktiserende læge og kommunen er reguleret i [gældende overenskomst](#). Heri fremgår bl.a., at "svartiden gensidigt tilstræbes at være maksimalt tre hverdage".

Heri fremgår det også at "korrespondancer omfatter enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter om konkrete helbredsmæssige problemstillinger hos en patient, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. Korrespondancer omfatter også meddelelser til kommunens plejepersonale med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Desuden omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med en behandlingsplan."

2.3 Kommunikation før ambulante besøg eller indlæggelse

Henvisning til regionens hospitaler følger PRI-dokumentet: "Henvisning af akutte og elektive patienter til sundhedsvæsenet i Region Nordjylland" (<https://pri.rn.dk/Sider/15112.aspx>)

- **Indlæggelsesbrev:** Borgerens egen læge adviseres om indkaldelsen.
- **Korrespondance:** Hvis borgeren er til ambulante forundersøgelse, og det vurderes at blive aktuelt med kommunale indsatser efter behandling evt. indlæggelse, orienteres kommunen via en korrespondancemeddelelse. Vigtigt at notere i emnefeltet hvad henvendelsen drejer sig om. F.eks. pleje, praktisk hjælp, hjælpemidler mv. Denne sendes af hospitalet umiddelbart efter ambulante besøg. (se i øvrigt afsnit 2.2 Generelt om korrespondancemeddelelser)

3. Kommunikation ved ambulante besøg

Ambulante besøg omhandler borgere, der kommer til behandling eller kontrol på hospitalet, og ikke bliver indlagt.

3.1 Hospital informerer kommunen

Når borgeren behandles ambulante (inkl. i akutmodtagelsen), vurderer hospitalet sammen med borgeren og evt. pårørende, om der er ændringer, som har betydning for de kommunale indsatser.

Hvis der er ændringer i borgerens funktionsniveau og behov for kommunal indsats:

- Ved akut behov kontaktes kommunen telefonisk på baggrund af [kontakliste for kommunerne](#). I telefonsamtalen drøftes behovet for yderligere kommunale indsatser, og der laves aftaler. I tillæg til telefonsamtalen sendes en korrespondancemeddelelse.
- Ved ikke akut behov sender hospitalet en korrespondancemeddelelse til kommune med orientering om ændringer i borgerens funktionsniveau.

3.2 Hospital informerer almen praksis

På de somatiske hospitaler sender afdelingen efter hvert besøg et ambulatorienotat til almen praksis og evt. henvisende speciallæge jf. gældende retningslinje i PRI <https://pri.rn.dk/Sider/15112.aspx>

4. Kommunikation ved indlæggelse

Planlægning af udskrivelsen begynder ved indlæggelsen og hele koordineringsprocessen understøttes via MedComs standarder. Indholdet i de forskellige nationale standarder og en national vejledning til udfyldelse af standarderne fremgår af MedComs "[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)".

Der henvises til bilag 5 for et overblik over indlæggelses- og udskrivningsforløbet.

4.1 Indlæggelsesadvis – hospital orienterer kommunen

Når en borger registreres som indlagt genereres et automatisk indlæggelsesadvis indeholdende oplysninger om, hvor og hvornår borgeren er blevet indlagt. Kommunen modtager kun meddelelsen, hvis borgeren er kendt i det kommunale omsorgssystem og er baseret på gældende nationale MedCom standard (XDIS20).

("Advis om sygehusophold" implementeres nationalt i løbet af 2024. Dette til sikring af informationsudveksling mellem sygehus og kommune ved akut ambulante sygehusophold. Det skal i 2024 vurderes om dette giver anledning til justering af samarbejdsaftalen).

4.2 Automatisk indlæggelsesrapport – kommune orienterer hospitalet

Kommunen sender en automatisk genereret indlæggelsesrapport til hospitalet på de borgere, der er aktive i det kommunale omsorgssystem. Indlæggelsesrapporten kan først åbnes, når der er indhentet samtykke fra borgeren om udveksling af informationer mellem kommunen og hospitalet. Den automatiske indlæggelsesrapport er baseret på gældende nationale MedCom standard (*XDIS16 "Den gode XML indlæggelsesrapport"*).

Ingen automatisk indlæggelsesrapport – hospitalet kontakter kommunen

Hvis hospitalet ikke modtager en automatisk "indlæggelsesrapport", og så snart hospitalsafdelingen skønner, at borgeren vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger, tilsender hospitalet kommunen en plejeforløbsplan, der automatisk sikrer oprettelse i det kommunale omsorgssystem, og den videre kommunikation kan ske elektronisk.

4.3 Manuel opdatering af indlæggelsesrapport – kommune informerer hospitalet

Kommunen sikrer at indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport er opdateret jf. national vejledning til udfyldelse af indlæggelsesrapporten ("[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)") og den supplerende regionale vejledning til udfyldelse af den manuelle indlæggelsesrapport (se bilag 1).

Opdateringen af indlæggelsesrapporten sker **hurtigst muligt** efter modtagelse af indlæggelsesadvis.

4. Kommunikation om udskrivelsen

Målet med planlægningen af udskrivelsen er – igennem dialog – at sikre en afklaring af borgerens behov ved udskrivning hurtigst muligt efter indlæggelsen – og herigennem at flest mulige forløb opnår et sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt. Dette gælder også når færdigbehandlingsdagen er i weekend eller på en helligdag.

Hvis borgeren har behov for hjælp efter udskrivelse, besluttet udskrivningstidspunktet i dialog mellem hospitalet og kommunen på baggrund af forløbet, borgerens tilstand og funktionsevne samt kommunens forberedelse af modtagelsen i hjemmet eller eventuel anden foranstaltning. Det er en kommunal afgørelse, hvilke tilbud der skal tilbydes borgeren efter udskrivelsen, og hvornår udskrivelsen kan finde sted.

4.1 Plejeforløbsplan

En fyldestgørende plejeforløbsplan er afgørende for det sammenhængende patientforløb og en forudsætning for den gode udskrivelse. Plejeforløbsplanen fremsendes som udgangspunkt senest kl. 14 hverdagen før færdigbehandlingsdagen/udskrivningsdagen.

4.2 En eller flere plejeforløbsplaner?

For alle indlæggelsesforløb udarbejder hospitalet som hovedregel kun én plejeforløbsplan på grundlag af indlæggelsesrapporten og den lagte behandlingsplan og sender den til kommunen.

Undtagelsen fra hovedreglen om at fremsende én plejeforløb er de tilfælde hvor der er behov for en særlig koordinering. I disse tilfælde sendes en plejeforløbsplan tidligst muligt i indlæggelsesforløbet. Behovet for særlig koordinering opstår i følgende tilfælde:

- Plejeseng eller lift er nødvendig og skal rekvireres
- Specialhjælpemidler: eks. komfortkørestol eller hjælpemidler til bariatriske patienter
- Pleje af mindst to personer eller flere timers ekstra hjælp i løbet af et døgn
- Nødvendige småhjælpemidler kan ikke medsendes patient ved udskrivelsen

- Væsentlige boligændringer er nødvendige (etablering af dørtrin, ramper eller lignende). Inkl. vurdering af borgerens hjem ift. plads af arbejdsmiljøhjælpe midler for plejen samt brug af mobilitetshjælpe midler for borger
- Nødkald skal etableres inden udskrivning
- Borger kan ikke udskrives til hidtidige bolig: eks. akutplads, midlertidig plads eller rehabiliteringsophold
- Borger kan ikke forventes at give informeret samtykke til flytning til anden bolig. I disse tilfælde informeres kommunen hurtigst muligt om den potentielle værgemålsag
- Udskrivningskonference afholdes

4.3 Hvornår suppleres plejeforløbsplan med telefonkontakt?

Ved indlæggelsesforløb, hvor hospitalet undtagelsesvist ikke kan nå at fremsende plejeforløbsplan/korrespondance hverdagen inden kl. 14 inden færdigbehandlingsdagen/udskrivningsdagen **suppleres med telefonkontakt** til kommunen mhp. at afklare om udskrivelsen kan finde sted på færdigbehandlingsdagen.

Eks. 1: hvis borger indlægges om morgenen og er færdigbehandlet om eftermiddagen.

Eks. 2: en borger med flere dages indlæggelse, der får en blodprøvesvar efter kl. 14 eller i weekenden, som muliggør udskrivning samme dag.

4.4 Indhold i plejeforløbsplan

Plejeforløbsplanen bygger videre på indholdet i indlæggelsesrapporten og udfyldes jf. national vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen ("[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)") og den supplerende regionale vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen (se bilag 2).

4.5 Aftale om udskrivelsen

Kommunen kvitterer for plejeforløbsplan.

Ved modtagelse af plejeforløbsplan hverdage inden kl. 14 kvitterer kommunen samme dag via korrespondancemeddelelse. Kvitteringen kan enten være:

- Accept for hjemtagelse af borger (herunder udskrivningstidspunkt) eller
- Afslår hjemtagelse af borger af hensyn til f.eks. behov for yderligere koordinering, eller at kommunen ikke ser sig i stand til at modtage borgeren på færdigbehandlingstidspunktet/-dagen.

Kvittering sker ved elektronisk kommunikation (via korrespondancemeddelelse).

Ved modtagelse af plejeforløbsplan hverdage efter kl. 14 eller i weekend/helligdage suppleres fremsendelsen af plejeforløbsplanen med en telefonisk kontakt til kommunen, hvori plejeforløbsplanen gennemgås mundtligt og kommunen mundtligt "kvitterer".

Hvis kommunen undtagelsesvist vælger at stille spørgsmål via en korrespondancemeddelelse, svarer hospitalet hurtigst muligt og senest efterfølgende hverdag. Kommunikationen kan medføre en mødeaftale om en udvidet koordination (f.eks. udskrivningskonference). Spørgsmål fra kommunen, der ligger udover den supplerende vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen (bilag 2) udskyder som udgangspunkt ikke færdigbehandlingsdatoen jf. bilag 4 om færdigbehandlingsbegrebet.

4.6 Udskrivningskonference ved særligt behov for koordinering

Hovedreglen er, at der ikke afholdes udskrivningskonferencer fordi fyldestgørende plejeforløbsplaner erstatter behovet for konferencer.

Undtagelsen er i de tilfælde, hvor man i fællesskab vurderer, at der er tale om en meget kompliceret forløb, hvor plejeforløbsplanens beskrivelser ikke er tilstrækkelige til at sikre et optimalt udskrivningsforløb. Her kan der afholdes en (eller flere) udskrivningskonference(r), hvor aftaler og planlægning vedr. udskrivelse koordineres. Der kan også aftales afholdt en udskrivningskonference efter udskrivning.

Udskrivningskonferencen afholdes som videokonference medmindre andet aftales.

Udskrivningskonferencen gennemføres hurtigst muligt – typisk efterfølgende hverdag efter afsendt plejeforløbsplan.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan.

Vejledning til afholdelse af udskrivningskonference uddybes i bilag 3.

4.7 Kommunikation om færdigmelding – hospital orienterer kommune

I de tilfælde hvor det aftalte udskrivningsdato er senere end færdigbehandlingsdatoen fremsendes en "melding om færdigbehandling" fra hospitalet til kommunen.

National vejledning til udfyldelse af "melding om færdigbehandling" fremgår af MedComs "[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)". Supplerende regional vejledning om færdigbehandlingsbegrebet fremgår af bilag 4.

4.8 Kommunikation ved udskrivelsen

4.8.1 Udskrivningsadvis – hospital orienterer kommunen

Når borgeren registreres udskrevet, sender hospitalet automatisk et "udskrivningsadvis" til kommunen.

4.8.2 Udskrivningsrapport – hospital orienterer kommunen

Når borgeren udskrives fra hospitalet, sender hospitalet en udskrivningsrapport til kommunen. Udskrivningsrapporten bygger på indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen og aftalen om udskrivning og udgør således den samlede beskrivelse af indlæggelsesforløbet, der danner grundlag for kommunens overtagelse af ansvaret for forløbet i samarbejde med borgerens egen læge.

Herunder indeholder den supplerende oplysninger om bl.a. diagnoser, seneste medicingivning og fremtidige aftaler.

Hvis udskrivningsrapporten fremsendes inden kl. 14 på hverdage kan kommunen forventes at have læst og reageret på den samme dag.

Hvis udskrivningsrapporten fremsendes efter kl. 14 på hverdage eller i weekend/helligdage – og der er elementer som kommunerne skal reagere på inden næste hverdag – suppleres fremsendelsen med en telefonopringning.

National vejledning til udfyldelse af "udskrivningsrapporten" fremgår af MedComs "[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)".

4.8.3 Information om behandlingsniveau og fravalg af genoplivning

Oplysning om behandlingsniveau og fravalg af genoplivning ved hjertestop skrives i felt 30 (Fremtidige aftaler) i Udskrivningsrapporten.

Almen praksis orienteres via epikrise.

4.8.4 Genoptræningsplan – hospital informerer kommunen

Hvis en patient/borger har behov for genoptræning og/eller rehabilitering efter udskrivelse fra hospital udarbejdes genoptræningsplan efter MedComs [Trin for trin guide til den gode genoptræningsplan](#) (G-GOP "Den gode genoptræningsplan") og fremsendes til kommunen senest ved udskrivelsen.

4.8.5 Uplanlagt udskrivelse – hospital orienterer kommunen

Ved uplanlagt udskrivning - hvor en borger forlader hospitalet, uden at dette er aftalt - orienterer hospitalet kommunen herom, jf. kommunens tilgængelighedsoplysninger, evt. kontaktperson samt pårørende - hvis det vurderes nødvendigt af væsentlige hensyn til patienten eller andre.

4.8.6 Udskrivningsbrev/epikrise – hospital informerer almen praksis

Ved udskrivelsen sendes epikrise (udskrivningsbrev) til egen læge, henvisende læge og medgives patienten "i hånden".

Den kommunale sygepleje har mulighed for at tilgå epikrisen ved at benytte "knapløsningen" i omsorgssystemet og tilgå Sundhedsjournalen i de tilfælde, hvor det er relevant for det videre forløb.

Epikrisen udarbejdes efter de til enhver tid gældende regionale retningslinjer for udarbejdelse af den gode epikrise. ([Epikrise - Udarbejdelse og indhold af den gode epikrise \(rn.dk\)](#))

5. Opfølgende indsatser

I forbindelse med afslutning af forløbet på hospitalet bør borgeren være informeret om, hvornår hjemme- og sygeplejen kommer på besøg første gang efter patientens hjemkomst.

Hvis der er behov for kommunal tilstedeværelse ved patientens hjemkomst, indgås der en særlig aftale om dette i forbindelse med afslutningen af forløbet på hospitalet. Det er i den forbindelse vigtigt, at hospitalet informerer hjemkommune om det præcise tidspunkt for patientens hjemkomst.

5.1 Den kommunale akutfunktion – herunder henvisning og afslutning

Alle 11 kommuner i Region Nordjylland har akutfunktioner, der overholder [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner](#).

Herudover er der enkelte kommuner, som har suppleret med akutpladser med sygeplejerskebemanding døgnet rundt 365 dage om året. Alle 11 kommuner har desuden midlertidige pladser (med forskellige benævnelser og indhold), som skal ses i sammenhæng med akutpladser og den udgående akutte funktion.

Sygeplejersken i den akut udgående funktion kan tilse borgeren i eget hjem, plejehjem eller botilbud hurtigt efter aftale. Det tilstræbes at dette sker inden for højst 1 time efter lægens anmodning, hvis der er behov for det. Der arbejdes efter ABCDE/ISBAR metoden, som er en systematisk tilgang til kritisk syge borgere med henblik på vurdering af patientens akutte helbredssituation.

En oversigt over de kommunale akutfunktioner kan findes via de [kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud](#) under overskriften "Akut/subakut indsats (65+)".

Det er kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunernes ansvar, at akutfunktionen kan modtage relevante patienter døgnet rundt, dog under hensyntagen til den eksisterende kapacitet.

Praktiserende læge, vagtlæge og hospital har sammen med kommunerne mulighed for at henvise til den

kommunale akutfunktion, hvis patienten er i målgruppen.

En henvisning til akutfunktionen skal fortsat altid forudgås af et telefonopkald.

Henvisning til akutfunktion forudsætter ikke forudgående indlæggelse/udskrivning.

Når indsatsen i akutfunktionen afsluttes, sender akutfunktionen et afslutningsnotat til den praktiserende læge. Når et forløb afsluttes i akutfunktionen, overgår behandlingsansvaret for patienten automatisk til den praktiserende læge, dog med undtagelse af sygdomme, hvor patienten går i ambulans forløb på hospitalet.

5.2 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar – herunder forlængelse

I Region Nordjylland er der fra 1. november 2023 indført [72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar](#):

Målgruppen er patienter, som er færdigbehandlede og efter indlæggelse i mindst 24 timer udskrives fra et somatisk hospital til en midlertidig plads, et plejecenter eller sygepleje i eget hjem, herunder botilbud.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 72 timer efter udskrivelse. Udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra social- og sundhedsassistenter/sygeplejersker i primærsektor samt praktiserende læge og lægevagt i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet. Henvendelserne kan indebære spørgsmål af sygeplejefaglig såvel som lægefaglig karakter.

Kontakten til udskrivende afdeling kan ske døgnet rundt til et centralt telefonnummer dækkende for hele regionen, hvorfra opkaldet automatisk kan viderestilles til enten Akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital, Syd eller Regionshospital Nordjylland, hvor en lægesekretær visiterer opkaldet til udskrivende afdeling. Telefonnummeret til den centrale telefonvisitation er: 9764 8650

Sygeplejersken på den udskrivende afdeling informerer kommunen via Udskrivningsrapport (felt 30 om fremtidige aftaler) om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Sygeplejersken udleverer kopi af epikrisen til patienten.

Hospitalslægen informerer praktiserende læge tydeligt via epikrise om, at patienten udskrives med 72 timers lægefagligt behandlingsansvar samt om udskrivningstidspunktet.

Hvis hospitalslægen vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 72 timer.

Ved forlængelse orienteres kommune telefonisk og det nye tidspunkt for afslutning dokumenteres i egne systemer. Hospitalet fremsender desuden en ambulans epikrise til praktiserende læge, hvori der tydeligt informeres om forlængelsen samt om det nye tidspunkt for afslutning.

5.3 Opfølgende dialog

For de særligt svækkede patienter er det vigtigt, at der etableres en opfølgende dialog mellem kommunen og almen praksis med det formål at koordinere en fælles plan for det videre forløb. Dette skal ske med henblik på blandt andet at sikres sammenhæng i indsatsen samt forebygge genindlæggelser.

Denne opfølgning dialog/koordinering sker typisk via telefonopkald, korrespondancemeddelelser eller videokonsultation

6. Medicin i sektorovergange

6.1 Generelt om recepter og behandlingsansvar

Den behandlingsansvarlige læge skriver og fornyer alle recepter. Se evt. "[Recepter til borgere, der bevæger sig over sektorgrænser i Region Nordjylland - sundhed.dk](#)."

Hovedprincipper:

1. Fælles Medicinkort (FMK) skal ajourføres ved sektorovergange
2. Den læge, der starter behandling med et lægemiddel, er ansvarlig for både ordinationen og recepten, en behandlingsplan og en plan for opfølgning.
3. Gældende regler for ordinationer i FMK følges for såvel faste- som engangsordinationer med anført stopdato og evt. ud- eller optrappingsplan.

6.2 Generelt om medicin ved ambulante forløb

Borgerens aktuelle medicin på henvisningstidspunktet fremgår af ajourført FMK fra egen læge.

Foretages der ændringer i medicin:

- Fremgår dette af ajourført FMK. Hospitalet medgiver borgeren om nødvendig en opdateret medicinliste fra FMK. Udskriften skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger, så udleveret medicinliste stemmer overens med dispenseret medicin, som udleveres fra hospitalet.
- Der oprettes recept og der laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket.
- Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering eller/og medicinadministration, kontaktes kommunen jf. kommunens kontaktoplysninger. Kommunen foretager den endelige vurdering.

Ved ambulante besøg sender hospitalet ambulatorienotat til egen læge og evt. kommunen, så den nødvendige opfølgende behandling kan iværksættes. Ændringen af medicineringen fremgår af ambulatorienotatet og ajourført FMK, eventuelt tillige med en kopi af medicinlisten fra FMK til borgeren.

6.3 Dosisdispenseret medicin ved ambulante forløb

Hvis borgeren får dosisdispenseret medicin skal ambulatorielæge tage stilling til, om eventuel ny medicin kan dosisdispenseres.

Borgere med dosisdispenseret medicin kan fortsætte med dosisdispensering ift. den del af medicinen, som vurderes at være stabil. Resten kan sidedispenseres. Dosisdispensering kan sættes i bero af ambulatorielægen.

Lægen skal huske ved dosisdispenseret medicin at tage stilling til hvor længe recepten skal fortsætte efter næste konsultation så man både undgår at borgeren ikke får medicinen men samtidigt sikre at borgeren fortsat kommer til planlagt kontrol og opfølgning.

Ved akutte situationer f.eks. i skadestue kan dosisdispenseringen som udgangspunkt fortsætte hvis det skønnes lægefagligt forsvarligt i forhold til borgerens sygdom og behandling.

6.4 Generelt om medicin ved indlæggelse og udskrivning

Borgerens aktuelle medicin fremgår af FMK. Praktiserende læger og vagtlæger bør ajourføre FMK.

Har hospitalspersonalet brug for yderligere oplysninger vedrørende borgerens medicin, kontaktes enten kommunen (jf. kommunale kontakliste) eller egen læge.

Indlæggelse:

Borgeren skal ikke medbringe allerede dispenseret medicin. Ej heller dosisdispenseret medicin. Hvis borgeren får medicin i form af spray, dråber, salve o. lign., skal dette medbringes ved indlæggelsen.

Ved nogle korterevarende indlæggelser kan borgeren blive bedt om at medbringe egen medicin hjemmefra. Dette vil fremgå af indkaldelsesbrevet. Får borgeren desuden f.eks. projektmedicin eller medicin udleveret fra andre hospitaler, medbringes dette også.

Udskrivelse:

Ved udskrivelsen ajourføres FMK. Det sikres at borgeren har recepter på aktuel medicin.

Foretages der ændringer i medicin:

- Fremgår dette af ajourført FMK. Hospitalet medgiver borgeren om nødvendig en opdateret medicinliste fra FMK. Udskriften skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger, så udleveret medicinliste stemmer overens med dispenseret medicin, som udleveres fra hospitalet.
- Der oprettes recept og der laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket.
- Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering eller/og medicinadministration efter udskrivelsen, skal dette fremgå af plejeforløbsplanen under sygeplejefaglige problemområder (se afsnit 4.4.4). Kommunen foretager den endelige vurdering.
- Medicinændringer fremgår af "Udskrivningsrapport" (se afsnit 4.8.1) og medicineringen og en eventuel videre plan fremgår af "Epikrise" (afsnit 4.8.6) jf. den regionale vejledning om [Epikrise - udarbejdelse og indhold af den gode epikrise](#)

Borgeren medgives medicin, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket. Doseringen afsluttes altid med hele døgn så der er tid i apotekets åbningstid til at fremskaffe medicinen. Er der ikke medsendt medicin indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket – kontaktes den udskrivende afdeling, der sørger for udbringning af medicin.

Ved smertebehandling (f.eks. efter operation) skal der være lagt en udtrapningsplan anført i FMK. Ved ændringer i smerteplanen kontaktes udskrivende afdeling de første 72 timer efter udskrivelsen. Derefter kontaktes praktiserende læge, som fornyer recepter. Ved komplicerede smerteforløb kan praktiserende læge henvise tilbage til udskrivende afdeling.

Oplysninger om medicin skal fremgå af Udskrivningsrapporten jf. MEDCOMS vejledning: [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#).

6.5 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse og udskrivning

Ved indlæggelse af borgere, der får dosisdispenseret medicin tages der stilling til om dosisdispensering kan fortsætte eller skal sættes i bero.

Hvis dosisdispensering er sat i bero, tages der ved udskrivelsen stilling til, om dosisdispensering kan genoptages.

Borgere indlagt med dosisdispenseret medicin kan udskrives med dosisdispenseret medicin ift. den del af medicinen, som vurderes at være stabil. Resten kan sidedispenseres.

Hvis dosisdispensering af medicin ikke genoptages:

- Sikres udfærdigelse af recepter via FMK på samtlige ordinationer.

- Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering eller/og medicinadministration indtil egen læge har vurderet, hvorvidt dosisdispensering kan iværksættes, skal dette fremgå af plejeforløbsplanen under sygeplejefaglige problemområder (se afsnit 4.4). Kommunen foretager den endelige vurdering.
- Det skal fremgå af epikrisen, at dosisdispensering er sat i bero.

Der henvises i øvrigt til den regionale retningslinje for "[Håndtering af dosisdispenseret medicin i Region Nordjylland](#)".

6.6 Ansøgning om tilskud til medicin

Det påhviler altid den ordinerende læge at søge om medicin tilskud hvis det er relevant.

6.7 Vederlagsfri medicin

Patienter, der ikke er indlagt på hospitaler, men stadig er i hospitalsbehandling, kan i nogle tilfælde få udleveret vederlagsfri medicin fra hospitalet. Det påhviler hospitalet at udlevere vederlagsfrit medicin jævnfør [principnotat for](#) udlevering af vederlagsfri medicin.

7. Prøveudskrivning fra hospitalet

Har borgeren gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, f.eks. neurorehabilitering, kan der ved gensidig aftale mellem hospitalet og kommunens visitation - i dialog med patient/pårørende - etableres prøveudskrivning.

En prøveudskrivning på op til 3 dage registreres i det patientadministrative system som en orlov og ikke som en udskrivning. Der vil således ikke være tale om en ny indlæggelse efter endt orlov. I forbindelse med helligdage kan det aftales at forlænge orloven i op til to orlovsperioder.

Hospitalet kan selvstændigt - i dialog med borger/pårørende - bevilge orlov til de personer, der ikke har behov for kommunale ydelser under orloven.

En udvidet koordinering af komplekse genoptræningsforløb kan finde sted ved fælles deltagelse i hjemmebesøg. Når hospitalet/lægen finder indikation for nødvendigheden af hjemmebesøg, aftales det i fællesskab mellem kommune og hospital og i samarbejde med patienten, hvorvidt der er behov for hjemmebesøg.

8. Udskrivning af terminalt syge patienter

Grundlaget for den palliative organisation og indsats er, at dette tilbydes på såvel "basisniveau" som på "specialistniveau".

Organiseringen af indsatsen er, at borgere med en uhelbredelig, fremadskridende dødelig sygdom skal som udgangspunkt have mulighed for at vælge, om de ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem, på plejehjem, på hospital eller på hospice.

- Terminalt syge borgeres ønske opfyldes så vidt, det kan lade sig gøre - med brug af alle kreative muligheder. Hospitalet udarbejder en terminalerklæring, som indeholder oplysning, om at borgeren er terminal - borger med en uhelbredelig sygdom, som er fremadskridende og med forventet kort levetid. Denne terminalerklæring skal foreligge ved udskrivning eller ved udskrivningskonferencen.
- Der er mulighed for åben indlæggelse.
- Terminale borgere den i terminale fase, (hvor tilstanden fører til døden inden for dage/få uger), som ønsker at tilbringe den sidste tid på hospitalet betragtes ikke som færdigbehandlede.

- Når en terminal syg borger udtrykker ønske om at tilbringe den sidste tid på hospice, sender den henvisende læge en henvisning til Team for lindrende behandling. For terminale borgere indlagt på hospice opkræver regionen færdigbehandlingstakst af borgerens bopælskommune, men afholder også alle driftsudgifter til hospicetilbuddet.
- Kommunens primære sygeplejerske kan kontakte regionens palliative organisation (Det Palliative Team eller de regionale palliationssygeplejersker) om rådgivning og intervention i forhold til terminale problemstillinger.

9. Implementering og opfølgning

IMPLEMENTERINGSPLAN – HERUNDER OVERVEJELSER OM ORGANISERING AF IMPLEMENTERINGEN VIL BLIVE FORMULERET AF ARBEJDSGRUPPEN I HØRINGSPERIODEN.

UDKAST

Bilag 1: Supplerende vejledning ved udfyldelse af manuel indlæggelsesrapport

Formålet med nedenstående liste er, at sikre en fyldestgørende manuel opdatering af den automatisk fremsendte indlæggelsesrapport og dermed sikre den bedste overgang til hospitalsindlæggelse.

Den automatiske indlæggelsesrapport opdateres ved alle indlæggelser af kendte borgere hvis der er væsentlige oplysninger som hospitalet skal bruge i forbindelse med indlæggelsen.

Nedenstående liste er udtryk for væsentlige oplysninger og udfyldes i det omfang kommunerne har kendskab til dem. F.eks. skal det ikke udfyldes om der er trapper i en bolig hvis den kommunalt ansatte ikke kan huske om der er trapper i boligen.

Det optimale vil selvfølgelig være at hospitalet modtager alle oplysninger automatisk af hensyn til hurtighed og kommunalt ressourceforbrug. Dette er ikke altid muligt – og i disse tilfælde skal den automatiske indlæggelsesrapport opdateres. Der skal arbejdes på at flest mulige oplysninger fremsendes automatisk.

Felt*		Behandlingsplan?
23	FORANDRING OP TIL INDLÆGGELSEN	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv borgeres forløb de sidste tre dage inden indlæggelsen <p>Denne oplysning vurderes ikke at kunne indgå i den automatiske indlæggelsesrapport.</p>
14	BOLIGFORHOLD	<ul style="list-style-type: none"> Er boligen velegnet til ganghjælpemidler? Er der trapper eller trin i borgers bolig? <p>OBS – Der skal arbejdes på at dette skal sendes i den automatiske indlæggelsesrapport.</p>
6	KONTAKTOPLYSNINGER	<ul style="list-style-type: none"> Hvis borger bor på plejehjem eller midlertidigt ophold: <ul style="list-style-type: none"> Skriv navn på stedet samt telefonnummer Kontakt oplysninger på relevante nøglepersoner fx demensvejleder Er pårørende kontaktet? <p>OBS – Der skal arbejdes på at dette skal sendes i den automatiske indlæggelsesrapport eller kommer til at fremgå af FSK</p>
23	BEHANDLINGSNIVEAU OG GENOPLIVNING	<p>Behandlingsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Øvrige behandlingsniveauer fra lægen, som fx at patient/borger ikke skal indlægges, fx ved lungebetændelse – angiv dato og ordinerende læges navn. <p>Fravalg af genoplivning:</p> <ul style="list-style-type: none"> Giv besked, hvis der er taget stilling til, at patient/borger ikke skal genoplives ved hjertestop og angiv dato og ordinerende læges navn. <p>OBS – Der skal arbejdes på at dette skal sendes automatisk. MANGLER EN ENDELIG AFKLARING AF HVOR DET SKAL STÅ:</p>

		FORSLAG: 23. Årsag til aktuell indlæggelse. Vil blive afklaret i høringsperioden.
	DE 12 SYGEPLEJEFAGLIGE PUNKTER:	Alle oplysninger vil kunne blive fremsendt automatisk hvis der er en aktiv eller potentiel sygeplejefaglig problemstilling. Undtagelse: funktionsniveau – her forudsættes manuel opdatering.
12	FUNKTIONSNIVEAU	<ul style="list-style-type: none"> Særlige hensyn i forhold til manglende overblik og initiativ? <p>Denne bliver ikke sendt automatisk, men funktionsevneniveauet bliver skrevet under "funktionsevner, dato for funktionsevne og funktionsevneniveau (Score indenfor personlig hygiejne, mobilitet, mad og drikke)"</p>
28, automatisk	BEVÆGEAPPARATET	<ul style="list-style-type: none"> Er der særlige hensyn eller en speciel tilgang til borger?
28, automatisk	ERNÆRING	<ul style="list-style-type: none"> Har der været et vægttab eller vægtøgning inden indlæggelsen? Har der været igangsat væske/kost registrering? Dysfagi. Beskriv kostniveau Sonde. Hvad gives normalt på sonden? (står denne information inde i regionens journalsystem)
28, automatisk	HUD OG SLIMHINDER	<ul style="list-style-type: none"> Hvilke sår har borger og hvor er de placeret? Sårplan? Ordination på håndkøbsmedicin og plan herfor vedrørende hudlidelser
28, automatisk	KOMMUNIKATION	<ul style="list-style-type: none"> Hvis borger ikke kan tale, kan borger tegn til tale eller andre måder at kommunikere på? Har borger ekspressiv afasi, impressiv afasi eller dysartri? Er der særlige hensyn?
28, automatisk	PSYKOSOCIALE FORHOLD	<p>Har borger udfordringer med:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socialt samvær. F.eks. er borger udad reagerende eller har grænseoverskridende adfærd? Emotionelle problemer. F.eks. er borger i sorg, angst, vrede, stressede eller er urolig? Problemer med misbrug? Mentale problemer. F.eks. tvangstanker, tvangshandlinger, trist, manglende impuls kontrol, apati udløst af psykisk sygdom?
28, automatisk	RESPIRATION OG CIRKULATION	<ul style="list-style-type: none"> Hvor meget ilt er borger ordineret? <ul style="list-style-type: none"> - både antal liter ilt og hvor mange timer i døgnet Hvad er acceptabel SAT (iltmætning i %)? <p>OBS - om denne ordination kan komme på FMK (fælles medicinkort) så denne ordination ikke skal gives fra kommunen til hospitalet og fra hospitalet til kommunen</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Er der kompressionsbehandling? • Ødemtendens
28, automatisk	SEKSUALITET	<ul style="list-style-type: none"> • F.eks. mentale eller fysiske samlivsproblemer - forårsaget af sygdom, operation eller medicin.
28, automatisk	SMERTER OG SANSEINDTRYK	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger akutte, periodiske eller kroniske smerter? • Har borger problemer med synssansen, lugtesansen, hørelsen, smagssansen, eller følesansen?
28, automatisk	SØVN OG HVILE	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger problemer med døgnrytmen? • Har borger søvnproblemer?
28, automatisk	VIDEN OG UDVIKLING	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger problemer med hukommelsen? • Herunder er borger kendt med demens? • Har borger problemer med sygdomsindsigt? • Kan borger give et informeret samtykke (generel fuldmagt)? • Har borger kognitive problemer (I forhold til tilgang/hensyn til borgeren)?
28, automatisk	UDSKILLELSE AF AFFALDSSTOFFER	<p>Kateter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det permanent? • Hvornår er kateteret anlagt og hvornår er der planlagt skift? <p>SIK (Steril Intermitterende Kateterisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årsag? • Hvad er hyppigheden af SIK? <p>Stomi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken slags pose har borger en bevilling på? • Hospitalet ønsker at der medsendes en pose og plade. <p>Problemer med inkontinens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har borger en bevilling på bleer? • Afføring. Er der er særligt mønster? <p>Dialysebehandling – hvis borger får dialyse <u>uden for</u> Region Nordjylland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken slags dialyse får borger? • Hvor udføres dialysen?

* Jf. [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)

Bilag 2: Supplerende vejledning ved udfyldelse af plejeforløbsplan

Formålet med nedenstående liste er, at sikre en fyldestgørende plejeforløbsplan og dermed forebygge opklarende spørgsmål til plejeforløbsplanen fra hospitalet. Listen dækker det generelle niveau, dvs. de områder, hvor kommunerne hyppigst oplever udfordringer.

Det er ikke forventningen, at listen vil betyde, at der aldrig vil være spørgsmål, der kræver yderligere dialog mellem hospital og kommunen. Målet er, at listen over tid kan undværes fordi opmærksomhedspunkterne efterhånden vil blive til rutiner på hospitalet.

Hvis patienten flytter adresse er det vigtigt at beskrive hvornår patienten har opfølgning hos fx ambulatorie, egen læge eller andre.

Felt*	Emne	Behandlingsplan?
24	KATETER	<ul style="list-style-type: none"> • Er det midlertidigt – i så fald skal der beskrives en faglig begrundelse for anlæggelsen og oplysninger om, hvornår kateteret skal seponeres • Er det permanent – i så fald skal der beskrives en faglig begrundelse for anlæggelsen, og hvilken type der er tale om. • Hvornår er kateteret anlagt, hvornår skal det skiftes og af hvem? • Opfølgning ved egen læge eller ambulatorium? Hvornår? • Er der udarbejdet en anmodning om bevilling (LÆ165) til kommunen?
24	SIK (engangskateter - Steril Intermitterende Kateterisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Årsag til SIK? • Hyppighed - hvor tit skal blæren tømmes? • Varighed - hvor lang tid forventes der at være behov for SIK? (hvor mange ml må der være tilbage i blæren for at stoppe SIK) • Er der opfølgning ved egen læge eller ambulatorium? Hvornår? • Er der udarbejdet en anmodning om bevilling (LÆ165) til kommunen?
24	INKONTINENS (urin og afføring)	<p>(Hospitalet kan ikke bevillige inkontinenshjælpemidler)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der taget stilling til, om der er tale om en varig lidelse? • Er der sendt bleer med til forbrug ved midlertidigt behov? • Er der udarbejdet en anmodning om bevilling (LÆ165) til kommunen? <p>Stomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årsag til anlæggelse af Stomi • Hvilken stomi er anlagt? • Er stomien permanent eller midlertidig? Hvis den er midlertidig, er der planlagt at den skal lægges tilbage? <p>Afføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvornår har der sidst været afføring og konsistens?
24	SÅR	<p>Sår opstået på hospitalet samt sår der er opstået i borgerens hjem hvor borger ikke er kendt i sygeplejen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er sårplanen? • Hvornår er der sidst udført sårpleje? • Er der medsendt materialer med til første sårpleje? <p>Er der lavet aftale om fjernelse af agraffer? Fx af hospitalet, egen læge – eller skal kommunen gøre det?</p>

		<p>Hvis kommunen fjerner: medsend agraf-tang.</p> <p>VAC (Vacuum Assisted Closure)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen medsender alle remedier med.
24	ILTBRUGERE	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor meget ilt er borger ordineret? - både antal liter ilt/min - og hvor mange timer i døgnet • Hvad er acceptabel SAT (iltmætning i %)? • Installation af ilt/airvo i eget hjem/midlertidige pladser (hospitalet bestiller - samt flytning af ilt-apparat) • Hvornår har borger næste tid i ambulatorium? Det er lungemedicinsk afdeling, der ordinerer ilt.
24	FRAKTURER	<ul style="list-style-type: none"> • Er der regime, (retningslinjer, der fx betyder særlige hjælpemidler)?
24	VED LIVETS AFSLUTNING	<ul style="list-style-type: none"> • Er der behov for medicin til injektion, eller kunne man forestille sig, at der bliver behov i løbet af få dage? I så fald hvilken medicin? (smerter, uro, kvalme og evt. vanddrivende og sekrethæmmende og saltvand – al medicin skal ordineres på FMK?) Er der anlagt subkutan adgang • Hvad er max pn dosis (medicin efter behov) Beskriv hvornår der sidste gang er givet PN medicin. • Er Team for lindrende behandling tilknyttet? • Er der søgt terminalt tilskud? • Er der lavet terminalerklæring?
24	BORGERE MED MEDICINÆNDRINGER	<ul style="list-style-type: none"> • Er der ophørt medicin og i så fald, hvorfor og er der særlige opmærksomhedspunkter? • Er der opstartet nyt medicin og i så fald, hvorfor og er der særlige opmærksomhedspunkter? • Er der lavet udtrappingsplan eller seponeringsdato? • Er der planlagt opfølgning og hvor? • Obs dosisdispensering i sektorovergang. • Hvis der er udarbejdet recepter – er der lavet aftale vedrørende udbringning af medicin fra apoteket, når pårørende ikke kan hente medicinen? • Ved blodfortyndende injektion: skal ordinationen konverteres så det kan gives i dagvagt. • Husk at medsende kanyler ved særlig behandling med penne og kanyle box.
24	KEMOPUMPE	<ul style="list-style-type: none"> • Årsag til kemopumpe? • Hvad er planen? Herunder hvor mange gange er der planlagt? (se evt. gældende IV aftale)
24	ERNÆRING	<p>Dysfagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostniveau – hvilken ernæring skal bestilles? • Fortykningsmiddel til drikkevarer? • Er der henvisning til ergoterapeut i kommunen til udredning for dysfagi?

		<p>Sonde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er årsagen til anlagt sonde? • Ved hvilket afstandsmærke er nasalsonden lagt? • Hvilken type PEG-sonde er der lagt? • Diætistnotat vedlagt? (type sondemad og indgivningshastighed, evt. vægtkontrol) • Hvad er den videre plan? Herunder er der henvist til anlæggelse af Peg -Sonde? • Skal der gives på pumpe? • Der skal medsendes sondeernæring til 5 døgn. • Hvor skal patienten følges efter anlagt sonde? <p>Parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er årsagen til opstart? • Hvad er den videre plan? • Skal der gives på pumpe? • Diætistnotat skal fremgå inden færdigmelding? <p>Er der udarbejdet grøn recept?</p> <p><i>Hospitalet leverer alle remedier og borger skal være orienteret om egenbetaling ift. sondemaden.</i></p>
24	DRÆN	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken type er anlagt? • Hvilken hyppighed skal drænet tømmes med? • Hvad er den videre plan? Herunder evt. seponeringsdato
16	Arbejdsredskaber til plejen af borger (APV)	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis der sendes mere end en PFP, er der slette "gamle" beskrevet hjælpemidler som ikke er aktuelt ved udskrivelse? • Hvilken type sejl og størrelse er der behov for? • Hvis der vurderes behov for plejeseng, er der beskrevet årsagen til behovet?
16	Trykafastende hjælpemidler	<ul style="list-style-type: none"> • Er der rødme eller tryksår og hvis ja, Hvor er rødme/tryksår placeret?
16	Særligt i forhold til kørestole	<ul style="list-style-type: none"> • Er der behov for toiletforhøjer? • Hvis der er behov for en kørestol er der behov for: <ul style="list-style-type: none"> ○ Angiv type: transport eller komfortkørestol ○ Angiv mål: Sædebredde, sædedybde samt crumål
16	Boligindretning	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor i boligen skal plejesengen installeres, og er det aftalt med pårørende ift. at gøre plads til plejesengen? • Er der udfordringer ved adgangsforhold, f.eks. meget høje trin udenfor i forhold til levering af hjælpemidler. • Hvis der er lavet aftale om levering af hjælpemidler, oplys navn og kontaktoplysninger på vedkommende

* Jf. [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)

DEFINITION AF HJÆLPEMIDLER:

["Casekatalog vedr. ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler"](#) kan medarbejder finde svar på udlevering, finansiering og instruktion mv. i brug af behandlingsredskaber og hjælpemidler. Her findes også en vejledning i udfyldelsen af LÆ165.

Bilag 3: Vejledning til afholdelse af udskrivningskonferencer

Hovedreglen er, at der ikke afholdes udskrivningskonferencer fordi fyldestgørende plejeforløbsplaner erstatter behovet for konferencer.

Undtagelsen er i de tilfælde, hvor man i fællesskab vurderer, at der er tale om et meget kompliceret forløb, hvor plejeforløbsplanens beskrivelser ikke er tilstrækkelige til at sikre et optimalt udskrivningsforløb. F.eks. ved udskrivningsforløb med væsentlige ændringer i borgerens behov for hjælp efter udskrivelsen. Det kan også være, hvis borger er i målgruppen for forskellige kommunale pladser (aflastningspladser, midlertidige pladser, akutpladser, botilbud mv.), og der er behov for at koordinere tilbuddet sammen med borgeren og evt. pårørende.

Formålet med udskrivningskonferencer er at koordinere udskrivelsen via en fælles plan.

Hospitalet indkalder til udskrivningskonferencen som afholdes via videokonference (Microsoft Teams) medmindre andet aftales. Alle hospitalsafdelinger har en afdelingspostkasse, som anvendes til indkaldelse til videokonferencer via Teams. Udskrivningskonferencen gennemføres hurtigst muligt efter fremsendt plejeforløbsplan – typisk senest efterfølgende hverdag.

I konferencen deltager borgeren og relevante fagpersoner fra hospitalet og kommunen. Borgeren er omdrejningspunktet og beslutter, i hvilken udstrækning pårørende og netværk (f.eks. nabo eller god ven) skal inviteres/inddrages. Det er ikke et krav at borgeren deltager f.eks. hvis borgeren ikke er i stand til det at deltage.

Praktiserende læger inviteres når det er det relevant. *”Praktiserende læger skal, hvor det er relevant, understøtte det kommunale personale i deres opgavevaretagelse for at skabe så smidige forløb for patienten som muligt. Det gør sig særligt gældende for patientgrupper med mange og komplekse problemstillinger”* (Kilde: [vejledning til gældende overenskomst](#) under punkt 13 Videokonferencer).

Det vil altid være en konkret vurdering, hvilke fagpersoner fra hospitalet og kommunen, der er relevante deltagere. De typiske deltagere vil være borger, pårørende, sygeplejerske fra hospital, visitator/udskrivningskoordinator fra kommunen og evt. sygeplejerske eller/social- og sundhedsassistent fra kommunen med kendskab til borgeren.

De relevante fagpersoner fra kommunen defineres af kommunen. De relevante fagpersoner fra hospitalet defineres af hospitalet. I begge tilfælde ud fra en konkret vurdering af borgerens fremtidige behov.

Hertil skal det sikres, at personerne på udskrivningskonferencen har den nødvendige kompetence til at indgå alle aftaler om udskrivningen – i forhold til f.eks. træning, hjælpemidler, hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.m.

Udskrivningskonferencer afholdes typisk under indlæggelsen, og der kan afholdes flere udskrivningskonferencer med samme borger (typisk ved længere og komplicerede indlæggelsesforløb). Der kan også aftales afholdt en udskrivningskonference efter udskrivning.

Udskrivningskonferencer under indlæggelsen afholdelse så hurtigt, at borgerens ophold ikke forlænges unødigt. Der henvises til bilag 4 for en nærmere definition af færdigbehandlingsbegrebet, og hvornår en borger færdigmeldes i forbindelse med afholdelse af udskrivningskonference.

På udskrivningskonferencer har den kommunale visitator som udgangspunkt mødelederfunktionen, og hospitalet udfylder som udgangspunkt aftaleskemaet/skriver resume.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan. Planen noteres i de respektive journaler, hvorefter udskrivningen kan iværksættes ifølge det aftalte.

Bilag 4: Vejledning om færdigbehandlingsbegrebet

Målet med den tværsektorielle koordinering af udskrivelser er, at sikre kvalitet og sammenhæng i opgaveoverdragelsen og at borgeren kan udskrives hurtigst muligt efter det tidspunkt, hvor indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling. Der vil som hovedregel være overensstemmelse mellem udskrivningstidspunktet og færdigmeldingstidspunktet. I de tilfælde hvor kommunen ikke har mulighed for at hjemtage borgeren på færdigbehandlingsdagen – betaler kommunen færdigmeldingstakst efter gældende takst pr. ekstra sengedag (dataskift).

”En patient er færdigbehandlet, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at patienten ville kunne udskrives fra hospitalet.” (Sundhedsdatastyrelsen, 2023)

Det er ikke en betingelse, at hospitalerne forud har givet kommunen et varsel, men hospitalerne varsler relevante patienters udskrivning så tidligt som muligt. Det er f.eks. ikke en forudsætning, at der er fremsendt en plejeforløbsplan hverdagen før.

I den [regionale instruks for håndtering af udskrivningsparate \(færdigbehandlede\) patienter](#) fremgår det blandt andet at: *”Sygehuset har ret til at færdigmelde døgnet rundt - året rundt. God samarbejdsskik tilsiger dog, at sygehuset som hovedregel kun registrerer færdigbehandlingsdage på de patienter, hvor der er taget kontakt til kommunen indenfor tidsrummet kl. 8 – 21 – alle ugens dage.”*

Administrativt færdigbehandlet betyder, at der som udgangspunkt skal være udfyldt en fyldestgørende plejeforløbsplan inden udskrivning på færdigmeldingsdagen.

Færdigmelding forudsætter desuden, at følgende vil kunne være klar på udskrivningsdagen:

- En fyldestgørende udskrivningsrapport – herunder fyldestgørende oplysninger om medicin.
- Ved behov - en Genoptræningsplan og/eller Ernæringsplan.
- Fælles Medicin Kort (FMK) skal være ajourført og afstemt.
- De midlertidige hjælpemidler, som hospitalet har ansvar for og evt. medicin.

Hvis det vurderes at være behov for ”udvidet koordinering” i form af f.eks. en udskrivningskonference, kan patienten først færdigmeldes fra det tidspunkt hospitalet er klar til afholdelse af konferencen selvom patienten betragtes som medicinsk færdigbehandlet.

Det er en kommunal afgørelse hvilket tilbud, der tilbydes borgeren efter udskrivelsen.

Eventuel uenighed mellem region og kommuner om betaling for konkrete, færdigbehandlede patienter drøftes og afgøres på administrativt niveau mellem en af kommunerne udpeget repræsentant og en repræsentant for regionen.

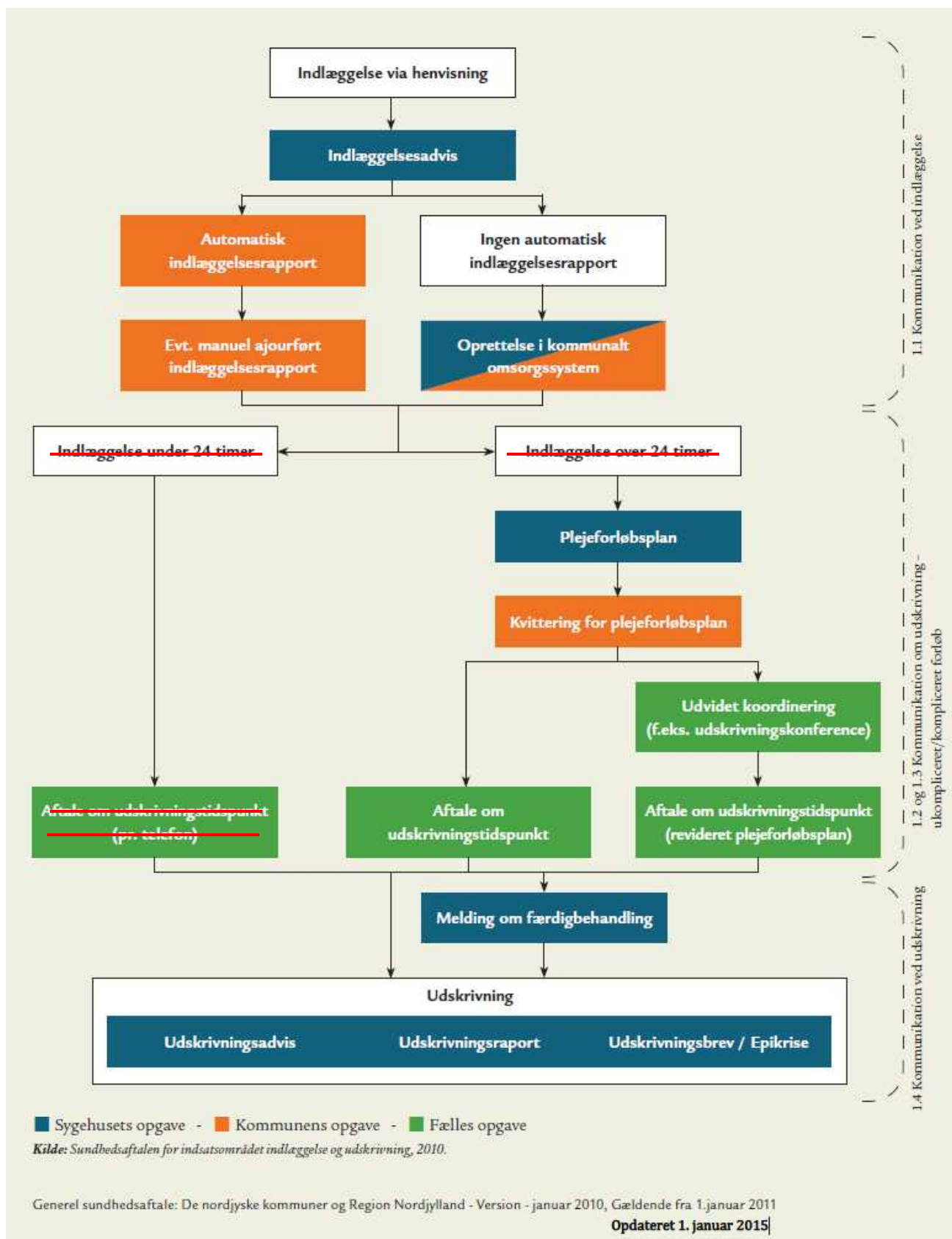
Hvis en patient ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig, og ikke er i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, skal der altid søges værgemål. Dette er som hovedregel en kommunal opgave, men hospitalet er pligtig til at levere de nødvendige helbredsoplysninger til brug for ansøgningen. I denne situation færdigmelder hospitalet patienten efter videregivelsen af de nødvendige helbredsoplysninger til brug for kommunens ansøgning om værgemål.

I undtagelsesvisse tilfælde hvor der er uenighed om behovet for værge, har regionen mulighed for selvstændigt at ansøge om værgemål. I helt særlige tilfælde hvor anvendelsen af ovennævnte hovedregel ikke vil være hensigtsmæssig, finder der en drøftelse sted mellem regionen og kommunen om færdigmeldingstidspunktet – f.eks. hvis det er hospitalet, der har søgt om værgemål eller der gives afslag på kommunens ansøgning om værgebeskikkelse, fordi patientens tilstand ikke er ”stationær” – forstået som, at der fortsat er mulighed for, at patientens tilstand kan forbedres.

Terminale patienter i den terminale fase, der ønsker at tilbringe den sidste tid på hospitalet betragtes ikke som færdigbehandlede.

UDKAST

Bilag 5: Overblik over indlæggelse- og udskrivningsforløb (skal opdateres)



Bilagsforside

Dokument Navn:	Socialtilsynenes virksomhed 2022.pdf
Dokument Titel:	Socialtilsynenes virksomhed 2022
Dokument ID:	7432413
Placering:	Emnesager/Socialtilsyn Nord - Årsrapport 2022/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om Social- og Boligstyrelsens rapport om socialtilsynenes virksomhed i 2022
Dagsordenspunkt nr	9
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1



Socialtilsynenes virksomhed 2022

November 2023

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af

Social- og Boligstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@sbst.dk

www.sbst.dk

Indhold udarbejdet af Social- og Boligstyrelsen.
Udgivet oktober 2023.

Download eller se rapporten på
www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

digital isbn: 978-87-94445-02-3

Indhold

Indledning	2
Social- og Boligstyrelsens fokus og tiltag	4
Resumé	8
1. Socialtilsynenes opgaveportefølje	14
2. Kontrol og udvikling af kvalitet	23
Tilsynsbesøg	24
Brug af interviews som tilsynsmetode	27
Brug af observation som tilsynsmetode	31
Balance mellem kontrol og udvikling	33
3. Socialtilsynenes dialogforpligtelse	43
Evaluering af Socialtilsynenes omsætning af faglig vejledning om dialogforpligtelsen	43
Plejefamilier og tilbuds erfaring med socialtilsynenes dialogiske praksis	44
4. Sanktioner	48
5. Udvikling i kvalitetsscorer	49
Udvikling i kvalitetsscorer	49
6. Socialtilsynenes udmøntning af det økonomiske tilsyn	52
7. Socialtilsynenes viden og kompetencer	61
Viden om målgrupper	61
Viden om tilbudstyper	63
Viden om faglige tilgange og metoder	64
Kompetenceudvikling	66
8. Klagesager og klagesagsbehandling	70
Bilag 1: Socialtilsynenes opgaveportefølje	72
Bilag 2: Kontrol og udvikling	73
Bilag 3: Dialogforpligtelse	79
Bilag 4: Sanktioner	86
Bilag 5: Tilbud og plejefamiliers oplevelse af tilsynskonsulenternes viden	93
Bilag 6: Spørgeskemaundersøgelse blandt socialtilsynene	97
Bilag 7: Socialtilsynenes årsrapporter	99

Indledning

Social- og Boligstyrelsens Auditfunktion skal hvert år udgive en årsrapport om socialtilsynenes virksomhed. Nærværende årsrapport gør status på de fem socialtilsyns virksomhed i 2022, og viser udviklingen i deres opgave med at godkende og føre tilsyn med tilbud i perioden 2019-2022.

I 2022 trådte ændringer i lov om socialtilsyn i kraft, som har til formål at styrke socialtilsynet, herunder styrkelse af det økonomiske tilsyn. Intentionerne med lovændringerne er blandt andet at give socialtilsynet bedre mulighed for at gribe ind over for sociale tilbud, hvor kvaliteten ikke er i orden. Socialtilsynets fokus på tilbuds brug af vikarer og borgernes retssikkerhed blev styrket. Med lovændringerne var der også et ønske om at styrke det økonomiske tilsyn, og at sikre større ensartethed i tilsynet med sociale tilbud på tværs af landet og dermed større ensartethed i de fem socialtilsyns praksis.

Social- og Boligstyrelsen fokuserer i denne årsrapport på, om socialtilsynene godkender og fører driftsorienteret tilsyn på en ensartet, systematisk og faglig kompetent måde. Årsrapporten skal drøftes af den enkelte ansvarlige kommunalbestyrelse på et møde senest tre måneder efter offentliggørelsen.

Kapitel 1 giver et indblik i socialtilsynenes opgaveporteføljer, herunder opstart af specialistfunktioner, der blev indført fra 1. juli 2022. Kapitel 2 sætter bl.a. fokus på socialtilsynenes anvendelse af tilsynsbesøg, deres inddragelse af forskellige kilder i tilsynet (eksempelvis borgere, pårørende og anbringende kommune) samt tilbud og plejefamiliers oplevelse af socialtilsynenes bidrag til udvikling. Kapitel 3 giver en vurdering af socialtilsynenes dialogiske praksis, når de godkender og fører driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier. Kapitel 4 omhandler udviklingen i sanktioner fra 2019 til 2022. Kapitel 5 viser, hvordan niveauet af kvalitetsscorer har udviklet sig fra 2017 til 2022. Kapitel 6 fokuserer på det økonomiske tilsyn med tilbud, herunder en status for indhentelse af budgetter og godkendelse af budgetter fra tilbud samt sammenhængen mellem det økonomiske og det socialfaglige tilsyn. Kapitel 7 har fokus på socialtilsynenes faglige viden og kompetencer, mens kapitel 8 afslutningsvist præsenterer data fra Ankestyrelsen om klagesagsbehandling.

Som tillæg til årsrapporten udgives en baggrundsrapport, som indeholder oplysninger om socialtilsynenes økonomi i 2022, sammensætning af personalet i socialtilsynene, udviklingen i magtanvendelsesindberetninger samt whistleblowerordningen.

Det bemærkes, at henvisninger til lovgivningen refererer til den gældende lovgivning i 2022.

Datagrundlag

Social- og Boligstyrelsens auditfunktion har udviklet et nyt koncept for løbende undersøgelse og evaluering af tilsynspraksis. Konceptet består i en fast systematik for en løbende, årlig tilbagevendende dataindsamling med henblik på at analysere og vurdere tilsynspraksis på en række centrale parametre. I denne årsrapport er anvendt data fra Auditfunktionens evalueringskoncept. Dette omfatter:

- Data fra de fem socialtilsyn.
- Data fra Tilbudsportalen.
- Spørgeskemaundersøgelse til tilbud, plejefamilier og socialtilsyn.

Derudover består datagrundlaget af socialtilsynenes årsrapporter for 2022 og tidligere årsrapporter.

Spørgeskemaundersøgelsen er sendt til samtlige tilbud og plejefamilier med korrekte kontaktoplysninger på Tilbudsportalen, og som er underlagt socialtilsynet. Spørgeskemaerne er således sendt til 1968 tilbud med en svarprocent på 77 og 5209 plejefamilier med en svarprocent på 69¹.

Herudover er der sendt spørgeskemaer til samtlige 254 tilsynskonsulenter og 169 stabsmedarbejdere i socialtilsynene. Svarprocenten er på henholdsvis 87 pct. og 86 pct. Se Bilag 6. De høje svarprocenter er med til at sikre validiteten af de analyser i årsrapporten, der baserer sig på denne type data.

I afsnittet vedr. socialtilsynenes viden og kompetencer indgår kun besvarelser fra de fire socialtilsyn. Besvarelser fra Socialtilsyn Syd indgår ikke, da Social- og Boligstyrelsen har valgt at justere i undersøgelsesdesignet for disse temaer ift. Socialtilsyn Syd, jf. bilag 6. Social- og Boligstyrelsen har valgt denne fremgangsmåde, fordi konditionerne for gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen i Socialtilsyn Syd efter styrelsens vurdering havde en karakter, så der metodisk kunne opstå øget risiko for bias i besvarelserne.

¹Flere plejefamilier gav i forbindelse med udsendelsen af spørgeskemaerne udtryk for, at de ikke længe var aktive plejefamilier. Disse plejefamilier indgår ikke i opgørelsen af svarprocenten.

Social- og Boligstyrelsens fokus og tiltag

Social- og Boligstyrelsens auditfunktionen har til opgave løbende at følge og understøtte socialtilsynene i udførelsen af opgaven med at godkende og føre driftsorienteret tilsyn. Dette med henblik på at sikre, at socialtilsynene opfylder socialtilsynslovens formål, så godkendelses- og tilsynsopgaven varetages på en systematisk, ensartet, uvildig og kompetent måde (socialtilsynslovens § 24).

Auditfunktionen følger bl.a. socialtilsynenes praksis gennem løbende undersøgelser, evalueringer og stikprøver. Understøttelsen af godkendelses- og tilsynsopgaven sker eksempelvis gennem faglige vejledninger. Social- og Boligstyrelsens undersøgelser og vejledninger kan findes i "Håndbog for socialtilsyn" på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside. Social- og Boligstyrelsen har ikke beføjelser i forhold til socialtilsynene og skal ikke føre tilsyn med lovligheden af socialtilsynenes opgavevaretagelse. Denne opgave varetages af det kommunale tilsyn, der er placeret hos Ankestyrelsen.

Auditfunktionen har i 2022 gennemført en række *strategiske tiltag*, som skal understøtte auditfunktionens normerende position over for socialtilsynene. Auditfunktionen har også gennemført en række *konkrete aktiviteter* med henblik på at understøtte ensartethed i socialtilsynet. Disse beskrives nedenfor.

Auditfunktionen arbejder på en strategisk og strukturel omlægning af sin opgave med at følge og understøtte de fem socialtilsyn. Dette har resulteret i følgende tiltag:

- **Ny samarbejdsmodel mellem de fem socialtilsyn og Auditfunktionen**
 - Samarbejdsmodellen består af faste *chefmøder*, hvor der sikres håndtering af faglige og strategiske udfordringer i forhold til socialtilsynet samt et løbende samarbejde om en fælles faglig tilgang. Derudover nedsættes løbende *udviklingsgrupper*, der i en afgrænset periode behandler aktuelle udviklingsopgaver og kommer med indstillinger til fælles tilsynspraksis. Endvidere omfatter samarbejdsmodellen en *national implementeringsgruppe* med deltagelse af alle fem socialtilsyn. Implementeringsgruppen skal sikre en fælles national implementeringskanal og understøtte forpligtende implementeringssamarbejde de fem socialtilsyn imellem. Samarbejdsmodellen omfatter endeligt et evaluerings- og analysespor, som udmønter Auditfunktionens opgave med at følge tilsynspraksis. Viden (ledelsesinformation) fra disse analyser og evalueringer vil løbende føde ind til chefmøderne, udviklingsgrupperne, den nationale implementeringsgruppe, samt arbejdsgruppen om implementering med henblik på at kvalificere de ledelsesmæssige beslutninger og tilsynspraksis.
- **Ny model til identificering og prioritering af problemstillinger fra tilsynspraksis**
 - Modellen understøtter, at Auditfunktionen systematisk og risikobaseret identificerer og prioriterer, hvilke problemstillinger i tilsynspraksis der skal være genstand for auditfunktionens følge- og understøttelsesaktiviteter.
- **Nyt koncept for analyse og vurdering af tilsynspraksis**
 - Konceptet består i en fast systematik for en løbende, årligt tilbagevendende dataindsamling med henblik på at analysere og vurdere tilsynspraksis på en række centrale parametre. Derudover gennemfører Auditfunktionen temaevalueringer og undersøgelser.

- **En mere normerende vejledningsindsats, som Auditfunktionen følger op på**
 - Dette omfatter faglige anbefalinger, der både er retningsgivende og handlingsanvisende ift. en ensartet tilsynspraksis på tværs af de fem socialtilsyn.

Auditfunktionen har i 2022 iværksat en række evalueringer og undersøgelser, udarbejdet faglige vejledninger og gennemført en række udviklingsaktiviteter med henblik på at sikre et mere ensartet socialtilsyn:

Auditfunktionens har i 2022 gennemført følgende evaluering og undersøgelser:

- *Evaluering af socialtilsynenes implementering af faglig vejledning om dialogforpligtelsen*
Der er gennemført en formativ evaluering med fokus på foreløbige erfaringer, læring og videndeling. Evalueringen bidrager med en status på socialtilsynenes arbejde med at implementere vejledningen, samt en første afdækning af virkningerne af implementeringen af dialogforpligtelsen. Auditfunktionen vil i forlængelse af evalueringen iværksætte en række tiltag i regi af den nationale implementeringsgruppe, da de foreløbige resultater viser, at dialogforpligtelsen endnu ikke udmøntes systematisk og ensartet, og at der er variation i *hvor høj grad og hvordan* de fem socialtilsyn konkret har arbejdet med at implementere vejledningen i den lokale tilsynspraksis.
- *Kortlægning af socialtilsynenes opgave med at føre tilsyn med magtanvendelser*
Auditfunktionen har været i dialog med alle fem socialtilsyn om deres tilsynsmæssige overvejelser og konkrete metoder, når de fører tilsyn med magtanvendelse i henholdsvis plejefamilier og på tilbud. Formålet med kortlægningen er at identificere tilsynsmæssige og eventuelle juridiske forskelle mellem socialtilsynene. Auditfunktionen vil i forlængelse af kortlægningen beskrive forskellene og på den baggrund dels iværksætte tiltag med henblik på at sikre en mere ensartet praksis og dels videregive eventuelle juridiske uklarheder til Social-, Bolig – og Ældreministeriet.
- *Afdækning af behov for faglig understøttelse og opkvalificering hos økonomikonsulenter*
Den gennemførte afdækning viser, at der er ikke er en fælles forståelse af centrale begreber om det økonomiske tilsyn i den nye lovgivning, og at der mangler et fælles videngrundlag i forhold til vurdering af specifikke økonomiske forhold (fx løn til ledelse, større reparationer og vedligehold, uforholdsmæssigt dyre tilbud). Afdækningen viser endvidere, at der er behov for at styrke en ensartet tilgang til samarbejde mellem økonomikonsulenter og tilsynskonsulenter. Auditfunktionen har nedsat en udviklingsgruppe med deltagelse af alle fem socialtilsyn, som skal fremme en fælles forståelse og tilsynspraksis ift. det økonomiske tilsyn.

Auditfunktionen har i 2022 påbegyndt følgende undersøgelser:

- *Afdækning af socialtilsynenes praksis for indhentelse af budgetter fra tilbud*
Formålet med afdækningen er at få viden om aktuel status på, i hvilken udstrækning socialtilsynene indhenter og godkender tilbuds budgetter i henhold til gældende frister i socialtilsynslovingen. Formålet er desuden at få viden om socialtilsynenes aktuelle arbejdsgange og redskaber i forbindelse med indhentning og godkendelse af budgetter fra tilbud for at kunne skabe større ensartethed i disse.
- *Undersøgelse af socialtilsynenes brug af tilsynsrapporter*
Der er igangsat en undersøgelse for at få viden om eventuelle forskelle i tilsynsrapporters form og indhold. Undersøgelsen vil også give indblik i brugeres oplevelse af tilsynsrapporternes anvendelighed. Auditfunktionen forventer at udgive en faglig udtalelse om socialtilsynenes tilsynsrapporter på baggrund af undersøgelsen, da de foreløbige resultater tyder på, at der er væsentlige og uhensigtsmæssige forskelle.
- *Socialtilsynenes brug af kvalitetsscorer i kvalitetsmodellen*
Formålet med undersøgelsen er at få viden om socialtilsynenes forståelse og brug af kvalitetsscorer i forbindelse med kvalitetsvurderingen. Herunder om socialtilsynene

bruger kvalitetsmodellen efter lovens intentioner, og om der er den tilsigtede ensartethed i socialtilsynenes praksis.

- *Socialtilsynenes anvendelse af familieplejetyologien*
Formålet med undersøgelsen er at få viden om socialtilsynenes forståelse og anvendelse af plejefamilietyologien. Andelen af plejefamilier, der godkendes til de forskellige plejefamilietyper, er uensartet på tværs af de fem socialtilsyn. Auditfunktionen vil undersøge, om dette hænger sammen med forskelle i forståelsen af, hvad der kendetegner hhv. en almen, en forstærket og en specialiseret plejefamilie, samt hvad en ansøgerfamilie skal kunne for at blive godkendt til de forskellige kategorier.

Faglige vejledninger

Auditfunktionen arbejder med flere formater for faglige vejledninger.

1. *Faglige vejledninger om centrale principper for tilsynspraksis*, fx det dialogbaserede og det risikobaserede tilsyn, der tager udgangspunkt i kerneelementer, som udgør handleprincipper på de pågældende områder.
2. *Faglige vejledninger om brug af kvalitetsmodellen* indeholder typisk anbefalinger i form af tilsynsfaglige fokuspunkter i forhold til forskellige dele af kvalitetsmodellen, fx nye indikatorer.
3. *Faglige udtalelser* anvender Auditfunktionen for at angive en klar retning for tilsynspraksis og beskrivelse af, hvordan socialtilsynene bør tilrettelægge praksis inden for et specifikt emne. Herudover udbyder Auditfunktionen *fagkonferencer* til socialtilsynene, som ved hjælp af eksperter, VISO-leverandører og Social- og Boligstyrelsens fagkontorer præsenterer og omsætter aktuelt bedste viden på et givent målgruppeområde til brug for kvalitetsvurderinger og tilsynspraksis.

Auditfunktionen har i 2022 udarbejdet følgende faglige vejledninger til socialtilsynene:

Faglige vejledninger med kerneelementer

- *Faglig vejledning til socialtilsynenes dialogforpligtelse*
- *Faglig vejledning om det risikobaserede tilsyn*

Faglige vejledninger i forhold til kvalitetsmodellen

- *Tilsynsfaglige fokuspunkter til vurdering af sociale tilbuds brug af ikke-fastansatte medarbejdere (publiceres i 2023)*
- *Tilsynsfaglige fokuspunkter til vurdering af anbragte børns læringsmiljø (publiceres i 2023)*
- *Faglig vejledning til vurdering af tema uddannelse og beskæftigelse (publiceres i 2023)*

Fagkonferencer

Auditfunktionen har i 2022 udbudt to fagkonferencer til socialtilsynene:

- *Vidensbasering og kvalificering af tilsynspraksis på tilbud for voksne med erhvervet hjerneskade (2022)*
- *Vidensbasering og kvalificering af tilsynspraksis ift. plejefamilier og tilbud til børn og unge med autisme (2022)*

Faglige udtalelser

Konceptet for faglige udtalelser er blevet udviklet og fastsat i 2022, og vil blive taget i brug i 2023.

Udviklingsaktiviteter

Auditfunktionen har endvidere i samarbejde med de fem socialtilsyn igangsat udvikling af en række fælles tilgange, modeller, redskaber m.v. til brug for tilsynspraksis. Disse vil blive udvidet

i løbet af 2023, efterhånden som der bliver truffet beslutninger om aktiviteter på baggrund af gennemførte analyser og evalueringer.

I forlængelse af vejledningen om det risikobaserede tilsyn har Auditfunktionen i samarbejde med de fem socialtilsyn bl.a. været i gang med at udvikle generiske beskrivelser for risikokategorierne grøn, gul og rød, samt overordnede generiske beskrivelser af, hvad der kendetegner tilsynsintensiteten i de forskellige kategorier.

Herudover har Auditfunktionen i 2022 påbegyndt samarbejde med socialtilsynene om at etablere en række målgruppespecifikke vidensnetværk på tværs af de fem socialtilsyn. Auditfunktionen forventer via interne og eksterne specialister at levere faglig viden om målgrupper, indsatser og metoder ind i vidensnetværkene, som skal understøtte, at tilsynene står på samme faglige viden, og kvalificere tilsynskonsulenternes arbejde med kvalitetsvurderinger af sociale tilbud og plejefamilier.

Resumé

De fem socialtilsyn har til opgave at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med alle tilbud og plejefamilier i Danmark. Ved udgangen af 2022 førte socialtilsynene tilsyn med 1.999 tilbud og 5.337 plejefamilier.

Stabilt antal tilbud og faldende sagsbehandlingstid for godkendelse af tilbud

Udviklingen i det samlede antal tilbud har været stabil i perioden 2019-2022, men antallet af tilbud under de enkelte socialtilsyn har ændret sig i 2022. Dette skyldes primært en ændring af lov om socialtilsyn, som trådte i kraft fra 1. juli 2022. Denne ændring betyder, at opgaven med at godkende og føre tilsyn på områder, som er små eller komplicerede, er samlet i specialistfunktioner hos enkelte socialtilsyn.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for godkendelse af tilbud er samlet set faldet, men der kan fortsat observeres variationer på tværs af de fem socialtilsyn. Socialtilsyn Nord og Syd havde de korteste gennemsnitlige sagsbehandlingstider for godkendelse af tilbud på 11 uger, mens Socialtilsyn Hovedstaden havde den længste gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 22 uger.

Fortsat fald i antal plejefamilier og stor variation i sagsbehandlingstiden for godkendelse

Antallet af plejefamilier har været faldende i perioden 2019-2022. Faldet skyldes bl.a., at der i 2022 fortsat er et fald i antallet af nygodkendte plejefamilier. Der er fortsat stor variation i antallet af plejefamilier som de enkelte socialtilsyn fører tilsyn med – fra 727 plejefamilier i Socialtilsyn Hovedstaden til 1.458 plejefamilier i Socialtilsyn Syd.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for godkendelse af plejefamilier varierer over tid og på tværs af de fem socialtilsyn. Den laveste gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i Socialtilsyn Syd med 11 uger, og den højeste gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i Socialtilsyn Midt med 38 uger.

Kontrol og udvikling af kvalitet

Når socialtilsynene godkender og fører driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier, fører de kontrol med, om der er den fornødne kvalitet. Samtidig skal socialtilsynene gennem dialog bidrage til udvikling af kvaliteten.

Øget ensartet andel af uanmeldte tilsynsbesøg blandt fire af de fem tilsyn

Socialtilsynene skal føre et risikobaseret tilsyn med tilbud og plejefamilier, hvor tilsynsintensiteten kan varieres efter behov. Tilsynsintensiteten kan bl.a. differentieres ved hyppigheden af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. Social- og Boligstyrelsen kan konstatere, at der ikke var en ensartet praksis for brug af tilsynsbesøg på tværs af de fem socialtilsyn i 2022 bl.a. fordi Socialtilsyn Syd har en anden praksis for brug af tilsynsbesøg end de øvrige socialtilsyn. Socialtilsyn Syd gennemførte generelt hyppigere tilsynsbesøg og anvendte uanmeldte tilsynsbesøg oftere. Dette kan skyldes forskellige tilgange til risikovurderinger og afledt forskellig tilsynsintensitet, eller kan skyldes forskellige driftsmodeller, som i nogle tilsyn standardiserer planlægning og gennemførelse af tilsynsbesøg mere end i andre. Dette forhold kræver dog nærmere undersøgelse og dialog mellem socialtilsynene og Social- og Boligstyrelsen.

Socialtilsynene aflagde i 2022 i gennemsnit 1,3 besøg pr. afdeling pr. tilbud og 1,3 besøg pr. plejefamilie anmeldte og/eller uanmeldte.² Socialtilsyn Syd har i 2022 aflagt væsentligt flere tilsynsbesøg pr. tilbud (1,9 besøg pr. afdeling) og pr. plejefamilie (1,8 besøg pr. plejefamilie) sammenlignet med de øvrige socialtilsyn. Der er samtidig en større andel af tilbud i Socialtilsyn Syd, som har modtaget 5 eller flere besøg.

Socialtilsyn Nord aflagde ligeledes flere tilsynsbesøg pr. tilbud og pr. plejefamilie end gennemsnittet på landsplan (1,5 besøg pr. afdeling pr. tilbud og 1,4 besøg pr. plejefamilie).

I 2022 – men også set over perioden 2019 til 2022 – havde Socialtilsyn Syd desuden en højere frekvens af uanmeldte tilsynsbesøg sammenlignet med de øvrige socialtilsyn på både tilbuds- og plejefamilieområdet. Særligt på tilbudsområdet var frekvensen højere. I 2022 var 50 pct. af tilsynsbesøg på tilbud i Socialtilsyn Syd uanmeldte, mens andelen i de øvrige Socialtilsyn lå mellem 28 og 37 pct. På plejefamilieområdet var 36 pct. af besøgene fra Socialtilsyn Syd uanmeldte, mens andelen i de øvrige socialtilsyn lå mellem 18 pct. i Socialtilsyn Nord til 29 pct. i Socialtilsyn Midt.

Set over en fireårig periode fra 2019 til 2022 nærmer Socialtilsyn Nord, Midt, Øst og Hovedstaden sig større ensartethed i forhold til andelen af uanmeldte tilsynsbesøg, hvilket Social- og Boligstyrelsen betragter som en positiv udvikling.

Tilbud og plejefamilier oplever, at socialtilsynet har mere fokus på kontrol end udvikling

89 pct. af tilbuddene og 86 pct. af plejefamilierne på landsplan vurderede, at socialtilsynene i "høj" eller "meget høj grad" kontrollerer kvaliteten af deres tilbud eller plejefamilie. Der er mindre variationer på tværs af socialtilsynene. Samtidig angav 56 pct. af tilbuddene og 49 pct. af plejefamilierne, at socialtilsynet "i høj" eller "meget høj grad" bidrager til udvikling af kvalitet. Samlet set kan det konkluderes, at tilbud og plejefamilier i højere grad oplever at socialtilsynene kontrollerer kvaliteten, end de bidrager til udvikling af kvaliteten.

Socialtilsyn Syd, og til dels Socialtilsyn Nord blev oplevet mere kontrollerende end de øvrige socialtilsyn. Socialtilsyn Syd er det socialtilsyn, hvor flest tilbud (43 pct.) og flest plejefamilier (26 pct.) oplevede, at fokus ved seneste tilsyn var kontrol, efterfulgt af Socialtilsyn Nord, hvor 37 pct. af tilbuddene og 23 pct. af plejefamilierne angav, at hovedfokus ved seneste tilsyn var kontrol.

Knap hver femte tilbud og plejefamilie oplever slet ikke eller kun i mindre grad, at socialtilsynene bidrager til udvikling af kvalitet

Det er Social- og Boligstyrelsen vurdering, at der er forskel på socialtilsynenes bidrag til udvikling af kvaliteten i sociale tilbud. Social- og Boligstyrelsen vurderer, at tilbud og plejefamilier, i højere grad end det var tilfældet i 2022, bør opleve, at socialtilsynene bidrager til udvikling af kvaliteten.

På tilbudsområdet svarer 17 pct., at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" oplever, at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvaliteten. På tværs af socialtilsynene varierer det fra 14 pct. af tilbud i Socialtilsyn Hovedstaden, Midt og Øst til 25 pct. af tilbud i Socialtilsyn Syd.

På plejefamilieområdet svarer 18 pct., at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" oplever, at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvaliteten. På tværs af socialtilsynene varierer det fra 15 pct. i Socialtilsyn Øst til 21 pct. i Socialtilsyn Hovedstaden.

² Social- og Boligstyrelsen tager et metodisk forbehold, da der potentielt kan være en forskellig registreringspraksis ift. registrering af tilsynsbesøg på afdelinger.

Socialtilsynenes dialogforpligtelse

Ved behandling af ansøgninger om godkendelse, i det driftsorienterede tilsyn og i forbindelse med at der træffes afgørelser, skal socialtilsynet indgå i dialog med tilbud og plejefamilier. I 2021 udgav Social- og Boligstyrelsen en faglig vejledning til socialtilsynene med en række anbefalinger, som skal understøtte, at socialtilsynene omsætter deres dialogforpligtelse ensartet, systematisk og faglig kompetent.³ Anbefalingerne er formuleret i seks handlingsanvisende kerneelementer.

Tilbud og plejefamilier har ensartede og positive erfaringer med dialogen med socialtilsynene

Social- og Boligstyrelsen har gennemført en spørgeskemaundersøgelse af tilbud og plejefamiliers erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis. Det er overordnet set Social- og Boligstyrelsens vurdering, at tilbud og plejefamilier har ensartede og positive erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis.

Langt de fleste plejefamilier og tilbud tilkendegav, at tilsynskonsulenterne sikrede:

- et tydeligt formål og indhold for tilsynsbesøget
- at der var plads til, at tilbud og plejefamiliers perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget
- at der blev skabt fælles forståelse mellem tilbuddet/plejefamilien og tilsynskonsulenten, samt at tilsynskonsulenten orienterede om det videre forløb efter tilsynsbesøget

Samtidig vurderer Social- og Boligstyrelsen, at socialtilsynene fortsat bør udvikle deres dialogiske praksis. Eksempelvis oplever en tredjedel af tilbuddene og en femtedel af plejefamilierne "slet ikke" eller "i mindre grad" at have indflydelse på tilsynsbesøgets formål og indhold. I Socialtilsyn Nord er der også potentiale for at give mere plads til at tilbuddene får deres perspektiver bragt i spil under tilsynsbesøget.

Sanktioner

Socialtilsynene kan iværksætte sanktioner, hvis konkrete forhold i et tilbud eller plejefamilie skaber bekymring for tilbuddets eller plejefamiliens kvalitet, eller hvis socialtilsynet ud fra en samlet vurdering finder, at tilbuddet eller plejefamilien ikke længere har den fornødne kvalitet eller opfylder betingelserne for at være godkendt. Socialtilsynenes sanktionsmuligheder omfatter afgørelser om påbud, skærpet tilsyn med og uden påbud samt ophør af godkendelsen.

Stabilt niveau af sanktioner på tilbudsområdet og mere ensartet praksis for udstedelse af sanktioner til plejefamilier

Siden 2019 har socialtilsynene samlet set udstedt et relativt stabilt niveau af påbud, skærpede tilsyn og ophør af godkendelser på tilbudsområdet.

På plejefamilieområdet er antallet af påbud faldet i 2022 sammenlignet med tidligere år. Særligt Socialtilsyn Syd og til dels Socialtilsyn Hovedstaden har tidligere udstedt flere påbud pr.

³ Vejledningen er baseret på seks kerneelementer. Tilbud og plejefamilier er i foråret 2023 blevet spurgt ind til deres oplevelse af erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis. Spørgsmålene afdækker delelementer af fire ud af de seks kerneelementer i Faglig vejledning til Socialtilsynenes dialogforpligtelse. De kerneelementer, der afdækkes, er: 1 Rammesæt dialogen, 2 Skab et dialogisk samtalerum, 4 Vær nysgerrigt lyttende og 6 Arbejd for en fælles forståelse, mens kerneelement 3 Tag styring på samtalen ikke afdækkes i denne undersøgelse og kerneelement 5 Hav fokus på muligheder bliver afdækket i kapitel 2 om kontrol og udvikling af kvalitet. Det understreges at der kun er spurgt ind til delelementer af den praksis som kerneelementer beskriver.

plejefamilie end de resterende socialtilsyn. Denne tendens er dog ikke gældende i 2022. Eksempelvis udstedte Socialtilsyn Syd 36 påbud i 2021, mens de i 2022 udstedte to påbud.

Socialtilsyn Syd har oplyst, at de har ændret deres praksis for udstedelser af påbud til plejefamilier på baggrund af en ændret praksis i Ankestyrelsen. Den nye praksis kan være årsagen til et lavere antal udstedte påbud og indikerer, at praksis for udstedelse af påbud til plejefamilier er mere ensartet end tidligere. Social- og Boligstyrelsen finder dette positivt.

Kvalitetsscorer

Når socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier, anvendes kvalitetsmodellen i vurderingen af, om et tilbud eller en plejefamilie har den fornødne kvalitet. Alle tilbud og plejefamilier skal vurderes ud fra de samme kriterier og indikatorer⁴. Dette har til formål at sikre ensartethed i kvalitetskrav og gennemsigtighed samt sammenlignelighed i socialtilsynets arbejde. Der er syv temaer i kvalitetsmodellen, som er konkretiseret i en række kriterier og indikatorer. Socialtilsynene skal score indikatorerne på en skala fra 1 til 5.

Stigende kvalitet i tilbud og plejefamilier

Den samlede kvalitetsscore⁵ er steget for de tilbud og plejefamilier, der eksisterede under samme tilbuds-ID i både 2017 og 2022. Blandt tilbud er den samlede kvalitetsscore steget for 61 pct., mens 59 pct. af plejefamilierne har haft en stigning i den samlede kvalitetsscore fra 2017 til 2022.

Stigningen i kvalitetsscore er positivt særligt set i lyset af at området bliver mere og mere komplekst. Social- og Boligstyrelsen gør imidlertid opmærksom på, at de høje kvalitetsscorer ikke nødvendigvis er udtryk for en stigende kvalitet. Det kan også være et udtryk for, at socialtilsynene scorer kvaliteten for højt. Social- og Boligstyrelsen har derfor igangsat en undersøgelse med henblik på at få viden om socialtilsynenes forståelse og brug af kvalitetsscorer i forbindelse med kvalitetsvurderingen.

Økonomisk tilsyn

Udfordringer med indberetning af årsbudgetter til tiden

Socialtilsynene skal som led i godkendelse af tilbud og det driftsorienterede tilsyn godkende årsbudgetter fra tilbuddene.

I 2022 indsendte 66 pct. af private tilbud deres budget vedr. 2023 rettidigt, hvilket omvendt betyder at 34 pct. ikke sendte budgettet inden for fristen. Blandt offentlige tilbud manglede 66 pct. at sende deres budget til socialtilsynene ved fristen.

Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at socialtilsynene har en uensartet praksis for så vidt angår hvilke informationer, de giver tilbud forud for indberetning af budgetter, samt hvor hurtigt og hvor ofte tilbud modtager rykkere, såfremt de ikke har indberettet budgettet rettidigt. Social- og Boligstyrelsen har derfor udgivet en faglig udtalelse i 2023, der anbefaler socialtilsynene at koordinere og ensarte informationen til tilbud.

Socialtilsyn Hovedstaden og Socialtilsyn Øst godkender færrest budgetter inden for fristerne

⁴ For nogle indikatorer i kvalitetsmodellen er visse typer af tilbud undtaget.

⁵ Udregnet som gennemsnittet af alle indikatorer det enkelte tilbud eller den enkelte plejefamilie er scoret på.

Socialtilsyn Nord, Midt og Syd har godkendt langt de fleste budgetter inden for fristerne. Socialtilsyn Øst og Hovedstaden har imidlertid et forbedringspotentiale, idet de godkendte væsentlig færre budgetter inden for fristen sammenlignet med de øvrige socialtilsyn. Pr. 1. januar 2023 manglede Socialtilsyn Øst at godkende 23 pct. af alle budgetterne fra private tilbud, mens Socialtilsyn Hovedstaden manglede at godkende 42 pct. De øvrige socialtilsyn manglede mellem 3 og 13 pct. Pr. 1. april 2023 manglede Socialtilsyn Øst at godkende 23 pct. af alle budgetter fra offentlige tilbud, mens Socialtilsyn Hovedstaden manglede at godkende 33 pct. De øvrige socialtilsyn manglede at godkende mellem 2 og 5 pct. Dette kan indikere, at socialtilsynene har forskellig praksis i processen med at godkende budgetter.

Generelt højt niveau af samarbejde mellem økonomikonsulenter og tilsynskonsulenter i socialtilsynene, men med udfordringer i Socialtilsyn Hovedstaden

Tilsynskonsulenterne i de fem socialtilsyn giver generelt udtryk for stor sammenhæng mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn. I de fleste tilfælde mener tilsynskonsulenterne, at de "i høj" eller "meget høj grad" er opdaterede om økonomiske forhold, at der er en tæt koordinering, og at de bruger oplysninger om økonomiske forhold i den samlede kvalitetsvurdering.

Socialtilsyn Hovedstaden adskiller sig imidlertid fra de øvrige socialtilsyn, eftersom tilsynskonsulenterne i lavere grad er opdateret om økonomiske forhold (38 pct. angiver i mindre eller i nogen grad mod 22 pct. på landsplan). Derudover mener 59 pct. af tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Hovedstaden, at der kun i mindre eller nogen grad er tæt koordinering mellem det økonomiske og det socialfaglige tilsyn (tilsvarende vurdering på landsplan er 26 pct.). Endelig er der kun 45 pct. af tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Hovedstaden, der "i høj" eller "meget høj grad" bruger oplysninger om økonomiske forhold i den samlede kvalitetsvurdering (mellem 73 og 85 pct. i de øvrige socialtilsyn).

Socialtilsynenes faglige viden og kompetencer

Socialtilsynene skal kunne udfordre tilbuddene på deres pædagogiske tilgang, på deres behandling af borgerne og på deres styringsmæssige forhold. Det kræver, at socialtilsynene har den fornødne viden om målgrupper, tilbudstyper samt faglige tilgange og metoder. I spørgeskemaundersøgelsen er tilsynskonsulenter, tilbud og plejefamilier blevet spurgt til, om tilsynskonsulenterne har den fornødne viden.⁶

Generel høj vurdering af socialtilsynenes viden om målgrupper samt faglige tilgange og metoder

En stor andel af tilsynskonsulenter oplever, at de har den fornødne viden om målgrupper i tilbud eller plejefamilier. På tværs af socialtilsynene vurderede mellem 69 og 93 pct. af tilsynskonsulenterne, at de enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om målgrupper i tilbud, de fører tilsyn med. På plejefamilieområdet oplevede mellem 85 og 100 pct., at de enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om målgrupper i plejefamilier. Der er ligeledes en stor andel af både tilbud og plejefamilier, der oplevede at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om målgrupper i tilbud eller anbragte børn i plejefamilier.

Der er færre tilsynskonsulenter, der angav at have den fornødne viden om faglige tilgange og metoder. Mellem 41 og 73 pct. af tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet angav, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden. Tilbuddene har imidlertid et mere ensartet

⁶ Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen omfatter i dette kapitel kun Socialtilsyn Nord, Midt, Øst og Hovedstaden.

og en mere positiv oplevelse af tilsynskonsulenternes viden om relevante faglige tilgange og metoder.

På plejefamilieområdet oplevede mellem 60 og 86 pct. af tilsynskonsulenterne, at de "i høj" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder.

Social- og Boligstyrelsen finder det positivt, at størstedelen af tilsynskonsulenter, tilbud og plejefamilier generelt har en opfattelse af, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om målgrupper samt om relevante faglige tilgange og metoder.

20 pct. af tilsynskonsulenter mener, at de "slet ikke" eller "i mindre grad" får den nødvendige kompetenceudvikling⁷

Niveauet af tilsynskonsulenter, der oplevede at få den nødvendige kompetenceudvikling, er generelt højt. Blandt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet oplevede mellem 18 og 24 pct. dog, at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" får den nødvendige kompetenceudvikling. På plejefamilieområdet oplevede mellem 0 og 20 pct., at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" får den nødvendige kompetenceudvikling. Dette vedrører særligt Socialtilsyn Midt og Socialtilsyn Øst.

De områder, hvor tilsynskonsulenterne efterspørger kompetenceudvikling, og hvor de oplever at mangle faglig eller metodisk viden, er overlappende. Tilsynskonsulenterne efterspørger eksempelvis viden som traumebehandling, mentalisering samt tilsynsfaglige metoder som samtale- og interviewteknik mv., observation og dokumentations- og registreringsmetoder. Derudover efterspørges også viden om målgrupper inden for eksempelvis psykiatriområdet, udviklingsforstyrrelser, misbrugsområdet og tilknytningsforstyrrelser.

⁷ Socialtilsyn Syd indgår ikke i de opgjorte resultater (procentsatser).

1. Socialtilsynenes opgaveportefølje

Socialtilsynet består af fem kommunale tilsyn, der har til opgave at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier omfattet af lov om socialtilsyn. Formålet er, at sikre at tilbud og plejefamilier lever op til betingelserne for godkendelse og har den fornødne kvalitet. I dette kapitel beskrives socialtilsynenes opgaveportefølje (herunder en række specialistfunktioner), nygodkendelser⁸ og sagsbehandlingstider på henholdsvis tilbuds- og plejefamilieområdet.

Tilbud

Socialtilsynenes tilbudsportefølje og specialistfunktioner

Ved udgangen af 2022 var 1.999 tilbud omfattet af socialtilsynet. Socialtilsyn Hovedstaden fører tilsyn med flest tilbud, mens Socialtilsyn Nord fører tilsyn med færrest tilbud, jf. tabel 1.

Tabel 1: Antal aktive tilbud fordelt på de fem socialtilsyn pr. 31.12.2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Antal tilbud i alt	260	486	336	359	558	1.999

Kilde: Tilbudsportalen 31.12.2022

Udviklingen i det samlede antal tilbud fra 2019 til 2022 har været stabil, jf. bilag 1, mens antallet af tilbud har ændret sig i de enkelte socialtilsyn i 2022. Dette skyldes primært en ændring af lov om socialtilsyn, som trådte i kraft fra 1. juli 2022. Denne ændring betyder, at opgaven med at godkende og føre tilsyn på områder, som er små eller komplicerede, er samlet i specialistfunktioner hos enkelte socialtilsyn. I 2022 er flere tilbud derfor blevet overdraget fra et socialtilsyn til et andet.

Specialistfunktionerne omfatter:

- Tilsyn med koncerner og koncernlignende konstruktioner. Denne funktion varetages af Socialtilsyn Hovedstaden og Socialtilsyn Midt i fællesskab.
- Tilsyn med efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling, når skolen har flere end otte pladser til anbringelse, samt pladser på skibsprojekter. Denne funktion varetages af Socialtilsyn Syd.
- Tilsyn med botilbud til voksne med sikrede afdelinger, samt delvis lukkede døgninstitutioner og delvis lukkede afdelinger på døgninstitutioner, sikrede døgninstitutioner og særligt sikrede afdelinger samt åbne afdelinger i tilknytning til en delvis lukket afdeling eller døgninstitution eller en sikret døgninstitution. Denne funktion varetages af Socialtilsyn Øst.
- Tilsyn med foreninger og virksomheder, der varetager arbejdsgiverfunktionen i forbindelse med ordninger om BPA. Denne funktion varetages af Socialtilsyn Nord.

⁸ Nygodkendelser refererer til antallet af godkendelser af nye tilbud i 2022

Af tabel 2 fremgår antallet af tilbud omfattet af specialistfunktionen i det enkelte socialtilsyn.

Tabel 2: Antal tilbud i specialistfunktioner, 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden
Antal tilbud i specialistfunktion	20	139	8	11	178

Anm: Tilbud i specialistfunktionerne indgår i den samlede opgaveportefølje i tabel 1 for socialtilsyn Midt, Syd, Øst og Hovedstaden. BPA-arbejdsgiverfunktion i Socialtilsyn Nord indgår ikke i den samlede opgaveportefølje af tilbud i tabel 1. Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022

Socialtilsynene har været optagede af at overdrage tilbud til hinanden i forbindelse med etableringen af specialistfunktioner fra 1. juli 2022. Derudover er socialtilsynene i gang med at specialisere sig inden for hver deres specialistfunktion. Social- og Boligstyrelsens auditfunktion understøtter og vejleder socialtilsynene for at sikre et kompetent, systematisk og ensartet tilsyn herunder også på specialistfunktionerne.

Socialtilsyn Øst, der varetager opgaven vedr. sikre institutioner, skriver eksempelvis i deres årsrapport, at de har nedsat et specialisteam med socialfaglige, juridiske og økonomiske kompetencer samt ledelse. Specialisteamet skal indsamle og omsætte viden, som er relevant for udførelsen af tilsynsforpligtelsen med de tilbud, der ligger i specialistfunktionen i Socialtilsyn Øst.⁹

Socialtilsyn Midt og Socialtilsyn Hovedstaden varetager begge specialistfunktionen omkring tilsyn med tilbud, der indgår i koncerner eller koncernlignende konstruktioner. Både Socialtilsyn Midt¹⁰ og Socialtilsyn Hovedstaden¹¹ adresserer i deres årsrapporter, at overdragelsen af koncerner og koncernlignende konstruktioner har resulteret i en opnormering af antal medarbejdere. Socialtilsyn Hovedstaden skriver ligeledes, at de er i gang med at indrette deres tilsyn, så det imødekommer de særlige forhold, der kan gøre sig gældende i koncerner og koncernlignende konstruktioner. Socialtilsyn Hovedstaden fremhæver at deres foreløbige erfaring er, at specialistfunktionen bidrager til mere kvalificerede ny-godkendelsesprocesser og driftstilsyn med de enkelte koncerntilbud, da der opbygges kendskab til koncernernes øvrige tilbud. Endelig har Socialtilsyn Midt og Socialtilsyn Hovedstaden etableret et samarbejdsforum til drøftelser på tværs af de to tilsyn.

Socialtilsyn Syd varetager specialistfunktionen vedr. efterskoler, frie fag- og grundskoler med en kostafdeling samt skibsprojekter. Socialtilsyn Syd skriver i deres årsrapport, at de er ved at indsamle erfaringer med kostskoler og skibsprojekter.¹²

Socialtilsyn Nord varetager opgaven vedrørende godkendelse af og tilsyn med foreninger og private virksomheder, der varetager arbejdsgiverfunktioner i ordninger efter §§ 95 og 96 i lov om social service.

Fald i antal nygodkendte tilbud

Socialtilsynene har ansvaret for at behandle ansøgninger om godkendelse fra nye tilbud. På baggrund af temaerne i kvalitetsmodellen, skal tilsynene vurdere, hvorvidt det er sandsynligt, at det ansøgende tilbud kan levere den fornødne kvalitet.

⁹ Årsrapport 2022 fra Socialtilsyn Øst

¹⁰ Årsrapport 2022 fra Socialtilsyn Midt

¹¹ Årsrapport 2022 fra Socialtilsyn Hovedstaden

¹² Årsrapport 2022 fra Socialtilsyn Syd

I 2022 blev der godkendt 69 nye tilbud. I 2022 godkendte de enkelte socialtilsyn mellem 10 og 21 tilbud. Socialtilsyn Nord godkendte færrest nye tilbud, mens Socialtilsyn Hovedstaden godkendte flest nye tilbud.

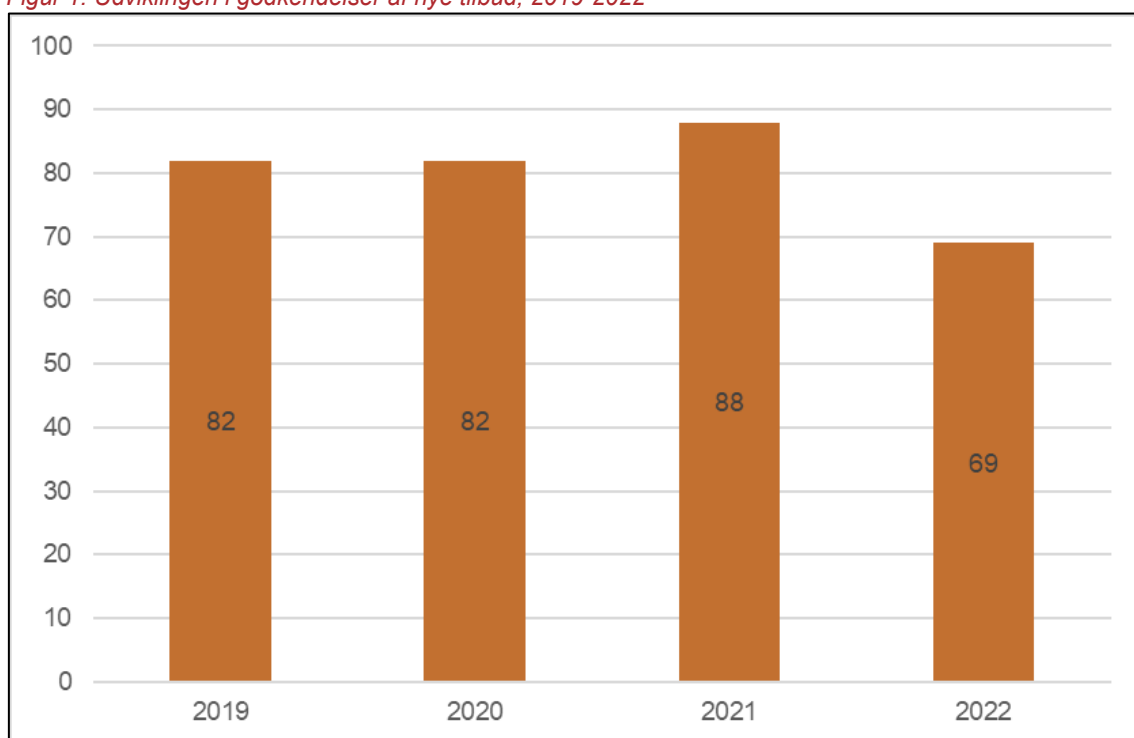
Tabel 3: Antallet af godkendelser af nye tilbud fordelt på de fem socialtilsyn, 2022.

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Tilbud	10	11	17	10	21	69

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Det samlede antal godkendelser på tilbudsområdet er faldet fra 88 nygodkendelser i 2021 til 69 i 2022, jf. figur 1.

Figur 1: Udviklingen i godkendelser af nye tilbud, 2019-2022



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Faldet fra 2021–2022 skyldes bl.a., at Socialtilsyn Midt havde et højere antal af nygodkendelser i 2021, hvilket var forårsaget af en opsplitning af borgercentre i Aarhus Kommune¹³.

Variierende sagsbehandlingstider for godkendelse af nye tilbud

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid varierer på tværs af tilsynene. På tilbudsområdet varierer den gennemsnitlige sagsbehandlingstid fra 11 uger i Socialtilsyn Nord og Socialtilsyn Syd til 22 uger i Socialtilsyn Hovedstaden, jf. tabel 4.

¹³ Årsrapport fra Socialtilsyn Midt 2021

Tabel 4: Gennemsnitlige sagsbehandlingstider i de fem socialtilsyn, 2022 (antal uger)

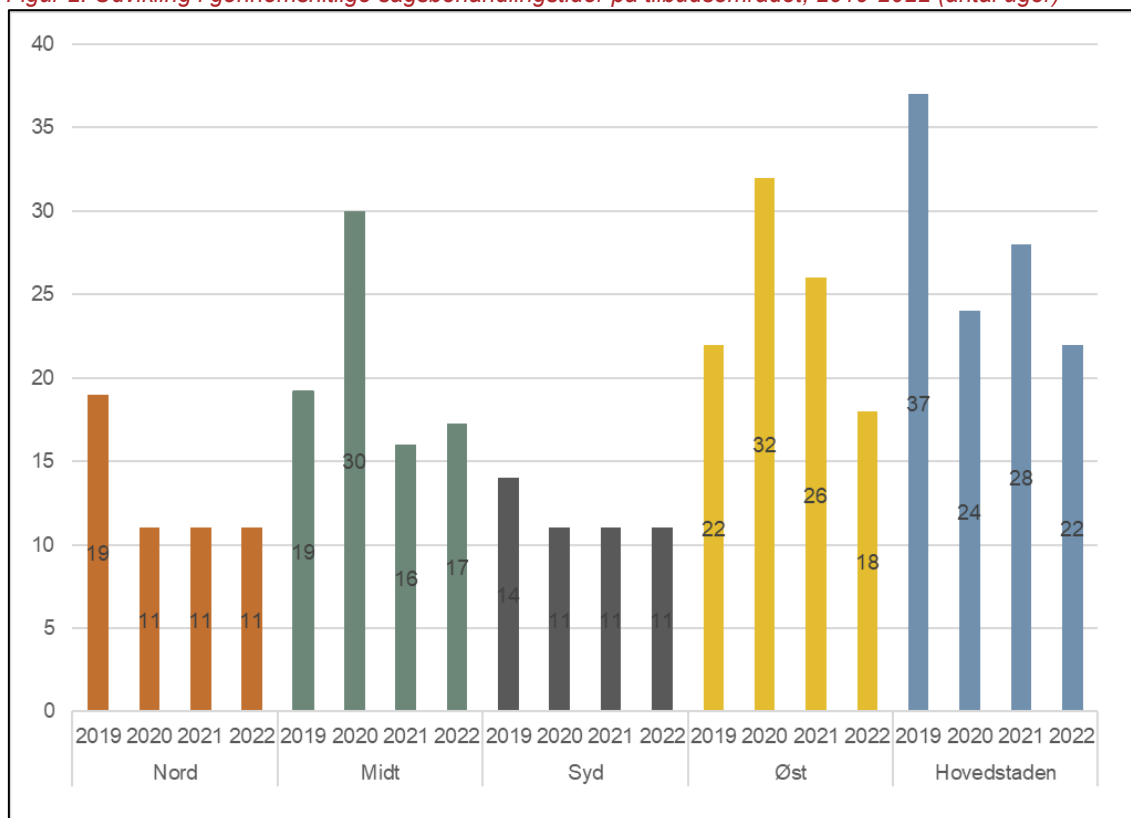
	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden
Tilbud	11	17	11	18	22

Anm.: I henhold til almindelig forvaltningskik regnes sagsbehandlingstiden fra det tidspunkt, ansøgningen fra et tilbud eller en plejefamilie modtages, til afgørelsen fra socialtilsynene om hvorvidt det pågældende tilbud eller plejefamilie kan godkendes. Herunder kan eksempelvis indgå perioder, hvor socialtilsynene afventer nødvendige oplysninger fra det tilbud eller plejefamilien, eller perioder, hvor en kommende plejefamilie selv har udskudt deltagelse i det lovpligtige kursus for plejefamilier, hvilket er en forudsætning for en eventuel godkendelse.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Udover at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er forskellig på tværs af de fem socialtilsyn, er udviklingen i gennemsnitlig sagsbehandlingstid ligeledes forskellig, særligt på tilbudsområdet. Socialtilsyn Nord og Socialtilsyn Syd har de korteste sagsbehandlingstider på tilbudsområdet, og udviklingen over tid ser relativt stabil ud. Også Socialtilsyn Øst og Socialtilsyn Hovedstaden, der har de længste gennemsnitlige sagsbehandlingstider, har nærmet sig hinanden over tid, jf. figur 2.

Figur 2: Udvikling i gennemsnitlige sagsbehandlingstider på tilbudsområdet, 2019-2022 (antal uger)



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Plejefamilier

Socialtilsynenes plejefamilieportefølje

Ved udgangen af 2022 førte socialtilsynene tilsyn med 5.337 plejefamilier i alt. Sammenlignet på tværs har Socialtilsyn Syd flest plejefamilier (1.458 plejefamilier) mens Socialtilsyn Hovedstaden har færrest plejefamilier (727 plejefamilier), jf. tabel 5.

Tabel 5: Antal aktive plejefamilier fordelt på socialtilsynene pr. 31.12.2022

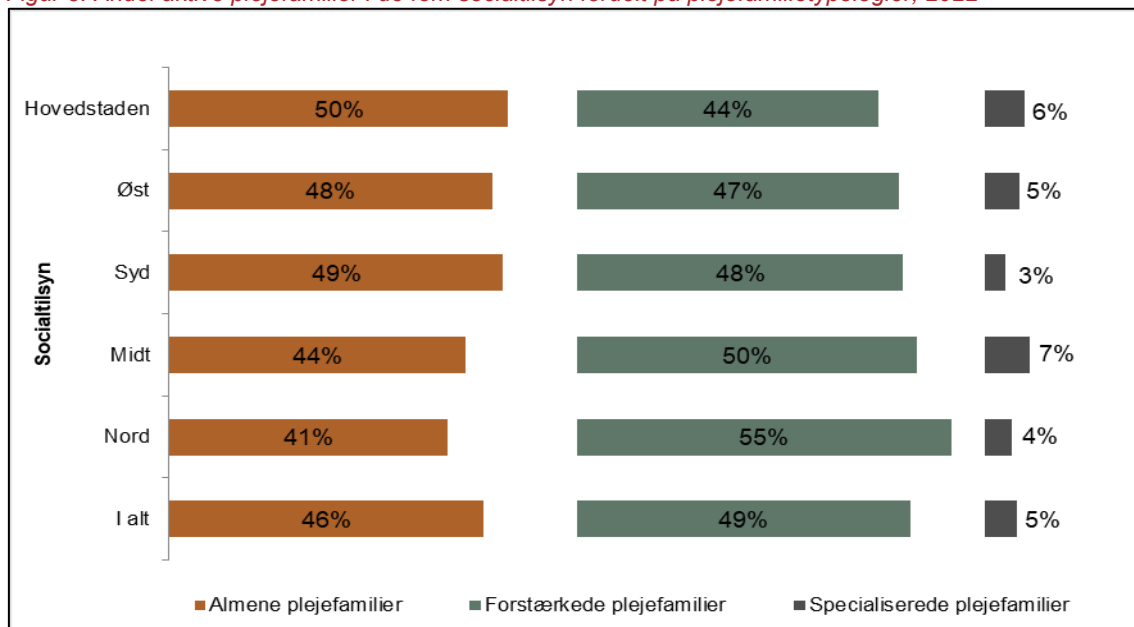
	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Antal plejefamilier i alt	889	1.221	1.458	1.042	727	5.337

Kilde: Tilbudsportalen 31.12.2022

Plejefamilierne er kategoriseret i tre plejefamilietyper: Almene plejefamilier, forstærkede plejefamilier og specialiserede plejefamilier. Kategoriseringen af plejefamilier har til hensigt at sikre plejefamilietyper, der matcher bredden i de behov, børn i plejefamilier har i dag. Plejefamilietyperne skal desuden understøtte, at de vilkår, kommunerne fastsætter for plejefamilien og den støtte, som plejefamilien får under anbringelsen, er differentieret og tilpasset den konkrete opgave, som plejefamilien skal løse.

Flest plejefamilier er godkendt som enten almen eller forstærket plejefamilie, jf. figur 3. Der er imidlertid en lille overvægt af forstærkede plejefamilier ved udgangen af 2022. I 2021 var der derimod en lille overvægt af almene plejefamilier.

Figur 3: Andel aktive plejefamilier i de fem socialtilsyn fordelt på plejefamilietypologier, 2022



Anm.: En plejefamilie godt kan have både en almen og en forstærket plads – en plejefamilie tælles altid efter den "højeste" typologi.

Kilde: Tilbudsportalen 31.12.2022.

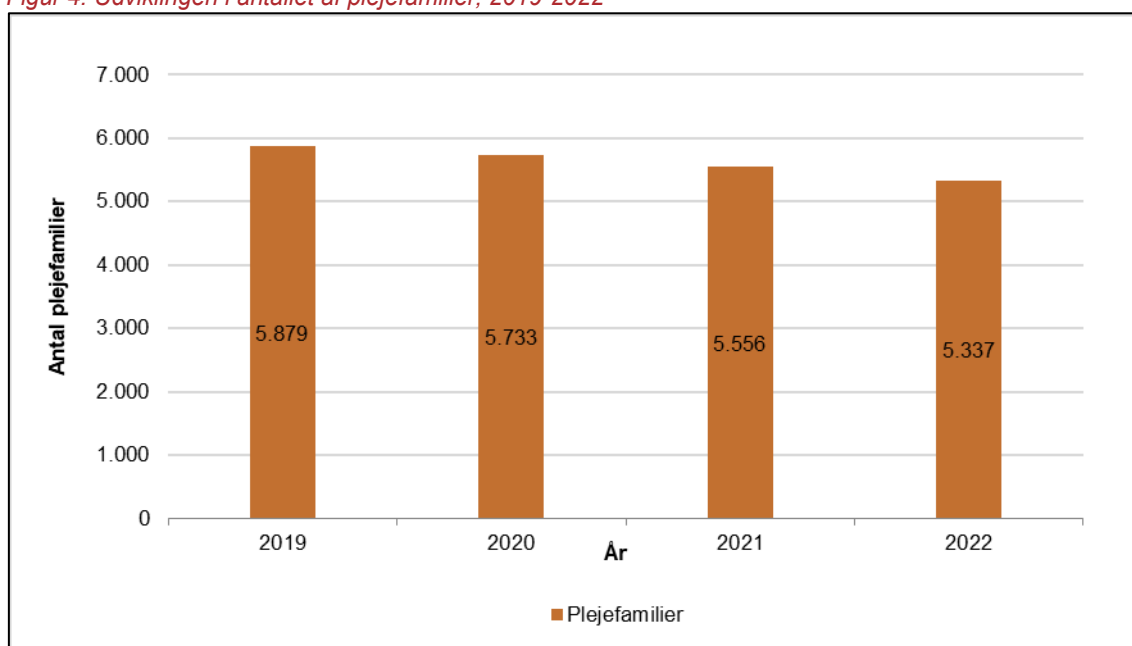
Socialtilsyn Hovedstaden skriver i deres årsrapport, at de almene plejefamilier oplever en manglende efterspørgsel fra kommunerne, der formentligt skyldes en tendens til øget

kompleksitet i problemstillinger og øget belastningsgrad hos de børn og unge, der visiteres til plejefamilieanbringelse¹⁴.

Fortsat fald i antallet af plejefamilier

Det samlede antal plejefamilier har været faldende i perioden 2019 - 2022, jf. figur 4. Fra 2019 til 2022 sker faldet i alle fem socialtilsyn. Fra 2021 til 2022 er det antallet af almene plejefamilier, der er faldet. Antallet af forstærkede og specialiserede plejefamilier er steget en smule siden 2021.

Figur 4: Udviklingen i antallet af plejefamilier, 2019-2022



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn for perioden 2019 til 2021. For 2022 er data fra Tilbudsportalen 31.12.2022

Socialtilsyn Hovedstaden skriver i deres årsrapport, at faldet i almene plejefamilier kan forklares med, at en stor del af de ældre plejefamilier, som har valgt at gå på pension inden for de senere år, var godkendt som almene plejefamilier. Derudover påpeger Socialtilsyn Hovedstaden yderligere i deres årsrapport, at de almene plejefamilier ofte oplever en manglende efterspørgsel, grundet kompleksiteten og den øgede belastningsgrad hos de børn og unge, der visiteres plejefamilieanbringelse¹⁵.

Fald i antal nygodkendte plejefamilier

Socialtilsynene har ansvaret for at behandle ansøgninger om godkendelse fra nye plejefamilier. Siden 1. juli 2019 har socialtilsynene godkendt nye plejefamilier efter et ens godkendelseskoncept. Godkendelseskonceptet understøtter vurderingen af væsentlige forhold i kvalitetsmodellen og beskriver procedurer for, hvordan ansøgere skal godkendes.

I 2022 blev der godkendt 268 nye plejefamilier, jf. tabel 6. På plejefamilieområdet er der variation i antallet af godkendte ansøgninger i socialtilsynene. Antallet af godkendte plejefamilier svinger fra 32 nye plejefamilier i Socialtilsyn Hovedstaden til 93 godkendelser i Socialtilsyn Syd, jf. tabel 6.

¹⁴ Årsrapport 2022 Socialtilsyn Hovedstaden

¹⁵ Årsrapport 2022 Socialtilsyn Hovedstaden

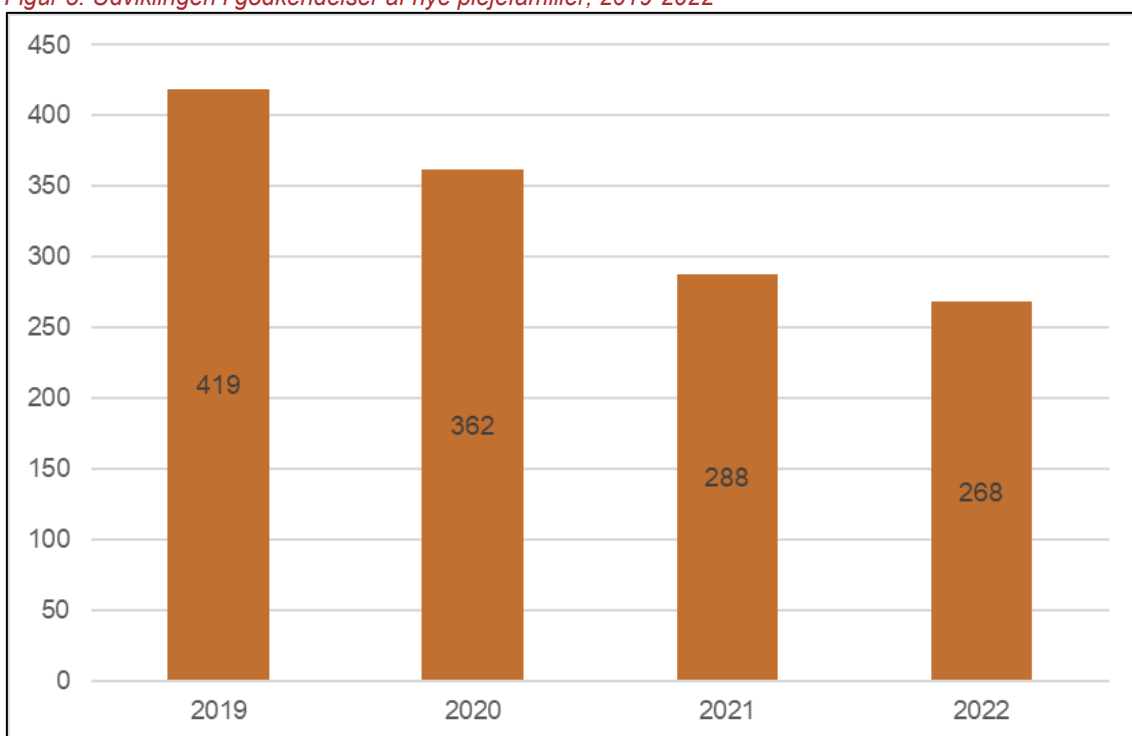
Tabel 6: Antallet af godkendelser fordelt på de fem socialtilsyn, 2022.

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Plejefamilier	48	65	93	30	32	268

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Antallet af godkendelser på plejefamilieområdet er i 2022 er faldet i forhold til niveauet i 2021. Tendensen ses ligeledes over den fire årige periode fra 2019-2022, hvor antallet af nygodkendte plejefamilier har været faldende i hele perioden, jf. figur 5.

Figur 5: Udviklingen i godkendelser af nye plejefamilier, 2019-2022



Kilde: De fem socialtilsyn

Fra 2021 til 2022 er der sket et fald på godt 6 pct. i antallet af godkendte plejefamilier. Faldet er sket i Socialtilsyn Øst og Socialtilsyn Hovedstaden, mens Socialtilsyn Nord, Socialtilsyn Syd og Socialtilsyn Midt har godkendt flere plejefamilier end sidste år. Socialtilsyn Hovedstaden skriver i deres årsrapport at faldet i nygodkendelser både kan skyldes et fald i ansøgninger, samt at flere familier trækker deres ansøgninger tilbage undervejs i godkendelsesprocessen.

Længere sagsbehandlingstid for godkendelse af nye plejefamilier i Socialtilsyn Midt

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for nye plejefamilier varierer fra 11 til 38 uger. Socialtilsyn Midt har den længste gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 38 uger for godkendelse, mens Socialtilsyn Syd har den korteste gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 11 uger, jf. tabel 7.

Tabel 7: Gennemsnitlige sagsbehandlingstider i de fem socialtilsyn, 2022 (antal uger)

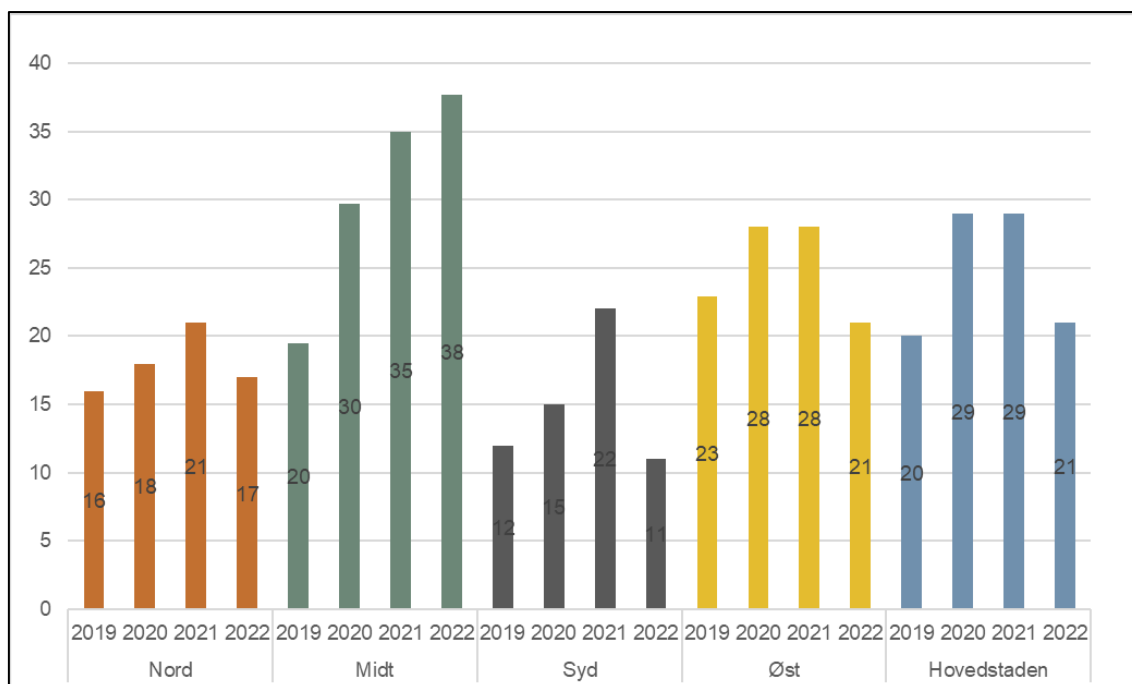
	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden
<i>Plejefamilier</i>	17	38	11	21	21

Anm.: I henhold til almindelig forvaltningskik regnes sagsbehandlingstiden fra det tidspunkt, ansøgningen fra et tilbud eller en plejefamilie modtages, til afgørelsen fra socialtilsynene om hvorvidt det pågældende tilbud eller plejefamilie kan godkendes. Herunder kan eksempelvis indgå perioder, hvor socialtilsynene afventer nødvendige oplysninger fra det tilbud eller plejefamilien, eller perioder, hvor en kommende plejefamilie selv har udskudt deltagelse i det lovpligtige kursus for plejefamilier, hvilket er en forudsætning for en eventuel godkendelse.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Udover at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er meget forskellig på tværs af de fem socialtilsyn, er udviklingen i den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ligeledes forskellig. På plejefamilieområdet ses der ved fire af socialtilsynene et fald i gennemsnitlig sagsbehandlingstid, mens sagsbehandlingstiden i Socialtilsyn Midt er steget jf. figur 6. Samtidig er sagsbehandlingstiden i Socialtilsyn Midt væsentlig længere end i de øvrige socialtilsyn.

Figur 6: Udvikling i gennemsnitlige sagsbehandlingstider for nye plejefamilier, 2019-2022 (antal uger)



Kilde: De fem socialtilsyn

Stigningen fra 2019 og frem til 2021 kan skyldes, at der 1. juli 2019 trådte et nyt godkendelseskoncept på plejefamilieområdet i kraft.¹⁶ En anden mulig årsag kan være COVID-19, der medførte aflysning af grundkurser som følge af restriktioner. Flere socialtilsyn har desuden påpeget, at et faldende antal ansøgere som plejefamilier har medført færre udbudte grundkurser, hvilket forlænger sagsbehandlingstiden. Fra 2021 til 2022 er den gennemsnitlige sagsbehandlingstid faldet i fire socialtilsyn, mens den er steget i Socialtilsyn Midt. Variationen kan indikere, at der fortsat er forskelle i socialtilsynenes måde at tilrettelægge godkendelsesprocessen på. Social- og Boligstyrelsen anbefaler at Socialtilsyn Midt søger

¹⁶ I spørgeskemaundersøgelsen er plejefamilier blevet spurgt til godkendelsesprocessen. Resultaterne viser, at socialtilsynene generelt følger grundkonceptet som beskrevet i bilag 3 til bekendtgørelsen til lov om socialtilsyn.

inspiration ved de øvrige socialtilsyn med henblik på at tilrettelægge en proces, der kan medføre faldende sagsbehandlingstider for nye plejefamilier.

2. Kontrol og udvikling af kvalitet

Socialtilsynenes opgave består i at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier for at sikre, at tilbuddene har den fornødne kvalitet, jf. §§ 5 og 7 i lov om socialtilsyn. I denne forbindelse skal socialtilsynene føre kontrol med forholdene. Samtidig skal socialtilsynene gennem dialog bidrage til udvikling af kvaliteten.¹⁷

I dette afsnit beskrives det, hvordan socialtilsynene anvender tilsynsbesøg ved godkendelse og i det driftsorienterede tilsyn med tilbud og plejefamilier, samt i hvilket omfang socialtilsynene anvender interview og observation i det driftsorienterede tilsyn. Det sidste afsnit omhandler balancen mellem kontrol og udvikling og herunder socialtilsynenes bidrag til kvalitetsudvikling.

Generelt set er det Social- og Boligstyrelsens vurdering, at der er forskellige systematikker i socialtilsynene, som gør at socialtilsynene ikke er ensartede.

- For det første konstaterer Social- og Boligstyrelsen, at der er forskellig praksis i anvendelsen af tilsynsbesøg i socialtilsynene, hvor særligt Socialtilsyn Syd gennemfører flere tilsynsbesøg pr. tilbud og plejefamilie, ligesom også Socialtilsyn Nord gennemfører flere tilsynsbesøg. Socialtilsyn Syd aflægger samtidig flere uanmeldte besøg end de øvrige socialtilsyn. Dette kan også have betydning for balancen mellem kontrol og udvikling, hvilket understøttes af, at andelen af tilbud og plejefamilier, der havde en oplevelse af, at seneste besøg hovedsageligt havde fokus på kontrol, er større i Socialtilsyn Syd end i de andre fire socialtilsyn.
- For det andet er det forskelligt, hvem socialtilsynene interviewer og observerer, særligt på plejefamilieområdet. Her har Socialtilsyn Nord i højere grad end de andre socialtilsyn interviewet 'andre fagpersoner'¹⁸, mens Socialtilsyn Syd meget sjældent interviewer familieplejekonsulenter eller sagsbehandlere.
- For det tredje oplever særligt tilbud, at Socialtilsyn Syd i lavere grad end de øvrige socialtilsyn bidrager til udvikling af kvalitet.

Samtidig er det Social- og Boligstyrelsens vurdering, at niveauet for indhentning af oplysninger fra borgere er tilfredsstillende.

Social- og Boligstyrelsen kan endvidere konkludere, at tilbud og plejefamilier i højere grad oplever, at socialtilsynene kontrollerer kvaliteten, end de bidrager til udvikling af kvaliteten. Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at alle fem socialtilsyn i højere grad kan bidrage til udvikling af kvaliteten i tilbud og plejefamilier.

I de efterfølgende afsnit uddybes ovenstående resultater.

¹⁷ Jf. bemærkninger til lov om socialtilsyn, lovforslag L8 af 5. oktober 2016.

¹⁸ Socialtilsynene registrerer interviews i følgende kategorier i forbindelse med plejefamilier: Plejebørn, plejeforældre, egne børn, familieplejekonsulent, sagsbehandler, biologiske forældre, andre fagpersoner, andre pårørende og øvrige interviewkilder.

Tilsynsbesøg

Socialtilsynene skal ifølge lov om socialtilsyn § 7, stk. 4 aflægge besøg ved tilbud og plejefamilier mindst én gang om året. I varetagelsen af tilsynsopgaven kan tilsynsbesøget afvikles som anmeldt eller uanmeldt, jf. § 7, stk. 3. På tilbud med flere afdelinger, skal socialtilsynet besøge alle afdelinger, jf. bekendtgørelse om socialtilsyn § 6.

Socialtilsynene skal føre et risikobaseret tilsyn med tilbud og plejefamilier. Formålet er at differentiere tilsynsindsatsen og målrette indsatsen mod de tilbud, hvor der kan være problemer med kvaliteten. Tilsynsintensiteten kan bl.a. differentieres ved hyppigheden af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. Tilsynsintensiteten bør i udgangspunktet således ikke være en standardiseret aktivitet. Hyppigheden samt anvendelsen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg skal derfor anvendes ud fra en risikovurdering af det enkelte tilbud.¹⁹

Positiv udvikling i brugen af uanmeldte tilsynsbesøg i fire socialtilsyn

Socialtilsynene er ifølge lov om socialtilsyn § 7, stk. 3, nr. 1 forpligtigede til at aflægge både anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg som en del af det risikobaserede tilsyn. Valget mellem anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg beror således på en konkret risikovurdering og bør ikke være en standardiseret aktivitet. I vurderingen af om et tilsynsbesøg skal gennemføres anmeldt eller uanmeldt, skal der eksempelvis overvejes fordele og ulemper ved fremgangsmåden. En fordel ved uanmeldte besøg er, at socialtilsynene kan opnå bedre indblik i dagligdagen og den umiddelbare omgang med plejebørnene og borgerne. En ulempe ved uanmeldte tilsynsbesøg er fx, at det kan være uhensigtsmæssigt at henvende sig til borgere på tilbud, som har et særligt behov for stabilitet og forudsigelighed uden forudgående at give tilbuddet lejlighed til at forberede borgerne.

Social- og Boligstyrelsen har i tidligere årsrapporter om socialtilsynenes virksomhed observeret væsentlige variationer på tværs af socialtilsynene i deres anvendelse af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg, både blandt tilbud og plejefamilier. Der er fortsat forskelle på tværs af socialtilsynenes i deres anvendelse af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. I 2022 – men også set over perioden 2019 til 2022 – har Socialtilsyn Syd en højere frekvens af uanmeldte tilsynsbesøg end de øvrige socialtilsyn på både tilbuds- og plejefamilieområdet, jf. bilag 2. Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at Socialtilsyn Syd har en anden praksis med væsentlig større brug af uanmeldte tilsynsbesøg end de øvrige Socialtilsyn.

Set i forhold til perioden 2019 til 2022 nærmer Socialtilsyn Nord, Midt, Øst og Hovedstaden sig imidlertid en større ensartethed ift. andelen af uanmeldte tilsynsbesøg på både tilbuds- og plejefamilieområdet, hvilket Social- og Boligstyrelsen ser som en positiv udvikling.

Socialtilsyn Syd og Socialtilsyn Nord aflægger flere tilsynsbesøg både i tilbud og i plejefamilier

I årsrapporten vedr. socialtilsynenes virksomhed i 2021 kunne Social- og Boligstyrelsen konstatere, at der var store forskelle i socialtilsynenes besøgsaktivitet. I 2022 kan der fortsat observeres væsentlige forskelle på tværs af socialtilsynene på både tilbuds- og plejefamilieområdet.

¹⁹ I samarbejde med socialtilsynene har Social- og Boligstyrelsen i 2023 udviklet et redskab til risikokategorisering, som understøtter den tilsynsfaglige vurdering af den aktuelle risikovurdering. Redskabet kan findes i Håndbog for socialtilsyn på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside.

Socialtilsyn Syd aflægger flere tilsynsbesøg end de øvrige socialtilsyn, også selvom der tages højde for, at tilbud med flere afdelinger modtager flere tilsynsbesøg. Gennemsnitligt har hvert tilbud underlagt Socialtilsyn Syd modtaget 3,6 tilsynsbesøg i 2022 (eller 1,9 tilsynsbesøg pr. afdeling pr. tilbud), mens eksempelvis tilbud underlagt Socialtilsyn Øst og Hovedstaden gennemsnitligt har modtaget 2,1 tilsynsbesøg pr. tilbud i 2022 (svarende til 1,1 tilsynsbesøg pr. afdeling pr. tilbud). Socialtilsyn Nord har også gennemført flere tilsynsbesøg pr. tilbud end landsgennemsnittet. Socialtilsyn Nord har gennemsnitligt aflagt 2,7 besøg pr. tilbud (svarende til 1,5 besøg pr. afdeling pr. tilbud).

Tabel 8: Antal tilsynsbesøg i tilbud ifm. driftsorienteret tilsyn og godkendelser fordelt på de fem socialtilsyn, 2022

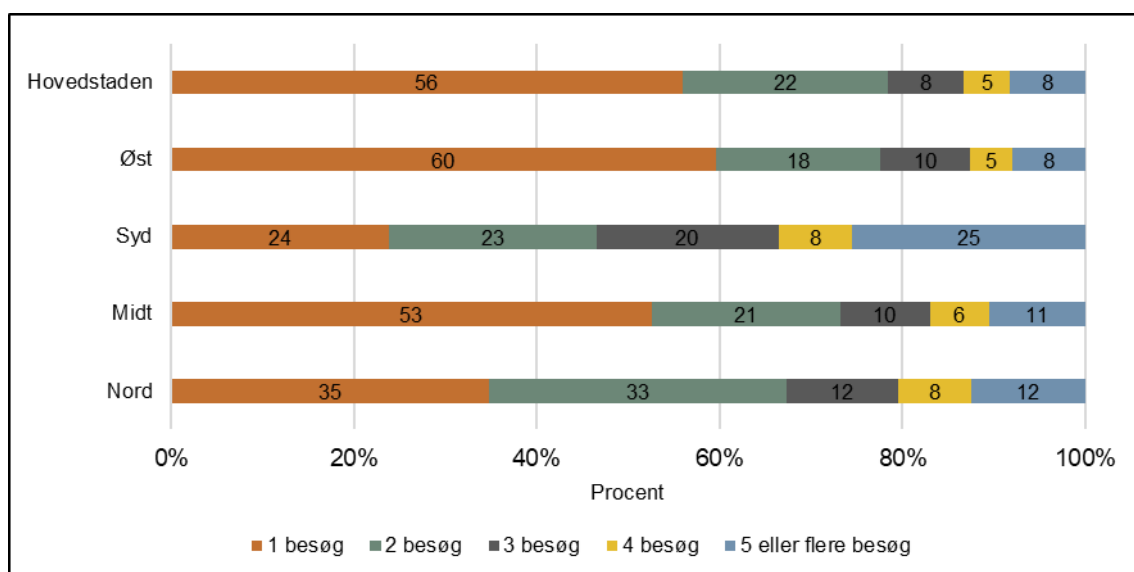
	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Antal tilsynsbesøg	736	935	1.594	807	1.113	4.870
Antal tilsynsbesøg pr. aktive tilbud	2,7	2,2	3,6	2,1	2,1	2,3
Antal tilsynsbesøg pr. afdeling pr. aktive tilbud	1,5	1,1	1,9	1,1	1,1	1,3

Anm.: Antallet af tilsynsbesøg omfatter alle tilsynsbesøg, som socialtilsynene har gennemført i 2022. I opgørelsen af antal tilsynsbesøg pr. aktive tilbud og pr. afdeling pr. tilbud indgår kun de tilbud, der var aktive ifølge Tilbudsportalen pr. 31.12.2022. Ligeledes indgår kun tilsynsbesøg, der er gennemført på disse tilbud. Det bør desuden bemærkes, at socialtilsynene kun kan registrere besøg på en afdeling, såfremt tilbuddet har organiseret sig i afdelinger på Tilbudsportalen. Socialtilsynene kan således have besøgt alle afdelinger på et tilbud uden at registrere besøgene, fordi tilbuddet ikke er inddelt i afdelinger på Tilbudsportalen.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022.

Når der ses på, hvor stor en andel af socialtilsynenes opgaveportefølje af tilbud, der modtager ét tilsynsbesøg eller flere tilsynsbesøg, tydeliggøres ovenstående variation, jf. figur 7. I 2022 har Socialtilsyn Øst har aflagt ét tilsynsbesøg hos 60 pct. af tilbuddene, mens Socialtilsyn Hovedstaden har aflagt ét besøg hos 56 pct. tilbuddene og Socialtilsyn Midt har aflagt ét besøg hos 53 pct. af tilbuddene. Socialtilsyn Nord og Socialtilsyn Syd har derimod aflagt flere tilsynsbesøg i tilbuddene. Andelen af tilbud, hvor Socialtilsyn Nord og Socialtilsyn Syd har aflagt to tilsynsbesøg, er omtrent lige så stor, som andelen, hvor de har aflagt ét besøg. Endvidere har Socialtilsyn Syd aflagt fem eller flere besøg i 25 pct. af tilbuddene. Dette kan indikere, at Socialtilsyn Nord og Socialtilsyn Syd har en anden praksis for hyppigheden af tilsynsbesøg.

Figur 7: Fordeling af tilbud i forhold til hvor mange tilsynsbesøg, de har modtaget i 2022 (opgjort i procent af tilsynenes opgaveportefølje af tilbud)



Anm.: Omfatter kun tilbud, der var aktive ifølge Tilbudsportalen pr. 31.12.2022.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022.

På plejefamilieområdet har Socialtilsyn Syd ligeledes aflagt flere tilsynsbesøg pr. plejefamilie end de øvrige socialtilsyn. Socialtilsyn Syd har gennemsnitligt aflagt 1,8 tilsynsbesøg pr. plejefamilie, mens Socialtilsyn Nord i gennemsnit har aflagt 1,4 tilsynsbesøg. De øvrige socialtilsyn har aflagt gennemsnitligt 1,1 besøg pr. plejefamilie i 2022, jf. tabel 9.

Tabel 9: Antal tilsynsbesøg i plejefamilier ifm. driftsorienteret tilsyn og godkendelser fordelt på de fem socialtilsyn, 2022

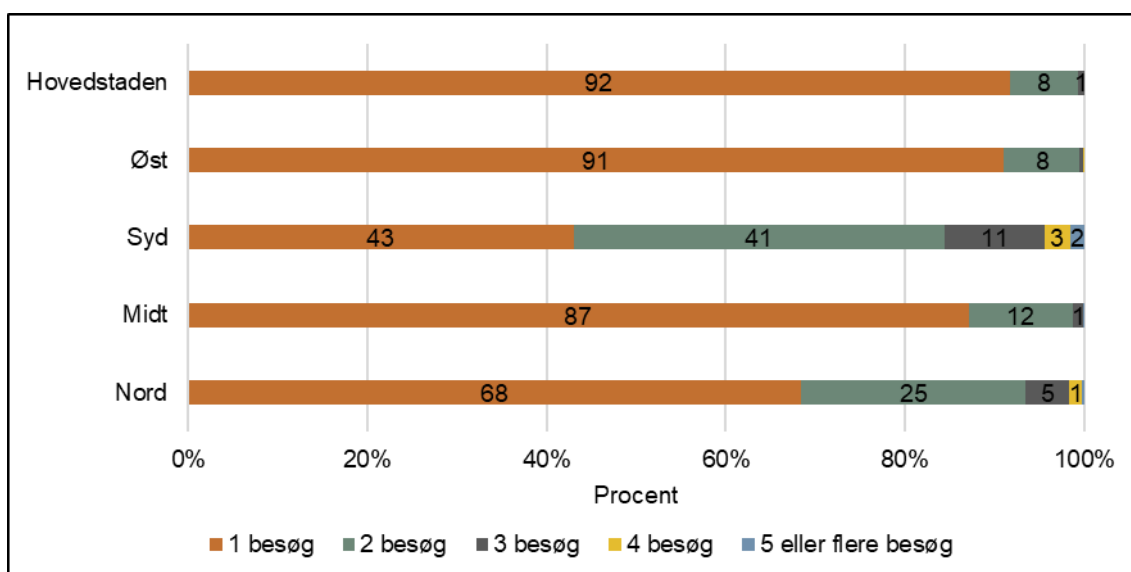
	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Antal tilsynsbesøg	1.304	1.503	2.754	1.222	903	7.686
Antal tilsynsbesøg pr. aktive plejefamilie	1,4	1,1	1,8	1,1	1,1	1,3

Anm.: Antallet af tilsynsbesøg omfatter alle tilsynsbesøg, som socialtilsynene har gennemført i 2022. I opgørelsen af antal tilsynsbesøg pr. aktive plejefamilie indgår kun de plejefamilier, der var aktive ifølge Tilbudsportalen pr. 31.12.2022. Ligeledes indgår kun tilsynsbesøg, der er gennemført i disse plejefamilier.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt data fra Tilbudsportalen 31.12.2022.

Når der ses på, hvor stor en andel af socialtilsynenes opgaveportefølje af plejefamilier, der modtager ét tilsynsbesøg eller flere tilsynsbesøg adskiller Socialtilsyn Syd sig igen særligt fra de øvrige socialtilsyn, jf. figur 8. Socialtilsyn Syd har aflagt to besøg eller mere i 57 pct. af plejefamilierne, mens dette ligger på mellem 8 og 31 pct. i de andre socialtilsyn. Omvendt har Socialtilsyn Syd aflagt ét tilsynsbesøg 2022 i 43 pct. af plejefamilier, mens Socialtilsyn Midt, Øst og Hovedstaden har aflagt ét tilsynsbesøg i langt de fleste plejefamilier (mellem 87 pct. og 92 pct.). Socialtilsyn Nord har aflagt ét tilsynsbesøg i 68 pct. af plejefamilierne. Ligesom på tilbudsområdet indikerer resultaterne, at Socialtilsyn Syd har en anden praksis for hyppigheden af tilsynsbesøg.

Figur 8: Fordeling af plejefamilier i forhold til hvor mange tilsynsbesøg, de har modtaget i 2022 (opgjort i procent af tilsynenes opgaveportefølje af plejefamilier)



Anm: Omfatter kun plejefamilier, der var aktive ifølge Tilbudsportalen pr. 31.12.2022.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt data fra Tilbudsportalen 31.12.2022.

Flere tilsynsbesøg kan give mulighed for at se tilbud og plejefamilier i forskellige situationer, men det betyder ikke nødvendigvis, at besøgene tilsammen indeholder mere kvalitet. Øvrige faktorer, som fx varigheden og indholdet af tilsynsbesøg, gennemsigtighed over for tilbud og plejefamilier om tilsynsbesøgenes formål samt niveau for afrapportering af tilsynsbesøg, kan også have indflydelse på kvaliteten. Derudover kan variation i tilsynsmetoder og triangulering også have betydning for kvaliteten af tilsynsbesøget.

Forskellig anvendelse af tilsynsbesøg på tværs af socialtilsynene

På baggrund af ovenstående resultater er det Social- og Boligstyrelsens vurdering, at der ikke er en ensartet praksis for brug af tilsynsbesøg på tværs af de fem socialtilsyn. Vurderingen er baseret på, at der generelt er væsentlige variationer i fordelingen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg, både på tilbudsområdet og på plejefamilieområdet. Der er ligeledes variationer i, hvor mange tilsynsbesøg socialtilsynene gennemfører pr. tilbud og pr. plejefamilie. Dette betyder, at tilbud og plejefamilier i nogle socialtilsyn hyppigere får besøg af socialtilsynet end i andre socialtilsyn. Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at særligt Socialtilsyn Syd har en anden praksis for brug af tilsynsbesøg. Dette kan enten skyldes forskellige tilgange til risikovurderinger og afledt tilsynsintensitet tilsynene imellem, eller det kan skyldes forskellige driftsmodeller, som i nogle tilsyn standardiserer planlægning og gennemførelse af tilsynsbesøg mere end i andre. Dette forhold kræver dog nærmere undersøgelse og dialog mellem socialtilsynene og Social- og Boligstyrelsen.

Brug af interviews som tilsynsmetode

Af lov om socialtilsyn fremgår det, at socialtilsynene ved varetagelsen af tilsynsopgaven bl.a. skal indhente oplysninger fra borgere, ansatte og andre relevante personer, jf. § 7, stk. 3, nr. 6. Dette afspejler en antagelse om, at borgere og ansatte i tilbud er de nærmeste til at have viden om kvaliteten i tilbuddet. Andre relevante personer kan eksempelvis være pårørende, netværk, børn og unges skole eller dagtilbud mv., som således kan være vigtige kilder til at inddrage perspektiver på og afdække kvaliteten i et tilbud.

En metode til at indhente oplysninger fra borgere og andre relevante personer er gennem interview. Ved at gennemføre interviews med forskellige relevante kilder, giver det socialtilsynet mulighed for at belyse kvaliteten af et tilbud eller en plejefamilie fra flere vinkler, samt at sammenholde oplysninger på tværs, hvilket styrker validiteten.

I dette afsnit belyses socialtilsynenes brug af forskellige interviewkilder.

Det skal bemærkes, at der kan være forskellig registreringspraksis af interviews samt forskellig forståelse af, hvad der opfattes som et gennemført interview, eftersom der ikke foreligger en fælles definition. Det er Social- og Boligstyrelsens forståelse, at der er væsentlige forskelle som bevirker, at antal registrerede interviews ikke umiddelbart kan sammenlignes på tværs af socialtilsynene. Dette forhold kræver dog nærmere undersøgelse og dialog mellem socialtilsynene og Social- og Boligstyrelsen.

På grund af forskellene i registreringspraksis opgøres registrerede interviews kun som procentvise fordelinger og skal læses med et metodisk forbehold.

Socialtilsynene interviewer i høj grad borgere i tilbud

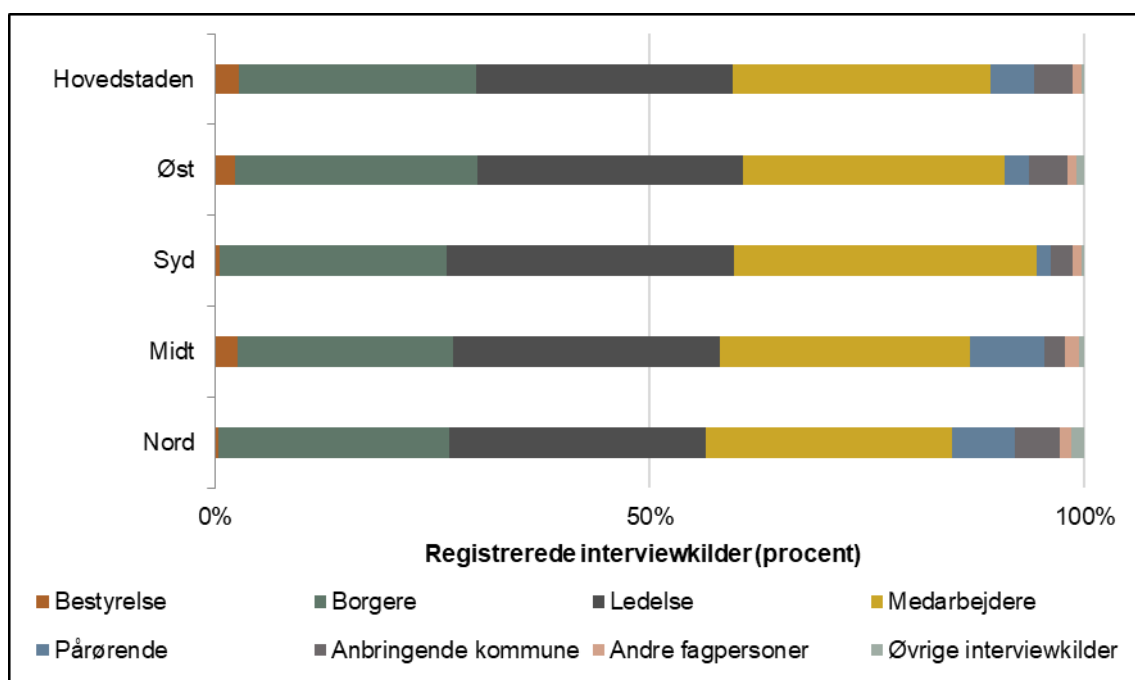
Figur 9 viser fordelingen af interviewkilder²⁰ pr. socialtilsyn opgjort i procent for tilbud, mens figur 10 viser tilsvarende fordeling for plejefamilier. Opgørelserne vedrører kun aktiviteter i relation til det driftsorienterede tilsyn og ikke godkendelser. De procentvise fordelinger er angivet i tabelformat i bilag 2.

Der er interviewkilder, som socialtilsynene anvender i højere grad end andre. På tilbudsområdet er det særligt borgere, ledelse og medarbejdere, der interviewes i forbindelse med tilsyn. Social- og Boligstyrelsen finder det positivt, at der i høj grad indhentes oplysninger fra borgere, når der foretages tilsyn (svarende til mellem 25 og 28 pct. af registrerede interviewkilder i socialtilsynene).

På plejefamilieområdet udgør plejeforældre den største andel af registrerede interviewkilder, efterfulgt af plejebørn.

²⁰ Interviewkilder er en betegnelse i Socialtilsynenes ESDH-system, der angiver kilden for interviewet.

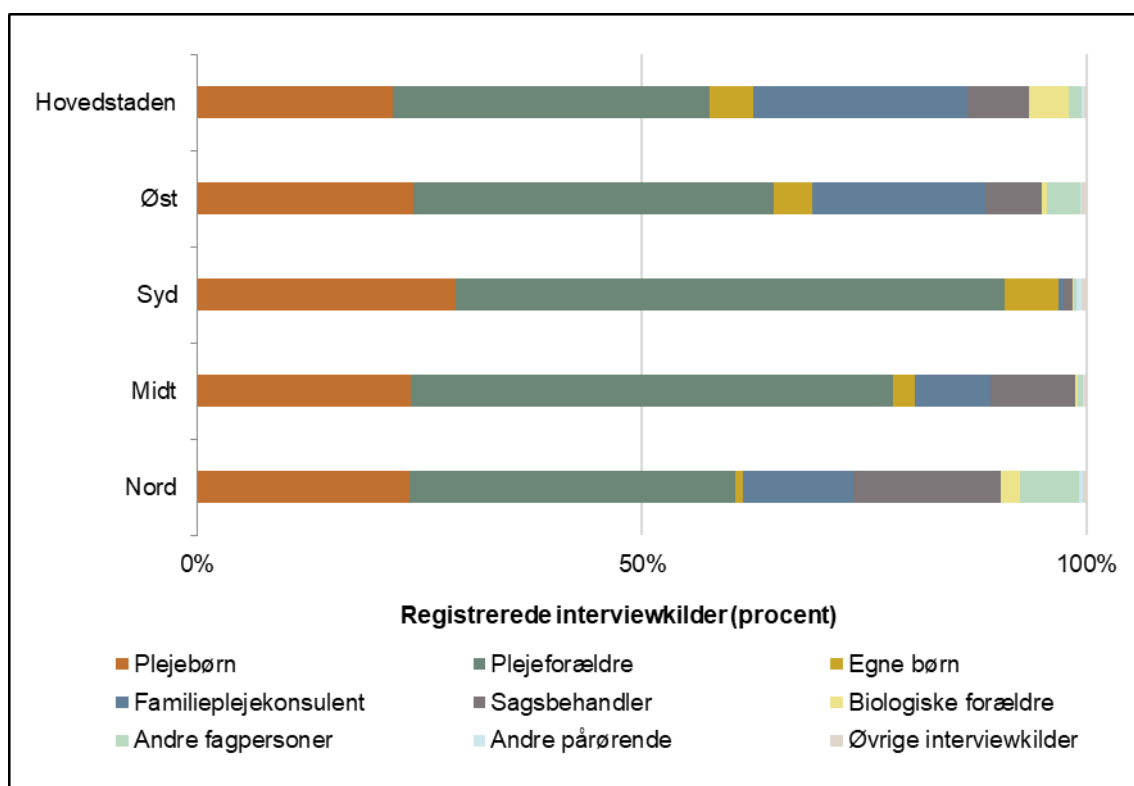
Figur 9: Fordeling af interviewkilder på tilbudsområdet for de fem socialtilsyn. Angivet som procent af samlet registrerede kilder interviewkilder, 2022.



Anm.: Nygodkendte tilbud i 2022 og interviews foretaget hos disse er ikke inkluderet. Samme kildetype kan kun registreres en gang pr. sagsforløb.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022

Figur 10: Fordeling af interviewkilder på plejefamilieområdet for de fem socialtilsyn. Angivet som procent af samlet registrerede kilder, 2022



Anm.: Nygodkendte plejefamilier i 2022 og interviews foretaget hos disse er ikke inkluderet. Samme kildetype kan kun registreres en gang pr. sagsforløb.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022

Socialtilsynene kan i højere grad interviewe pårørende, anbringende kommune samt plejefamiliers egne børn

På tilbudsområdet er niveauet for registrerede interviews med pårørende, anbringende kommune, bestyrelse, andre fagpersoner eller øvrige kilder generelt lavt.

På plejefamilieområdet er niveauet for registrerede interviews med bl.a. plejebørnenes biologiske forældre, andre pårørende eller plejefamiliernes egne børn generelt lavt.

Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at særligt pårørende og anbringende kommune i højere grad bør være relevante at interviewe – både for at inddrage andre perspektiver på kvaliteten, men også med henblik på en triangulering, som kan bidrage til at styrke kvaliteten af tilsynet med tilbud og plejefamilier. Social- og Boligstyrelsen opfordrer socialtilsynene til at have en opmærksomhed på at interviewe pårørende, anbringende kommune og plejefamiliers egne børn, når det kan være relevant.

Forskellige systematikker til indhentning af oplysninger fra andre relevante personer – særligt på plejefamilieområdet

På trods af forskelle i registreringspraksis, er det Social- og Boligstyrelsens vurdering, at resultaterne indikerer, at socialtilsynene har forskellige systematikker i forhold til at indhente oplysninger fra andre relevante personer – særligt på plejefamilieområdet. Af figur 10 ses eksempelvis, at i Socialtilsyn Nord udgør andre fagpersoner en større andel af de samlede registrerede interviewkilder end i de øvrige socialtilsyn (7 pct. af alle interviewkilder er registreret

som *andre fagpersoner*), mens Socialtilsyn Syd meget sjældent indhenter oplysninger fra familieplejekonsulenter eller sagsbehandlere (hhv. 0,6 pct. og 1,0. pct. af alle registrerede interviewkilder i Socialtilsyn Syd).

Brug af observation som tilsynsmetode

En anden vigtig metode til afdækning af kvalitet i tilbud og plejefamilier er observation. I det driftsorienterede tilsyn kan socialtilsynene anvende observationer til at supplere de øvrige kilder til viden. Observationer kan også bekræfte, hvorvidt oplysninger givet om tilbuddet ses afspejlet i praksis.

Ligesom for registrering af interviews, gælder det for observationer, at der kan være forskellig registreringspraksis og forskellig forståelse for, hvad der opfattes som en observation, der skal registreres. Når socialtilsynene registrerer, at der er foretaget observationer som led i et tilsyn, er det ikke klart, om socialtilsynene internt og på tværs har samme forståelse af, hvornår der er tale om observation. Dette kan bl.a. skyldes, at der ikke er retningslinjer eller aftaler om, hvad der definerer en observation.

På grund af forskellene i registreringspraksis opgøres registrerede observationer kun som procentvise fordelinger og skal læses med et metodisk forbehold.

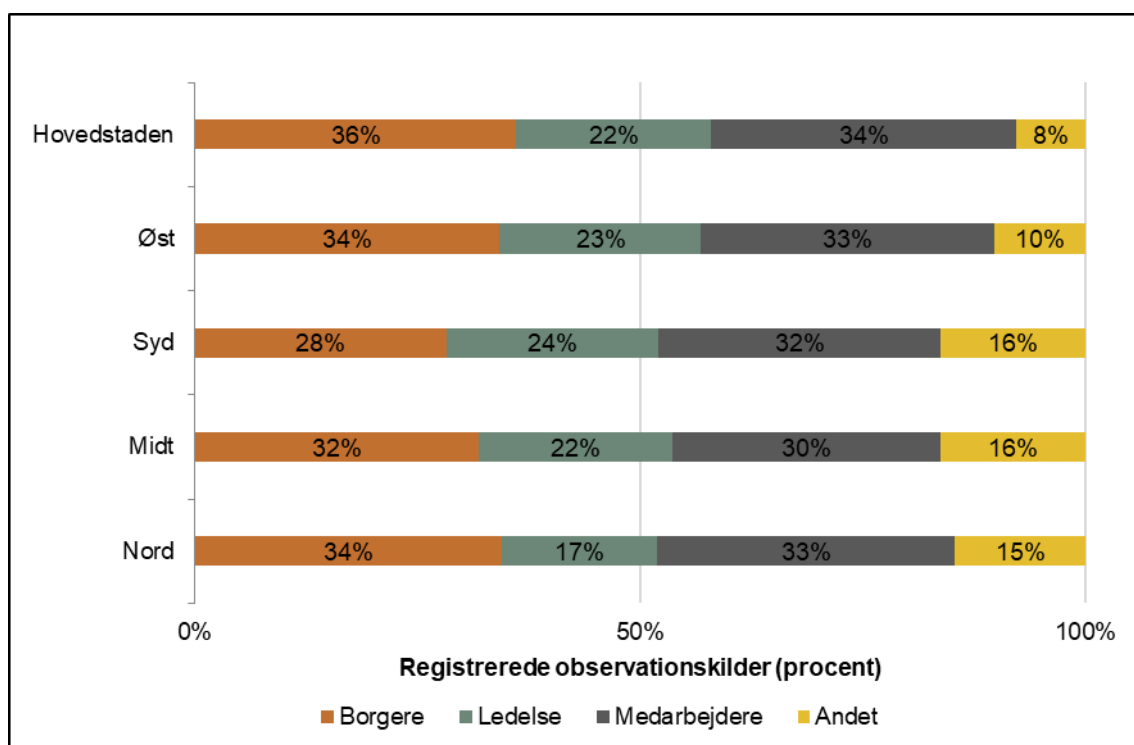
På tilbud observerer socialtilsynene hyppigst borgere og medarbejdere

Borgere og medarbejdere på tilbud er de hyppigst registrerede observationskilder²¹ i alle socialtilsyn, jf. figur. 11. Observation af borgere varierer mellem 28 pct. og 36 pct. af alle registrerede observationskilder i socialtilsynene, mens observation af medarbejdere varierer mellem 30 pct. og 34 pct. af alle registrerede observationer.

Socialtilsyn Hovedstaden er det socialtilsyn, hvor andelen af observationskilder registreret som "andet" er mindst. I Socialtilsyn Hovedstaden er 8 pct. af registrerede observationskilder angivet som andet, mens tilsvarende andel i de øvrige socialtilsyn varierer fra 10 pct. i Socialtilsyn Øst til 16. pct. i Socialtilsyn Midt og Syd. Observation af andet end borgere, ledelse og medarbejdere kan eksempelvis omfatte hvorvidt fysiske rammer er indrettet i overensstemmelse med en konfliktnedtrappende tilgang, hvis dette er en prioriteret tilgang i tilbuddet, eller om det er tydeligt i et tilbud, at de arbejder med tegn til tale, hvis dette er en prioritering i tilbuddet.

²¹ Observationskilde er en betegnelse i socialtilsynenes ESDH-system, der angiver kilden for observation.

Figur 11: Fordeling af observationskilder på tilbudsområdet for de fem socialtilsyn. Angivet som procent af samlet registrerede kilder, 2022.



Anm.: Nygodkendte plejefamilier i 2022 og observationer foretaget hos disse er ikke inkluderet.

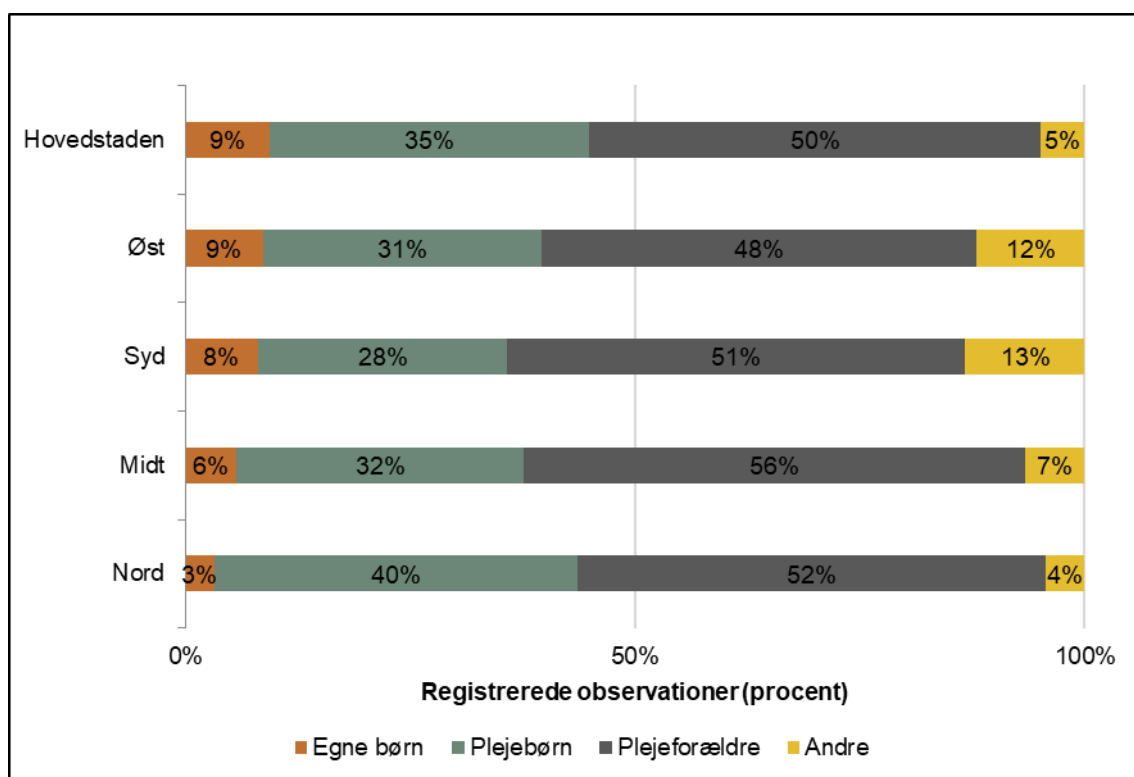
Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022

I plejefamilier observerer socialtilsynene oftest plejeforældre, mens der er indikationer på forskellig praksis af observation af plejefamiliens egne børn

Mellem 48 pct. og 56 pct. af de registrerede observationskilder i socialtilsynene er plejeforældre, jf. figur 12. Socialtilsynene anvender således oftest observation i relation til plejeforældre. Dette efterfølges af plejebørn, hvor mellem 28 pct. og 40 pct. af registrerede observationskilder er plejebørn.

Der ses en tendens til at Socialtilsyn Hovedstaden, Øst og Syd oftere anvender observation af plejefamiliens egne børn. I Socialtilsyn Hovedstaden er 9 pct. af alle registrerede observationskilder egne børn, mens tilsvarende andel i Socialtilsyn Nord er 3 pct. I afsnittet ovenfor vedr. interviews viste resultaterne ligeledes, at 1 pct. af registrerede interviewkilder i Socialtilsyn Nord er plejefamiliens egne børn. Det indikerer, at Socialtilsyn Nord's inddragelse af plejefamiliens egne børn udgør en mindre andel af Socialtilsyn Nord's samlede kildegrundlag end de øvrige socialtilsyn.

Figur 12: Fordeling af observationskilder på plejefamilieområdet for de fem socialtilsyn. Angivet som procent af samlet registrerede kilder, 2022.



Anm.: Nygodkendte plejefamilier i 2022 og observationer foretaget hos disse er ikke inkluderet.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt Tilbudsportalen 31.12.2022

Balance mellem kontrol og udvikling

Socialtilsynene skal som led i det driftsorienterede tilsyn både føre kontrol med forholdene i tilbuddet og indgå i dialog med tilbuddet, som skal bidrage til at fastholde og udvikle kvaliteten af tilbuddet.²²

Social- og Boligstyrelsen har sendt spørgeskemaer til tilbud, plejefamilier og tilsynskonsulenter i de fem socialtilsyn, bl.a. for at belyse socialtilsynenes rolle med at føre kontrol og bidrage til udvikling af kvaliteten.

Tilbud og plejefamilier oplever i høj grad, at socialtilsynene kontrollerer kvaliteten

89 pct. af tilbuddene og 86 pct. af plejefamilierne vurderer, at alle fem socialtilsyn i "høj" eller "meget høj grad" kontrollerer kvaliteten af tilbud, jf. figur 13.

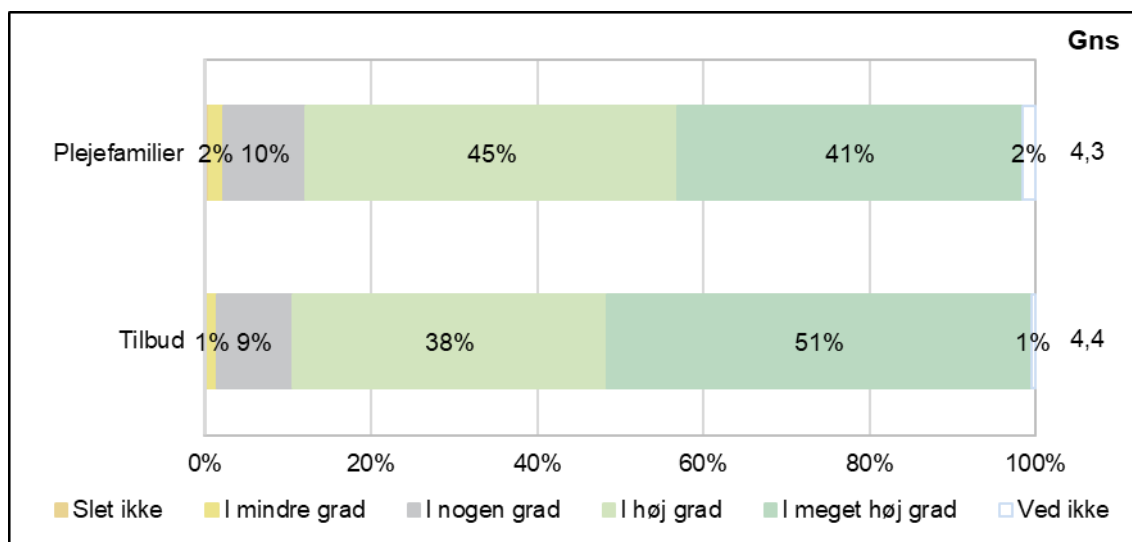
På tilbudsområdet er det mellem 85 pct. i Socialtilsyn Nord til 91 pct. i Socialtilsyn Midt, der vurderer, at socialtilsynene i "høj" eller "meget høj grad" kontrollerer kvaliteten. Vurderingerne er således relativt ensartet på tværs af socialtilsynene.

På plejefamilieområdet er resultatet ligeledes relativt ensartet på tværs, med variationer fra 84 pct. af plejefamilier i Socialtilsyn Syd til 89 pct. af plejefamilier i Socialtilsyn Øst, der mener at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" kontrollerer kvaliteten af plejefamilien.

²² Jf. bemærkninger til lov om socialtilsyn, lovforslag L8 af 5. oktober 2016.

Generelt viser resultatet således et højt niveau i alle fem socialtilsyn ift. en oplevet kontrol af kvaliteten.

Figur 13: Plejefamilier og tilbuds vurdering af socialtilsynenes kontrol af kvalitet



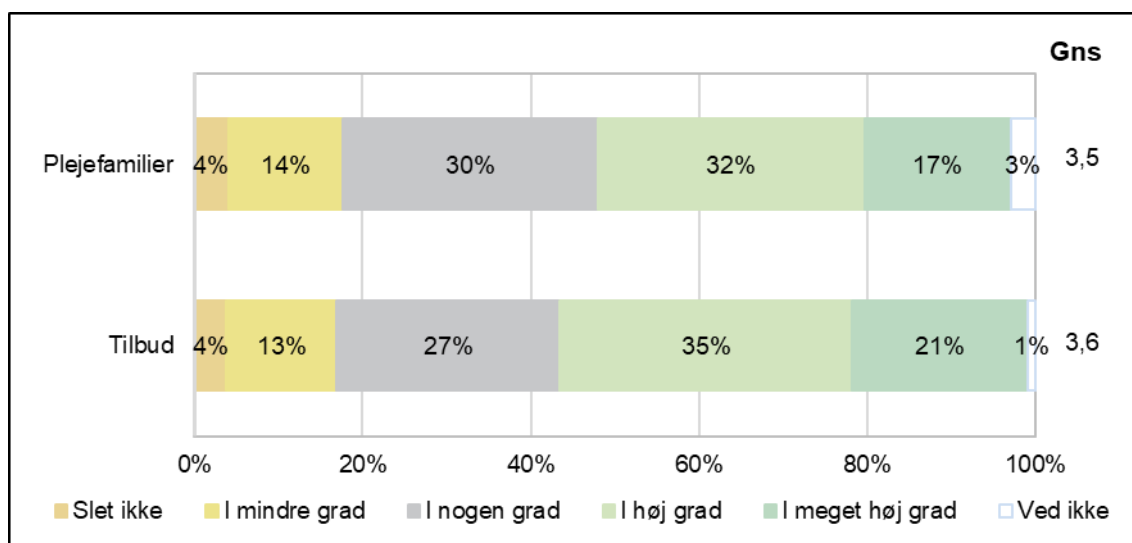
Anm.: For plejefamilier N=3.531. For tilbud N=1.504. "Gns" angiver tilbud og plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud og plejefamilier

Tilbuds og plejefamiliers vurdering af om socialtilsynet bidrager til udvikling af kvaliteten i tilbud og plejefamilier er lavere end vurderingen af socialtilsynets kontrol med tilbud. På landsplan vurderer 56 pct., at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" bidrager til udviklingen af kvalitet blandt tilbuddene. Omvendt vurderer 17 pct. af tilbuddene på landsplan, at socialtilsynet "slet ikke" eller kun "i mindre grad" bidrager til udvikling af kvaliteten, jf. figur 14.

På plejefamilieområdet vurderer 49 pct. at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" bidrager til udvikling af kvalitet, mens 18 pct. af plejefamilier vurderer, at socialtilsynet "slet ikke" eller kun "i mindre grad" bidrager til udvikling af kvalitet.

Figur 14: Plejefamilier og tilbuds vurdering af socialtilsynenes bidrag til kvalitetsudvikling



Anm.: For plejefamilier N=3.531. For tilbud N=1.504. Spørgsmålsformuleringen til plejefamilier afviger fra spørgsmålet til tilbud. Spørgsmålsformulering til plejefamilier: I hvor høj grad oplever du, at socialtilsynet bidrager til udviklingen af dig som plejefamilie. Spørgsmålsformulering til tilbud: I hvor høj grad oplever du, at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvaliteten af jeres tilbud.

"Gns" angiver tilbud og plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

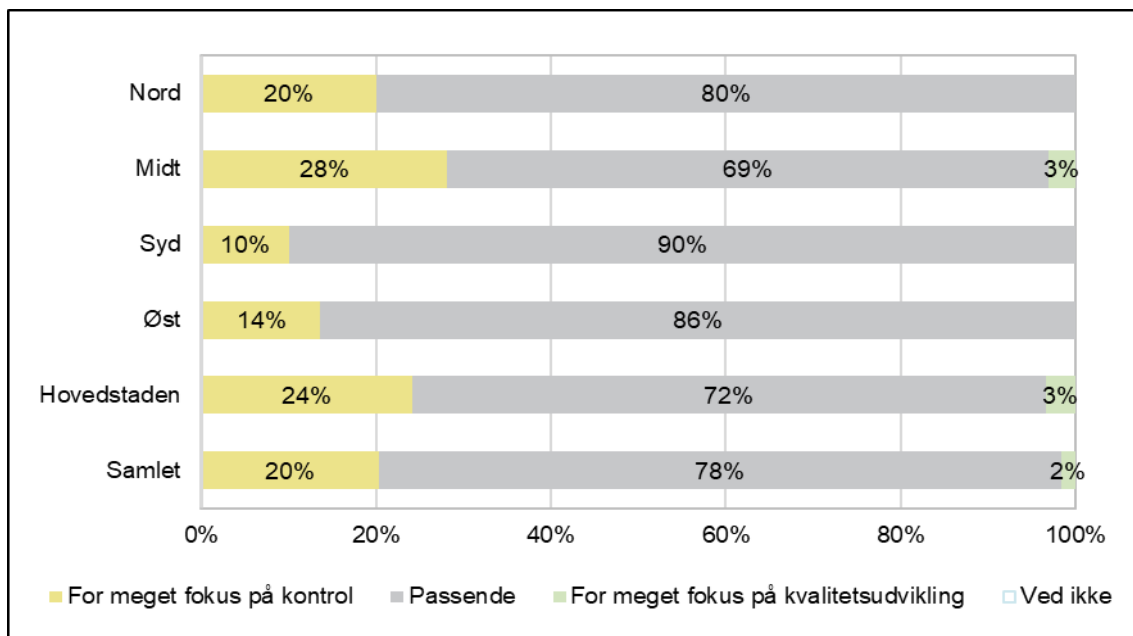
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud og plejefamilier

Samlet set mener tilbud og plejefamilier således, at socialtilsynene i højere grad kontrollerer kvaliteten, end de bidrager til udvikling.

Sammenholdes tilbuddenes og plejefamiliernes oplevelse af socialtilsynets bidrag til kvalitetsudvikling med tilsynskonsulenternes egne oplevelser, er der stor diskrepans, jf. besvarelser om tilsynskonsulenternes oplevelse af at bidrage til udvikling af kvalitet i bilag 2. Her angiver kun 2 pct. af tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" oplever at bidrage til udvikling af kvaliteten. På plejefamilieområdet oplever 1 pct. af tilsynskonsulenterne at de "slet ikke" eller kun "i mindre grad" bidrager til udvikling af kvaliteten.

Social- og Boligstyrelsen har i spørgeskemaundersøgelsen desuden spurgt tilsynskonsulenterne om, hvad de synes om den nuværende balance mellem kontrol og kvalitetsudvikling. På tilbudsområdet mener 78 pct. af tilsynskonsulenterne, at der er en passende balance, mens 20 pct. mener, at der er for meget fokus på kontrol, jf. figur 15.

Figur 15: Tilsynskonsulenternes vurdering af den nuværende balance mellem kontrol og kvalitetsudvikling på tilbudsområdet

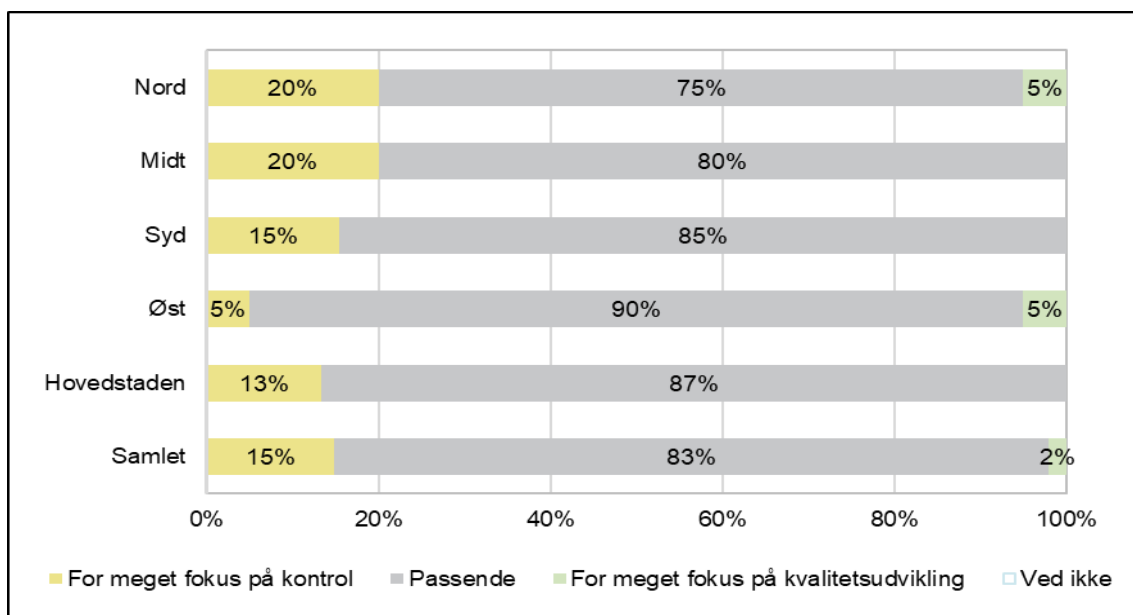


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N = 32, Socialtilsyn Syd N= 20, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter, der fører tilsyn med tilbud.

På plejefamilieområdet vurderer 83 pct. af tilsynskonsulenterne, at der er en passende balance, mens 15 pct. mener, at der er for meget fokus på kontrol, jf. figur 16.

Figur 16: Tilsynskonsulenternes vurdering af den nuværende balance mellem kontrol og kvalitetsudvikling på plejefamilieområdet



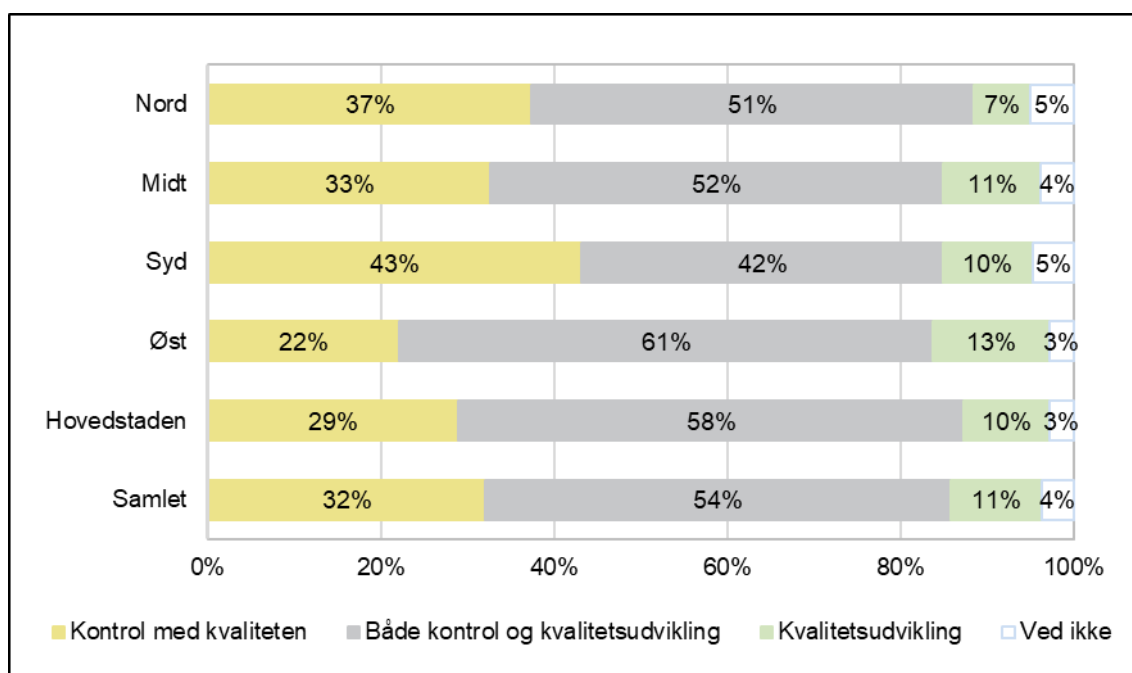
Anm.: Socialtilsyn Nord N=20, Socialtilsyn Midt N = 20, Socialtilsyn Syd N= 26, Socialtilsyn Øst N=20, Socialtilsyn Hovedstaden N=15.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter, der fører tilsyn med plejefamilier.

Flere tilbud og plejefamilier oplevede, at seneste tilsyn af Socialtilsyn Syd og Nord havde fokus på kontrol

På tværs af socialtilsynene er der forskel på hvad tilbuddene oplevede var fokus for seneste tilsynsbesøg. I Socialtilsyn Øst er der mange, der oplever, at både kontrol og kvalitetsudvikling var i fokus ved seneste tilsyn (61 pct.), jf. figur 17. Resultaterne viser samtidig, at andelen af tilbud, der oplevede seneste tilsyn som kontrollerende, er størst i Socialtilsyn Syd (43 pct.), ligesom der også er en forholdsvis stor andel, der har samme oplevelse i Socialtilsyn Nord (37 pct.).

Figur 17: Tilbuddenes oplevelse af, hvad der hovedsageligt var i fokus ved seneste tilsyn

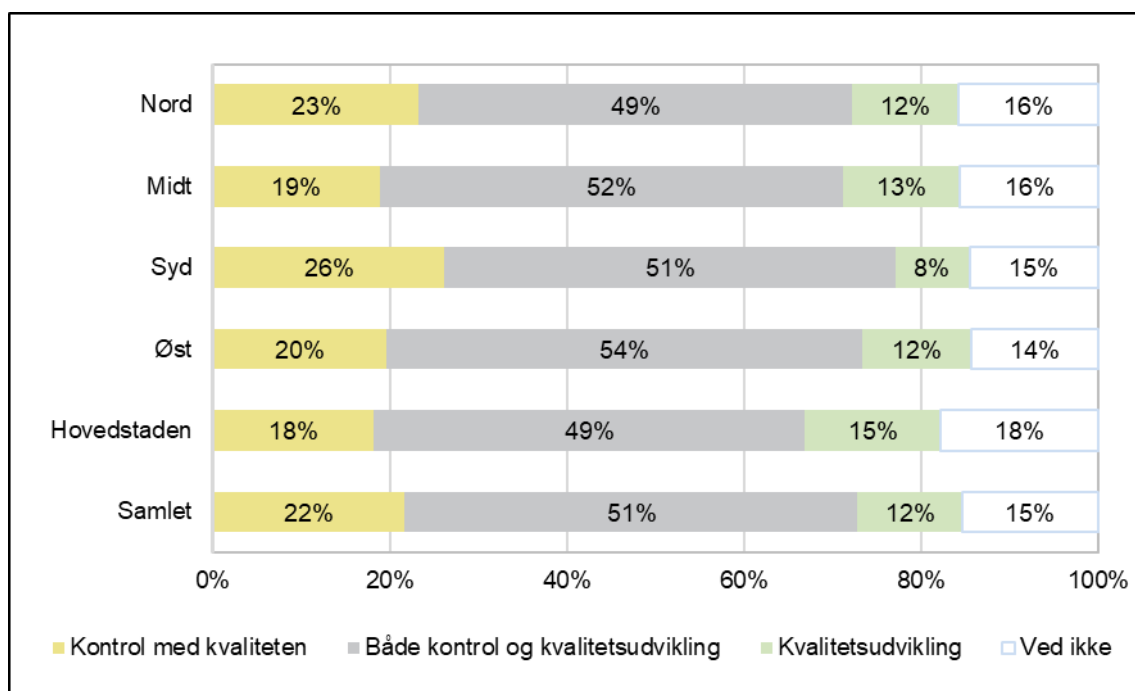


Anm.: Socialtilsyn Nord N=198, Socialtilsyn Midt N=364, Socialtilsyn Syd N=250, Socialtilsyn Øst N=275, Socialtilsyn Hovedstaden N=415.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud.

Socialtilsyn Syd adskiller sig også på plejefamilieområdet, hvor flere plejefamilier oplever, at fokus var på kontrol, mens færre oplever, at der var fokus på kvalitetsudvikling ved seneste tilsyn sammenlignet med de andre socialtilsyn. I Socialtilsyn Syd angiver 26 pct. af plejefamilier således, at fokus ved seneste tilsyn var kontrol, mens det i de øvrige socialtilsyn varierer fra 18 pct. til 23 pct. Ligesom på tilbudsområdet er der også en lidt større andel i Socialtilsyn Nord, der vurderer, at kontrol hovedsageligt var i fokus ved seneste tilsyn. Derimod mener 8 pct. af plejefamilier i Socialtilsyn Syd, at fokus ved seneste tilsyn hovedsageligt var kvalitetsudvikling, mens det varierer fra 12 til 15 pct. i de øvrige socialtilsyn, jf. figur 18.

Figur 18: Plejefamiliers oplevelse af, hvad der hovedsageligt var i fokus ved seneste tilsyn



Anm.: Socialtilsyn Nord N=577, Socialtilsyn Midt N=769, Socialtilsyn Syd N=991, Socialtilsyn Øst N=721, Socialtilsyn Hovedstaden N=483.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt plejefamilier.

Samlet set indikerer resultaterne, at Socialtilsyn Syd i højere grad opleves som kontrollerende og mindre kvalitetsudviklende, mens Socialtilsyn Nord også til dels opleves som mere kontrollerende, sammenlignet med de øvrige socialtilsyn. Jf. afsnittet vedr. tilsynsbesøg er det netop disse to socialtilsyn, som gennemsnitligt aflægger flest tilsynsbesøg pr. tilbud. Socialtilsyn Syd aflægger desuden væsentlig flere uanmeldte tilsynsbesøg.

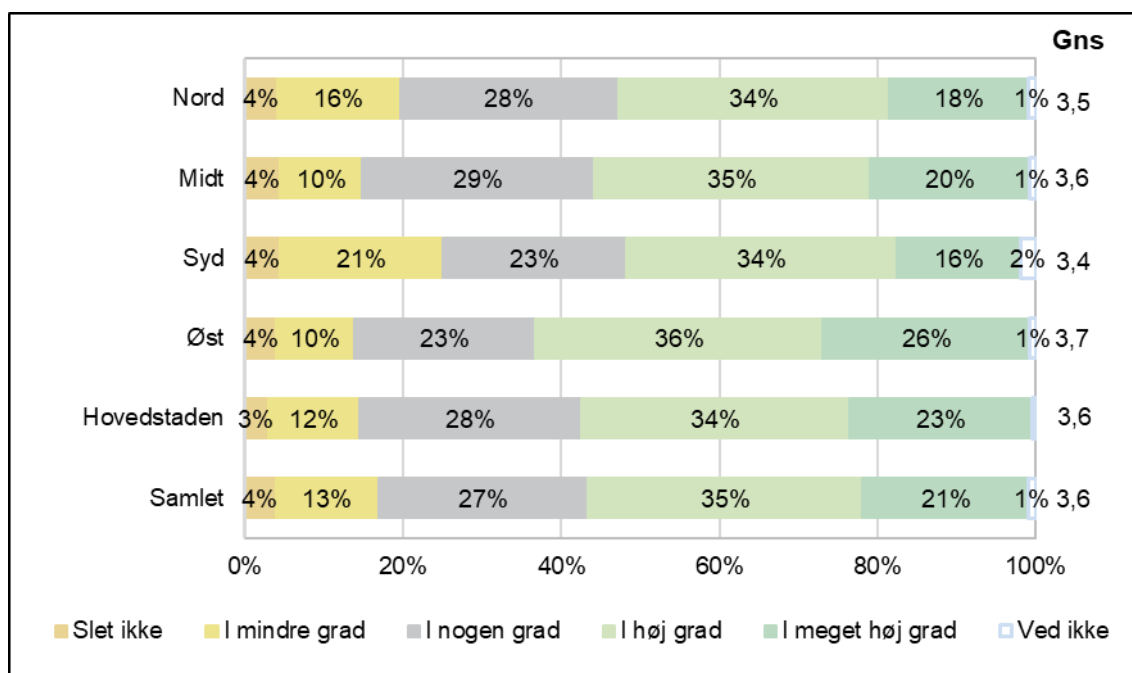
Denne konklusion understøttes af resultaterne i det næste afsnit vedr. kvalitetsudvikling på tilbudsområdet.

En del tilbud oplever "slet ikke" eller kun "i mindre grad", at socialtilsynene bidrager til udvikling af kvalitet

På tværs af socialtilsynene er der forskel på, i hvilken grad tilbud oplever, at socialtilsynene bidrager til udvikling af kvalitet i tilbuddene. Det varierer fra 14 pct. af tilbud i Socialtilsyn Hovedstaden, Midt og Øst, som "slet ikke" eller kun "i mindre grad" oplever at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvalitet, til 25 pct. af tilbud i Socialtilsyn Syd, jf. figur 19.

Social- og Boligstyrelsen finder dette niveau højt og mener, at der er et potentiale for forbedring. Herunder bemærker Social- og Boligstyrelsen, at Socialtilsyn Syd skiller sig særligt ud, eftersom hver fjerde tilbud mener, at socialtilsynet "slet ikke" eller kun "i mindre grad" bidrager til udvikling af kvalitet. Dette efterfølges af Socialtilsyn Nord, hvor hver femte tilbud har samme oplevelse.

Figur 19: Tilbuddenes oplevelse af at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvalitet i tilbuddene



Anm.: Socialtilsyn Nord N=199, Socialtilsyn Midt N=363, Socialtilsyn Syd N=251, Socialtilsyn Øst N=275, Socialtilsyn Hovedstaden N=416. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

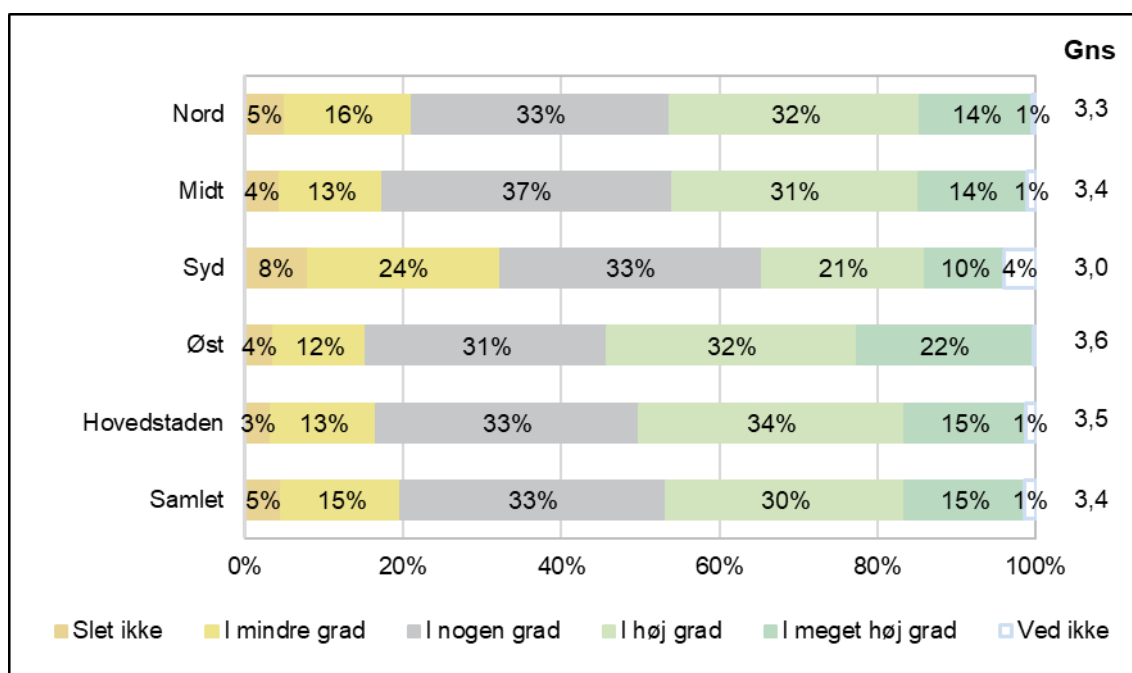
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud.

Adspurgte om tilbud oplever, at socialtilsynet peger på muligheder, hvor de kan udvikle kvaliteten, angiver 32 pct. af tilbud underlagt Socialtilsyn Syd, at de "slet ikke" eller "i mindre grad" oplever, at socialtilsynet peger på muligheder for udvikling, jf. figur 20. I de øvrige socialtilsyn varierer andelen mellem 15 og 21 pct. Resultaterne kan indikere, at Socialtilsyn Syd i mindre grad bidrager til kvalitetsudvikling end de øvrige socialtilsyn.

På tværs af socialtilsynene opleves Socialtilsyn Øst som det socialtilsyn, der i højeste grad bidrager til udvikling i tilbud. 62 pct. af tilbud i Socialtilsyn Øst mener, at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" bidrager til udvikling.

Samlet set er det Social- og Boligstyrelsen vurdering, at Socialtilsyn Syd har en anden praksis i forhold til kvalitetsudvikling i tilbud. Socialtilsyn Syds praksis med mange uanmeldte tilsynsbesøg kan have en betydning for tilbuddenes oplevelse af tilsynets bidrag til kvalitetsudvikling. Socialtilsyn Syd har samtidig haft en praksis, hvor de skriftlige kvalitetsvurderinger er standardiserede og kun bliver udfoldet i lille grad, og alene hvis socialtilsynet finder, at der er konstateret mangler ved kvaliteten. Kvalitetsvurderinger fra Socialtilsyn Syd giver derfor et begrænset indblik i kvaliteten, hvilket også kan være medvirkende til, at tilbud oplever socialtilsynet som mindre kvalitetsudviklende. Der er således et potentiale for at opnå større ensartethed. Social- og Boligstyrelsen opfordrer Socialtilsyn Syd til at styrke deres bidrag til kvalitetsudvikling.

Figur 20: Tilbuddenes oplevelse af, at socialtilsynet peger på konkrete muligheder, hvor tilbuddene kan udvikle kvaliteten



Anm.: Socialtilsyn Nord N=199, Socialtilsyn Midt N=363, Socialtilsyn Syd N=251, Socialtilsyn Øst N=275, Socialtilsyn Hovedstaden N=416. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

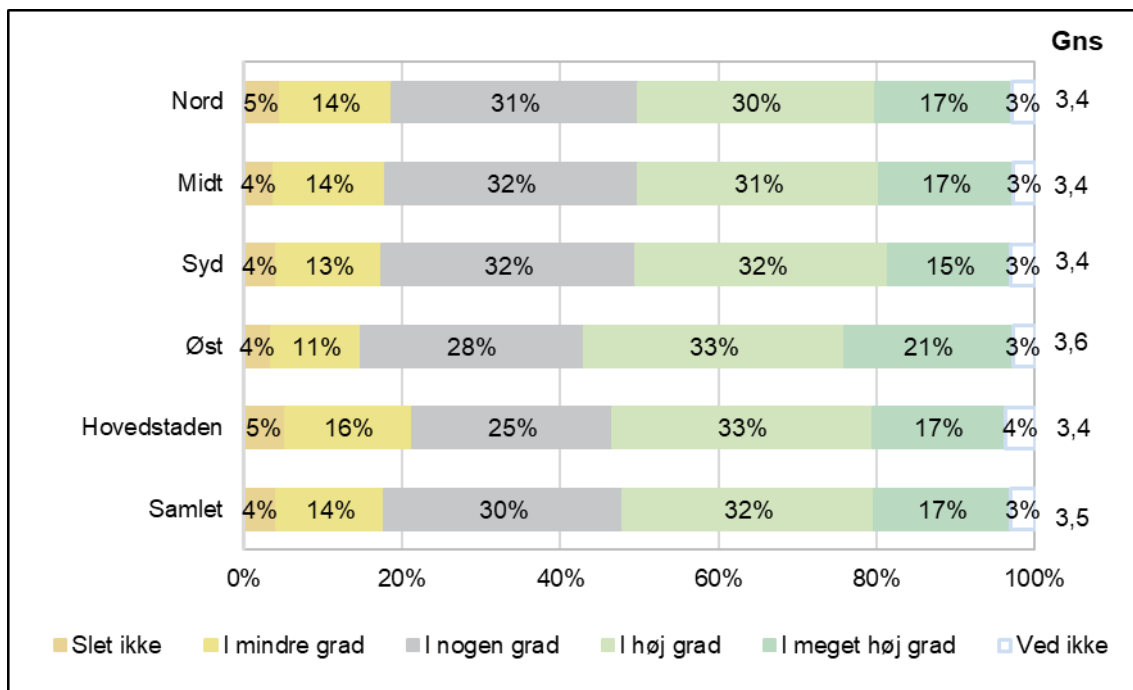
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud.

En del plejefamilier oplever "slet ikke" eller kun "i mindre grad", at socialtilsynene bidrager til udvikling

På plejefamilieområdet er resultatet vedr. socialtilsynenes bidrag til kvalitetsudvikling mere ensartet end på tilbudsområdet. Andelen, der "slet ikke" eller kun "i mindre grad" oplever at socialtilsynene bidrager til udvikling er dog stor. Andelen af plejefamilier, der angiver at socialtilsynene "slet ikke" eller "i mindre grad" bidrager til udvikling, varierer fra 15 pct. i Socialtilsyn Øst til 21 pct. i Socialtilsyn Hovedstaden. Ligesom på tilbudsområdet finder Social- og Boligstyrelsen dette niveau højt og mener, at der er potentiale for forbedring for alle socialtilsyn.

På tværs af socialtilsynene opleves Socialtilsyn Øst samtidig som det socialtilsyn, der i højeste grad bidrager til udvikling i plejefamilier. 54 pct. af plejefamilier i Socialtilsyn Øst mener, at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" bidrager til udvikling. Andelen er lavest i Socialtilsyn Syd og Nord med 47 pct., jf. figur 21.

Figur 21: Plejefamiliernes oplevelse af at socialtilsynet bidrager til udvikling af kvaliteten i plejefamilien

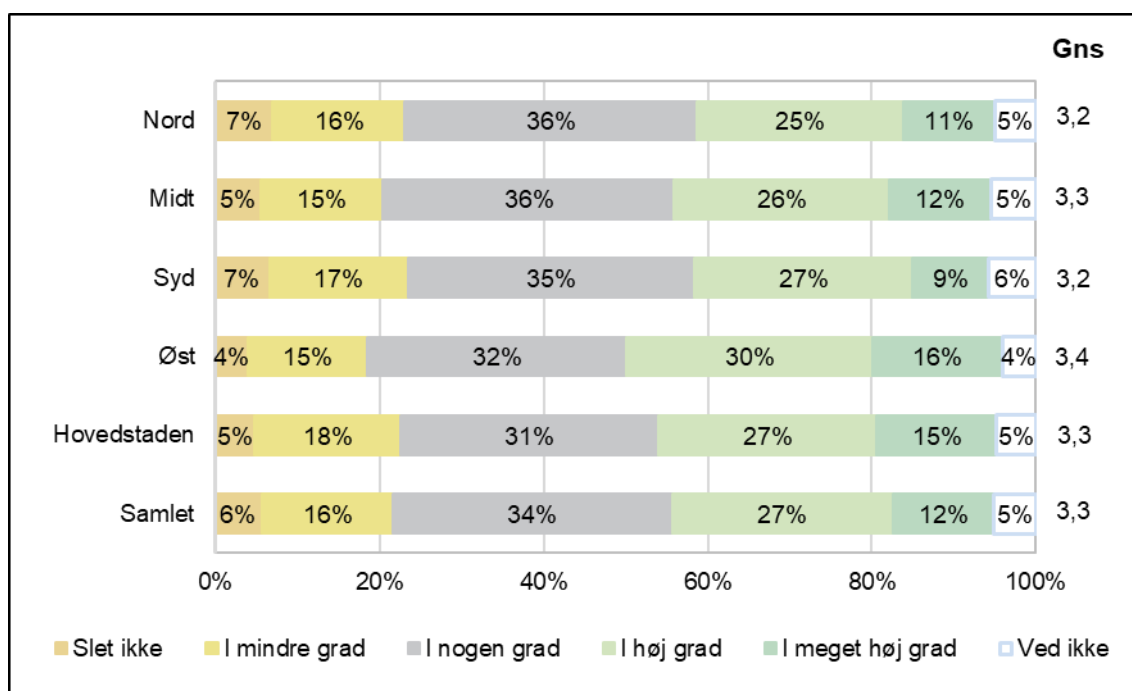


Anm.: Socialtilsyn Nord N=576, Socialtilsyn Midt N=769, Socialtilsyn Syd N=991, Socialtilsyn Øst N=712, Socialtilsyn Hovedstaden N=483. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt plejefamilier.

Når plejefamilierne bliver spurgt til, om socialtilsynet peger på muligheder, hvor de kan udvikle deres praksis som plejefamilie, afspejler resultaterne ovenstående billede. En større andel af plejefamilier i Socialtilsyn Øst oplever, at socialtilsynet i "høj" eller "meget høj grad" peger på udviklingsmuligheder (46 pct.), mens færrest oplever dette i Socialtilsyn Syd (36 pct.) og Socialtilsyn Nord (36 pct.), jf. figur 22.

Figur 22: Plejefamiliernes oplevelse af at socialtilsynet peger på konkrete muligheder, hvor plejefamilien kan udvikle kvaliteten



Anm.: Socialtilsyn Nord N=576, Socialtilsyn Midt N=769, Socialtilsyn Syd N=991, Socialtilsyn Øst N=712, Socialtilsyn Hovedstaden N=483. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt plejefamilier.

Samlet set kan Social- og Boligstyrelsen konkludere, at en relativ stor andel af plejefamilier ikke oplever, at socialtilsynet bidrager til kvalitetsudvikling. Der er således et potentiale for forbedring blandt alle fem socialtilsyn. Resultaterne er mere ensartede på tværs af socialtilsynene end på tilbudsområdet. Plejefamilier i Socialtilsyn Øst oplever dog i lidt højere grad, at socialtilsynet bidrager til kvalitetsudvikling end i andre socialtilsyn.

3. Socialtilsynenes dialogforpligtelse

Socialtilsynenes dialogforpligtelse indebærer, at socialtilsynet både i forbindelse med behandling af ansøgninger om godkendelse og i det driftsorienterede tilsyn, herunder når der træffes afgørelser, skal indgå i dialog med tilbud og plejefamilier (lov om socialtilsyn, § 5, stk. 1 og § 7, stk. 1 og 21). Dialogen kan bidrage til at opbygge en gensidig, tillidsfuld og professionel ramme, som giver mulighed for refleksion, og kan dermed danne grundlag for at fastholde og udvikle kvaliteten af tilbud og plejefamilier.

Social- og Boligstyrelsen udgav i juni 2021 en faglig vejledning til socialtilsynenes dialogforpligtelse (den faglige vejledning kan findes i Håndbog om socialtilsyn²³). Vejledningen indeholder en række anbefalinger, der er udtrykt i et værdigrundlag og seks kerneelementer. Kerneelementerne udgør centrale handleprincipper for varetagelsen af dialogforpligtelsen. Den faglige vejledning til socialtilsynenes dialogforpligtelse skal understøtte, at de fem socialtilsyn omsætter deres dialogforpligtelse ensartet, systematisk og fagligt kompetent. Dette skal ske for at undgå u hensigtsmæssig variation såvel internt i de fem socialtilsyn som på tværs af socialtilsynene. Socialtilsynenes foreløbige arbejde med at omsætte den faglige vejledning blev evalueret i efteråret 2022. I 2024 forventer Social- og Boligstyrelsen desuden at igangsætte en evaluering af socialtilsynenes dialogforpligtelse.

Evaluering af Socialtilsynenes omsætning af faglig vejledning om dialogforpligtelsen

Rambøll Management Consulting har i 2022 evalueret socialtilsynenes foreløbige arbejde med at omsætte vejledningen om dialogforpligtelsen i deres tilsynspraksis. Evalueringen er udført på opdrag fra Social- og Boligstyrelsen og blev udgivet i maj 2023 med titlen "Socialtilsynenes omsætning af faglig vejledning om dialogforpligtelsen".

Evalueringen har hovedsageligt haft et fokus på at formidle foreløbige erfaringer, læring og videndeling samt at understøtte socialtilsynenes videre arbejde. Det er gjort ved at gøre vejledningens kerneelementer endnu mere retningsgivende ved at indsamle og dele viden om god praksis på tværs af de fem socialtilsyn. Derudover bidrager evalueringen også med en status på socialtilsynenes arbejde med at implementere vejledningen samt en første afdækning af virkningerne af implementeringen af dialogforpligtelsen.

Evalueringsrapporten kan læses her: [link til sbst.dk](https://sbst.dk)²⁴.

Der henvises til resultaterne af evalueringen i nedenstående analyse af plejefamilier og tilbuds erfaring med socialtilsynenes dialogiske praksis.

²³ <https://sbst.dk/udgivelser/2022/faglig-vejledning-til-socialtilsynenes-dialogforpligtelse>

²⁴ <https://sbst.dk/udgivelser/2023/evaluering-af-socialtilsynenes-omsaetning-af-faglig-vejledning-om-dialogforpligtelsen>

Plejek familier og tilbuds erfaring med socialtilsynenes dialogiske praksis

Den faglige vejledning om socialtilsynenes dialogforpligtelse indeholder følgende seks kerneelementer:

1. Rammesæt dialogen
2. Skab et dialogisk samtalerum
3. Tag styring på samtalen
4. Vær nysgerrigt lyttende
5. Hav fokus på muligheder
6. Arbejd for en fælles forståelse

Som løbende opfølgning på implementering af dialogforpligtelsen har Auditfunktionen i 2023, stillet fem spørgsmål om socialtilsynenes dialogiske praksis til alle plejek familier og tilbud underlagt socialtilsynene. Spørgsmålene berører centrale elementer af udvalgte kerneelementer i den faglige vejledning til socialtilsynenes dialogforpligtelse. I bilag 3 fremgår en oversigt over kerneelementerne og de spørgeskemaspørgsmål, der er blevet stillet til tilbud og plejek familier vedrørende deres udmøntning af dialogforpligtelsen.

Overvejende positive erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis blandt tilbud og plejek familier

Tilbud og plejek familier tilkendegiver generelt, at de har positive erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis, jf. figur 23 og 24 nedenfor og bilag 3, figur 48 til 57.

Langt de fleste plejek familier og tilbud tilkendegiver, at tilsynskonsulenterne sikrede:

- et tydeligt formål og indhold for tilsynsbesøget (Kerneelement 1: Rammesæt dialogen)
- at der var plads til, at tilbud og plejek familiers perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget (Kerneelement 2: Skab et dialogisk samtalerum og Kerneelement 4: Vær nysgerrigt lyttende)
- at der blev skabt fælles forståelse mellem tilbuddet/plejek familien og tilsynskonsulenten, samt at tilsynskonsulenten orienterede om det videre forløb efter tilsynsbesøget (Kerneelement 6: Arbejd for en fælles forståelse)

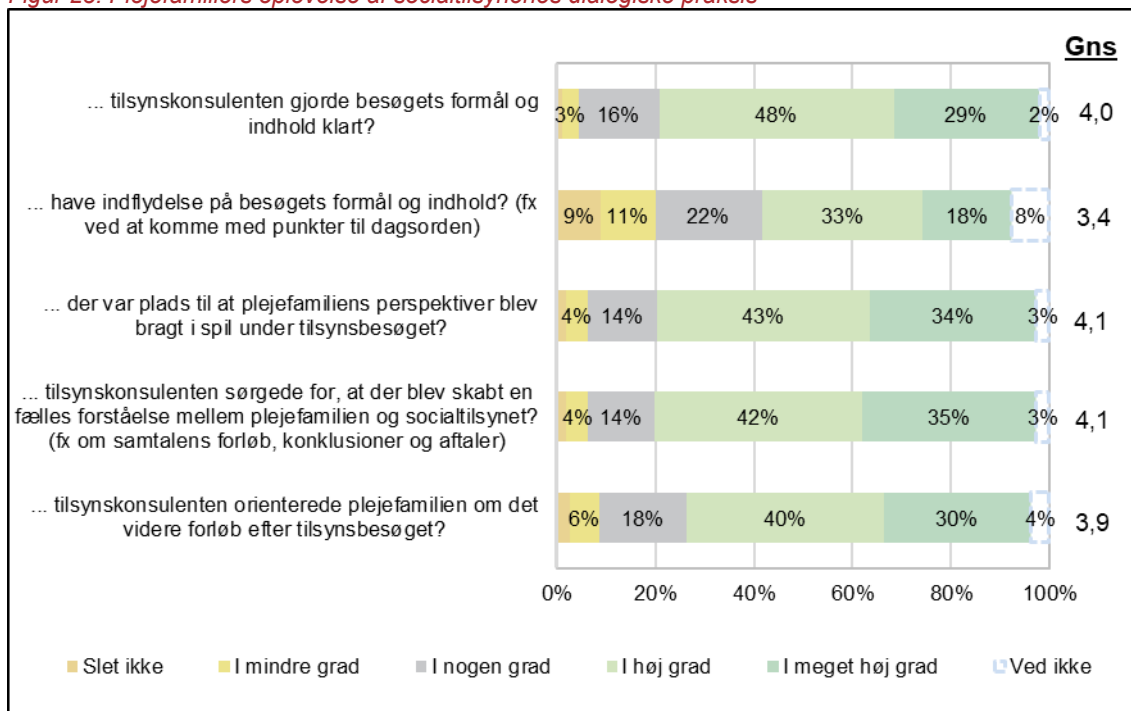
En tredjedel af tilbuddene og en femtedel af plejek familierne angiver dog, at de "slet ikke" eller "i mindre grad" havde indflydelse på tilsynsbesøgets formål og indhold (Kerneelement 1: Rammesæt dialogen og Kernelement 2: Skab et dialogisk samtalerum).

Der er generelt ensartede erfaringer med den dialogiske praksis på tværs af socialtilsynene

Af figur 48-57 i Bilag 3 fremgår det, at tilbud og plejek familier underlagt, forskellige socialtilsyn, generelt har en ensartet oplevelse af socialtilsynenes dialogiske praksis. Der er dog enkelte undtagelser, som der vil blive redegjort for nedenfor²⁵.

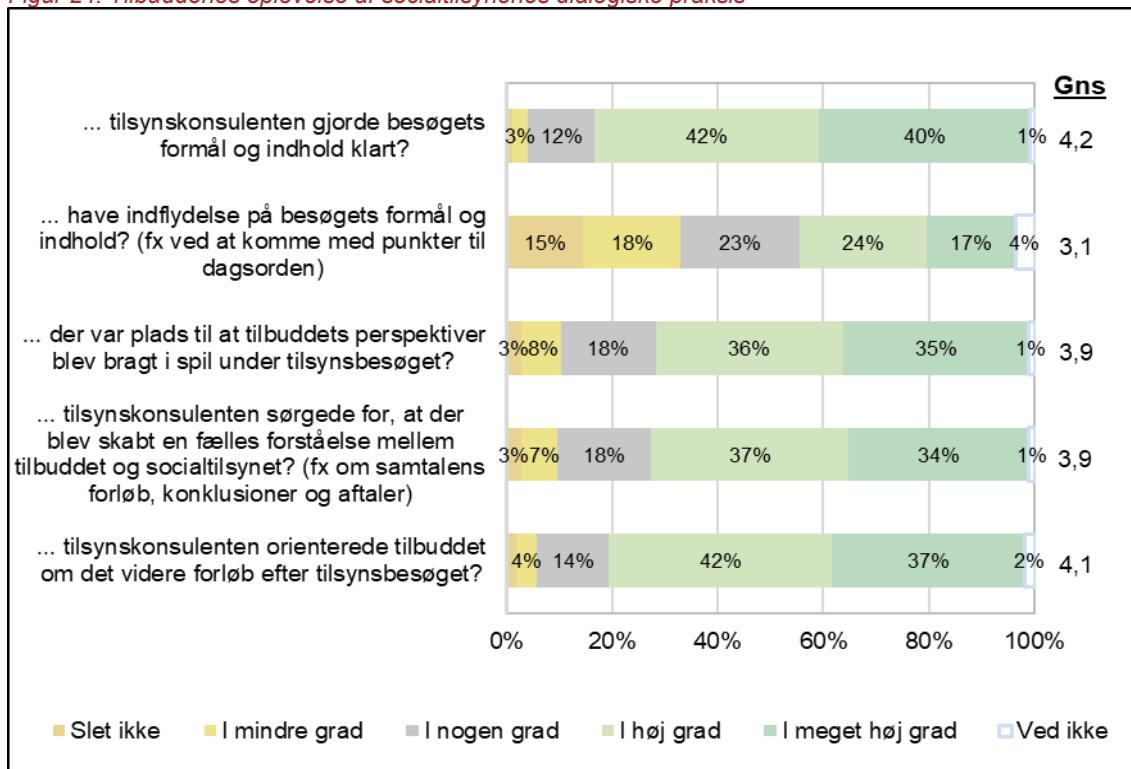
²⁵ Der redegøres kun for signifikante forskelle mellem socialtilsynene.

Figur 23: Plejefamiliers oplevelse af socialtilsynenes dialogiske praksis



Note: N= 3490. "Gns" angiver plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er "Slet ikke", mens 5 er "I meget høj grad". Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt sociale tilbud underlagt socialtilsynet.

Figur 24: Tilbuddenes oplevelse af socialtilsynenes dialogiske praksis



Note: N=1495. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er "Slet ikke", mens 5 er "I meget høj grad". Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt sociale tilbud underlagt socialtilsynet.

Formål og indholdet af tilsynsbesøg bliver tydeliggjort af tilsynskonsulenter på tilbudsområdet

82 pct. af tilbuddene oplever, at tilsynskonsulenterne "i høj grad" eller "i meget høj grad" tydeliggør formålet med og indholdet af tilsynsbesøget. Samtidig oplever tilbuddene, at tilsynskonsulenter også formår at orientere om det videre forløb efter tilsynsbesøget. 79 pct. angiver, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" oplever dette.

Tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet opleves i lidt mindre grad at tydeliggøre formålet og indholdet med tilsynsbesøget end på tilbudsområdet og orientere om det videre forløb efter tilsynsbesøget, idet hhv. 77 pct. og 70 pct. svarer "i høj grad" eller "i meget høj grad".

Svarene indikerer, at tilsynspraksis på plejefamilieområdet kan lade sig inspirere af praksis på tilbudsområdet med henblik på at sikre et tydeligere formål og indhold for tilsynsbesøget og orientering om forløbet efter besøget. Samtidig er det vigtigt at have øje for de kontekstuelle forskelle mellem tilbudsområdet og plejefamilieområdet. Eksempelvis nævnes det i evalueringen af socialtilsynenes omsætning af den faglig vejledning for dialogforpligtelsen, at rammesætning af tilsynsbesøget kan være vanskeligt pga. de mere uforudsigelige og private rammer, der er i plejefamilier²⁶. Tydelig rammesætning og orientering om det videre forløb skal muligvis også være ekstra tydeligt i de uformelle rammer, der kendetegner plejefamilieområdet.

Af figur 56 og 57 i Bilag 3 fremgår det, at 5 pct. af tilbuddene under Socialtilsyn Syd oplever, at tilsynskonsulenterne "slet ikke" orienterer om det videre forløb efter tilsynsbesøget. Dette gælder også på plejefamilieområdet, hvor 4 pct. af tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd opleves "slet ikke" at orientere om det videre forløb. Dette er dobbelt så mange som i de øvrige socialtilsyn.

En tredjedel af tilbuddene og en femtedel af plejefamilier oplever ikke at have indflydelse på tilsynsbesøgets formål og indhold

Flere end 33 pct. af tilbuddene og 20 pct. af plejefamilierne oplever "slet ikke" eller "i mindre grad" at have indflydelse på tilsynsbesøgets formål eller indhold. Her kan socialtilsynene udvikle deres dialogiske praksis og i højere grad involvere tilbud og plejefamilier i tilrettelæggelsen af et besøg, fx ved mulighed for at bidrage med punkter til dagsordenen. I evalueringen af socialtilsynenes omsætning af den faglige vejledning om dialogforpligtelsen nævnes det, at socialtilsynene kan styrke inddragelse af tilbud eller plejefamilie i planlægningen af møde eller tilsynsbesøg ved at have opmærksomhed på, om brevskaletter og interne redskaber, vejledninger og procedurer rammesætter dialogen, og inddrager modtageren på en passende måde. Socialtilsynene kan endvidere forberede tilbuddet eller plejefamilien på et kommende møde gennem et "foropkald".²⁷

Tilbud og plejefamilier oplever generelt, at deres perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget

At tilbud og plejefamilier kan have mere indflydelse på tilsynsbesøget formål og indhold er ikke det samme, som at socialtilsynene ikke giver plads til, at tilbuds og plejefamiliers perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget. Hhv. 71 pct. og 77 pct. oplever, at der "i høj grad" eller "i meget høj grad" er plads til, at deres perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget. Der er dog 11 pct. af tilbuddene og 6 pct. af plejefamilierne, der oplever, at der "slet ikke" eller "i mindre grad" er plads til, at deres perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget. Særligt på tilbudsområdet er der således et udviklingspotentiale ift. dette kerneelement.

²⁶ Temaevaluering: Socialtilsynenes omsætningen af Faglig vejledning for dialogforpligtelsen 2023, s. 25. Rapporten findes som PDF via sbst.dk her.

²⁷ Ibid. s. 26

Flere tilsynskonsulenter peger i temaevalueringen på, at den gode dialogiske praksis opstår, når tilbud og plejefamilier inddrages meget aktivt i samtalen og fx får mere taletid under besøget, end praksis har været tidligere. Konkret foregår det ved, at tilsynskonsulenterne stiller undersøgende spørgsmål til tilbuddets eller plejefamiliens visioner og ideer og giver dem mulighed for og plads til at komme på banen. På den måde sikres en følelse af involvering i og indflydelse på samtalen, hvilket flere tilsynskonsulenter peger på som et essentielt værktøj til at imødegå ubalance og magtforskelle i samtalen.²⁸

Af figur 52 i Bilag 3 fremgår det også, at 15 pct. af tilbud underlagt Socialtilsyn Nord "slet ikke" eller "i mindre grad" oplever, at der er plads til, at deres perspektiver bliver bragt i spil under tilsynsbesøget, mens 6 % af tilbud underlagt Socialtilsyn Midt har denne oplevelse.

Tilbud og plejefamilier oplever generelt, at der bliver skabt en fælles forståelse mellem tilbuddet og socialtilsynet

Socialtilsynene er generelt gode til at skabe en fælles forståelse af tilsynsbesøget med tilbud og plejefamilier. 10 pct. af tilbuddene oplever dog "slet ikke" eller "i mindre grad", at der blev skabt en fælles forståelse om fx samtaleforløb, konklusioner og aftaler. Her er et udviklingspotentiale.

I temaevaluering fremhæves det, at løbende opsummering af samtalen er særligt vigtigt, når der er uenigheder med tilbuddet.²⁹

²⁸ Ibid. s. 28

²⁹ Ibid. s. 40

4. Sanktioner

Socialtilsynene kan træffe afgørelse om at iværksætte forskellige former for sanktioner, hvis et tilbud eller en plejefamilie ikke har den fornødne kvalitet. Socialtilsynenes sanktionsmuligheder omfatter afgørelser om påbud, skærpet tilsyn med og uden påbud samt ophør af godkendelsen. I det følgende fremgår antallet og andelen af udstedte sanktioner til tilbud og plejefamilier.

Det skal generelt bemærkes, at antallet af alle typer sanktioner udstedt af socialtilsynene ligger meget lavt i forhold til porteføljen af tilbud og plejefamilier i hvert af de fem socialtilsyn. Årlige udsving i udstedelsen af sanktioner er derfor analyseret med forsigtighed.

I Bilag 4 findes i øvrigt en redegørelse og analyse af socialtilsynenes begrundelse for udstedte påbud.

Der har været et stabilt niveau af sanktioner og ophør af godkendelser på tilbudsområdet siden 2019

Siden 2019 har socialtilsynene samlet set udstedt et relativt stabilt niveau af påbud, skærpede tilsyn og afgørelser om ophør af godkendelser.

Antallet af skærpede tilsyn er svagt stigende for perioden fra 14 til 32 skærpede tilsyn, mens antallet af udstedte påbud til tilbud i perioden har fluktueret mellem 82 og 104, og antallet af afgørelser om ophørte godkendelser af tilbud mellem 4 og 11, jf. figur 58 i bilag 4.

Socialtilsynene har fra og med den 1. februar 2022 fået mulighed for at udstede skærpede tilsyn uden påbud. Denne mulighed er blevet anvendt fem gange af socialtilsynene på tilbudsområdet – fire gange af Socialtilsyn Midt og én gang af Socialtilsyn Hovedstaden.

I 2022 er der sket et fald i antallet af sanktioner og afgørelser om ophør af godkendelser for plejefamilier

På plejefamilieområdet har der fra 2019 til 2021 været en stigning i det samlede antal af påbud (fra 35 til 48), skærpede tilsyn (fra 4 til 9) og ophørte godkendelser (fra 18 til 32). I 2022 faldt antallet af påbud, skærpede tilbud og ophørte godkendelser dog ift. tidligere år, således at der alene blev udstedt 5 påbud, 3 skærpede tilsyn og 17 ophør af godkendelser, jf. figur 59 i bilag 4.

Med faldet i antal påbud er der etableret en mere ensartet praksis for udstedelse af sanktioner til plejefamilier

Af figur 62 i bilag 4 fremgår det, at faldet i antallet af påbud til plejefamilier mellem 2021 og 2022 primært skyldes en reduktion af både antallet af påbud udstedt af Socialtilsyn Syd (fra 36 til 2 påbud) og dels Socialtilsyn Hovedstaden (fra 11 til 2 påbud). Særligt Socialtilsyn Syd, og til dels Hovedstaden, har i perioden 2019-2021 udstedt flere påbud pr. plejefamilie end de resterende socialtilsyn. Denne tendens er dog ikke gældende for 2022, hvor socialtilsynene ser ud til at have udstedt et ensartet lavt niveau af påbud. Der er således blevet udstedt mellem 0,0 og 0,3 påbud pr. 100 plejefamilier i socialtilsynenes portefølje i samtlige socialtilsyn.

I forhold til den betydelige nedgang i antallet af påbud fra 2020 til 2022 skal det bemærkes, at Socialtilsyn Syd har ændret sin praksis. Dette er sket på baggrund af en ændret praksis i Ankestyrelsen, som har vurderet, at den type påbud, som er blevet givet, de facto bliver en midlertidig reduktion af godkendelsen. Socialtilsyn Syd oplyser, at de arbejder på andre relevante sanktioner eller tilsynsmæssige tiltag i forhold til de samme begivenheder. Social- og Boligstyrelsen finder det positivt, at der er etableret en mere ensartet praksis.

5. Udvikling i kvalitetsscorer

Når socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med tilbud og plejefamilier, anvendes kvalitetsmodellen i vurderingen af, om et tilbud eller en plejefamilie har den fornødne kvalitet.

Der er to kvalitetsmodeller – en til plejefamilier og en til sociale tilbud. Kvalitetsmodellen angiver, hvilke forhold socialtilsynet skal belyse og vurdere for at understøtte socialtilsynets faglige vurderinger af tilbuddet eller plejefamiliens kvalitet. Kvalitetsmodellen udgør således en ramme for vurderingen og understøtter det tilsynsfaglige skøn, der altid skal foretages i den konkrete vurdering af kvaliteten i det enkelte tilbud eller den enkelte plejefamilie.

Kvalitetsmodellen gælder i forhold til alle typer af tilbud og plejefamilier, som socialtilsynet omfatter. Det betyder, at socialtilsynet skal vurdere kvaliteten i alle tilbud og plejefamilier ud fra de samme kriterier og indikatorer³⁰. Dette har til formål at sikre ensartethed i kvalitetskrav og gennemsigtighed samt sammenlignelighed i socialtilsynets arbejde. Der er syv temaer i kvalitetsmodellen, som er konkretiseret i en række kriterier og indikatorer. Socialtilsynene skal score indikatorerne på en skala fra 1 til 5.

Udvikling i kvalitetsscorer

Social- og Boligstyrelsens auditfunktion har til baggrund for årsrapporten 2022 modtaget data på kvalitetsscorer i 2022 fra alle fem socialtilsyn. Derudover er der som baggrund brugt data på kvalitetsscorer fra 2017, der indgik i Social- og Boligstyrelsens evaluering af tilsynsreformen³¹.

Tendens til stigende kvalitetsscorer for både tilbud og plejefamilier fra 2017 til 2022

Ser man på de tilbud og plejefamilier, der eksisterede under samme tilbuds-ID i både 2017 og 2022, er den samlede kvalitetsscore³² steget for størstedelen af både tilbud og plejefamilier.

Udviklingen for tilbud kan ses i figur 25 nedenfor. Af figuren fremgår det, at 61 pct. af de tilbud, der eksisterede under samme tilbuds-ID i 2017 og 2022 har en samlet kvalitetsscore, der er steget i perioden. 39 pct. af disse tilbuds samlede kvalitetsscore er derimod faldet i perioden fra 2017 til 2022, mens to tilbud havde nøjagtigt samme samlede kvalitetsscore i 2017 og 2022.³³

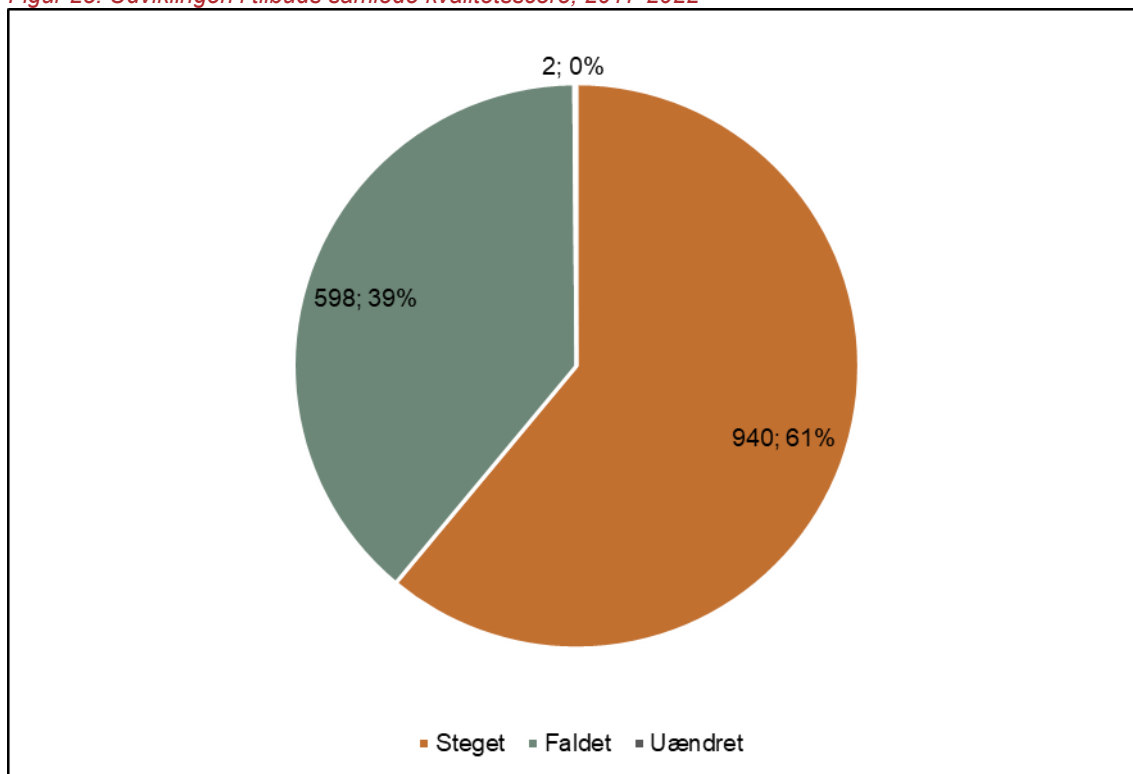
³⁰ Der er nogle indikatorer, som kun skal vurderes for visse typer af tilbud.

³¹ Evaluering af tilsynsreformen

³² Udregnet som gennemsnittet af alle indikatorer, det enkelte tilbud eller den enkelte plejefamilie er scoret på. Det bør bemærkes at metoden til at trække data vedrørende kvalitetsscore har ændret sig fra 2017 til 2022, hvilket kan have betydning for opgørelsen. Det bemærkes desuden, at der siden 2017 er indikatorer, der er udgået af kvalitetsmodellen, ligesom der er tilføjet nye indikatorer. Alle indikatorer, der var gældende på tidspunktet for datatrækket, er inkluderet. Der er derfor indikatorer, der var gældende i 2017, men ikke i 2022 og omvendt. Dette kan ligeledes have betydning for opgørelsen.

³³ Dette kan skyldes, at der i den mellemliggende periode er tilføjet nye indikatorer til kvalitetsmodellen på tilbudsområdet. Det er således svært at få præcist samme gennemsnit.

Figur 25: Udviklingen i tilbuds samlede kvalitetsscore, 2017-2022

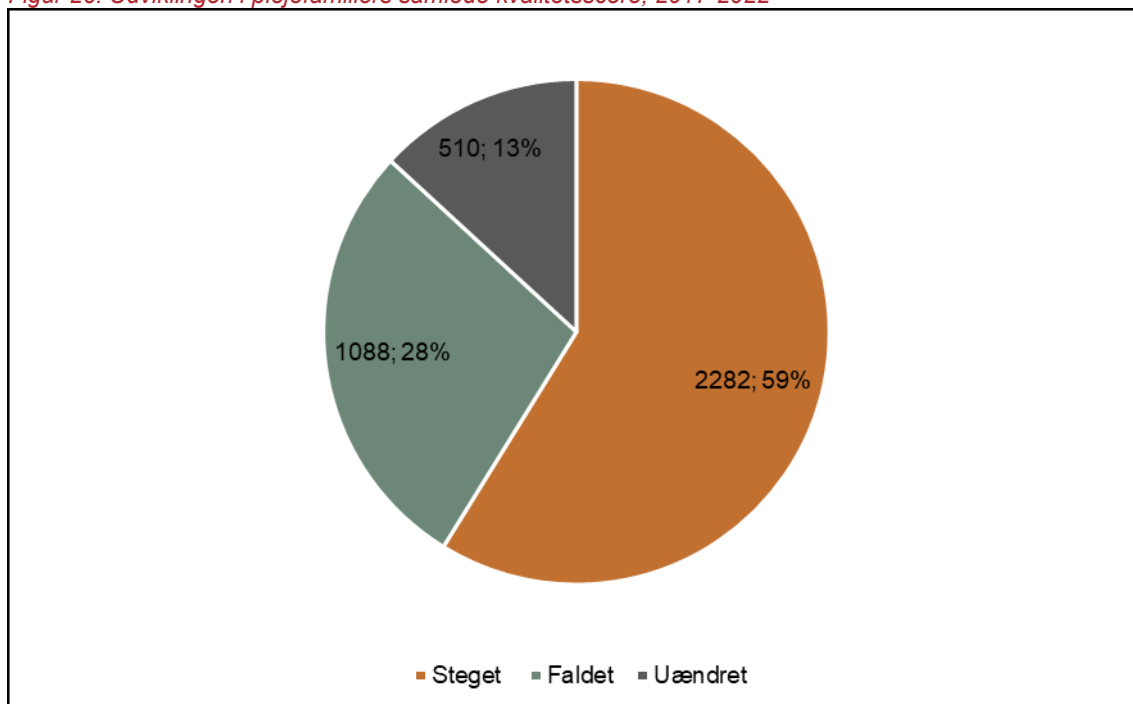


Anm: N=1540.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt data fra Evaluering af tilsynsreformen

På plejefamilieområdet indgår ligeledes de plejefamilier, der i 2022 stadig var aktive under samme tilbuds-ID, som de havde i 2017. Også her er størstedelen af plejefamiliernes samlede kvalitetsscore steget i perioden 2017 til 2022 (59 pct.), mens 13 pct. af plejefamiliernes samlede kvalitetsscore er uændret. Endelig er 28 pct. af plejefamiliernes samlede kvalitetsscore faldet i perioden.

Figur 26: Udviklingen i plejefamiliers samlede kvalitetsscore, 2017-2022



Anm.: N=3880

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn samt fra Evaluering af tilsynsreformen

Generelt kan det konkluderes, at de samlede kvalitetsscorer for både tilbud og plejefamilier er steget i perioden 2017 til 2022. De samlede kvalitetsscorer kan være både steget og faldet i de mellemliggende år, men over den femårige periode er størstedelen steget. Dette kan undre, da der er rekrutteringsproblemer på området, og at området bliver mere og mere komplekst.

Stigningerne kan være udtryk for en faktisk stigning i kvaliteten, men kan imidlertid også være et udtryk for socialtilsynenes brug af kvalitetsscorer i forbindelse med kvalitetsvurderinger. Social- og Boligstyrelsen er derfor optaget af, om kvalitetsmodellen bruges efter lovens intentioner. Social- og Boligstyrelsen er opmærksom på, at den gennemsnitlige kvalitetsscore i både tilbud og plejefamilier er steget i perioden 2017 til 2022, ligesom der er en opmærksomhed på, at kvalitetsscorerne generelt er høje. Det betyder, at tilsynskonsulenterne generelt scorer tilbuddene og plejefamilierne højt inden for alle syv temaer i kvalitetsmodellen. Social- og Boligstyrelsen har derfor igangsat en undersøgelse med henblik på at få viden om socialtilsynenes forståelse og brug af kvalitetsscorer i forbindelse med kvalitetsvurderingen, herunder om socialtilsynene bruger kvalitetsmodellen efter lovens intentioner.

6. Socialtilsynenes udmøntning af det økonomiske tilsyn

I socialtilsynets vurdering af et tilbuds kvalitet indgår en vurdering af, om tilbuddet har den fornødne økonomiske kvalitet. I det økonomiske tilsyn skal socialtilsynet tage stilling til følgende overordnede forhold, jf. § 11 a, stk. 1 i lov om socialtilsyn:

- Om tilbuddet er økonomisk bæredygtigt
- Om tilbuddets økonomi giver mulighed for den fornødne kvalitet i tilbuddet i forhold til prisen og i forhold til tilbuddets målgruppe
- Om der er gennemsigtighed i tilbuddets økonomi

Det økonomiske tilsyn tager afsæt i oplysninger fra tilbuddenes årsbudgetter, årsregnskaber og revisionspåtegninger fra private tilbud samt nøgletal på Tilbudsportalen. Uden disse oplysninger kan socialtilsynene således ikke føre et fuldgyldigt økonomisk tilsyn med tilbuddene. Nedenfor gives en status for indhentelse og godkendelse af budgetter.

Når socialtilsynene godkender og fører driftsorienteret tilsyn er det desuden væsentligt, at der er et samarbejde mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn. Dette kapitel præsenterer besvarelser fra tilsynskonsulenterne i socialtilsynene vedr. samarbejdet mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn.

Indberetning og godkendelse af budgetter

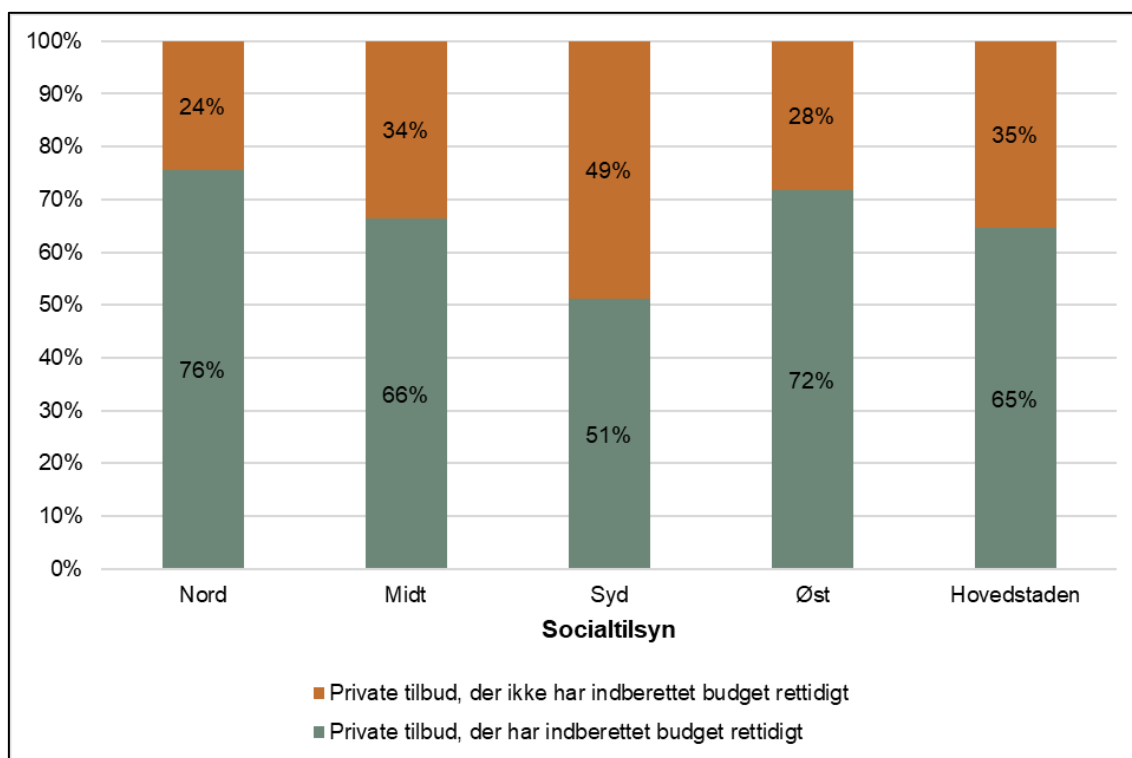
Som led i godkendelse af tilbud og det driftsorienterede tilsyn skal socialtilsynet godkende et tilbuds årsbudget, jf. § 11 b i lov om Socialtilsyn. Private tilbud skal indberette deres årsbudget senest d. 1. oktober i året før det kalenderår, årsbudgettet vedrører. Offentlige tilbud skal indberette deres årsbudget senest 15. november før det kalenderår, som årsbudgettet vedrører, jf. § 11 i bekendtgørelsen om socialtilsyn.

En tredjedel af private tilbud indberetter ikke budgetter inden for fristen

Social- og Boligstyrelsen kan konstatere, at en væsentlig andel af tilbud ikke indberetter deres årsbudget til socialtilsynene inden for de angivne frister fastsat i bekendtgørelse om socialtilsyn. I alt har 66 pct. af private tilbud med indberetningspligt pr. 1. oktober 2022 indberettet deres budget for 2023 rettidigt til socialtilsynene. Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at niveauet for rettidigt indberettede budgetter fra private tilbud bør forbedres.

Andelen af private tilbud, der har indberettet rettidigt, varierer fra 76 pct. i Socialtilsyn Nord til 51 pct. i Socialtilsyn Syd, jf. figur 27. Der er således væsentlige forskelle på tværs af de fem socialtilsyn, hvor særligt niveauet i Socialtilsyn Syd er lavere end for de øvrige socialtilsyn.

Figur 27: Indberetning af budgetter fra private tilbud med indberetningspligt d. 1. oktober 2022



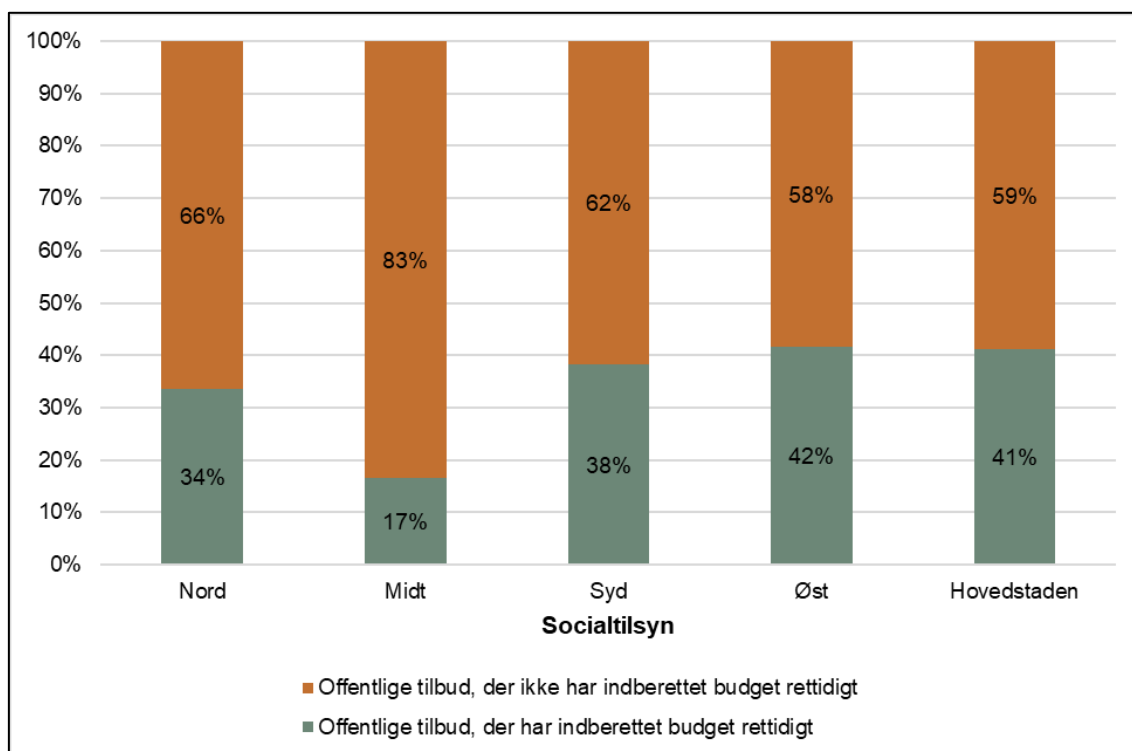
Kilde: data fra de fem socialtilsyn

To tredjedele af offentlige tilbud indberetter ikke budgetter inden for fristen

Blandt offentlige tilbud med indberetningspligt d. 15. november 2022 har 34 pct. af tilbuddene indberettet deres budget for 2023 rettidigt til socialtilsynene. Andelen af rettidigt indberettede budgetter varierer fra 17 pct. i Socialtilsyn Midt til 42 pct. i Socialtilsyn Øst, jf. figur 28.

Socialtilsyn Midt oplyser, at andelen af rettidigt indberettede budgetter fra offentlige tilbud i 2022 ikke afspejler det niveau, som de normalt oplever. Socialtilsyn Midt forklarer, at en del kommuner har haft problemer med fristen for indberetning af budget i 2022, da kommunerne som følge af inflation mv. blev enige om, at genberegne deres takster i november 2022. Dermed kunne tilbuddene ikke nå at udarbejde og indberette retvisende budgetter inden fristen d. 15. november 2022.

Figur 28: Indberetning af budgetter fra offentlige tilbud med indberetningspligt d. 15. november 2022



Kilde: data fra de fem socialtilsyn

Socialtilsynene oplyser, at når de private og offentlige tilbud ikke overholder fristen for indberetning af budgetter, skyldes det eksempelvis udfordringer med at sende budgettet korrekt via Tilbudsportalen. Socialtilsyn Hovedstaden angiver i deres årsrapport, at mange tilbud i 2022 er blevet bedt om at genindsende budgettet, fordi de har anvendt en forældet budgetskabelon³⁴.

Forskellige systematiske processer til indhentelse af budgetter på tværs af socialtilsynene

Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at alle fem socialtilsyn har en systematik til at indhente budgetter. Det er imidlertid Social- og Boligstyrelsens vurdering, at systematikkerne til at indhente og godkende budgetter er forskellige på tværs af de fem socialtilsyn, hvilket kan stille tilbud forskelligt afhængigt af, hvilket socialtilsyn de er underlagt.

Ved indhentelse af budgetter har socialtilsynene en systematisk, men uensartet praksis i forhold til (i) hvilke informationer, tilbud får forud for indberetning af budgetter, (ii) hvor hurtigt og ofte tilbud modtager rykkere, såfremt de ikke har indberettet budgettet rettidigt, og (iii) hvordan tilbud får information om, at deres budget er godkendt. Ved at koordinere og ensarte informationen på tværs af de fem socialtilsyn, er det Social- og Boligstyrelsens forventning, at en større andel af tilbud kan indberette budgetter inden for de lovfastsatte frister. Ved at ensarte informationsmaterialet får alle tilbud desuden samme forudsætninger og bliver mere lige stillet, uanset hvilket socialtilsyn de er underlagt. Social- og Boligstyrelsens Auditfunktion har derfor udgivet en faglig udtalelse i 2023, der anbefaler socialtilsynene at koordinere og ensarte information til tilbud i forbindelse med indhentning og godkendelse af budgetter.

³⁴ Årsrapport 2022 fra Socialtilsyn Hovedstaden.

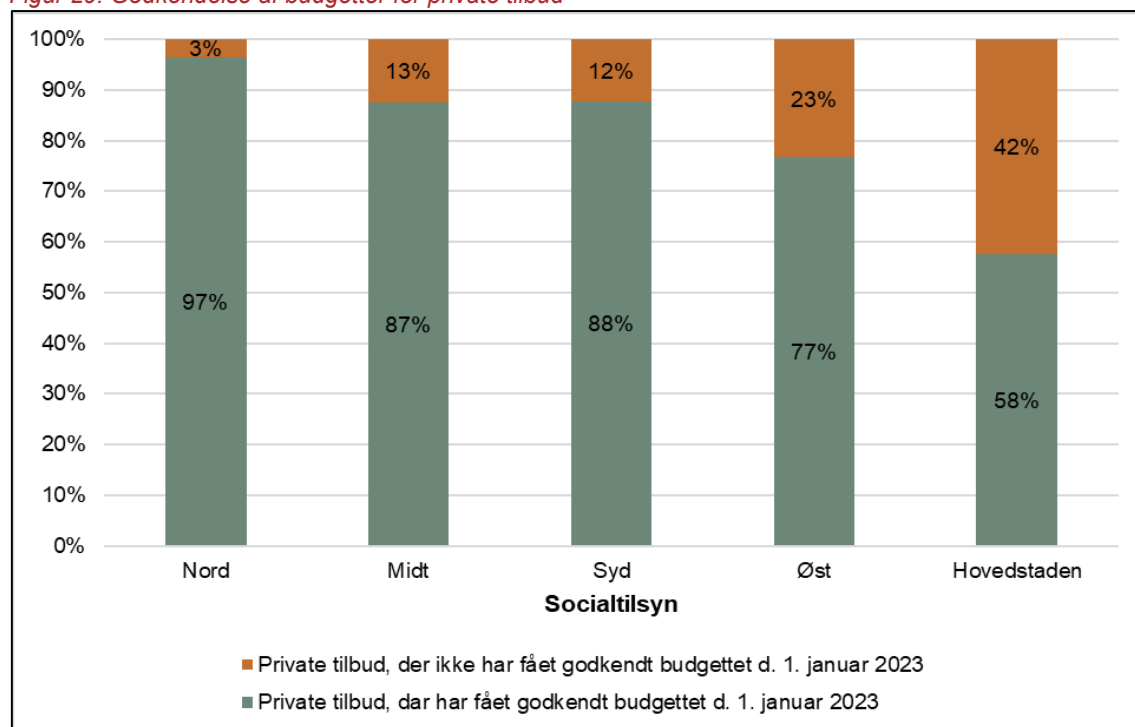
Socialtilsyn Hovedstaden og Socialtilsyn Øst godkender færre budgetter inden for fristerne

Årsbudgetter, som er indberettet til socialtilsynet inden d. 1. oktober, skal være godkendt af socialtilsynet senest 1. januar. Årsbudgetter, der er indberettet mellem 1. oktober og 15. november, skal være godkendt senest 1. april, medmindre konkrete forhold gør, at det ikke er muligt, jf. § 11 stk. 4 i bekendtgørelsen om socialtilsyn.

Det er Social- og Boligstyrelsens vurdering, at der er variation på tværs af socialtilsynene i forhold til hvor mange budgetter, der bliver godkendt inden hhv. 1. januar og 1. april.³⁵ Når ikke alle budgetter er godkendt inden for fristerne, kan det bl.a. skyldes, at der er konkrete forhold i tilbuddenes budgetter eller udfordringer med Tilbudsportalen, der gør, at det ikke har været muligt for socialtilsynene at godkende. Dette kan imidlertid også skyldes, at opgaven ikke bliver prioriteret, eller det kan indikere, at socialtilsynene har forskellige systematikker i processen for godkendelse af budgetter. Tilbud kan risikere at blive behandlet forskelligt afhængigt af, hvilket socialtilsyn de er underlagt. Socialtilsyn Hovedstaden har godkendt færrest budgetter inden hhv. 1. januar og 1. april efterfulgt af Socialtilsyn Øst. Dette ses af resultaterne nedenfor.

1. januar 2023 har socialtilsynene samlet set godkendt 77 pct. af alle årsbudgetterne fra private tilbud. På tværs af socialtilsynene varierer andelen af godkendte budgetter fra private tilbud fra 97 pct. i Socialtilsyn Nord til 58 pct. i Socialtilsyn Hovedstaden, jf. figur 29. Der er således stor forskel på tværs af de fem Socialtilsyn, hvor særligt Socialtilsyn Hovedstaden og Socialtilsyn Øst adskiller sig.

Figur 29: Godkendelse af budgetter for private tilbud



Anm: I figuren indgår alle private tilbud, uanset om de har indsendt budgettet rettidigt (dvs. inden 1. oktober 2022) eller ej. Socialtilsynenes skal godkende budgetter, der er modtaget til fristen (1. oktober 2022) inden d. 1. januar 2023.

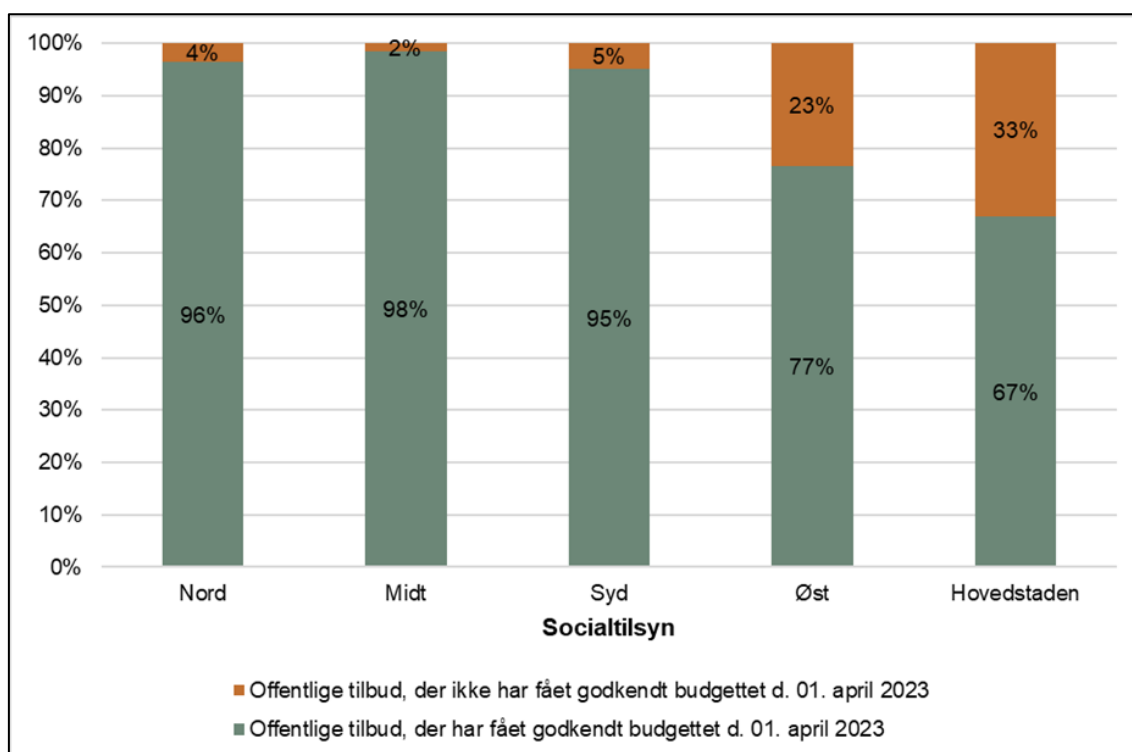
Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

³⁵ I forbindelse med indførelsen af specialistfunktionerne har Socialtilsyn Midt og Hovedstaden modtaget en større mængde nye tilbud i 2022, hvorfor der kan have været et øget tidsforbrug forbundet med at sætte sig ind i tilbuddenes økonomiske forhold.

Socialtilsynene har i alt godkendt 86 pct. af alle årsbudgetterne fra offentlige tilbud d. 1. april 2023. Andelen af godkendte budgetter varierer fra 98 pct. i Socialtilsyn Midt til 67 pct. i Socialtilsyn Hovedstaden.

Socialtilsyn Hovedstaden kan have et potentiale for i højere grad at godkende budgetter inden for fristerne. Social- og Boligstyrelsen opfordrer Socialtilsyn Hovedstaden til at have en opmærksomhed på, om deres systematik til budgetgodkendelse kan forbedres med henblik på at godkende budgetter hurtigere for private og offentlige tilbud.

Figur 30: Godkendelse af budgetter for offentlige tilbud



Anm: I figuren indgår alle offentlige tilbud, uanset om de har indsendt budgettet rettidigt (dvs. inden 15. november 2022) eller ej. Socialtilsynenes skal godkende budgetter, der er modtaget til fristen (15. november 2022) inden d. 1. april 2023. Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Af de rettidigt indberettede budgetter, som ikke var godkendt hhv. 1. januar for private tilbud eller 1. april for offentlige tilbud, oplyser socialtilsynene, at de i langt de fleste tilfælde er i dialog med tilbuddene om deres budgetter. At budgetterne ikke er godkendt skyldes eksempelvis fejl i de indberettede budgetter, behov for uddybende begrundelser fra tilbud, anvendelse af forkert budgetskelet, udfordringer med Tilbudsportalen samt ansøgning om væsentlige ændringer.

Mange manuelle processer for socialtilsynene ved indhentelse og godkendelse af budgetter

Når socialtilsynene modtager og skal godkende budgetter, er denne proces forbundet med mange manuelle opgaver. Alle tilbud skal uploade et budgetskelet i Excel-format til Tilbudsportalen, da der ikke er en digitaliseret løsning til indberetning af budget. Det betyder, at socialtilsynenes arbejde er forbundet med mange manuelle processer, som eksempelvis at hente og sammenligne budgetposterne med tidligere budgetposter, nøgletal mv.

Sammenhæng mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn på tilbudsområdet

Det fremgår af lov om socialtilsyn at tilbuddenes økonomi skal vurderes som led i tilbuddets samlede kvalitet. Det er derfor Social- og Boligstyrelsens faglige vurdering, at der bør være tæt samarbejde og koordinering mellem det økonomiske og det socialfaglige tilsyn. Social- og Boligstyrelsen har derfor undersøgt sammenhængen mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn gennem tre spørgsmål til tilsynskonsulenter, der fører tilsyn på tilbudsområdet. Spørgsmålene omfatter:

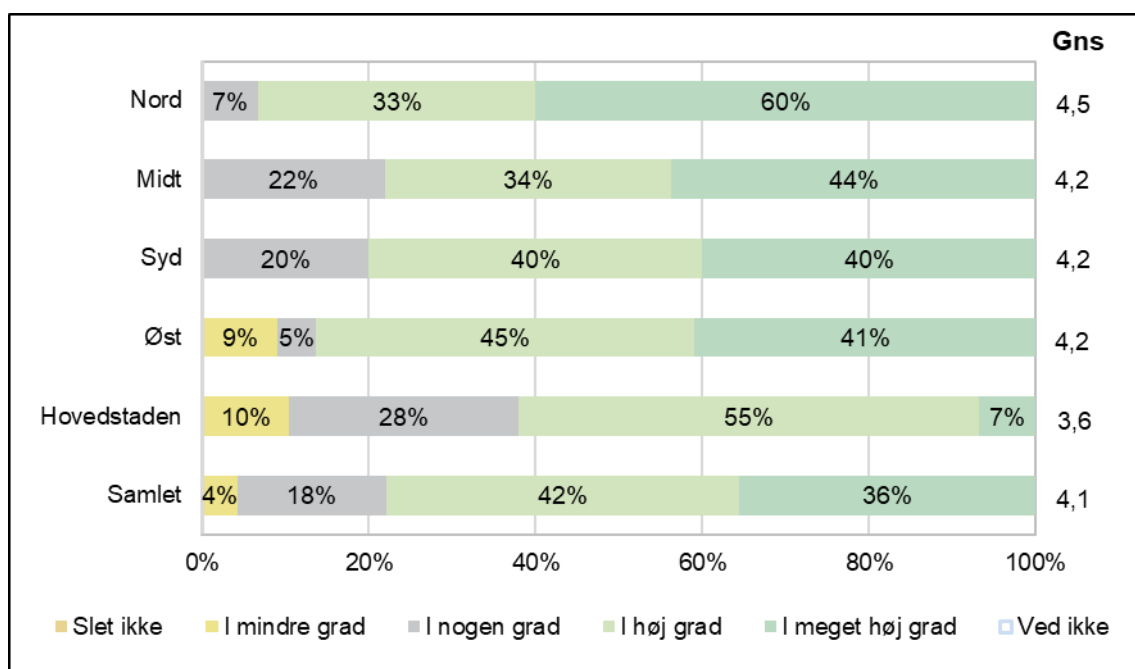
- om tilsynskonsulenterne er opdateret om økonomiske forhold forud for driftsorienteret tilsyn
- om der er tæt koordinering mellem det økonomiske og socialfaglige tilsyn
- om tilsynskonsulenterne bruger oplysninger fra økonomikonsulenter om økonomiske forhold i den samlede kvalitetsvurdering

Generelt højt niveau af samarbejde mellem økonomikonsulenter og tilsynskonsulenter i socialtilsynene, men med udfordringer i Socialtilsyn Hovedstaden

Social- og Boligstyrelsen vurderer, at der generelt er et højt niveau af samarbejde. I de fleste tilfælde mener tilsynskonsulenterne, at de enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" er opdaterede om økonomiske forhold, at der er en tæt koordinering, og at de bruger oplysninger om økonomiske forhold i den samlede kvalitetsvurdering af tilbud. Socialtilsyn Hovedstaden adskiller sig imidlertid fra de øvrige socialtilsyn og har et potentiale for forbedring.

I Socialtilsyn Hovedstaden svarer 38 pct. af tilsynskonsulenterne, at de "i mindre" eller "i nogen grad" er opdateret om økonomiske forhold forud for et økonomisk tilsyn, jf. figur 31. Der er således færre tilsynskonsulenter i Socialtilsyn Hovedstaden, der mener, at de "i høj grad" eller "meget høj grad" er opdaterede om økonomiske forhold forud for et driftsorienteret tilsyn end i de øvrige socialtilsyn. Særligt tilsynskonsulenter i Socialtilsyn Nord oplever "i høj grad" eller "meget høj grad" at være opdaterede (93 pct.).

Figur 31: Tilsynskonsulenternes oplevelse af at være opdateret om økonomiske forhold for tilbud forud for driftsorienteret tilsyn

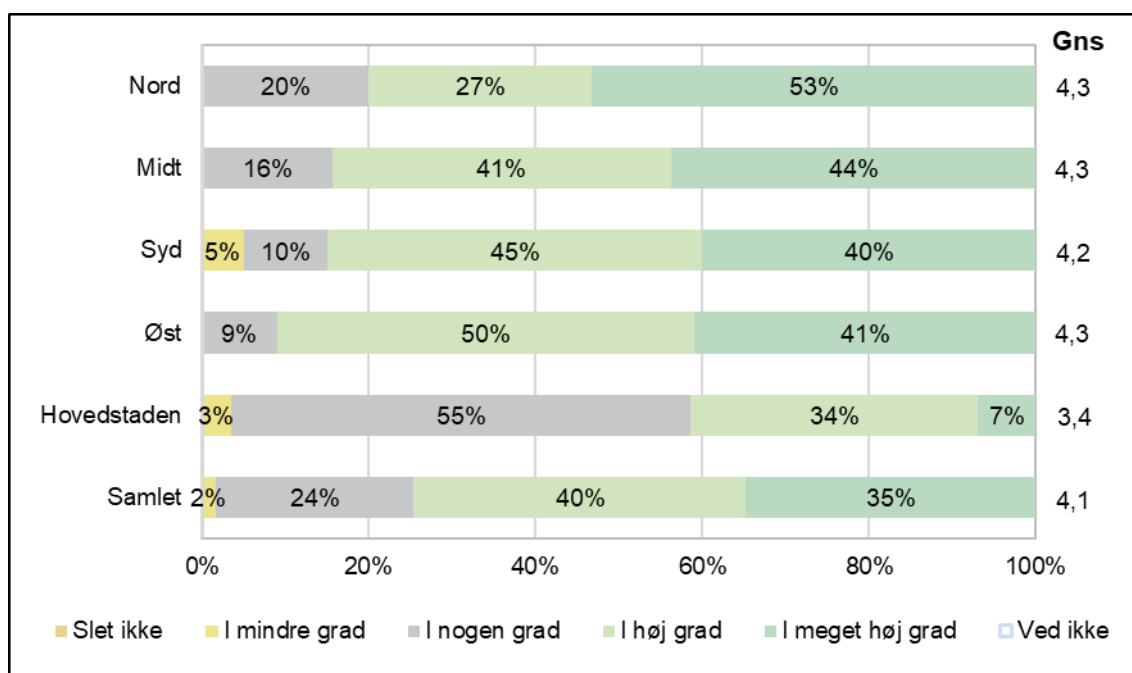


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Syd N=20, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt socialtilsynene.

Tilsynskonsulenter i Socialtilsyn Hovedstaden mener ikke i lige så høj grad som i de øvrige socialtilsyn, at der er tæt koordinering mellem det økonomiske og det socialfaglige tilsyn. I Socialtilsyn Hovedstaden mener 59 pct. af tilsynskonsulenterne, at der kun "i mindre grad" eller "nogen grad" er tæt koordinering, jf. figur 32. Dette adskiller sig væsentligt fra de øvrige socialtilsyn, hvor kun mellem 9 og 20 pct. af tilsynskonsulenterne mener, at der "i mindre grad" eller "nogen grad" er tæt koordinering.

Figur 32: Tilsynskonsulenternes vurdering af om der har været tæt koordinering mellem det økonomiske tilsyn og det socialfaglige tilsyn

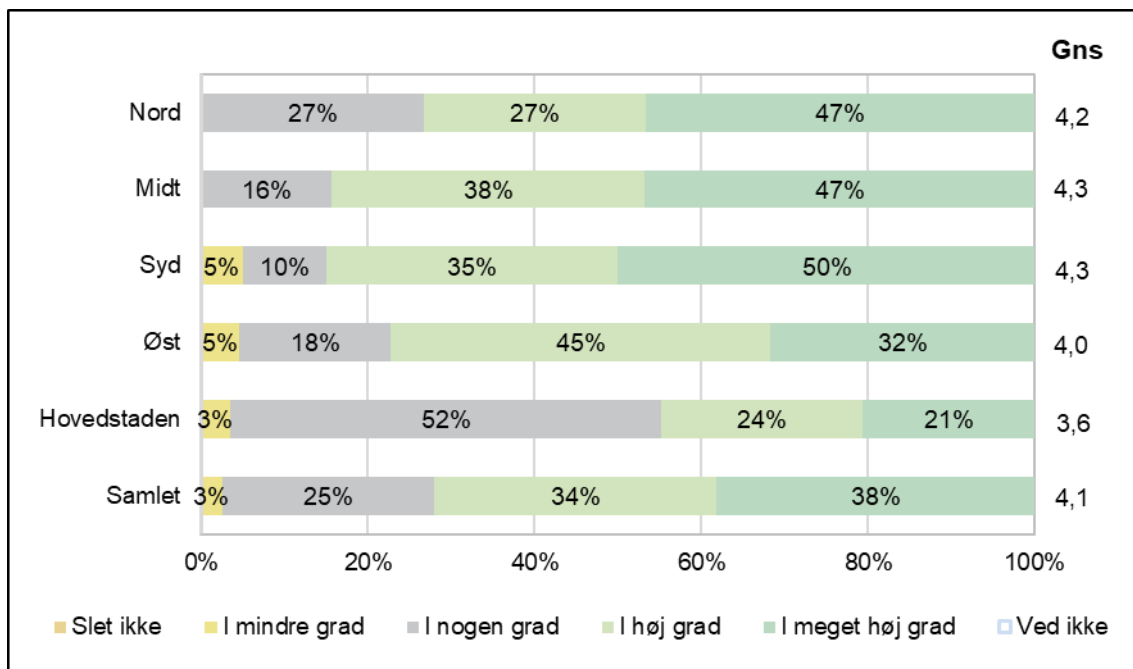


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Syd N=20, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt socialtilsynene.

I Socialtilsyn Hovedstaden vurderer 45 pct. af tilsynskonsulenterne, at de bruger oplysninger om økonomiske forhold i den samlede kvalitetsvurdering "i høj grad" eller "meget høj grad". I de øvrige fire socialtilsyn varierer andelen af tilsynskonsulenter, der "i høj grad" eller "meget høj grad" bruger oplysninger om økonomiske forhold i kvalitetsvurderingen af tilbud, fra 73 pct. til 85 pct. jf. figur 33.

Figur 33: Tilsynskonsulenternes vurdering af om oplysninger fra økonomikonsulenter om økonomiske forhold indgår i den samlede kvalitetsvurdering af tilbud



Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Syd N=20, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt socialtilsynene.

7. Socialtilsynenes viden og kompetencer

Auditfunktionen skal understøtte, at socialtilsynene har relevant viden om økonomi, jura, pædagogik og sociale metoder – herunder domænefaglig viden om blandt andet målgrupper, metoder og indsatser – svarende til de opgaver medarbejderne skal udføre. Auditfunktionen ønsker at forstærke dette fokus fremadrettet med henblik på at understøtte socialtilsynene som vidensorganisationer, hvor vidensopbygning og samarbejde blandt medarbejderne anses som en væsentlig forudsætning for kvalitet i opgaveløsningen.

I spørgeskemaundersøgelsen er tilbud og plejefamilier blevet spurgt til deres oplevelse af tilsynskonsulenternes viden og kompetencer, ligesom tilsynskonsulenterne selv har vurderet deres viden og kompetencer. Som nævnt i indledningen fremgår der i figurerne ikke resultater fra tilsynskonsulenter i Socialtilsyn Syd. Tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd er blevet adspurgt i et gruppeinterview, mens tilsynskonsulenter fra de andre socialtilsyn har besvaret et anonymt spørgeskema, jf. bilag 6.

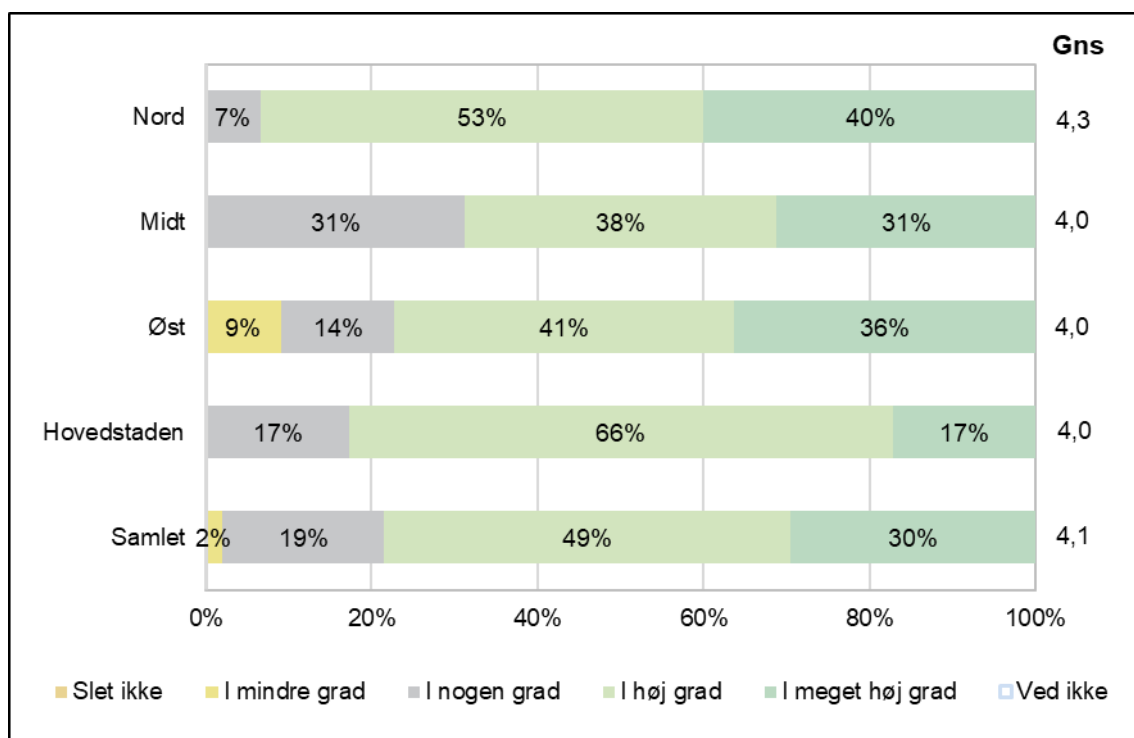
Viden om målgrupper

Tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet oplever i højere grad at have den fornødne viden end tilsynskonsulenter på tilbudsområdet

Social- og Boligstyrelsens Auditfunktion har spurgt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet i hvilken grad, de oplever at have den fornødne viden om målgrupper i tilbud, de fører tilsyn med. På tværs af socialtilsynene vurderer mellem 69 og 93 pct. af tilsynskonsulenterne, at de enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om målgrupper i tilbud, de fører tilsyn med, jf. figur 34 nedenfor. Samtidig er Socialtilsyn Øst det eneste socialtilsyn, hvor tilsynskonsulenter angiver, at de oplever "i mindre grad" at have den fornødne viden om målgrupper i tilbud, de fører tilsyn med (9 pct.).

Ved gruppeinterview i Socialtilsyn Syd giver tilsynskonsulenterne udtryk for, at de oplever at have den fornødne viden om målgrupper.

Figur 34: Tilsynskonsulenter på tilbudsområdets oplevelse af at have den fornødne viden om målgrupper

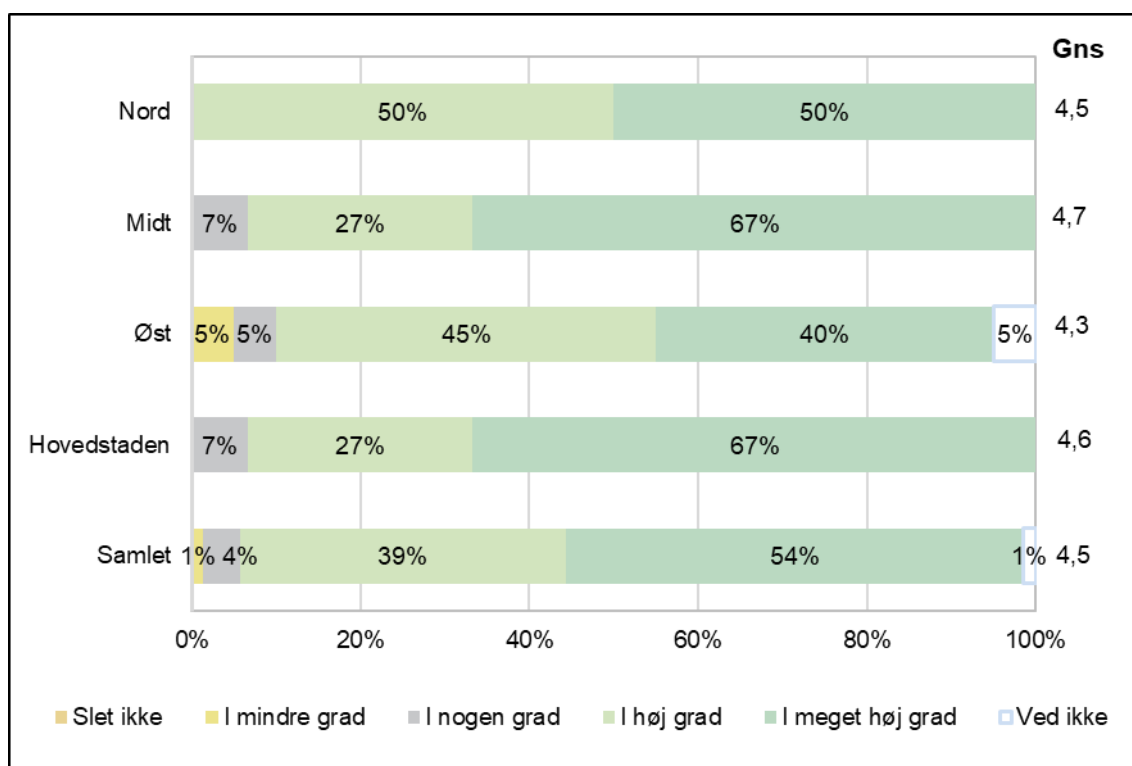


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet.

Ser man på samme spørgsmål blandt tilsynskonsulenter, der fører tilsyn med plejefamilier, er svarene lidt anderledes end på tilbudsområdet, som det ses i figur 35 nedenfor. Blandt tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet oplever mellem 85 og 100 pct., at de enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om målgrupper i plejefamilier. I den modsatte ende oplever mellem 0 og 5 pct. af tilsynskonsulenterne, at de i mindre grad har den fornødne viden om målgrupper i plejefamilier. Det eneste socialtilsyn, hvor tilsynskonsulenterne har angivet "i mindre grad" at have den fornødne viden om målgrupper i plejefamilier, er Socialtilsyn Øst.

Figur 35: Tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet oplevelse af at have den fornødne viden om målgrupper i plejefamilier



Anm.: Socialtilsyn Nord N=20, Socialtilsyn Midt N=20, Socialtilsyn Øst N=20, Socialtilsyn Hovedstaden N=15. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet.

Ved gruppeinterview i Socialtilsyn Syd giver tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet udtryk for at have den fornødne viden om målgrupper, ligesom det var tilfældet på tilbudsområdet.

Tilbuddene og plejefamilierne er også blevet spurgt ind til deres oplevelse af, hvorvidt tilsynskonsulenterne har den fornødne viden. En stor del oplever ligeledes, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om målgrupper i tilbud eller om anbragte børn i plejefamilier. Tilbud og plejefamiliers svar kan ses i bilag 5.

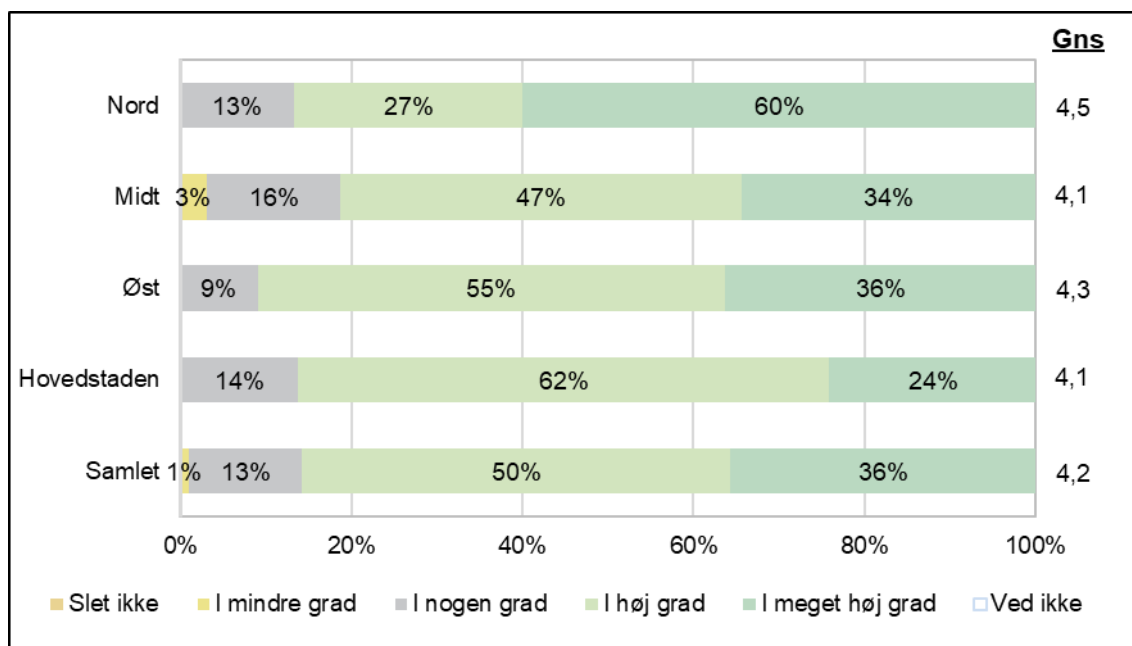
Viden om tilbudstyper

Tilsynskonsulenter oplever at have den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med

Tilsynskonsulenterne er også blevet spurgt ind til, om de har den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med. Også her er der en vis variation i svarene på tværs af socialtilsynene. På tværs af socialtilsynene oplever mellem 81 og 91 pct. af tilsynskonsulenterne, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med. Mellem 9 og 16 pct. af tilsynskonsulenterne oplever, at de "i nogen grad" har den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med. Socialtilsyn Midt er det eneste socialtilsyn, hvor tilsynskonsulenter har angivet "i mindre grad" at have den fornødne viden om tilbudstyper. Det er dog kun én tilsynskonsulent, der har svaret sådan, hvorfor dette ikke anses for at være en generel oplevelse blandt tilsynskonsulenterne.

Da niveauet for svarene generelt er højt, konkluderer Social- og Boligstyrelsen, at tilsynskonsulenter generelt oplever at have den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med. Samtidig er det imidlertid væsentligt at påpege, at 13 pct. af tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet på landsplan kun "i nogen grad" oplever at have den fornødne viden om tilbudstyper.

Figur 36: Tilsynskonsulenter på tilbudsområdets oplevelse af at have den fornødne viden om de tilbudstyper, de fører tilsyn med



Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet.

Viden om faglige tilgange og metoder

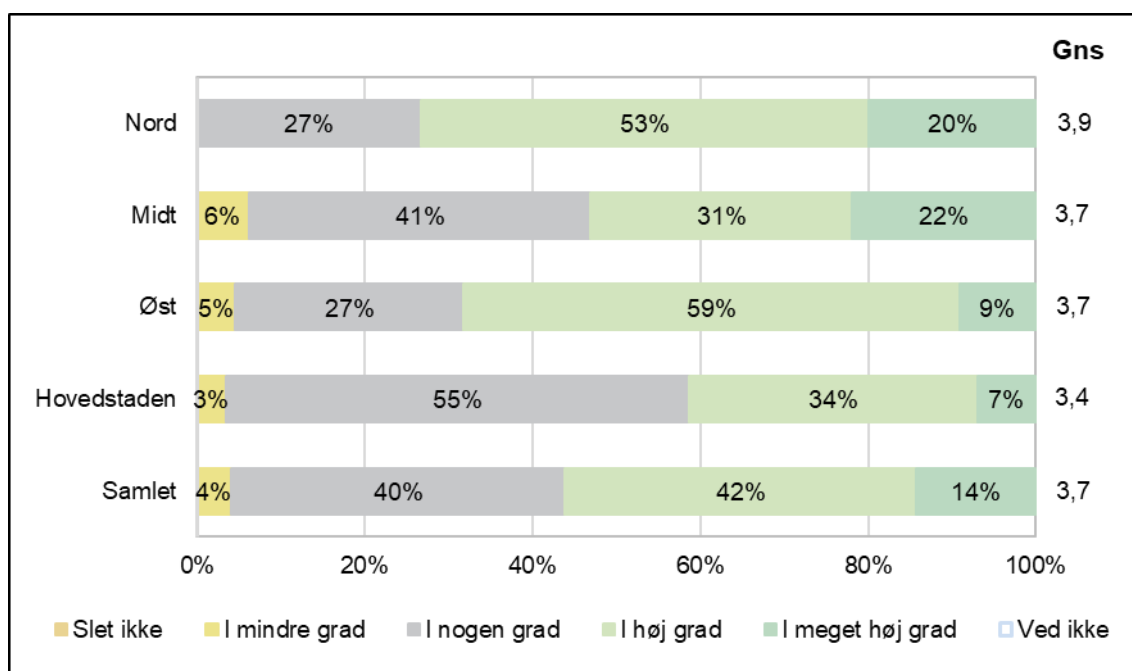
Tilsynskonsulenter mener i varierende grad, at de har viden om relevante faglige tilgange og metoder

Tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet er blevet adspurgt, i hvilken grad de oplever at have den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i tilbud, de fører tilsyn med. På tværs af socialtilsynene vurderer mellem 41 og 73 pct. af tilsynskonsulenterne, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i tilbud. Samtidig vurderer mellem 27 og 55 pct. af tilsynskonsulenterne, at de kun "i nogen grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i tilbud.

I Socialtilsyn Syd, hvor der blev foretaget et gruppeinterview, er det ikke alle tilsynskonsulenter, der mener, at de behøver yderligere viden om relevante faglige tilgange og metoder, da de foretager tilsyn med kvaliteten og ikke tilgange og metoder. De mener i stedet, at deres kompetencer ligger på selve tilsynsfagligheden og ser det som deres opgave at føre tilsyn med, hvorvidt tilbud løfter opgaven.

Tilbuddenes svar, som kan ses i bilag 5, er generelt mere ensartede og positive end tilsynskonsulenternes.

Figur 37: Tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet oplevelse af at have den fornødne viden om relevante faglige tilgange om metoder i tilbud

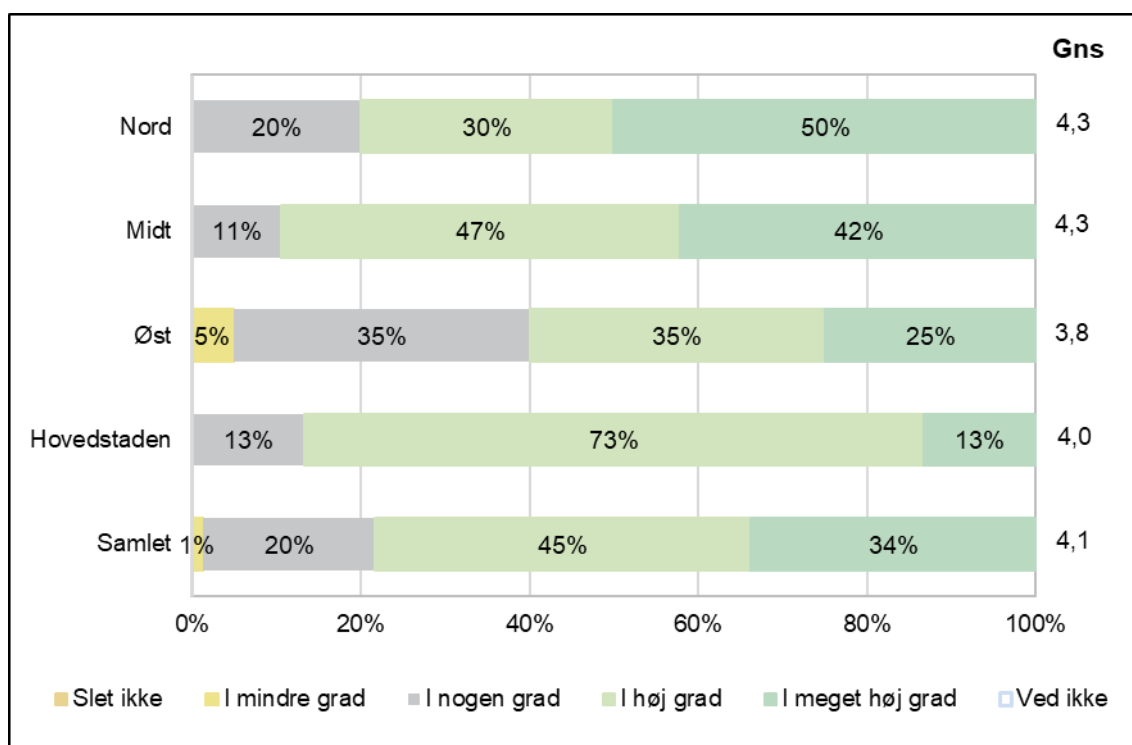


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet.

Tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet er blevet adspurgt, i hvilken grad de oplever at have den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i plejefamilier. Andelen af tilsynskonsulenter, der vurderer, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder, svinger på tværs af socialtilsynene mellem 60 og 86 pct. Tendensen er dog nogenlunde den samme som på tilbudsområdet, hvor spændet ligeledes var stort. Derudover har Socialtilsyn Øst, som det eneste socialtilsyn, tilsynskonsulenter, der vurderer, at de "i mindre grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i plejefamilier.

Figur 38: Tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet oplevelse af at have den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder i plejefamilier



Anm.: Socialtilsyn Nord N=20, Socialtilsyn Midt N=20, Socialtilsyn Øst N=20, Socialtilsyn Hovedstaden N=15. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet

Tilsynskonsulenternes svar angående fornøden viden om relevante faglige tilgange og metoder i plejefamilierne er noget mere forskelligartede end plejefamiliernes svar, som kan ses i bilag 5.

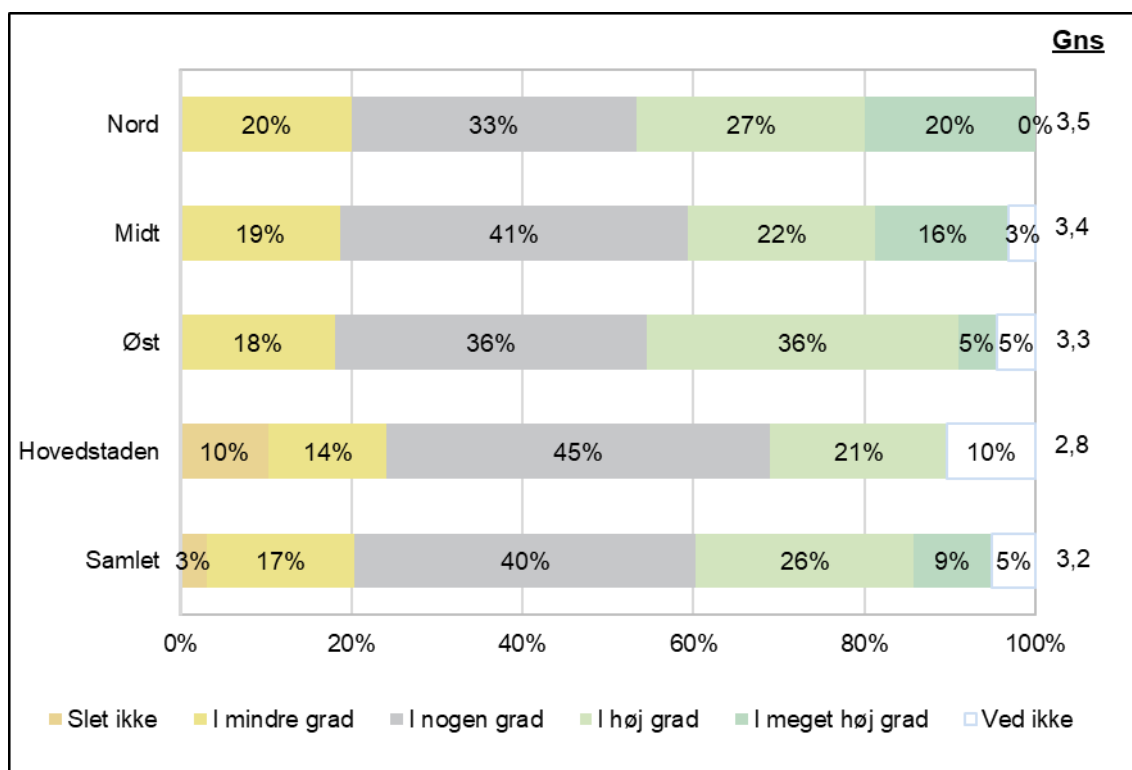
Kompetenceudvikling

Særligt tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet oplever ikke at få den nødvendige kompetenceudvikling

Endelig er tilsynskonsulenterne på både tilbuds- og plejefamilieområdet blevet spurgt til deres oplevelse af, hvorvidt de får den nødvendige kompetenceudvikling.

Generelt ligger besvarelserne lavt fra tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet angående deres oplevelse af at få den nødvendige kompetenceudvikling. Kun mellem 21 og 47 pct. af tilsynskonsulenterne på tværs af de fire socialtilsyn oplever, at de "i høj grad" eller "i meget høj grad" får den nødvendige kompetenceudvikling, mens mellem 18 og 24 pct. mener, at de "slet ikke" eller "i lav grad" får den nødvendige kompetenceudvikling. Derudover mener mellem 33 og 45 pct., at de "i nogen grad" får den nødvendige kompetenceudvikling.

Figur 39: Tilsynskonsulenter på tilbudsområdets oplevelse af at få den nødvendige kompetenceudvikling

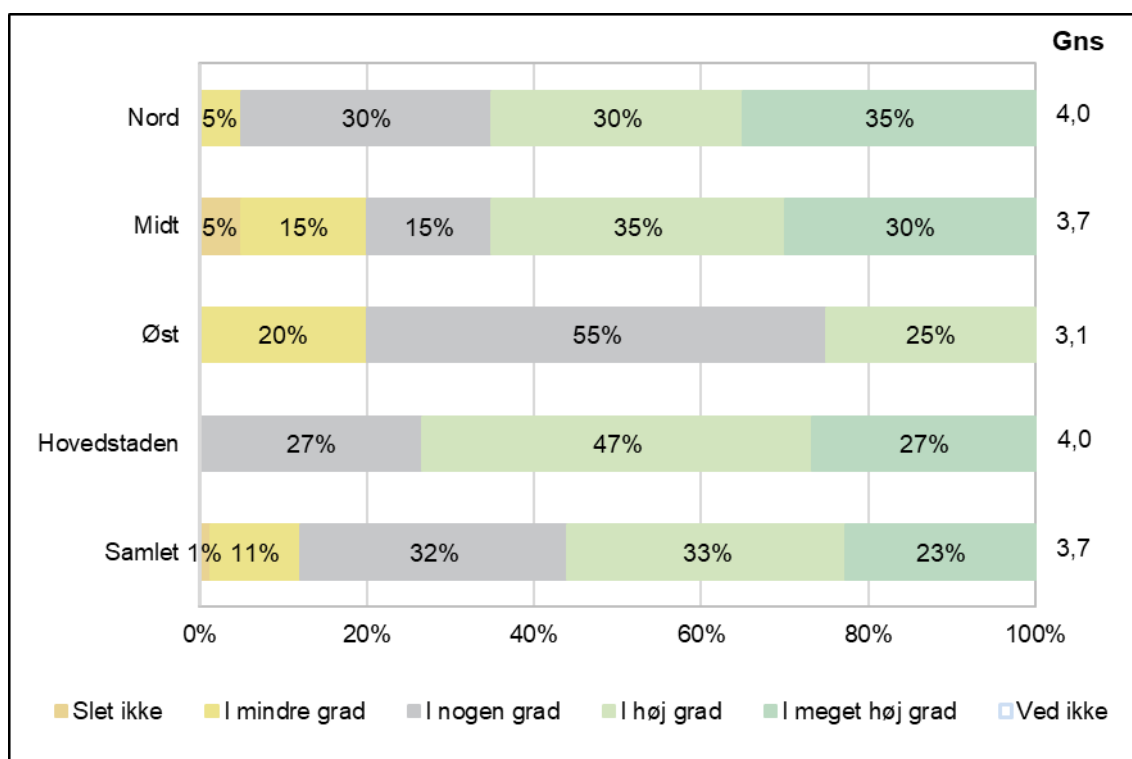


Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N=32, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på tilbudsområdet.

Svarene blandt tilsynskonsulenterne på plejefamilieområdet er mere differentierede end svarene blandt tilsynskonsulenterne på tilbudsområdet. Besvarelserne kan dog tolkes mere positivt, da der på plejefamilieområdet generelt er færre tilsynskonsulenter, der svarer, at de "slet ikke" eller "i mindre grad" oplever at få den nødvendige kompetenceudvikling. Socialtilsyn Øst skiller sig ud ved at være det eneste socialtilsyn, hvor ingen tilsynskonsulenter vurderer, at de "i meget høj grad" får den nødvendige kompetenceudvikling. Derudover er Socialtilsyn Midt det eneste tilsyn, hvor en tilsynskonsulent vurderer, at de "slet ikke" får den nødvendige kompetenceudvikling (5 pct.). Desuden svarer hhv. 15 og 20 pct. af tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Midt og Socialtilsyn Øst, at de "i mindre grad" får den nødvendige kompetenceudvikling.

Figur 40: Tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet oplevelse af at få den nødvendige kompetenceudvikling



Anm.: Socialtilsyn Nord N=20, Socialtilsyn Midt N=20, Socialtilsyn Øst N=20, Socialtilsyn Hovedstaden N=15. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet.

På baggrund af ovenstående konkluderer Social- og Boligstyrelsen, at niveauet for tilsynskonsulenternes besvarelser angående kompetenceudvikling generelt er lavt. På tilbudsområdet skiller Socialtilsyn Hovedstaden sig negativt ud, mens det på plejefamilieområdet er Socialtilsyn Øst og Socialtilsyn Midt. Overordnet er niveauet lidt bedre på plejefamilieområdet end det er på tilbudsområdet, men generelt oplever en stor andel af tilsynskonsulenterne ikke at få den nødvendige kompetenceudvikling. Det bør bemærkes, at besvarelserne fra tilsynskonsulenterne kan afspejle forskellige faglige tilgange i de enkelte socialtilsyn, samt at tilsynskonsulenterne kan have besvaret spørgsmålet med udgangspunkt i den faglige praksis, der er i det pågældende socialtilsyn.

Generelt udtrykker tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd i gruppeinterviewet stor tilfredshed og mener, at de har gode muligheder for kompetenceudvikling. De fortæller samstemmende, at der er rig mulighed for både kurser og efteruddannelse. Generelt havde tilsynskonsulenterne den opfattelse, at alle kan ansøge om kurser, og at de så længe, kurset er relevant, bliver bevilget det.

Tilsynskonsulenterne efterspørger primært kompetencer på tre områder

I forbindelse med undersøgelsen af tilsynskonsulenternes kompetencer, er tilsynskonsulenterne blevet spurgt ind til, på hvilke områder de efterspørger kompetenceudvikling, samt på hvilke områder de oplever at mangle faglig eller metodisk viden. Områderne, hvor tilsynskonsulenterne efterspørger kompetenceudvikling, og områderne hvor de oplever at

mangle faglig eller metodisk viden, er overlappende. I alt er der via spørgeskemaerne kommet 103 svar angående kompetencer. Generelt kan de opdeles i tre kategorier.

Det første område, som lidt under halvdelen, nemlig 45 tilsynskonsulenter har beskrevet, er metoder og tilgange. Her efterspørger tilsynskonsulenterne eksempelvis viden om faglige og pædagogiske metoder, så som traumebehandling og mentalisering. I forhold til tilsynsfaglige metoder efterspørgeres for eksempel samtale- og interviewteknik, observation, undersøgelsesdesign samt dokumentations- og registreringsmetoder. Derudover efterspørgeres også viden om risikovurdering og risikoparametre.

Det andet område vedrører målgrupper, som 29 tilsynskonsulenter har nævnt i deres besvarelser. Tilsynskonsulenterne oplever i nogen grad at mangle og efterspørger derfor viden om psykiatriområdet, udviklingsforstyrrelser (herunder autisme og opmærksomhedsforstyrrelser), misbrugsområdet, tilknytningsudfordringer og det psykologiske felt generelt.

Endelig er der fra 10 tilsynskonsulenter et ønske om faglig og metodisk viden inden for lovgivningsområdet. Der efterspørgeres viden om konkret lovgivning, forvaltning, juridisk viden ift. krav og forventninger til tilbud og plejefamilier, samt hvordan man etisk forsvarligt fører kontrol og skaber udvikling. Derudover er der enkelte, der ytrer ønske om kompetenceudvikling inden for faglig formidling, herunder skriftlig formulering samt udformning af tilsynsrapporter.

8. Klagesager og klagesagsbehandling

Socialtilsynets afgørelser kan påklages til Ankestyrelsen, jf. socialtilsynslovens § 19. I 2022 modtog Ankestyrelsen 38 klagesager fra de fem socialtilsyn om afgørelser truffet efter lov om socialtilsyn, og der blev realitetsbehandlet og truffet afgørelse i 48 sager på området.

Afgørelserne i 2022 fordeler sig således:

Tabel 10: Afgørelser efter socialtilsynsloven truffet af Ankestyrelsen i 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Afgørelser i alt	6	15	7	8	12	48
Stadfæstet	4	12	5	7	9	37
Ændret/ophævet	1	1	2	-	1	5
Hjemvist	1	2	-	1	2	6

Kilde: Data fra Ankestyrelsen

En tredjedel af det samlede antal afgjorte klagesager fra socialtilsynene handlede om ophør af godkendelse som plejefamilier. De øvrige sager om plejefamilier, svarende til omkring 20 procent af det samlede antal afgjorte sager, handlede om afslag på godkendelse, afslag på ændringer i godkendelsen og påbud. En enkelt sag har handlet om klage over socialtilsynets sagsbehandling.

Klagesager relateret til tilbud har primært handlet om påbud, skærpet tilsyn, ophør af godkendelse, ændringer i godkendelsen og takster. Derudover har der været enkelte sager om ændringer af vedtægter, årsbudget og partsstatus.

I 2022 har Ankestyrelsen ikke truffet afgørelser om aktindsigt efter offentlighedsloven for så vidt angår socialtilsynet.

Ved udgangen af 2022 havde Ankestyrelsen 20 verserende sager, som fordeler sig således:

Tabel 11: Verserende klagesager i Ankestyrelsen pr. 31. december 2022

	Antal
<i>Nord</i>	5
<i>Midt</i>	3
<i>Syd</i>	1
<i>Øst</i>	4
<i>Hst.</i>	7

Kilde: Data fra Ankestyrelsen

Efter retssikkerhedslovens § 76 har Ankestyrelsen pligt til på landsplan at koordinere praksis. Som led i vejledningen om praksis offentliggør Ankestyrelsen principafgørelser.

Offentliggørelsen sker i Ankestyrelsens principmeddelelser. Alle principmeddelelserne kan ses i Ankestyrelsens principdatabase og Retsinformation.

I 2022 har Ankestyrelsen i forhold til socialtilsynene offentliggjort principmeddelelse 4-22, som vedrører tv-overvågning og socialtilsynets kompetence.

Der er nu i alt 11 offentliggjorte principmeddelelser på området. Principmeddelelserne er offentliggjorte anonymiserede afgørelser, som er en bindende retskilde for socialtilsynene. Socialtilsynene skal derfor anvende Ankestyrelsens principmeddelelser ved senere afgørelser i tilsvarende sager.

Andre aktiviteter

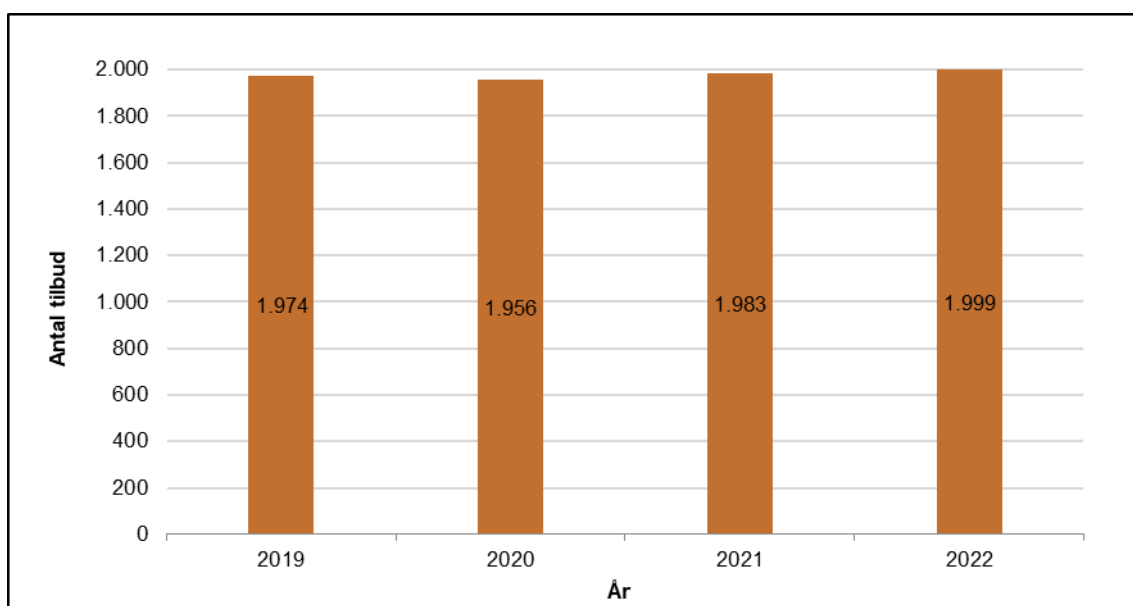
Ankestyrelsen deltager i en række samarbejds møder og er løbende i dialog med Social- og Boligstyrelsen om udviklingen på området. Denne dialog har til formål at understøtte Ankestyrelsens rolle som klageinstans og praksisdannende myndighed og Socialstyrelsens rolle som auditfunktion.

Ankestyrelsen vejleder også løbende om en række spørgsmål inden for lov om socialtilsyn.

Bilag 1: Socialtilsynenes opgaveportefølje

I dette bilag præsenteres udviklingen i det samlede antal tilbud fra 2019 til 2022.

Figur 41: Udviklingen i antal tilbud, 2019-2022



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn for perioden 2019 til 2021. For 2022 er data fra Tilbudsportalen 31.12.22

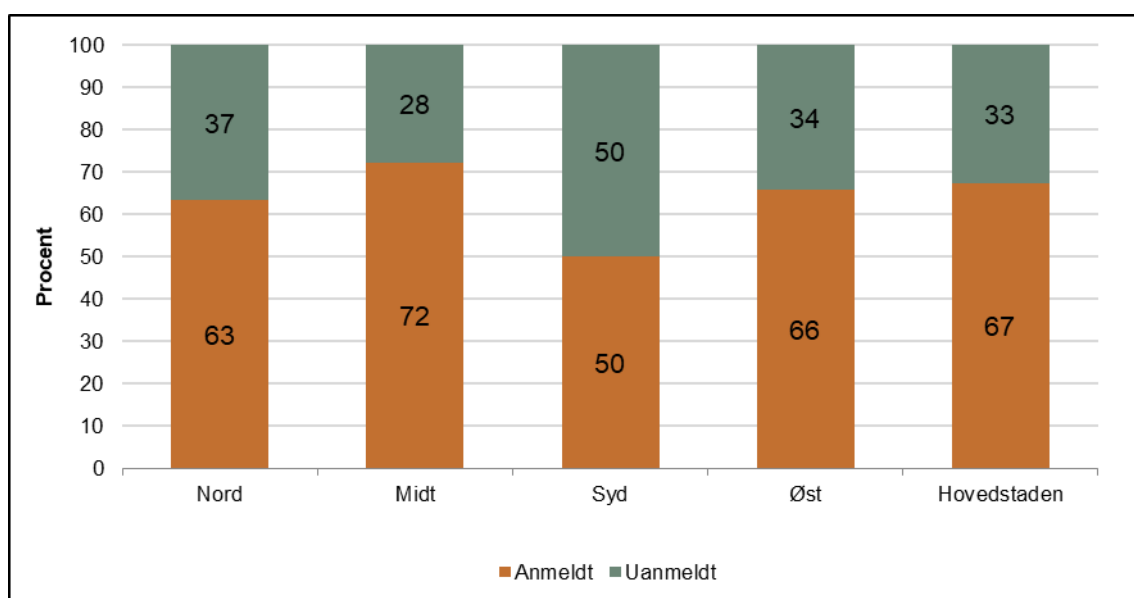
Bilag 2: Kontrol og udvikling

Anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg på tilbudsområdet

I dette bilag fremgår resultater om anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg i 2022 og i perioden 2019-2022 for tilbud og plejefamilier.

På tilbudsområdet aflægger Socialtilsyn Syd væsentligt flere uanmeldte tilsynsbesøg end de øvrige socialtilsyn, svarende til 50 pct. af tilsynsbesøgene i 2022, mens andelen af uanmeldte tilsynsbesøg i de andre fire socialtilsyn ligger mellem 28 og 37 pct. i 2022.

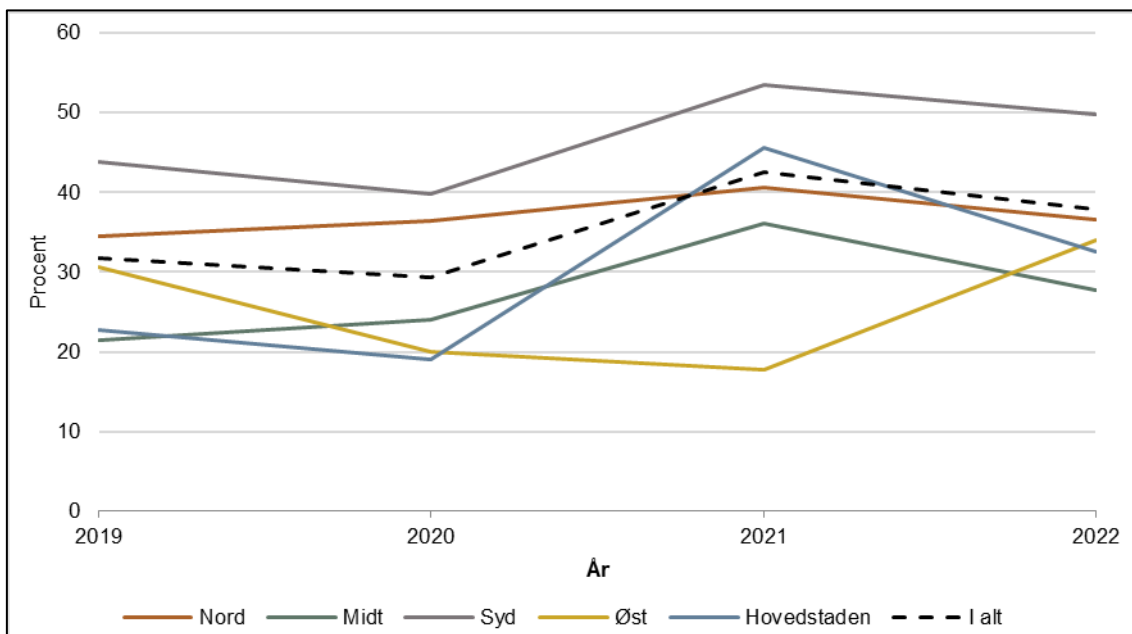
Figur 42: Andelen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg ved driftsorienteret tilsyn og godkendelser på tilbudsområdet, 2022 (pct.)



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn

Set over en fireårig periode er niveauet af uanmeldte tilsynsbesøg steget siden 2019, hvor niveauet lå på 32 pct. uanmeldte tilsynsbesøg på landsplan, mens niveauet i 2022 ligger på 38 pct., jf. figur 43. Der er imidlertid fortsat variationer på tværs af socialtilsynene. Socialtilsyn Syd har gennem hele perioden haft det højeste niveau af uanmeldte tilsynsbesøg.

Figur 43: Udviklingen i andelen af uanmeldte tilsynsbesøg ved driftsorienteret tilsyn og godkendelser på tilbudsområdet fordelt på de fem socialtilsyn, 2019-2022 (pct.)



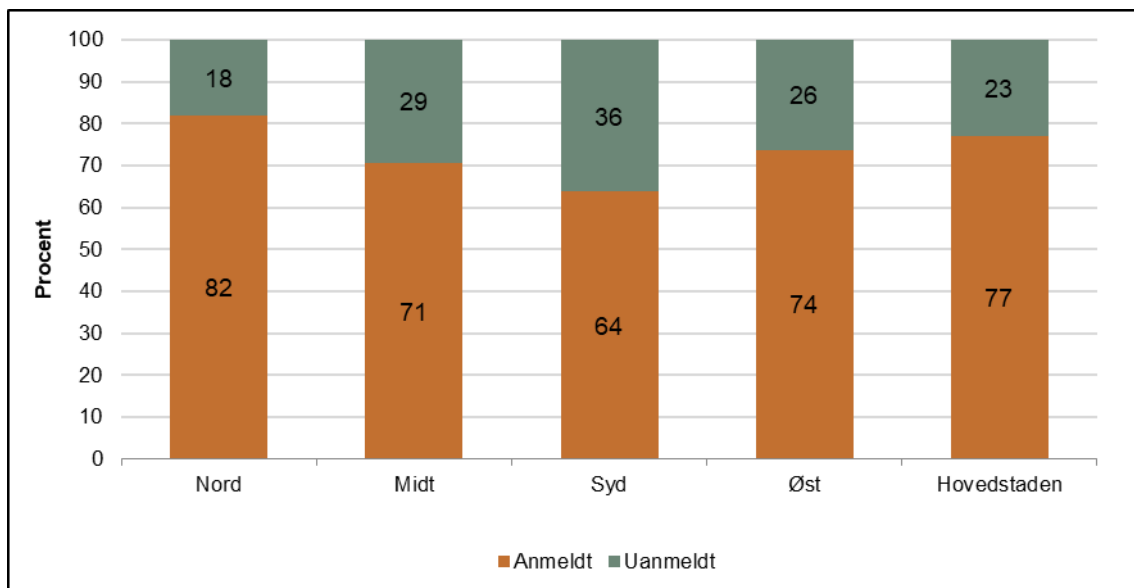
Kilde: Data fra de fem socialtilsyn.

Anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg på plejefamilieområdet

Ligesom på tilbudsområdet er der på plejefamilieområdet forskelle på tværs af socialtilsynene i deres anvendelse af uanmeldte tilsynsbesøg, jf. figur 44 og 45.

Forskellene mellem socialtilsynene er ikke så store som på tilbudsområdet, men Socialtilsyn Syd aflægges også i plejefamilier flere uanmeldte tilsynsbesøg end de øvrige socialtilsyn. Omvendt har Socialtilsyn Nord aflagt færrest uanmeldte tilsynsbesøg i 2022, jf. figur 44.

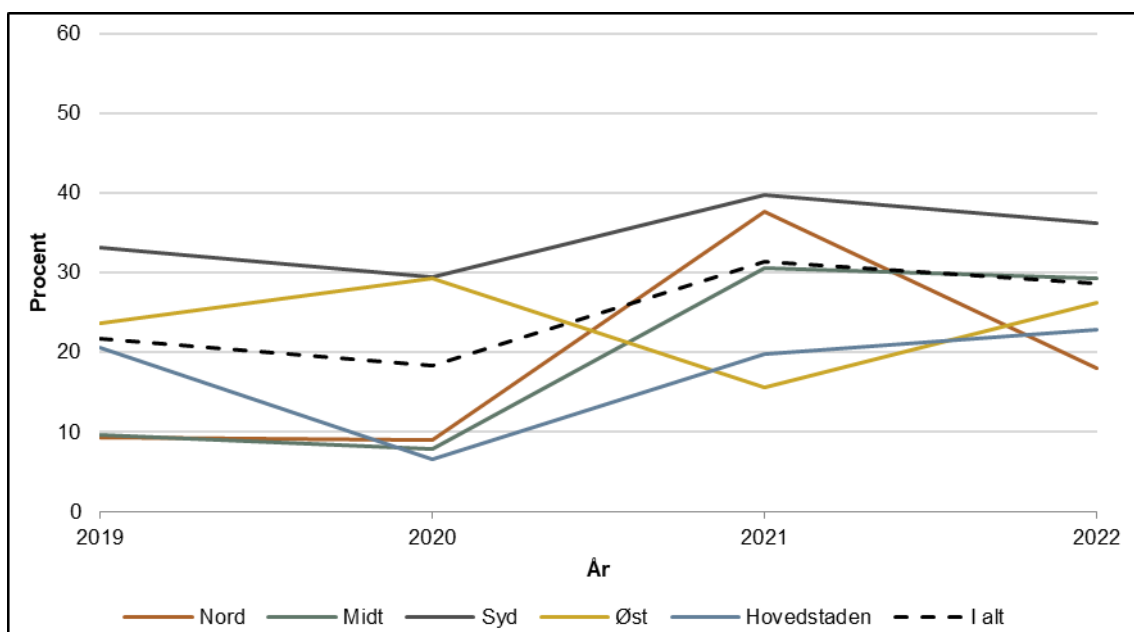
Figur 44: Andelen af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg ved driftsorienteret tilsyn og godkendelser på plejefamilieområdet, 2022 (pct.)



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn.

Set over en fireårig periode er niveauet af uanmeldte tilsynsbesøg steget fra 22 pct. i 2019 til 29 pct. i 2022, jf. figur 45. Selvom der observeres en stigende anvendelse af uanmeldte tilsynsbesøg, er niveauet af uanmeldte besøg fortsat lavere end på tilbudsområdet. Derudover har Socialtilsyn Syd generelt et højere niveau af uanmeldte tilsynsbesøg.

Figur 45: Udviklingen i andelen af uanmeldte tilsynsbesøg ved driftsorienteret tilsyn og godkendelser på plejefamilieområdet fordelt på de fem socialtilsyn, 2019-2022 (pct.)



Kilde: Data fra de fem socialtilsyn.

Registrerede interviewkilder

I dette bilag fremgår de procentvise fordelinger af registrerede interviewkilder på tilbuds- og plejefamilieområdet i 2022.

Tabel 12 nedenfor viser fordelingen af interviewkilder i procent på tilbudsområdet, mens tabel 13 viser fordelingen på plejefamilieområdet i 2022.

Tabel 12: Fordeling af interviewkilder på tilbudsområdet (i procent) for de fem socialtilsyn, 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Bestyrelse	0%	3%	1%	2%	3%	2%
Borgere	27%	25%	26%	28%	27%	26%
Ledelse	30%	31%	33%	31%	29%	31%
Medarbejdere	28%	29%	35%	30%	30%	31%
Pårørende	7%	9%	2%	3%	5%	5%
Anbringende kommune	5%	2%	3%	4%	4%	4%
Andre fagpersoner	1%	2%	1%	1%	1%	1%
Øvrige interviewkilder	1%	1%	0%	1%	0%	1%

Anm.: Nygodkendte tilbud i 2022 og interviews foretaget hos disse er ikke inkluderet.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn og Tilbudsportalen 31.12.2022

Tabel 13: Fordeling af interviewkilder på plejefamilieområdet (i procent) for de fem socialtilsyn, 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Andre fagpersoner	7%	1%	0%	4%	1%	3%
Andre pårørende	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Biologiske forældre	2%	0%	0%	1%	4%	1%
Egne børn	1%	3%	6%	4%	5%	4%
Familieplejekonsulent	12%	8%	0,6%	19%	24%	11%
Plejebørn	24%	24%	29%	24%	22%	25%
Plejeforældre	37%	54%	62%	41%	36%	47%
Sagsbehandler	17%	10%	1,0%	6%	7%	8%
Øvrige interviewkilder	0%	0%	1%	1%	0%	0%

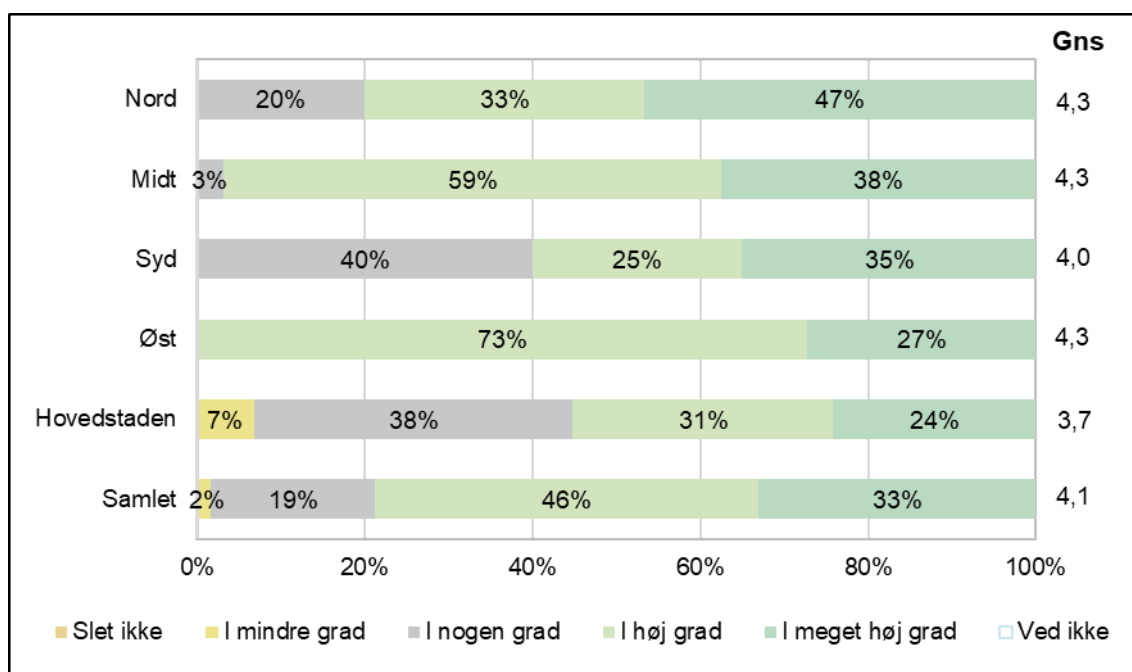
Anm.: Nygodkendte tilbud i 2022 og interviews foretaget hos disse er ikke inkluderet.

Kilde: Data fra de fem socialtilsyn og Tilbudsportalen 31.12.2022

Tilsynskonsulenternes oplevelse af bidrag til udvikling af kvalitet i tilbud og plejefamilier

Figur 46 viser tilsynskonsulenternes oplevelse af, at de bidrager til udvikling af kvalitet i tilbud, mens figur 47 nedenfor viser tilsvarende på plejefamilieområdet.

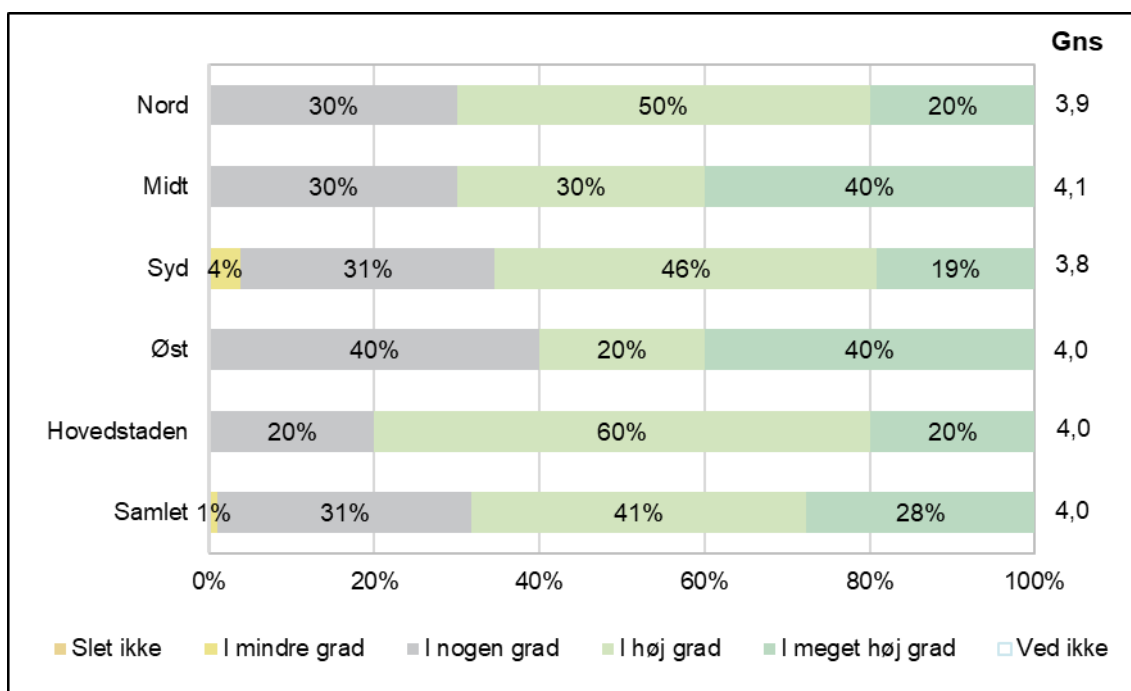
Figur 46: Tilsynskonsulenternes oplevelse af, at de bidrager til udviklingen af kvaliteten i tilbud



Anm.: Socialtilsyn Nord N=15, Socialtilsyn Midt N = 32, Socialtilsyn Syd N= 20, Socialtilsyn Øst N=22, Socialtilsyn Hovedstaden N=29. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter, der fører tilsyn med tilbud.

Figur 47: Tilsynskonsulenternes oplevelse af, at de bidrager til udvikling af kvalitet i plejefamilier



Anm.: Socialtilsyn Nord N=20, Socialtilsyn Midt N=20, Socialtilsyn Syd N=26, Socialtilsyn Øst N=20, Socialtilsyn Hovedstaden N=15. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilsynskonsulenter, der fører tilsyn med plejefamilier.

Bilag 3: Dialogforpligtelse

Kerneelementer

I nedenstående tabel fremgår en oversigt over de spørgeskemaspørgsmål, der er blevet stillet til plejefamilier og tilbud vedrørende deres udmøntning af dialogforpligtelsen. Spørgsmålene berører centrale elementer af udvalgte kerneelementer i den faglige vejledning til socialtilsynenes dialogforpligtelse. I følgende afsnit beskrives resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

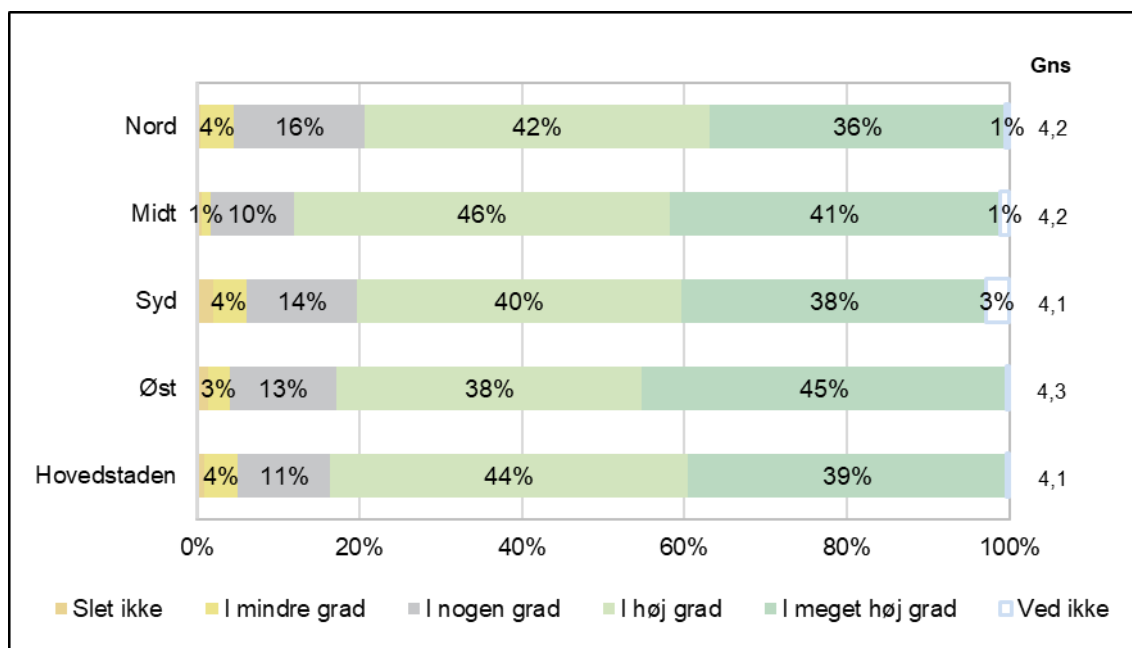
Tabel 14: Operationalisering af kerneelementerne for dialogforpligtelsen

<p>Kernelement 1: Rammesæt dialogen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator A: At tilbuddet oplevede, at tilsynskonsulenten gør besøgets formål og indhold klart. • Indikator B: At tilbuddet oplevede, at tilbuddet har indflydelse på besøgets formål og indhold?
<p>Kernelement 2: Skab et dialogisk samtalerum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator B: At tilbuddet har indflydelse på besøgets formål og indhold? • Indikator C: At tilbuddet oplevede, at der var plads til at tilbuddets perspektiver blev bragt i spil under tilsynsbesøget?
<p>Kernelement 3: Tag styring på samtalen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerneelementet bliver ikke afdækket i denne ungesøgelse.
<p>Kernelement 4: Vær nysgerrigt lyttende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator C: At tilbuddet oplevede, at der var plads til at tilbuddets perspektiver blev bragt i spil under tilsynsbesøget?
<p>Kernelement 5: Hav fokus på muligheder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerneelementet bliver ikke afdækket i denne undersøgelse, men bliver berørt i afsnittet om kontrol og udvikling.
<p>Kernelement 6: Arbejd for en fælles forståelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator D: At tilbuddet oplevede, at tilsynskonsulenten sørgede for, at der blev skabt en fælles forståelse mellem tilbud og tilsynskonsulent. • Indikator E: At tilsynskonsulenten orienterede tilbuddet om det videre forløb efter tilsynsbesøget?

Tilbud og plejefamiliers oplevelse af socialtilsynenes dialogiske praksis

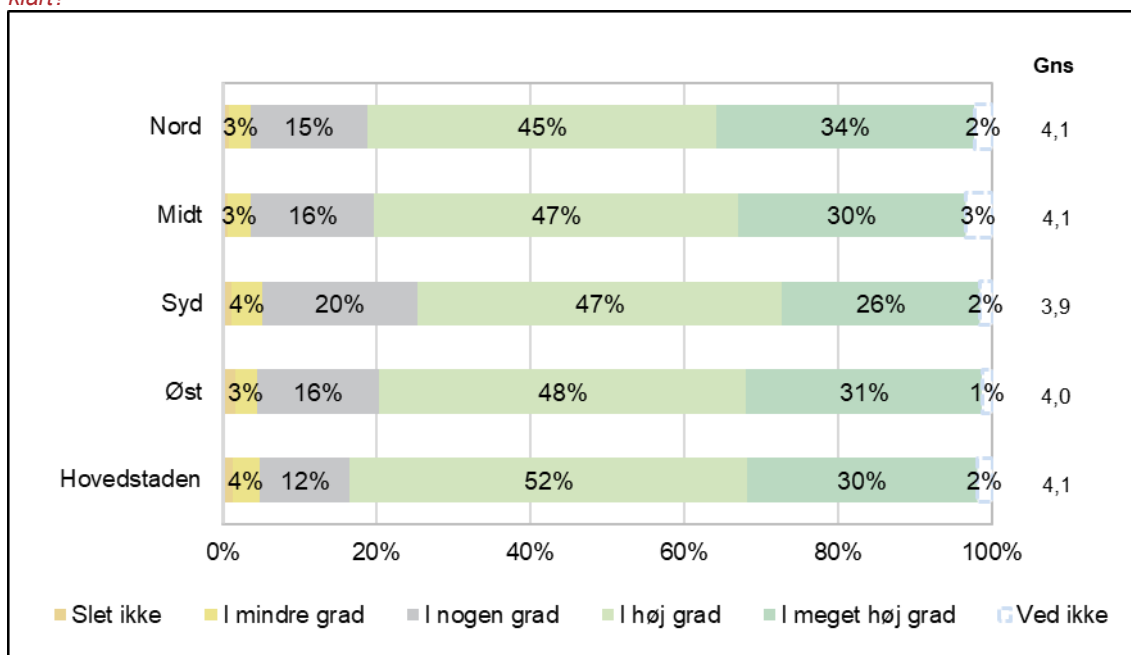
Nedenfor præsenteres tilbud og plejefamiliers erfaringer med socialtilsynenes dialogiske praksis på tværs af socialtilsynene i ti figurer.

Figur 48: I hvilken grad oplevede tilbud, at tilsynskonsulenten gjorde besøgets formål og indhold klart



Anm.: N= 1495, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af tilbud, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 198, Socialtilsyn Midt: 361, Socialtilsyn Syd: 248, Socialtilsyn Øst: 273, Socialtilsyn Hovedstaden: 414. Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

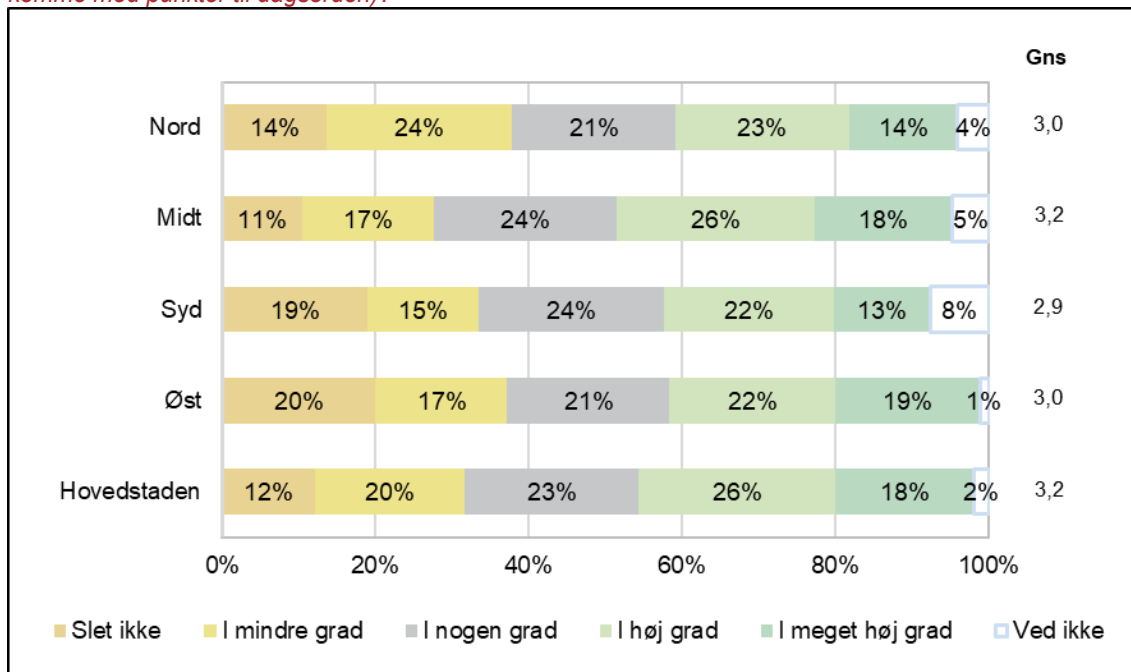
Figur 49: I hvilken grad oplevede plejefamilier, at tilsynskonsulenten gjorde besøgets formål og indhold klart?



Anm: N= 3491, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af plejefamilier, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 568, Socialtilsyn Midt: 763, Socialtilsyn Syd: 978, Socialtilsyn Øst: 707, Socialtilsyn Hovedstaden: 474.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

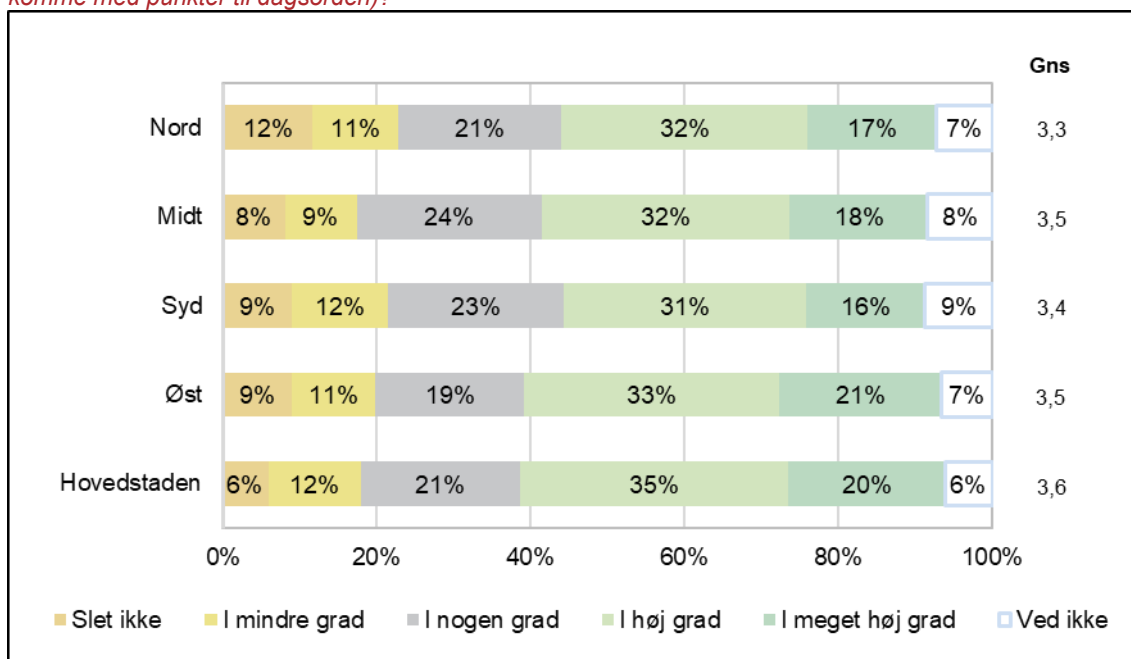
Figur 50: I hvilken grad oplevede tilbud at have indflydelse på besøgets formål og indhold (fx ved at komme med punkter til dagsorden)?



Note: N= 1495, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af tilbud, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 198, Socialtilsyn Midt: 361, Socialtilsyn Syd: 248, Socialtilsyn Øst: 274, Socialtilsyn Hovedstaden: 414.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

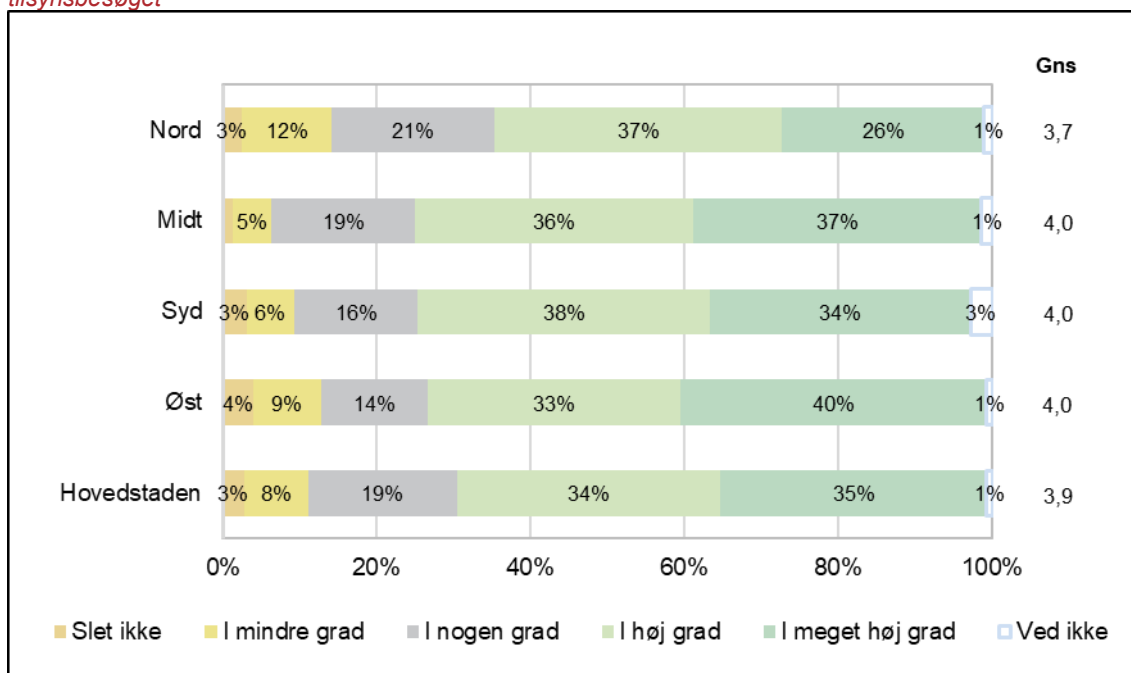
Figur 51: I hvilken grad oplevede plejefamilier at have indflydelse på besøget formål og indhold (fx ved at komme med punkter til dagsorden)?



Note: N= 3491, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af plejefamilier, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 568, Socialtilsyn Midt: 763, Socialtilsyn Syd: 978, Socialtilsyn Øst: 707, Socialtilsyn Hovedstaden: 474.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

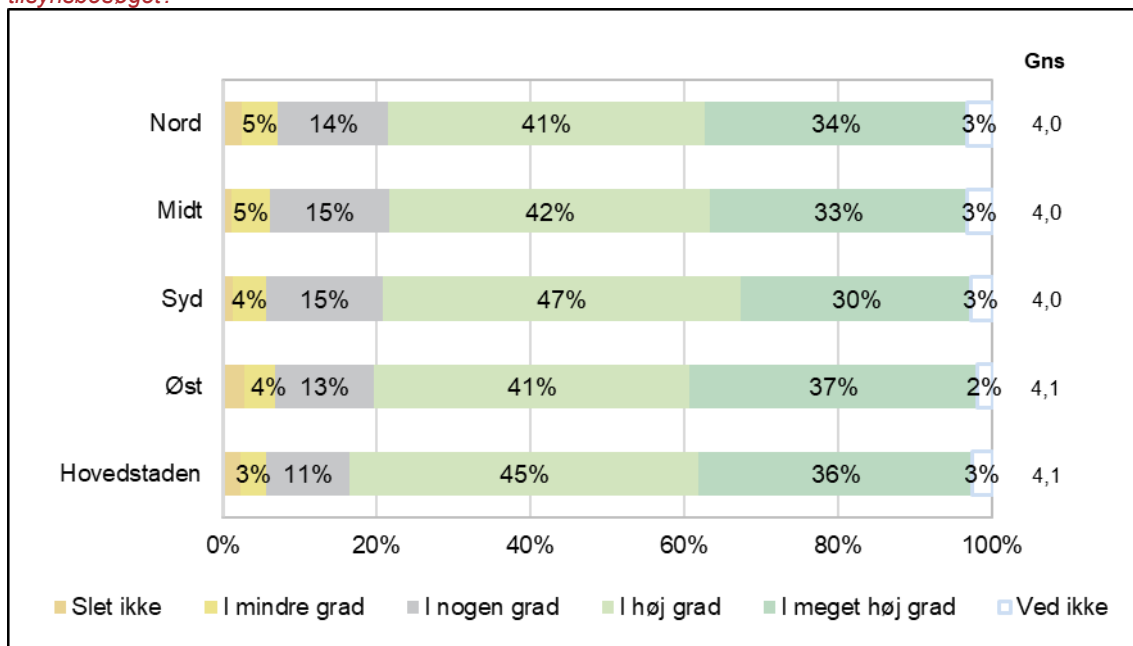
Figur 52: I hvilken grad oplevede tilbud, at der var plads til deres perspektiver blev bragt i spil under tilsynsbesøget



Note: N= 1495, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af tilbud, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 198, Socialtilsyn Midt: 361, Socialtilsyn Syd: 248, Socialtilsyn Øst: 274, Socialtilsyn Hovedstaden: 414.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

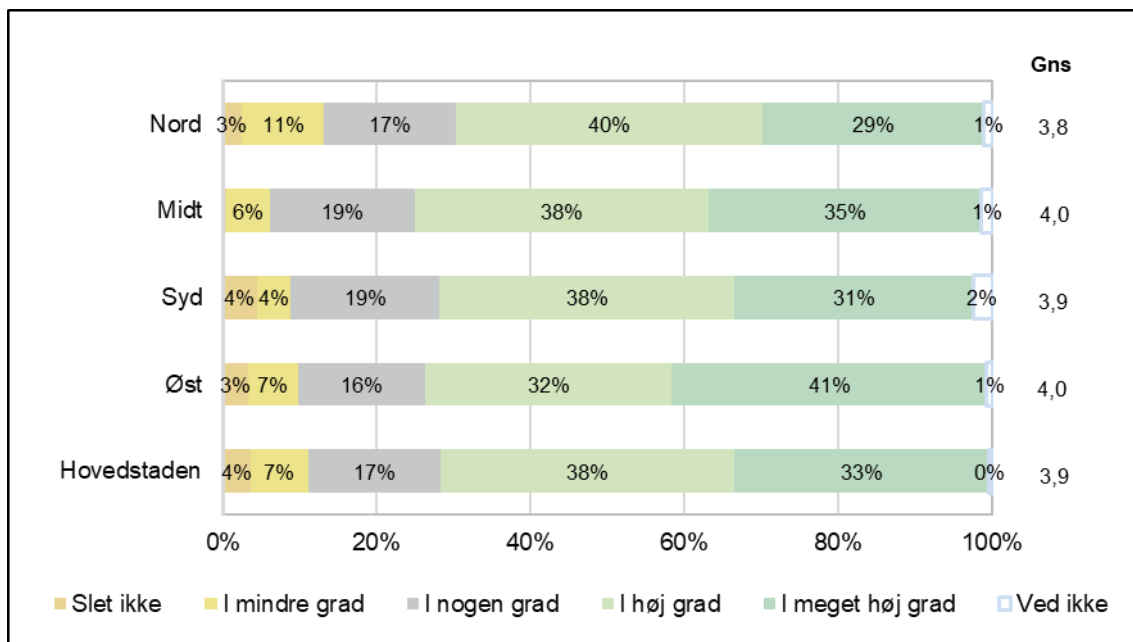
Figur 53: I hvilken grad oplevede plejefamilier, at der var plads til deres perspektiver blev bragt i spil under tilsynsbesøget?



Note: N= 3491, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af plejefamilier, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 568, Socialtilsyn Midt: 763, Socialtilsyn Syd: 978, Socialtilsyn Øst: 707, Socialtilsyn Hovedstaden: 474.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

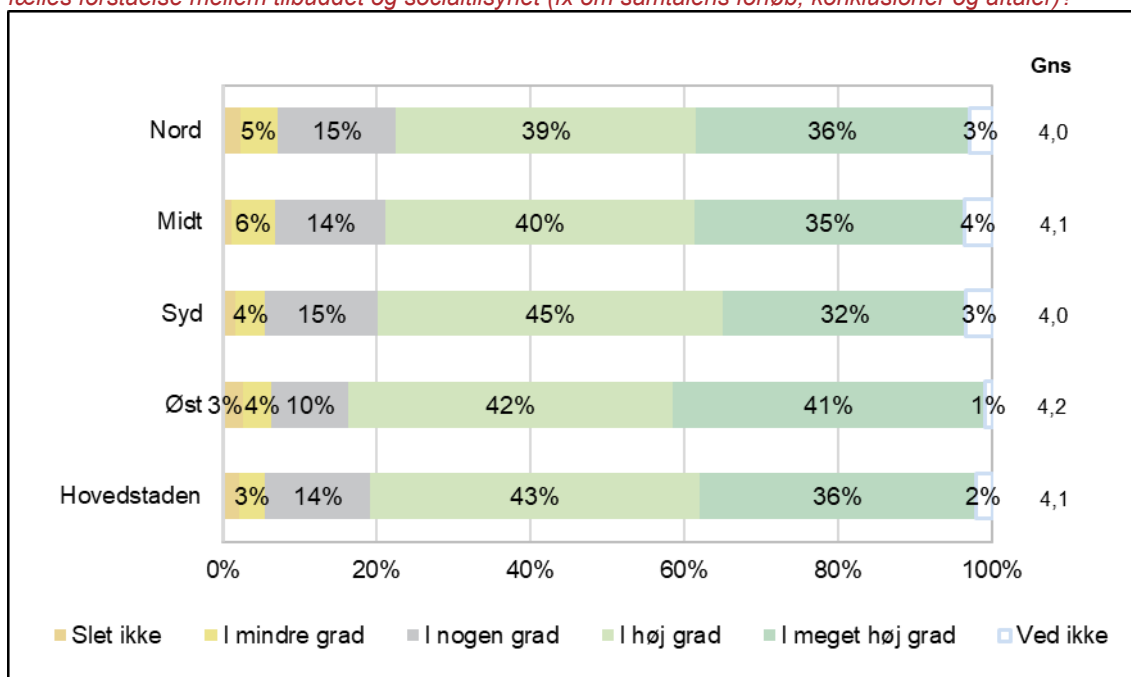
Figur 54: I hvilken grad oplevede tilbud, at tilsynskonsulenten sørgede for, at der blev skabt en fælles forståelse mellem tilbuddet og socialtilsynet (fx om samtalsforløb, konklusioner og aftaler)?



Note: N= 1495, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af tilbud, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 198, Socialtilsyn Midt: 361, Socialtilsyn Syd: 248, Socialtilsyn Øst: 274, Socialtilsyn Hovedstaden: 414.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

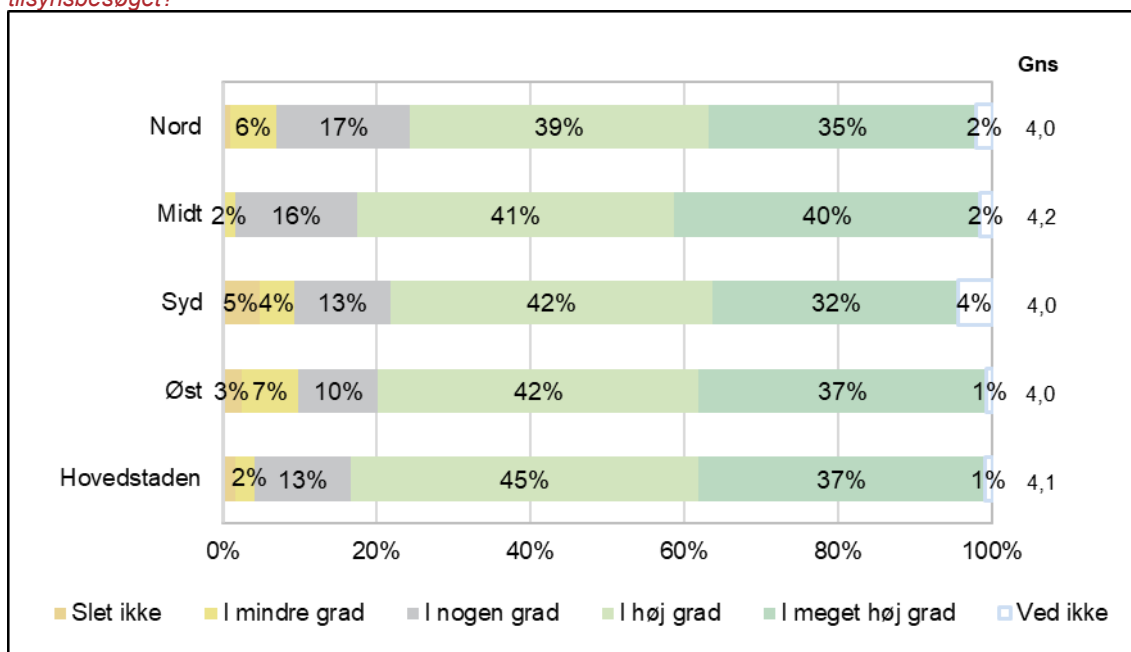
Figur 55: I hvilken grad oplevede plejefamilier, at tilsynskonsulenten sørgede for, at der blev skabt en fælles forståelse mellem tilbuddet og socialtilsynet (fx om samtalsens forløb, konklusioner og aftaler)?



Note: N= 3491, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af plejefamilier, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 568, Socialtilsyn Midt: 763, Socialtilsyn Syd: 978, Socialtilsyn Øst: 707, Socialtilsyn Hovedstaden: 474.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

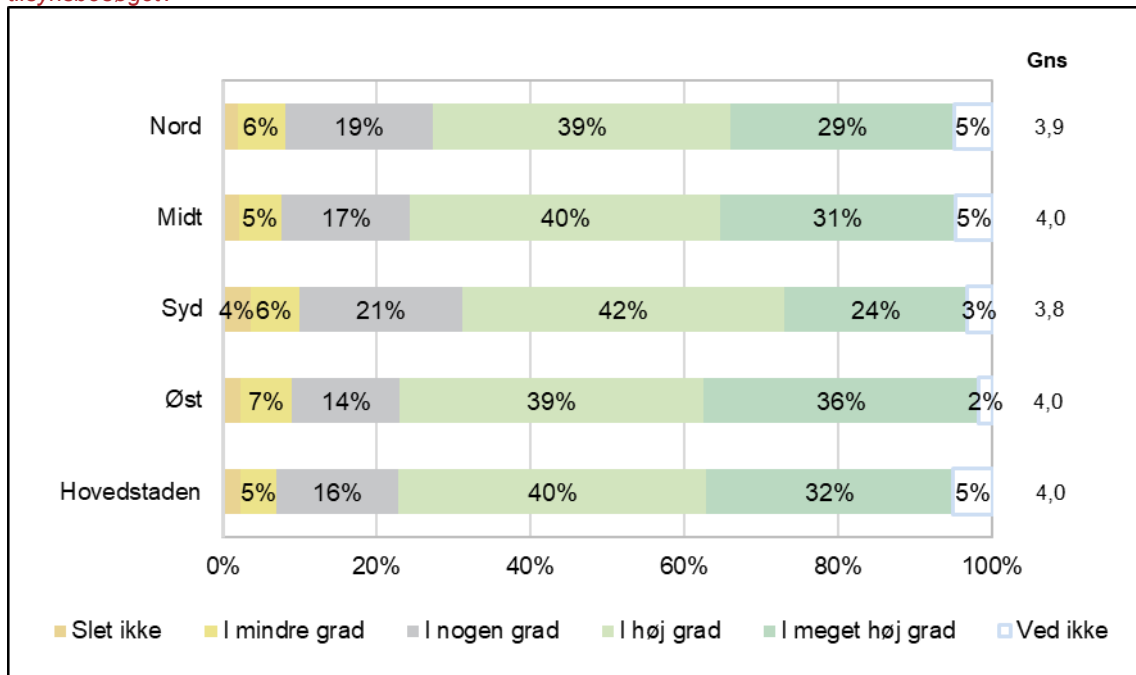
Figur 56: I hvilken grad oplevede tilbud, at tilsynskonsulenten orienterede om det videre forløb efter tilsynsbesøget?



Note: N= 1494, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver tilbuds gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af tilbud, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 198, Socialtilsyn Midt: 361, Socialtilsyn Syd: 248, Socialtilsyn Øst: 273, Socialtilsyn Hovedstaden: 414.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

Figur 57: I hvilken grad oplevede plejefamilier, at tilsynskonsulenten orienterede om det videre forløb efter tilsynsbesøget?



Note: N= 3490, Antal respondenter for hvert tilsyn angivet i diagrammet. "Gns" angiver plejefamiliers gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er 'Slet ikke', mens 5 er 'I meget høj grad'. Antallet af plejefamilier, der har svaret på spørgsmålet er for hvert tilsyn: Socialtilsyn Nord: 567, Socialtilsyn Midt: 763, Socialtilsyn Syd: 978, Socialtilsyn Øst: 707, Socialtilsyn Hovedstaden: 474. Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

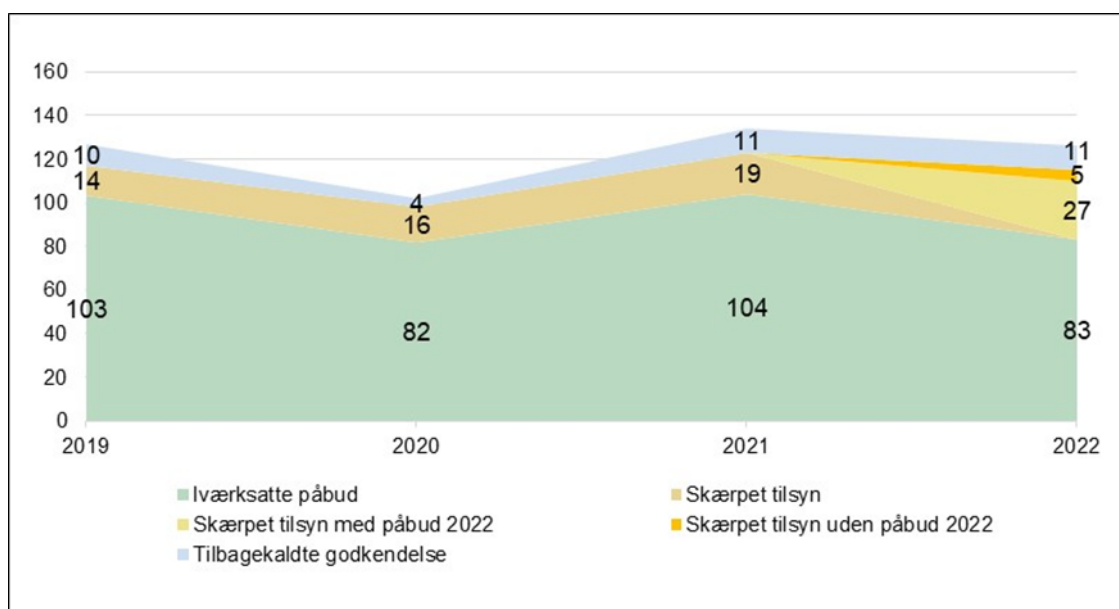
Bilag 4: Sanktioner

I dette bilag fremgår data om socialtilsynenes udstedte sanktioner.

Udvikling i samlede antal udstedte sanktioner

I figur 58 nedenfor præsenteres det samlede antal påbud, skærpede tilsyn og afgørelser om ophør af godkendelser på tilbudsområdet, år 2019-2022. Figuren viser en stabil tendens på tilbudsområdet.

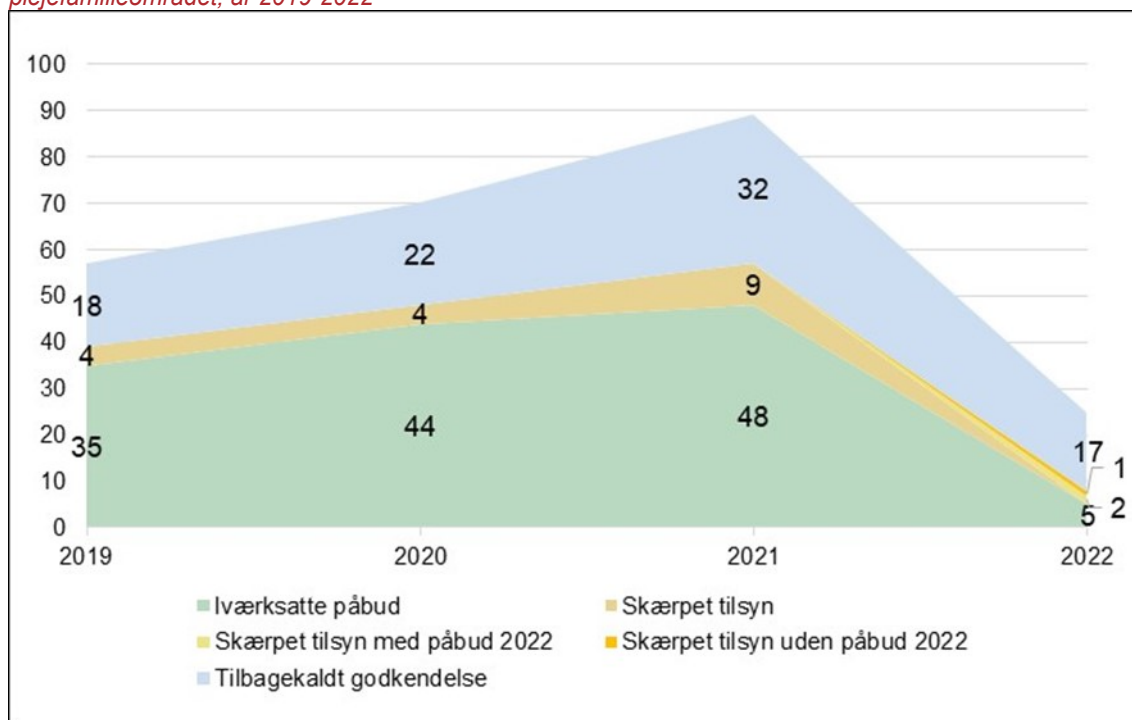
Figur 58: Udviklingen i samlede antal påbud, skærpede tilsyn og ophør af godkendelser udstedt på tilbudsområdet, år 2019-2022



Kilde: Data fra socialtilsynene og tidligere dataopgørelser

I figur 59 nedenfor præsenteres det samlede antal påbud, skærpede tilsyn og ophørte godkendelser på plejefamilieområdet, år 2019-2022. Figuren viser et fald i antallet af påbud til plejefamilier i 2022 sammenlignet med tidligere år.

Figur 59: Udvikling i samlede antal sanktioner og afgørelser om ophørte godkendelser udstedt på plejefamilieområdet, år 2019-2022

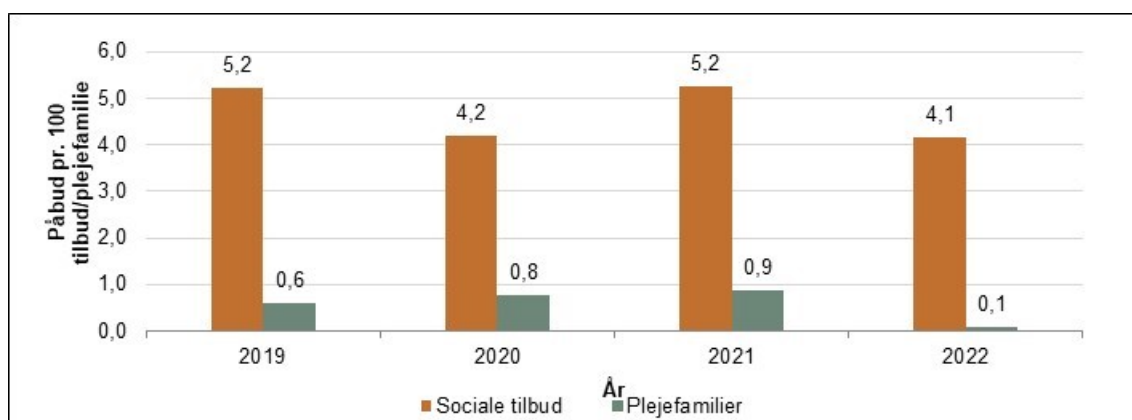


Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Udvikling i samlede antal udstedte sanktioner ift. antallet af tilbud og plejefamilier i socialtilsynenes portefølje

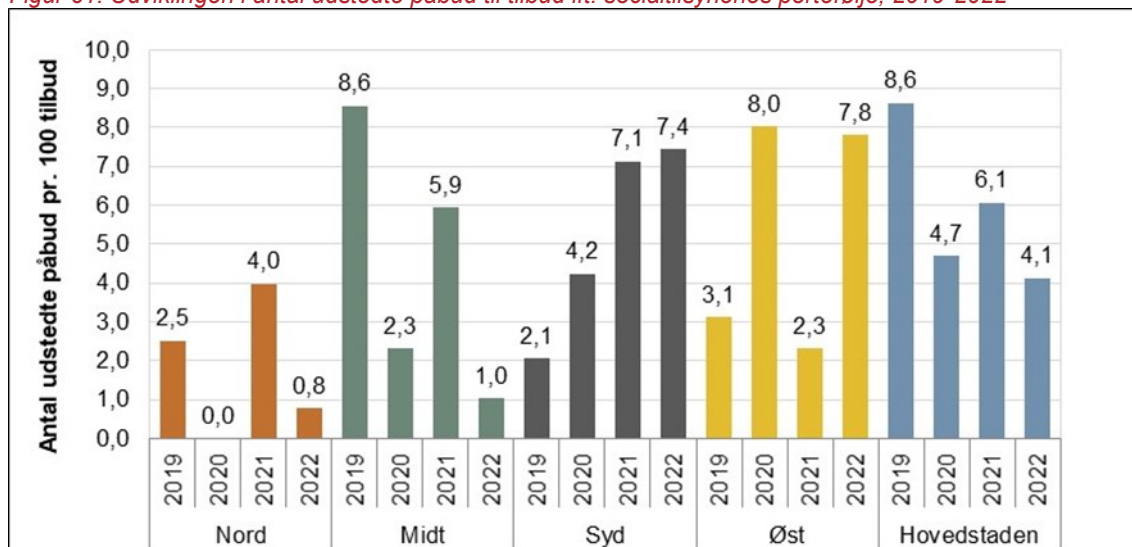
Nedenstående figur 60 viser, at faldet i antallet af påbud udstedt på plejefamilieområdet også er gældende, når man tager antallet af plejefamilier i betragtning. Figur 62 viser, at faldet primært skyldes et fald i antal udstedte påbud i Socialtilsyn Syd, mens der også ses et mindre fald i antallet af udstedte påbud i Socialtilsyn Hovedstaden.

Figur 60: Udvikling i samlet antal påbud pr. 100 tilbud/plejefamilie i perioden 2019-2022



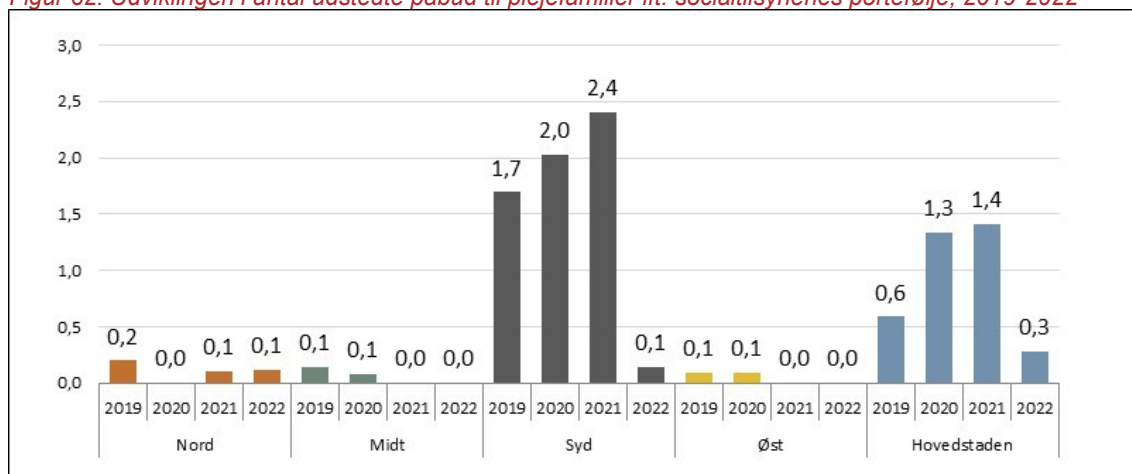
Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Figur 61: Udviklingen i antal udstedte påbud til tilbud ift. socialtilsynenes portefølje, 2019-2022



Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Figur 62: Udviklingen i antal udstedte påbud til plejefamilier ift. socialtilsynenes portefølje, 2019-2022



Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Antal og andel tilbud der har modtaget sanktioner

Nedenfor redegøres der for antallet og andelen af tilbud, der modtaget sanktioner af socialtilsynene.

Andel af tilbud, der har fået påbud, skærpet tilsyn og ophørt godkendelse

Det bemærkes, at der kan udstedes flere påbud i samme afgørelse om at sanktionere et tilbud, og at et tilbud kan modtage flere sanktionsafgørelser inden for samme år. Antallet af tilbud, der har modtaget en sanktionsafgørelse med påbud, er derfor væsentligt lavere end antallet af påbud per tilbud.

Det er således få tilbud, der modtager en sanktion fra socialtilsynene. Eksempelvis er de 83 påbud og 32 skærpede tilsyn, der udstedt i år 2022, fordelt på 40 unikke tilbud - svarende til at 2,0 pct. af alle tilbud enten har modtaget en afgørelse om påbud eller skærpet tilsyn i 2022, jf.

Tabel 15 nedenfor. 11 tilbud fik en afgørelse om ophør af deres godkendelse svarende til 0,6 pct. af alle tilbud.

Tabel 15: Antal og andel afgørelser om sanktioner og ophørte godkendelser udstedt til tilbud i 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Skærpet tilsyn uden påbud	0	4	0	0	1	5
Skærpet tilsyn med påbud	1	0	12	5	9	27
Påbud	0	3	0	2	0	5
- Andel tilbud, der har modtaget en afgørelse om sanktion (pct.)	0,4	1,4	3,6	1,9	2,3	2,0
Ophørte godkendelser	3	4	2	1	1	11
- Andel tilbud, der har fået afgørelse om ophør af deres godkendelse (pct.)	1,2	0,8	0,6	0,3	0,2	0,6
I alt	4	11	13	8	11	47

Kilde: Data fra socialtilsynene

Gennemsnitligt antal udstedte påbud ift. antallet af tilbud i hvert af socialtilsynenes portefølje

Hvert af de fem socialtilsyn har i perioden 2019-2022 årligt udstedt mellem 0,0 og 8,6 påbud pr. 100 tilbud i deres portefølje, jf. figur 51. Socialtilsyn Nord har i perioden gennemsnitligt udstedt væsentligt færre påbud pr. tilbud end de andre socialtilsyn, jf. tabel 16 nedenfor.

Tabel 16: Gennemsnitlige årlige antal udstedte påbud pr. 100 tilbud for perioden 2019-2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden
Gennemsnitligt årlige antal udstedte påbud pr. 100 tilbud for perioden 2019-2022	1,8	4,5	5,2	5,3	5,9

Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Forskellen skyldes ikke, at Socialtilsyn Nord eksempelvis har foretaget flere skærpede tilsyn eller afgørelser om ophør af godkendelser end de andre socialtilsyn, her er Socialtilsyn Nord på niveau med de andre socialtilsyn.

Antal og andel plejefamilier der har modtaget sanktioner

Nedenfor redegøres der for antallet og andelen af tilbud, der modtaget sanktioner af socialtilsynene.

I 2022 modtog seks plejefamilier en sanktion svarende til, at 0,1 pct. af plejefamilierne har modtaget en afgørelse med enten påbud og/eller skærpet tilsyn i år 2022. Samme år har 0,3 pct. plejefamilierne fået en afgørelse om ophør af deres godkendelse (17 plejefamilier), jf. tabel 17 nedenfor.

Niveauet af sanktioner til plejefamilier er væsentligt lavere end på tilbudsområdet.

Tabel 17: Antal og andel afgørelser om sanktioner og ophør af godkendelser udstedt til plejefamilier i 2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden	I alt
Skærpet tilsyn uden påbud	0	2	0	0	0	2
Skærpet tilsyn med påbud	0	0	1	0	0	1
Påbud	1	0	0	0	2	3
- Andel plejefamilier, der modtaget en afgørelse om sanktion (pct.)	0,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1
Ophør af godkendelse	1	6	3	5	2	17
- Andel plejefamilier, der har fået en afgørelse om ophør af deres godkendelse (pct.)	0,1	0,5	0,2	0,5	0,3	0,3
I alt	2	8	4	5	4	23

Kilde: Data fra socialtilsynene

Gennemsnitligt antal udstedte påbud ift. antallet af plejefamilie i hvert af socialtilsynenes portefølje

Hvert af de fem socialtilsyn har i perioden 2019-2022 årligt udstedt mellem 0,0 og 1,6 påbud pr. 100 plejefamilie i deres portefølje, jf. tabel 18 nedenfor. Socialtilsyn Syd og Socialtilsyn Hovedstaden har i perioden gennemsnitligt udstedt flere påbud pr. plejefamilie end de andre socialtilsyn. Denne forskel mellem socialtilsynene er dog ikke markant i år 2022, jf. tabel 17 ovenfor.

Tabel 18: Gennemsnitlige årlige antal udstedte påbud pr. 100 plejefamilier for perioden 2019-2022

	Nord	Midt	Syd	Øst	Hovedstaden
Gennemsnitligt årlige antal udstedte påbud pr. 100 plejefamilie for perioden 2019-2022	0,1	0,1	1,6	0,0	0,9

Kilde: Data fra socialtilsynene samt tidligere dataforespørgsler

Temaer for påbud udstedt af socialtilsynene

Socialtilsynene registrerer ifm. udstedelse af påbud en begrundelse for påbuddet. Begrundelsen er kategoriseret efter temaerne i kvalitetsmodellen.

Der er udstedt så få påbud til plejefamilier, at temaerne for påbuddene udstedt til plejefamilier ikke vil blive analyseret i dette afsnit. Fordelingen af påbuddene på temaer udstedt til tilbud findes i tabel 19 i dette bilag.

Der udstedes primært påbud under temaerne Sundhed og trivsel, organisation og ledelse, kompetencer og økonomi

Socialtilsynene har primært udstedt påbud under kvalitetsmodellens temaer "Sundhed og trivsel", "Organisation og ledelse" og "Kompetencer" samt "Økonomi".

Socialtilsyn Syd har udstedt over halvdelen af påbuddene til tilbud i år 2022 under kvalitetsmodellens tema "Kompetencer" samt "Økonomi". Det er således muligt, at Socialtilsyn Syd i højere grad bliver bekendt med kvalitetsmæssige problematikker i tilbuddene vedrørende "Kompetencer" og "Økonomi" end de fire andre socialtilsyn. En anden forklaringen kan være, at Socialtilsyn Syd har en anden tærskel eller procesgang for, hvornår der udstedes et påbud vedrørende "Kompetencer" og "Økonomi". Social- og Boligstyrelsen foreslår, at socialtilsynene kalibrerer deres opfattelse for, hvornår der kan udstedes påbud vedrørende "Kompetencer" og "Økonomi".

Det bemærkes også, at socialtilsynene ikke har udstedt påbud, der vedrører temaerne "Uddannelse og beskæftigelse" samt "Selvstændighed og relationer" fra kvalitetsmodellen.

Tabel 19: Temaer for påbud i forbindelse med skærpet tilsyn udstedt til tilbud i 2022

	Målgruppe, metode og resultater	Sundhed og trivsel	Organisation og ledelse	Kompetencer	Fysiske rammer	Økonomi	I alt
Nord	0	1	0	0	0	1	2
Midt	0	0	0	0	0	0	0
Syd	2*	12*	10*	12*	0*	13*	49*
Øst	4	6	5	6	0	1	22
Hovedstaden	2	1	8	4	2	3	20
I alt	8	20	23	22	2	18	93

Kilde: Data fra socialtilsynene samt socialtilsynenes årsrapporter. *Et påbud kan i Socialtilsyn Syd registreres med flere temaer i kvalitetsmodellen. Hvert opgjort tema er talt med i denne opgørelse. Det vil sige at antallet af udstedte påbud er lavere end antallet temaer i kvalitetsmodellen.

Tabel 20: Temaer for påbud uden skærpet tilsyn udstedt til tilbud i 2022

	Målgruppe, metode og resultater	Sundhed og trivsel	Organisation og ledelse	Kompetencer	Fysiske rammer	Økonomi	I alt
Nord	0	0	0	0	0	0	0
Midt	0	3	2	0	0	0	5
Syd	0	0	0	0	0	0	0
Øst	2	2	1	0	0	1	6
Hovedstaden	0	1	0	0	1	1	3
I alt	2	6	3	0	1	2	14

Kilde: Data fra socialtilsynene samt socialtilsynenes årsrapporter.

Tabel 21: Temaer for påbud i forbindelse med skærpet tilsyn udstedt til plejefamilier i 2022

	Målgruppe, metode og resultater	Sundhed og trivsel	Familiestruktur og familiedynamik	Kompetencer	Fysiske rammer	Økonomi	I alt
Nord	0	0	0	1	0	0	1
Midt	0	0	0	0	0	0	0
Syd	0*	0*	0*	2*	0*	0*	2*
Øst	0	0	0	0	0	0	0
Hovedstaden	0	1	1	0	0	0	2
I alt	0	1	1	3	0	0	5

Kilde: Data fra socialtilsynene samt socialtilsynenes årsrapporter. *Et påbud kan i Socialtilsyn Syd begrundes med flere temaer i kvalitetsmodellen. Hver begrundelse i et temaer tal med i denne opgørelse. Det vil sige at antal er udstedte påbud er lavere end antallet af begrundelser for påbud i kvalitetsmodelens temaer.

Tabel 22: Temaer for påbud uden skærpet tilsyn udstedt til plejefamilier i 2022

	Målgruppe, metode og resultater	Sundhed og trivsel	Familiestruktur og familiedynamik	Kompetencer	Fysiske rammer	Økonomi	I alt
Nord	0	0	0	0	0	0	1
Midt	0	0	0	0	0	0	0
Syd	0	0	0	0	0	0	0
Øst	0	0	0	0	0	0	0
Hovedstaden	1	0	0	1	0	0	2
I alt	1	0	0	1	1	0	3

Bilag 5: Tilbud og plejefamiliers oplevelse af tilsynskonsulenternes viden

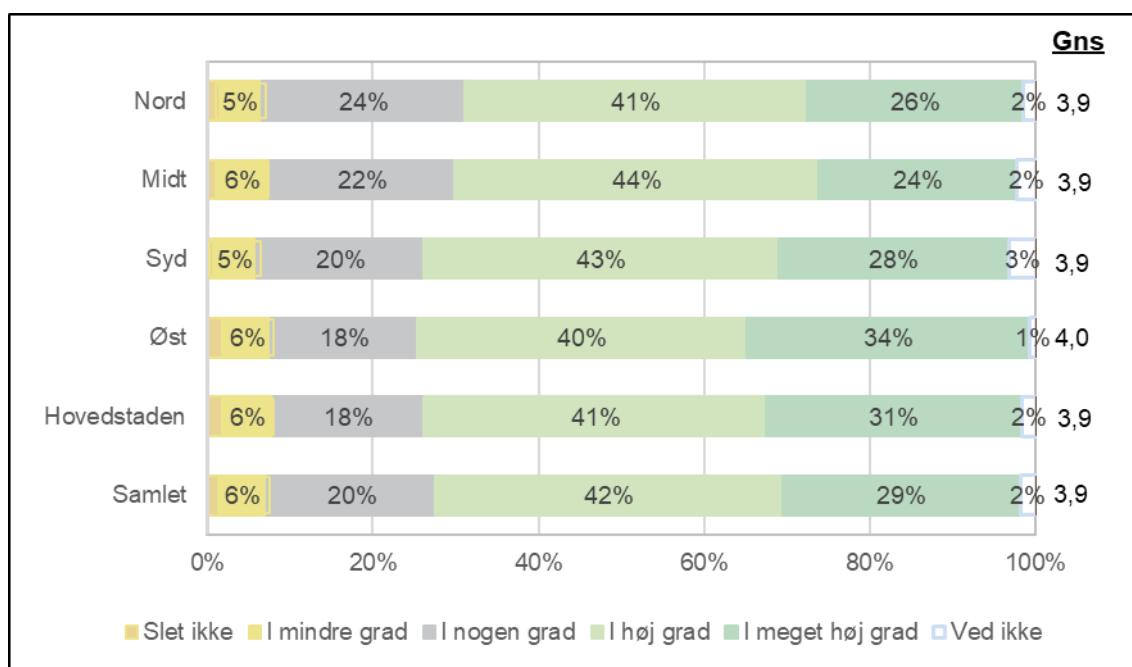
I dette bilag fremgår resultater fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende tilbud og plejefamiliers oplevelse af tilsynskonsulenternes viden om målgrupper samt faglige tilgange og metoder.

Viden om målgrupper

Tilbuddenes oplevelse af socialtilsynenes viden om målgrupper

Social- og Boligstyrelsens auditfunktion har spurgt tilbud i hvilken grad, de oplever, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om tilbuddenes målgrupper. Resultaterne ses i figur 63. Generelt har besvarelsene et ensartet og relativt højt niveau. Mellem 67 og 74 pct. af tilbuddene oplever, at tilsynskonsulenterne enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om tilbuddets målgrupper. Kun mellem 6 og 8 pct. af tilbuddene oplever "slet ikke" eller "i mindre grad", at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om tilbuddets målgrupper. På denne baggrund vurderer Social- og Boligstyrelsen, at tilbud generelt vurderer, at tilsynskonsulenter har den fornødne viden om tilbuddenes målgrupper.

Figur 61: Tilbuds oplevelse af, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om målgrupper



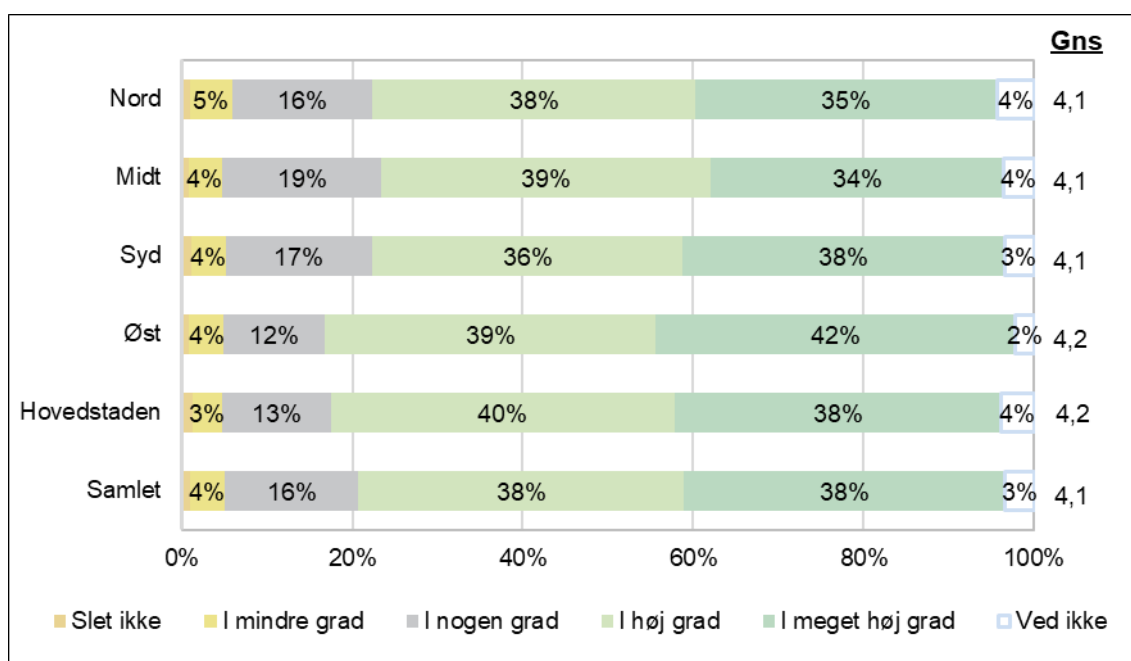
Anm.: Samlet N= 1.486, Socialtilsyn Nord N=196, Socialtilsyn Midt N=358, Socialtilsyn Syd N= 248, Socialtilsyn Øst N=272, Socialtilsyn Hovedstaden N=412. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

Plejefamiliernes oplevelse af socialtilsynenes viden om anbragte børn i plejefamilier

På samme måde er plejefamilier blevet spurgt, i hvilken grad de oplever, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om anbragte børn i plejefamilier. Resultaterne ses i figur 64 nedenfor. Ligesom hos tilbud, er der i svarene fra plejefamilierne generelt et ensartet, relativt højt niveau. Niveautet er dog lidt højere hos plejefamilier, hvilket vil sige, at plejefamilier i højere grad oplever, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om anbragte børn i plejefamilier. Mellem 73 og 81 pct. af plejefamilierne oplever, at tilsynskonsulenterne enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om anbragte børn i plejefamilier. I den modsatte ende oplever mellem 4 og 6 pct. af plejefamilierne, at tilsynskonsulenterne "slet ikke" eller "i mindre grad" har den fornødne viden om anbragte børn i plejefamilier. På denne baggrund konkluderer Social- og Boligstyrelsen, at plejefamilierne generelt vurderer, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om anbragte børn i plejefamilier.

Figur 62: Plejefamiliers oplevelse af tilsynskonsulenternes viden om anbragte børn i plejefamilier



Anm.: Samlet N= 3.412, Socialtilsyn Nord N=558, Socialtilsyn Midt N=748, Socialtilsyn Syd N= 948, Socialtilsyn Øst N=689, Socialtilsyn Hovedstaden N=469. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

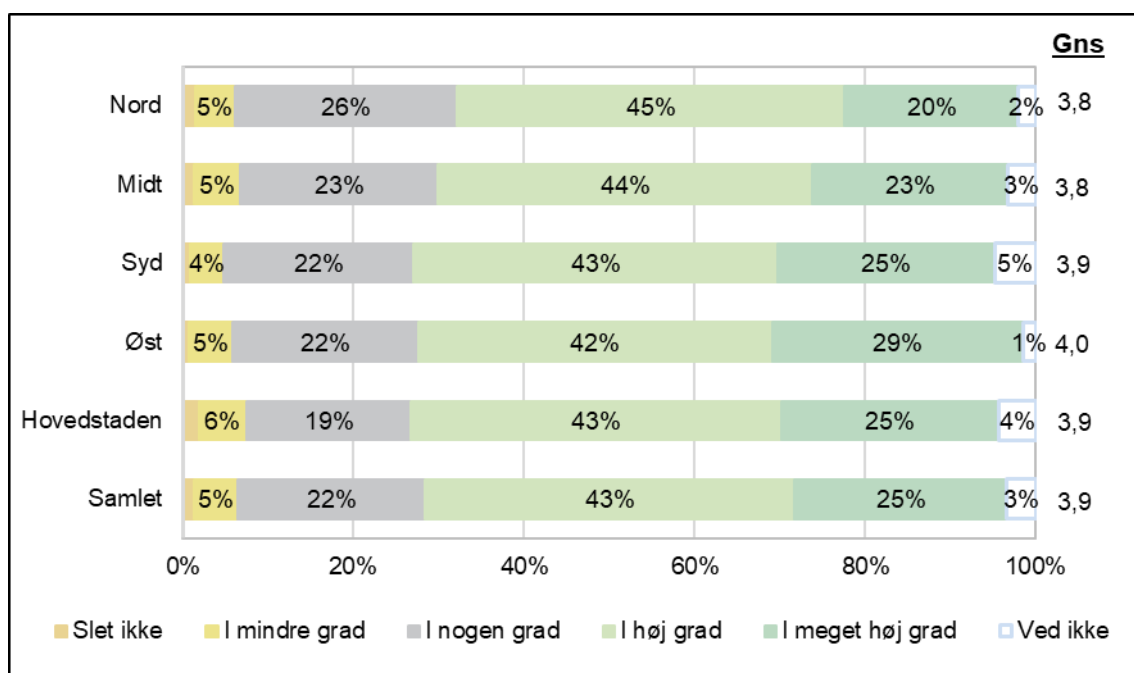
Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

Viden om faglige tilgange og metoder

Tilbuddenes oplevelse af socialtilsynenes viden om faglige tilgange og metoder

Tilbud og plejefamilier er endvidere blevet spurgt ind til deres oplevelse af tilsynskonsulenternes viden om relevante faglige tilgange og metoder. Ses der på tilbuddenes svar, er de relativt ensartede på tværs af socialtilsyn. Mellem 65 og 71 pct. af tilbuddene oplever, at tilsynskonsulenterne "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder. Mellem 5 og 8 pct. af tilbuddene oplever, at tilsynskonsulenterne "slet ikke" eller "i mindre grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder. Generelt er niveauet for tilbuddenes besvarelser således relativt højt.

Figur 65: Tilbuds oplevelse af, at tilsynskonsulenter har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder



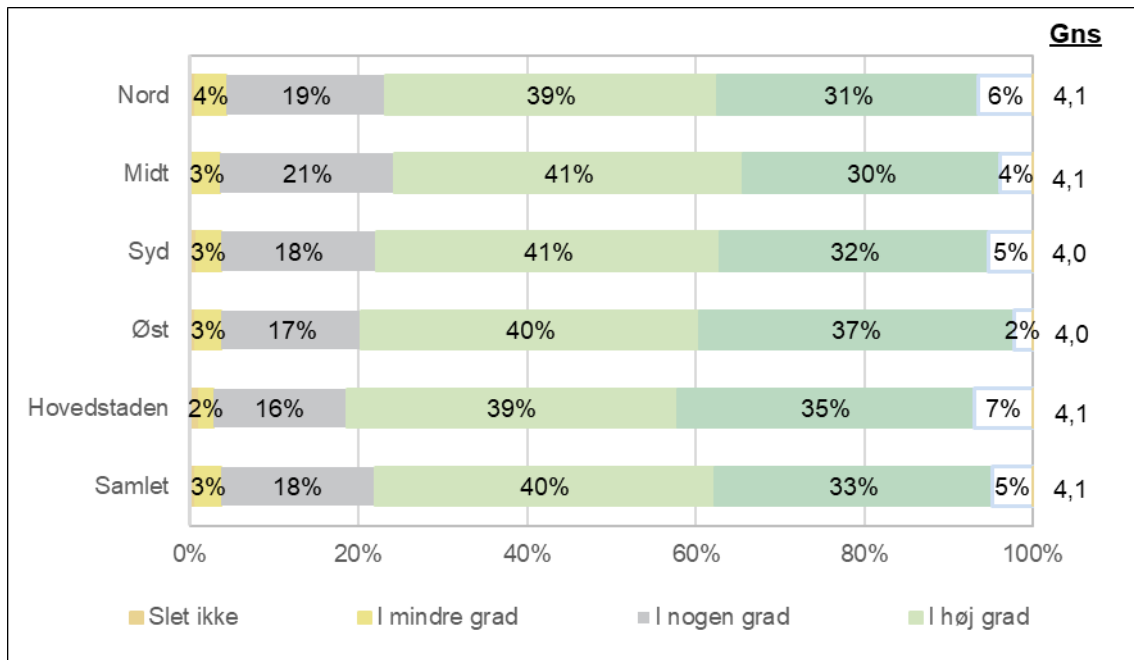
Anm.: Samlet N= 1.486, Socialtilsyn Nord N=196, Socialtilsyn Midt N=358, Socialtilsyn Syd N= 248, Socialtilsyn Øst N=272, Socialtilsyn Hovedstaden N=412. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

Plejefamiliernes oplevelse af socialtilsynenes viden om faglige tilgange og metoder

Ligesom tilbuddenes, er plejefamiliernes besvarelser nogenlunde ensartede. På spørgsmålet om i hvilken grad plejefamilierne oplever, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder som plejefamilie, har mellem 70 og 77 pct. af plejefamilierne tilkendegivet, at tilsynskonsulenterne "i høj grad" eller "i meget høj grad" har den fornødne viden. Modsat er andelen af plejefamilier, der mener, at tilsynskonsulenterne "slet ikke" eller "i lav grad" har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder, på mellem 3 og 5 pct. Generelt er niveauet for plejefamilierne højt, og det ligger derudover en smule højere, end besvarelserne blandt tilbuddene på samme spørgsmål.

Figur 63: Plejefamiliernes oplevelse af, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder



Anm.: Samlet N= 3.412, Socialtilsyn Nord N=558, Socialtilsyn Midt N=748, Socialtilsyn Syd N= 948, Socialtilsyn Øst N=689, Socialtilsyn Hovedstaden N=469. "Gns" angiver tilsynskonsulenternes gennemsnitlige vurdering på en skala fra 1-5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Datakilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt tilbud underlagt socialtilsynet.

Generelt kan det således konkluderes, at både tilbud og plejefamilier i højere grad vurderer, at tilsynskonsulenterne har den fornødne viden om relevante faglige tilgange og metoder, end tilsynskonsulenterne selv vurderer.

Tilbud og plejefamilier vurderer, at tilsynskonsulenter har den fornødne viden om målgrupper og faglige tilgange og metoder. Plejefamilierne vurderer generelt lidt mere positivt end tilbud. Det kan skyldes, at plejefamilieområdet er mindre komplekst end tilbudsområdet.

Bilag 6: Spørgeskemaundersøgelse blandt socialtilsynene

Svarprocent på spørgeskemaer

Nedenfor redegøres der for socialtilsynenes medarbejderes deltagere i Social- og Boligstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Minimum 83 procent af tilsynskonsulenterne og 86 procent af stabsmedarbejderne har besvaret spørgeskemaundersøgelsen i hvert tilsyn.

Tabel 23: Fordeling af tilsynskonsulenter, der har besvaret spørgeskemaet (pct. for hvert tilsyn i parentes)

	Nord	Midt	Syd*	Øst	Hovedstaden	I alt
Ikke besvaret	2 (5)	9 (4)	5 (10)	2 (15)	9 (17)	27 (11)
Besvaret	35 (95)	52 (96)	46 (90)	44 (85)	43 (83)	220 (89)
I alt	37 (100)	61 (100)	51 (100)	46 (100)	52 (100)	247 (100)

Anm.: * Syv mailadresser modtaget fra socialtilsynene var ikke gyldige eller var til medarbejderne, der eksempelvis havde skiftet job. De syv mailadresser fordeler sig på en fra hhv. Socialtilsyn Nord, Socialtilsyn Syd og Socialtilsyn Øst samt fire fra Socialtilsyn Midt. Derudover har en mindre gruppe tilsynskonsulenter besvaret enkelte spørgsmål i spørgeskemaet uden at have besvaret spørgeskemaet i sin helhed. Disse respondenter er talt med i "ikke besvaret". *Tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd har ikke modtaget samme spørgeskema som de øvrige tilsynskonsulenter. Forklaring herom findes i indledningen til rapporten. Tilsynskonsulenterne betragtes som "besvaret" hvis de har gennemført det spørgeskema, der er sendt til dem i sin helhed.

Tabel 24: Fordeling af stabsmedarbejdere, der har besvaret spørgeskemaet (pct. for hvert tilsyn i parentes)

	Nord	Midt	Syd*	Øst	Hovedstaden	I alt
Ikke besvaret	0 (0)	2 (11)	3 (14)	1 (6)	1 (8)	7 (9)
Gennemført	10 (100)	16 (89)	18 (86)	16 (94)	11 (92)	71 (91)
I alt	100 (100)	18 (100)	21 (100)	17 (100)	12 (100)	78 (100)

Anm.: *Fem mailadresser modtaget fra socialtilsynene var ikke gyldige eller var til medarbejderne, der eksempelvis havde skiftet job. De fem mailadresser fordeler sig på en fra Socialtilsyn Nord, to fra Socialtilsyn Syd og to Socialtilsyn Hovedstaden. *Stabsmedarbejderne i Socialtilsyn Syd har ikke modtaget samme spørgeskema som de øvrige stabsmedarbejdere. Forklaring herom findes i indledningen til rapporten. Stabsmedarbejderne betragtes som "besvaret", hvis de har gennemført det spørgeskema der er sendt til dem i sin helhed.

Justeret undersøgelsesdesign i Socialtilsyn Syd

Jf. beskrivelse af datagrundlag i indledningen fremgår det, at tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd ikke har modtaget samme spørgeskema, som de øvrige tilsynskonsulenter. Det var Social- og Boligstyrelsens vurdering, at der metodisk kunne opstå bias i besvarelsene fsva. den del af undersøgelsen, som omhandler socialtilsynenes viden og kompetencer. Social- og Boligstyrelsen har i stedet gennemført gruppeinterviews med medarbejdere i Socialtilsyn Syd for at afdække temaet om personalets kompetencer og faglige viden, mens medarbejderne besvarede spørgeskemaets øvrige temaer omkring udmøntning af kontrol og udvikling samt det

økonomiske tilsyn. Der blev i alt gennemført tre gruppeinterviews: ét med seks tilsynskonsulenter på plejefamilieområdet, ét med seks tilsynskonsulenter på tilbudsområdet og ét med fire stabsmedarbejdere (med arbejdsopgaver inden for økonomi og jura).

Det betyder, at besvarelserne om personalets kompetencer og faglige viden i Socialtilsyn Syd ikke er besvaret individuelt af alle medarbejdere, og personalet i Socialtilsyn Syd har haft mulighed for at forklare forholdene mere uddybende end de øvrige socialtilsyn.

Bilag 7: Socialtilsynenes årsrapporter

Nedenfor findes links til hvert af de fem socialtilsyns årsrapporter:

[Socialtilsyn Nord](#)

[Socialtilsyn Midt](#)

[Socialtilsyn Syd](#)

[Socialtilsyn Øst](#)

[Socialtilsyn Hovedstaden](#)



Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk

Bilagsforside

Dokument Navn:	Sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Nordjylland.pdf
Dokument Titel:	Sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Nordjylland
Dokument ID:	7536857
Placering:	Emnesager/Introduktion (og orientering til) til Social- og Sundhedsudvalget 2022-2025/Dokumenter
Dagsordens titel	Januar 2024 - Orientering til Social- og Sundhedsudvalget
Dagsordenspunkt nr	10
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1



Sundhedsaftalen



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

KKR
NORDJYLLAND



PRÆKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Indhold

Forord	3
Sammen om sundheden	4
Aftalens opbygning.....	5
Sundhedsaftalens bærende principper	6
Mest mulig sundhed for de fælles ressourcer	6
Digitale løsninger og velfærdsteknologi	6
Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb	7
Øget lighed i sundhed	7
Pejlemærke - Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen...	8
Pejlemærke - Øget mental sundhed og trivsel	10
Pejlemærke - Styrket forebyggelse	12
Organisering	14
Sundhedssamarbejdsudvalget.....	14
Politiske sundhedsklynger	15
Opfølgning på Sundhedsaftalen	16
Målsætninger og indikatorer	16
Opfølgning på samarbejdsaftaler.....	16
Formalia	18
Sundhedsaftalens parter	18
Håndtering af uoverensstemmelser	18
Gyldighedsperiode	18

Forord

Det samlede sundhedsvæsen står overfor en række udfordringer i arbejdet med at styrke borgernes og dermed alle nordjydernes sundhed. Den positive udvikling med en stigende gennemsnitlig levealder betyder, at der bliver flere borgere med behandlingskrævende kroniske sygdomme. Samtidig bliver arbejdsstyrken mindre og anderledes i fremtiden, og derved presses sundhedsvæsenet på at have medarbejdere nok til at varetage opgaverne. Desuden viser Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det?' 2021 og Børnesundhedsprofilen 2021, at borgernes sundhedstilstand på flere områder (både fysisk og mentalt) udvikler sig i en negativ retning.

Med denne Sundhedsaftale ønsker Sundhedssamarbejdsudvalget at skabe politiske rammer for, at vi kan styrke samarbejdet om sundheden. Det er der brug for, når sundhedsvæsenet de kommende år skal finde løsningerne på vores fælles udfordringer.

Gennem en politisk vision og tre pejlemærker sættes der mål og retning for vores samarbejde i de kommende år, hvor vi stiler efter mere sundhed, sikker drift og fælles indsatser for borgerne i Nordjylland. Sundhedsaftalen

understøtter en fælles retning, og giver sundhedsklyngerne mulighed for at arbejde med de sundhedsproblemstillinger og løsninger, som giver mest værdi for borgerne. Vi vil styrke sammenhængen og arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen, så flere opgaver kan varetages lokalt og med høj kvalitet. Det vil vi gøre med udgangspunkt i sundhedsklyngerne og i et samspil med civilsamfundet, uddannelsesområdet og andre relevante sektorer.

Vi har i Nordjylland en lang tradition for at samarbejde på tværs og vi har et fælles fundament af samarbejdsaftaler. I denne sundhedsaftale bygger vi ud fra dette fundament videre på vores fælles opgaveløsning. Vi skal, bl.a. med digitale løsninger og aktiv involvering af borgerne, levere effektive og sammenhængende forløb af høj sundhedsfaglig kvalitet.

Med denne Sundhedsaftale sætter vi i fællesskab dynamiske og ambitiøse rammer, retning og mål for udviklingen af sundhedsvæsenet de næste fire år.

Region Nordjylland

Mads Duedahl

Regionsrådsformand
(formand for
Sundhedssamarbejdsudvalget)

Mogens Nørgård

Regionsrådsmedlem

Pia Buus Pinstруп

Regionsrådsmedlem

Lene Linnemann

Regionsrådsmedlem

De nordjyske kommuner

Mogens Jespersen

Borgmester Mariagerfjord
Kommune (næstformand i
Sundhedssamarbejdsudvalget)

Søren Smalbro

Borgmester Hjørring Kommune

Niels Jørgen Pedersen

Borgmester Thisted Kommune

Jes Lunde

Rådmand Aalborg Kommune

PLO-Nordjylland

Charlotte Lønskov Jensen

Formand

Dinah Høngaard

Næstformand

Sammen om sundheden



Vores vision er, at:

Nordjyderne bliver sundere og tager medansvar for egen sundhed med hjælp fra et sammenhængende sundhedsvæsen

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, der udgør den overordnede ramme for samarbejdet mellem kommuner, region og de praktiserende læger, både på det somatiske og det psykiatriske område. Med aftalen påtager det samlede nordjyske sundhedsvæsen sig et ansvar for at fremme befolkningens sundhed, og skabe sammenhæng i indsatsen for den enkelte borger. Vi vil give borgerne de rette sundhedstilbud på rette sted, og når de har brug for det. Sundhed handler om at have det godt både fysisk, psykisk og socialt samt være i stand til at mestre hverdagslivets mange gøremål. Sundhed handler således om mere end fraværet af sygdom.

Sundhedsaftalen skal bidrage til at øge kvaliteten af de forløb, der går på tværs af sektorer. Den skal understøtte, at vi hver især og sammen kan løfte vores kerneopgaver på en måde, så borgerne oplever en sammenhængende indsats af høj, ensartet kvalitet og faglighed.

Det er vores ambition, at vi med denne Sundhedsaftale kan udvikle sundhedsvæsenet på en måde, så borgerne oplever et sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i deres behov og ressourcer, så den enkelte kan få et godt udbytte af sundhedsvæsenets ydelser.



Vi sigter mod at realisere visionen gennem tre politiske pejlemærker:

- Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen
- Øget mental sundhed og trivsel
- Styrket forebyggelse

Med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, opstilles fælles målsætninger i hvert pejlemærke. Målsætningerne skal medvirke til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen og løse de fælles udfordringer. Målsætningerne skal omsættes til handling i det lokale arbejde i sundhedsklyngerne. Formålet med den politiske sundhedsaftale er dermed ikke at definere konkrete løsninger, men at sætte en fælles retning.

Aftalens opbygning

I første afsnit beskrives de fælles bærende principper for vores arbejde med Sundhedsaftalen.

I andet afsnit beskrives de enkelte pejlemærker og tilhørende målsætninger.

I tredje afsnit beskrives den politiske organisering, der skal løfte Sundhedsaftalen 2024.

I fjerde afsnit fremgår det, hvordan der politisk følges op på pejlemærkerne og målsætningerne.

Aftalens bilag findes på Sundhedsaftalens hjemmeside www.rn.dk/sundhedsaftalen

NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSENET



BEDRE
SAMMEN-
HÆGENDE
PATIENT-
FORLØB



STYRKET
INDSATS
FOR KRONIKERE
OG ÆLDRE
PATIENTER



FORBEDRET
OVERLEVELSE
OG PATIENT-
SIKKERHED



BEHANDLING
AF HØJ
KVALITET



HURTIG
UDREDNING
OG
BEHANDLING



ØGET
PATIENT-
INDDRAGELSE



FLERE
SUNDE LEVEÅR



MERE
EFFEKTIVT
SUNDHEDS-
VÆSEN

Sundhedsaftalens bærende principper

Arbejdet med sundhedsaftalen har afsat i en række bærende principper. De bærende principper sætter retning for udvikling af samarbejdet, når vi i regi af Sundhedsaftalen arbejder sammen om kerneopgaver og udviklingstiltag. Det vil sige, at de bærende principper skal være grundlaget for vores arbejde, når der udvikles tiltag i relation til de enkelte pejlemærker, og når samarbejdsaftaler udvikles eller revideres.

Mest mulig sundhed for de fælles ressourcer

Med den demografiske udvikling oplever vi et dobbeltpres på sundhedsvæsenet, hvor flere vil få behov for behandling, og der er færre til at yde den nødvendige forebyggelse, behandling, pleje, omsorg, rehabilitering og genoptræning. Vi oplever allerede nu udfordringer med at sikre tilstrækkeligt med medarbejdere og de rette sundhedsfaglige kompetencer til at løse opgaverne; manglen på arbejdskraft er et fælles vilkår. Vi skal derfor gøre tingene grundlæggende anderledes og på en mere effektiv måde, hvor omstillingen til det nære sundhedsvæsen skal være udgangspunktet. Vi skal i fællesskab prioritere og benytte de tilgængelige ressourcer på bedste vis, for at kunne levere kvalificeret behandling til de nordjyske borgere.

Demografiske udvikling



Når vi indgår eller justerer eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftaler, skal de samlede konsekvenser være klarlagt som en del af et fælles beslutningsgrundlag. Vi skal sikre en fair balance i vores samarbejde.

Digitale løsninger og velfærdsteknologi

I omstillingen til et nært, sammenhængende og fleksibelt sundhedsvæsen, er digitale løsninger og velfærdsteknologi et centralt element, der er med til at sikre optimale forløb i det nordjyske sundhedsvæsen og fleksibilitet for borgeren. Med presset på vores fælles ressourcer, er der behov for at tænke i nye løsninger til gavn for borgerne, så vi sikrer, at både borgerens tid og sundhedspersonalets tid og kompetencer anvendes bedst muligt.

Vi vil derfor styrke det digitale samarbejde på tværs af sektorer ved udbredelsen af nye teknologier og øget brug af digitale sundhedsydelser, hvor det giver fagligt mening og værdi for borgeren. Vi skal sætte rammerne for vores eget nordjyske e-sundhedsvæsen, der understøtter tilgængelighed, fleksibilitet og effektivitet, og som kan muliggøre behandling i eget hjem. De digitale og velfærdsteknologiske løsninger, vi tager i brug, skal give bedre forløb for borgerne, mere sundhed for de samme ressourcer og understøtte samarbejdet i sundhedsvæsenet.

Samtidig skal vi via deling af sundhedsdata sikre, at viden ikke går tabt på tværs. Let og smidig adgang til data og relevante oplysninger hjælper os til at planlægge og kommunikere bedre om sundhedsindsatserne, hvilket sikrer veltilrettelagte og mere smidige borgerforløb. Vi skal derfor understøtte kommunikationen og dokumentationen på tværs af sektorer gennem datadeling i praksis. Der er desuden et stort effektiviseringspotentialer ved at kunne tilgå relevante oplysninger direkte.

Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb

I fællesskab med borgerne og de pårørende skal vi udvikle sundhedsvæsenet. Derfor samarbejder vi løbende med borgerne og de pårørende og tager udgangspunkt i deres perspektiver og erfaringer i det enkelte sygdomsforløb, også når vi skal udvikle nye indsatser og justere de eksisterende indsatser. Her er det vigtigt at have for øje, at pårørende ikke nødvendigvis er den nære familie, men dem, der er relevante for den enkelte borger at inddrage i sit forløb.

Borgernes kompetencer skal sættes i spil. Det er vigtigt, at involveringen af borgerne sker på et kvalificeret grundlag og med den rette støtte. På den måde understøtter vi borgernes mestringsevne og egenomsorg og giver hjælp til

selvhjælp – både i forbindelse med hospitalsbehandling og i den efterfølgende omsorg og rehabilitering i borgers nærmiljø.

Samtidig skal vi være tydelige om, hvem der har stafetten i overgangene mellem region, kommune og den praktiserende læge. Forløb og viderefremstilling er vigtigt, så viden ikke går tabt. Vi vil lære af hinanden ved at dele viden og erfaringer på tværs af sektorer. Vi vil med andre ord arbejde som et fælles team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde, for at sikre kvalitet og velkoordinerede forløb for borgeren.

Øget lighed i sundhed

Selv om vi har et sundhedsvæsen, hvor der arbejdes for let og lige adgang til behandling for alle, er der forskel på den enkeltes brug og effekt af sundhedsvæsenets tilbud. Borgerne skal derfor behandles forskelligt for at blive behandlet ens, når vi skal sikre og fremme lighed i sundhed. Vi skal turde stille krav til de borgere, som kan selv, med henblik på at andre borgere kan få ekstra støtte. Der skal være fokus på, at indsatser og behandlingsforløb skal kunne tilpasses til den enkelte borgers behov og ressourcer.

Vores indsatser skal være så tilgængelige som muligt for borgerne – også når vi taler geografiske afstande. I vores udvikling af fælles indsatser skal vi arbejde for, at sociale faktorer og geografi ikke afgør den enkelte borgers sundhed.



47% af hospitalsophold blandt borgere i alderen 65+ er forebyggelige (2020).

11% somatiske patienter og **17%** psykiatriske patienter genindlægges inden for 30 dage (2020).

83% af nordjyderne i alderen 65+ har været i kontakt med egen læge i løbet af de seneste 12 måneder i 2021. Dette er et fald på 3 procentpoint siden 2010.

54% af nordjyderne har en eller flere kroniske sygdomme, herunder psykiske lidelser og kræft i 2021. Dette er en stigning på 9 procentpoint siden 2013.

11% af nordjyderne har en langvarig psykisk lidelse (minimum 6 måneders varighed). Dette er en stigning på 3 procentpoint siden 2013.

Kilde: Talgrundlag for de nationale mål 2021 (Sundhedsstyrelsen) og Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det?' 2021



Pejlemærke

Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen



Nordjyderne lever længere, og som en konsekvens heraf bliver der væsentlig flere ældre borgere. Samtidig vil flere borgere få én eller flere kroniske sygdomme, ligesom de år, der lægges til livet, ofte er år med stigende behov for behandling, pleje, rehabilitering og genoptræning. Vi er optaget af at skabe et sundhedsvæsen i balance, da mangel på medarbejdere og ressourcer er et fælles grundvilkår for fremtiden. Det kalder på fælles retning og fælles løsninger, hvis vi fremadrettet skal kunne sikre et velfungerende sundhedsvæsen.

Vores fælles kerneopgave er, at borgerne i Nordjylland skal opleve et samlet sundhedsvæsen, hvor nøgleordene er nærhed, tilgængelighed og sammenhæng. Det er derfor vigtigt at den enkelte borger får et koordineret og planlagt forløb, hvor det er muligt. I regionen, kommunerne og hos de praktiserende læger skal forløbet for den enkelte borger ses i en helhed. Ingen nordjyske borgere skal opleve at falde mellem stolene i forbindelse med sektorovergange eller opleve ikke at have adgang til information om sit forløb. Borgerne skal føle sig trygge og opleve et samlet sundhedsvæsen, som er karakteriseret ved et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde.

Nogle målgrupper er store (og voksende) i antal, har ofte komplekse sundhedsproblemer, og kræver i meget vid udstrækning indsatser, der går på tværs. Dette gælder i særlig grad for de store målgrupper:

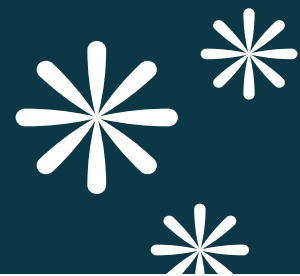
- Den ældre medicinske patient
- Borgere med kroniske sygdomme og komplekse forløb
- Borgere med psykiske lidelser, som ofte har regelmæssige kontakter på tværs af region, kommune og den praktiserende læge

Det er derfor særligt vigtigt, at vi har fokus på indsatserne for netop disse grupper af borgere.

Region, kommuner og de praktiserende læger vil i fællesskab arbejde for at integrere tilbud på tværs af sektorerne yderligere, så borgerne tilbydes sundhedsindsatser, som i alle livets faser er mindst muligt indgribende i borgerens liv. Vi vil desuden være fælles om at sikre implementeringen af de tværsektorielle anbefalinger blandt andet på akutoområdet og i forhold til forebyggelige (gen)indlæggelser.

Vi vil:

- Styrke rettidig og sammenhængende indsatser for de ældre medicinske patienter
- Sikre den nødvendige hjælp og støtte til at håndtere livet med kronisk sygdom.
- Sikre, at borgere med psykiske lidelser, herunder borgere med samtidigt misbrug, oplever sammenhæng og tilgængelighed mellem den sundhedsmæssige, sociale og beskæftigelsesmæssige indsats.



28% af nordjyderne har en høj stressscore.

25% af nordjyderne har en lav mental trivsel.

12% i 5. klasse og **19%** i 8. klasse oplever at have for meget at se til i hverdagen.

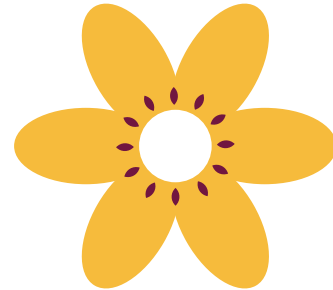
30% i 5. klasse og **31%** i 8.klasse føler sig ensomme.

Kilde: Børnesundhedsprofilen 2021
og Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det?' 2021



Pejlemærke

Øget mental sundhed og trivsel



Borgere, der mistrives, har større risiko for psykiske lidelser og har samtidig øget risiko for somatiske sygdomme. Sundhedsprofilerne viser, at borgere med dårlig mental sundhed i højere grad ryger, er fysisk inaktive, drikker for meget alkohol, har usunde kostvaner samt oplever stress og nervøsitet.

Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det?' og Børnesundhedsprofilen viser, at et flertal af nordjyderne har en god mental sundhed, men en voksende andel af nordjyderne, særligt børn og unge, mistrives. Der ses således stigende tendenser i forekomsten af stress, dårlig mental trivsel, ensomhed m.m. Samtidig ses der i Psykiatrien en øget tilgang af borgere med behov for psykiatrisk udredning og behandling, særligt blandt børn og unge.

Vi arbejder allerede med en lang række indsatser for at øge den mentale sundhed, både i et samarbejde mellem regionen, kommunerne og praktiserende læger i de enkelte sektorer og sammen med borgerne. I Nordjylland er der mellem psykiatrien, de nordjyske kommuner og de praktiserende læger udarbejdet en tilgængelighedsanalyse med fokus på børn og unge med psykiske vanskeligheder. Analysen giver 25 anbefalinger til, hvordan vi i fællesskab kan forbedre indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Derudover indeholder den nationale 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed en række indsatser og tiltag, som skal bringes i anvendelse for at forbedre den mentale sundhed hos nordjyderne – for børn og unge, såvel som voksne.

Der er brug for, at vi arbejder endnu tættere og mere koordineret for at imødegå det alvorlige og komplekse problem vi ser med faldende mental sundhed i befolkningen. Gode rammer for borgernes mentale sundhed

kræver en indsats, der rækker udover sundhedsområdet snævert set – det skal skabes i et samspil med andre fagområder og aktører, såsom uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, sociale tilbud, civilsamfundet m.m. Og så kræver udviklingen af gode løsninger og gode forløb, at de berørte borgere og pårørende i høj grad deltager i tilrettelæggelsen af egne forløb.

I det tværsektorielle samarbejde vil vi styrke koordineringen og løbende have fokus på behov for at udvikle fælles initiativer, hvor det kan løfte nordjydernes mentale sundhed.

Mental sundhed defineres som:

”En tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker”.

Verdenssundhedsorganisationen WHO

Vi vil:

- Øge den mentale trivsel, særligt blandt børn og unge
- Have fokus på den tidlige indsats og opsporing af psykiske lidelser
- Arbejde videre med den nordjyske Tilgængelighedsanalyses anbefalinger og implementere den nationale 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed
- Sikre, at flere borgere bevarer tilknytningen til uddannelse og arbejdsmarked trods sygdom.

21 % af nordjyderne har et usundt kostmønster.

19 % af nordjyderne er fysisk inaktive.

7 % af nordjyderne drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

6 % i 5. klasse og **10 %** i 8. klasse er fysisk inaktive.

17 % i 8. klasse har drukket 5 genstande eller flere ved samme lejlighed inden for 30 dage.

I 8. klasse har **8 %** prøvet at ryge og **4 %** prøvet at bruge snus eller tyggetobak.

21 % af nordjyderne lever med svær overvægt.

Kilde: Børnesundhedsprofilen 2021 og Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det?' 2021



Pejlemærke

Styrket forebyggelse



Borgerne skal have de bedste muligheder for at forblive raske så længe som muligt, og derfor prioriterer vi forebyggelse og tidlig opsporing højt. De seneste sundhedsprofiler viser, at der stadig er brug for at arbejde med generel sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til kost, rygning/nikotinprodukter, alkohol, fysisk aktivitet og svær overvægt. Samtidig skal vi i en fremtid, hvor flere borgere vil have én eller flere kroniske sygdomme, forsøge at undgå, at sygdom udvikler sig yderligere. Det er derfor vigtigt at have fokus på de fælles løsninger ift. sundhedsfremme og forebyggelse, så vi kan begrænse eller udskyde kroniske sygdommes eventuelle komplikationer længst muligt; blandt andet via patientrettet sygdomsspecifik forebyggelse på tværs af sektorerne.

Sundhedskompetence defineres som:

”Sundhedskompetence er evnen til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed, herunder at tage beslutning om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet.”

Sundhedsstyrelsen

Ulighed i sundhed er stadig en afgørende faktor for, hvor mange gode leveår nordjyderne får. Vi skal derfor bygge videre på de allerede gode erfaringer og styrke vores samarbejde, og vi skal hjælpe borgerne til at mestre eget liv. Vi vil have mere fokus på at understøtte borgernes sundhedskompetencer og udvikle de organisatoriske sundhedskompetencer i sektorovergangen.

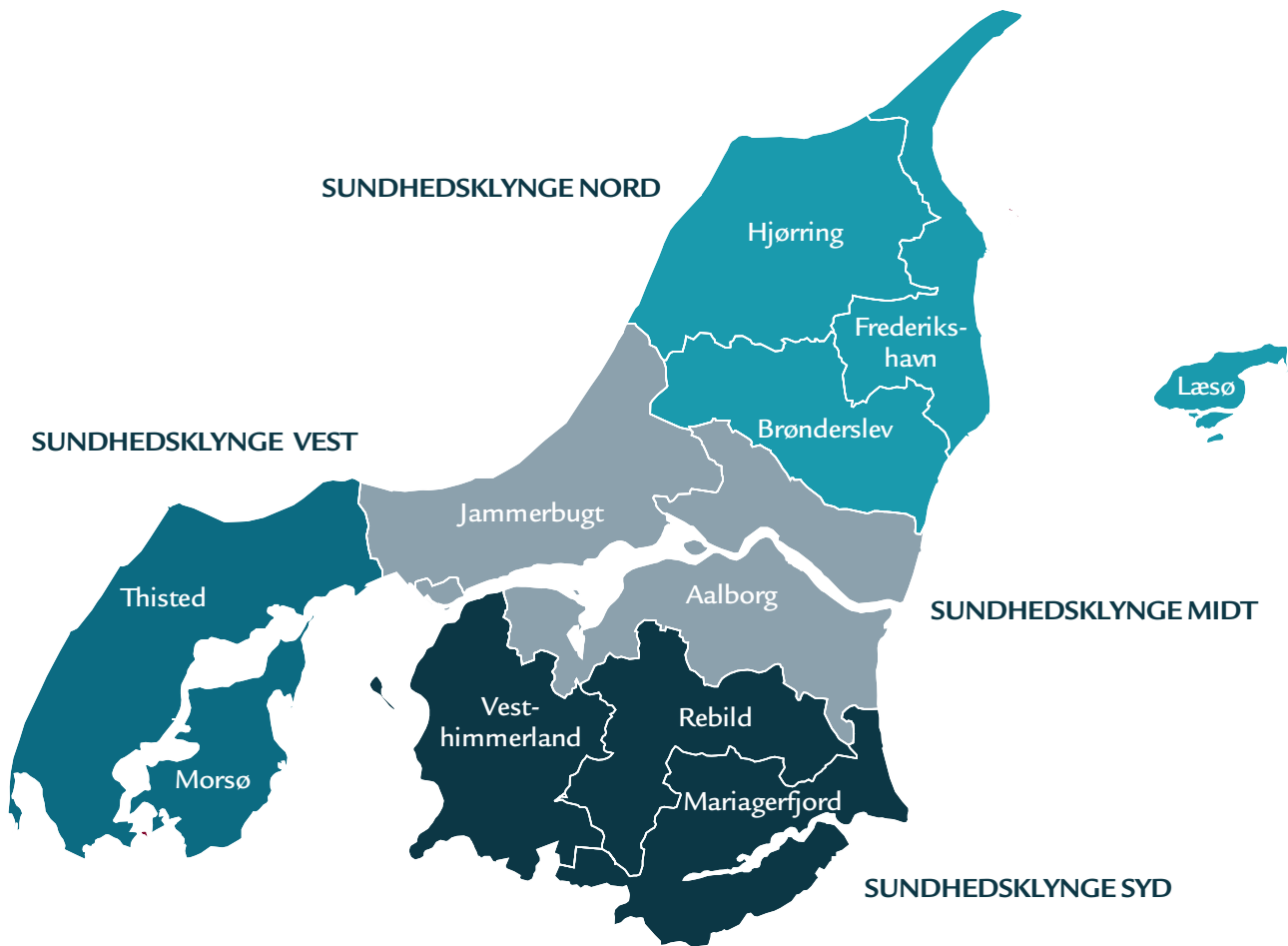
Vi vil sammen sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, både i egen sektor samt på tværs af regionen, kommunerne og de praktiserende læger. Det fælles arbejde om forebyggelsesindsatserne skal fortsættes og styrkes, og vi vil arbejde med differentierede tilbud.

Vi skal i det tværsektorielle samarbejde forsøge dels at forebygge sygdom og dels at forebygge forværring af sygdom. Borgernes sundhedskompetence og evner til at mestre eget liv er et væsentligt element i at forebygge sygdom og minimere forværring af kronisk sygdom. Derfor skal vi i det tværsektorielle samarbejde have fokus på forebyggelse med målet om, at borgerne opnår bedst mulig livskvalitet på trods af sygdom.

Vi vil sammen gå nye veje i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, blandt andet ved at bruge nye digitale løsninger og velfærdsteknologi. Digitale løsninger kan medvirke til skabe mere nærhed og øget tilgængelighed. Digitale løsninger og velfærdsteknologi skal medvirke til at frigøre ressourcer og skabe mere nærhed og øget tilgængelighed. Dette muliggør at prioritere lighed i sundhed og mere effektive løsninger for både borgere og sundhedsvæsen.

Vi vil:

- Styrke ligheden i sundhed ved at tilbyde differentierede indsatser målrettet borgere med særlige behov
- Styrke samarbejdet om forebyggelse og sundhedsfremme ift. kost, rygning/nikotinprodukter, alkohol, fysisk aktivitet og svær overvægt
- Styrke nordjydernes sundhedskompetencer og mestring af egen sundhed med henblik på at forebygge sygdom og minimere forværring af sygdom



Organisering

Det tværsektorielle arbejde med Sundhedsaftalen organiseres i sundhedsklyngestrukturen, som blev vedtaget i forbindelse med sundhedsreformen fra maj 2022.

Sundhedssamarbejdsudvalget

Sundhedssamarbejdsudvalget er et fælles forum for styrkelse af samarbejdet mellem regionen, kommunerne og de praktiserende læger. Udvalget består af de politiske kommunale og regionale formandskaber fra de fire sundhedsklynger sammen med repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation Nordjylland (PLO-Nordjylland).

Sundhedssamarbejdsudvalget har til formål at:

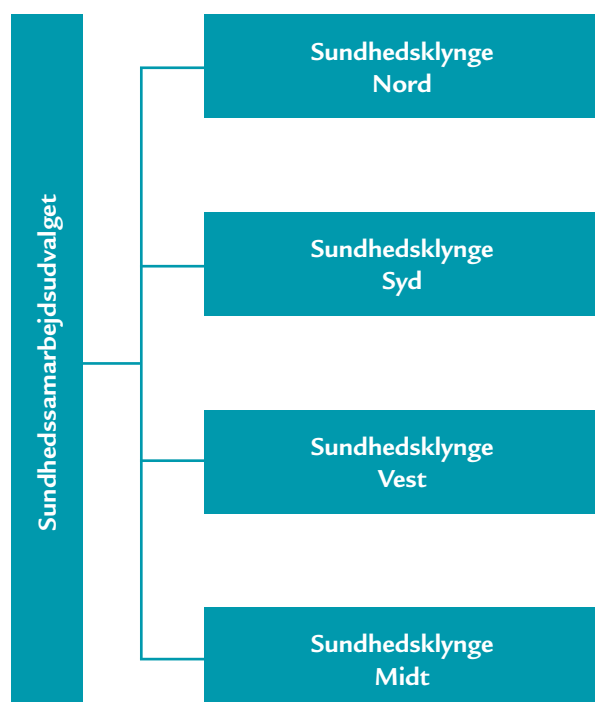
- Koordinere og sætte politisk retning for det nordjyske sundhedsvæsen
- Udarbejde og følge op på Sundhedsaftalen.
- Understøtte ensartethed på tværs af sundhedsklyngerne med henblik på at skabe mere lighed i sundhed.
- Afholde Sundhedspolitisk Samling for alle politikere fra de politiske klynger og evt. flere aktører, med udgangspunkt i Sundhedsaftalens pejlemærker. Formålet er at skabe en politisk arena, hvor samarbejde, dialog og vidensdeling prioriteres højt og foregår på tværs af Sundhedssamarbejdsudvalget og de fire sundhedsklynger.

Politiske sundhedsklynger

I Nordjylland er der fire politiske sundhedsklynger, hvor kommunale og regionale politikere samt repræsentanter fra PLO-Nordjylland er repræsenteret.

I de politiske sundhedsklynger behandles lokale emner ud fra Sundhedsaftalens pejlemærker. Parterne kan desuden dagsordenssætte øvrige emner vedrørende det fælles arbejde med at forbedre borgernes sundhed.

Den politiske organisering understøttes af en administrativ organisering, hvor region, kommuner og de praktiserende læger i fællesskab arbejder med at omsætte de politiske pejlemærker og mål til handling i den lokale kontekst.



Opfølgning på Sundhedsaftalen

Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvaret for at følge op på Sundhedsaftalen 2024 samt de dertil hørende samarbejdsaftaler.

Som en del af implementeringen af Sundhedsaftalen, udarbejder Sundhedsklyngerne handleplaner for lokale indsatser, der kan hjælpe til at indfri Sundhedsaftalens målsætninger. I handleplanerne har sundhedsklyngerne mulighed for at prioritere og målrette nye initiativer og ressourcer mod de specifikke borger/ patientgrupper eller målsætninger der giver størst værdi lokalt. Handleplanerne skal så vidt muligt være baseret på relevante lokale data.

Opfølgning på Sundhedsklyngernes handleplaner indgår i Sundhedssamarbejdsudvalgets årlige opfølgning på pejlemærkerne. Derudover skal sundhedsklyngerne løbende melde ind, hvis viden om nye tiltag med fordel kan udbredes til de øvrige sundhedsklynger eller udvikles til et initiativ/aftale dækkende hele regionen. Sundhedssamarbejdsudvalget har på denne måde en rolle i at koordinere og understøtte vidensdeling mellem sundhedsklyngerne. Sundhedssamarbejdsudvalget skal derudover løbende dele relevant viden med Sundhedssamarbejdsudvalg i de øvrige regioner og kan indstille initiativer til national udbredelse.

For at sikre, at vi når i mål med vores fælles ambitioner i Sundhedsaftalen, skal der udarbejdes en midtvejsstatus og en slutstatus på Sundhedsaftalen. Patientinddragelsesudvalget vil blive inddraget i behandlingen heraf samt i den løbende opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen.

Målsætninger og indikatorer

De lokale målsætninger og indikatorer i Sundhedsklyngerne skal afspejle Sundhedsaftalens indhold og leve op til de nationale mål. Disse nationale mål vil blive brugt i Sundhedssamarbejdsudvalgets årlige opfølgning på

pejlemærkerne samt i midtvejsstatus og slutstatus på Sundhedsaftalen.

I nedenstående figur illustreres sammenhængen mellem Sundhedsaftalens vision og pejlemærker samt indikatorerne for de nationale mål.

Sundhedsklyngerne udvikler egne konkrete målsætninger til pejlemærkerne og på de indsatser, som igangsættes lokalt. Dette skal understøtte opfølgning på sundhedsaftalen og spredningen af velfungerende initiativer.

Opfølgningen på målsætninger kan ske både kvantitativt og kvalitativt og med brug af tilgængeligt data.

Opfølgning på samarbejdsaftaler

Fra de forrige Sundhedsaftaler har vi en række samarbejdsaftaler i Den Tværsektorielle Grundaftale. Samarbejdsaftalerne bidrager til at omsætte Sundhedsaftalen til handling.

Samarbejdsaftalerne gennemgås løbende for at sikre, at aftalerne har rod i og er målrettet virkelighedens udfordringer samt har klare mål og fastsat systematisk opfølgning. Det medvirker til at sikre, at vi har de nødvendige aftaler, og at aftalerne er overskuelige og anvendelige for personalet tæt på borgerne.

Når samarbejdsaftaler ændres eller nye aftaler indgås, tager vi udgangspunkt i de anbefalinger, der er beskrevet i *Vejledning for sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler*. Patientrepræsentanter inddrages altid i dette arbejde, når det er relevant.

De eksisterende samarbejdsaftaler samt en skabelon for udarbejdelse af samarbejdsaftaler kan findes på Sundhedsaftalens hjemmeside: www.rn.dk/sundhedsaftalen.

Vision

Pejlemærker

Et tilgængeligt og sammenhængende sundhedsvæsen

Øget mental sundhed og trivsel

Styrket forebyggelse

Akutte somatiske og psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage

Ventetid til genoptræning

Somatiske/psykiatriske færdigbehandlingsdage

Forebyggelige sygehusophold blandt ældre

Overbelægning på medicinske afdelinger

Sygehusaktivitet pr. kroniker (KOL/Diabetes)

Ventetid til planlagt sygehusoperation og til psykiatrien

Liggetid pr. indlæggelse

Ajournførte medicinoplysninger (praktiserende læge)

5 års overlevelse efter kræft

Opfyldelse af kvalitetsmål i kvalitetsdatabaser

Hjertedødelighed

Fastholdelse af somatisk/psykisk syge på arbejdsmarkedet

Overdødelighed ved psykisk sygdom

Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser

Brug af antipsykotika ved patienter med demens

Middellevetid

Daglige rygere i befolkningen

Indikatorer for de nationale mål



Formalia

Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og de 11 kommunalbestyrelser i Nordjylland, som varetager hver deres myndighedsområde på henholdsvis det regionale og det kommunale område. Parterne er ansvarlige for implementering og opfølgning i egen sektor.

De praktiserende læger er ikke aftalepart i Sundhedsaftalen, men de er, ifølge Sundhedslovens §57c, stk. 2, forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med Sundhedsaftalen. De opgaver, som de praktiserende læger ifølge Sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, beskrives i Praksisplanen, og følges op med underliggende aftaler med de praktiserende læger, hvor implementering og eventuelle ressourcer aftales.

Private aktører er ikke aftalepart, men er omfattet af de relevante dele af Sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne, der indgår aftale med private aktører om varetagelse af sundhedsopgaver, skal sikre, at de private leverandører gennem aftaler forpligtes af Sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Håndtering af uoverensstemmelser

Parterne er som udgangspunkt enige om, at tvister og konflikter løses på lavest mulige niveau. Det vil sige på det niveau, hvor udfordringerne opstår. En uenighed i driften skal helst løses på driftsniveau eller på lokalt ledelsesniveau. En uenighed af mere generel karakter skal drøftes i Strategisk Sundhedsforum. Politiske eller principielle uenigheder afgøres i Sundhedssamarbejdsudvalget. Parterne er enige om, at borgerne ikke må komme i klemme, hvis der er uenighed om hvem, der har opgaven.

Gyldighedsperiode

Sundhedsaftalen er gyldig fra den 1. januar 2024. Varigheden er i udgangspunktet tre et halvt år fra ikrafttrædelsesdatoen. Sundhedsaftalen er dog gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.





Thisted Kommune



Sundhedsaftale

Godkendt december 2023 - version 1
Valgperiode 2021 - 2025