



**FOLKETINGET
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN**

**Juni 2023
– 17/2022**

**Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger**

Borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud

17/2022

Beretning om

borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2023

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Social- og boligministeren samt indenrigs- og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministrenes redegørelser.

På baggrund af ministrenes redegørelser og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i december 2023.

Ministrenes redegørelser, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2022, som afgives i februar 2024.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

Karakterskala

Positiv kritik	• finder det meget/særdeles positivt • finder det positivt • finder det tilfredsstillende/er tilfredse med
Kritik under middel	• finder det ikke helt tilfredsstillende
Middel kritik	• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med • påpeger/understreger/henstiller/forventer • beklager/finder det bekymrende/foruroligende
Skarp kritik	• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/indskærper • påtaler/påtaler skarpt
Skarpeste kritik	• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

**Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:**

Stibo Complete lager og logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
kundeservice@stibocomplete.com
http://www.stibocomplete.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-809-2
ISBN online 978-87-7434-810-8

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud

Over de seneste 10 år er der sket en stigning på ca. 30 % i antallet af borgere med psykiske lidelser, der behandles på et sygehus. Denne undersøgelse handler om et udsnit af borgere med psykiske lidelser, der også modtager eller har modtaget et botilbud i kommunen efter serviceloven.

Folketinget vedtog i 2019 en ændring af psykiatriloven. Formålet med lovændringen var at øge antallet af udskrivningsaftaler for at sikre sårbare borgere en bedre sammenhæng mellem indsatser i regioner og kommuner i forbindelse med udskrivning.

I 2021 blev 18.740 borgere udskrevet fra indlæggelser i den regionale psykiatri. Blandt de borgere, der er i kontakt med den regionale psykiatri, modtager ca. hver 5. borger sociale indsatser i kommunerne. Undersøgelsen omfatter en dataanalyse af 1.893 borgere fra de 2 største kommuner i hver region i Danmark. Blandt disse borgere er de hyppigst forekomne diagnoser skizofreni og misbrugsbetinget psykisk lidelse.

Statsrevisorerne kritiserer og finder det meget utilfredsstillende, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne ikke har sikret, at borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud har modtaget det lovpligtige sammenhængende forløb i forbindelse med deres udskrivning.

Statsrevisorerne skal særligt pege på, at regionerne i 73 % af de 4.483 undersøgte sager ikke har overholdt psykiatrilovens krav om, at borgere skal udskrives fra indlæggelse med en udskrivningsaftale.

Når regionerne og kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang koordinerer deres indsatser, er der risiko for, at situationen for borgere med psykiske lidelser og sociale behov forværres.

Statsrevisorerne

1. juni 2023

Mette Abildgaard
Leif Lahn Jensen
Mikkel Irminger Sarbo
Serdal Benli
Lars Christian Lilleholt
Monika Rubin

Statsrevisorerne har hæftet sig ved følgende undersøgelsesresultater:

- Rigsrevisionens gennemgang af 90 tilfældigt udvalgte sager har vist, at der kun i 19 tilfælde var udarbejdet en udskrivningsaftale, og at ingen af disse aftaler levede op til indholdskravene i vejledningen til psykiatriloven.
- Region Hovedstaden og Region Sjælland har i henholdsvis 96 % og 94 % af de enkelte indlæggelsesforløb ikke udarbejdet lovpligtige udskrivningsaftaler.
- Regionerne har ikke siden lovændringen i 2019 kontaktet ministeriet om tvivl om forståelsen af bestemmelserne eller om udfordringer med brug af udskrivningsaftaler.
- Regionerne har for 81 % af indlæggelsesforløbene, hvor borgeren var hjemløs ved udskrivningen, udskrevet borgeren uden en udskrivningsaftale.
- Der er indikationer på, at kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang visiterer udskrevne borgere til botilbud, som er godkendt til at dække borgernes behov. Fx er borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i 52 ud af 91 tilfælde visiteret til et botilbud, som ikke er godkendt til at håndtere både psykiske lidelser og misbrug.
- Borgere med psykiske lidelser og lange ophold på herberger har i 68 % af tilfældene opholdt sig på et herberg, der ikke er godkendt til borgere med psykiske lidelser.
- Social-, Bolig- og Eldreministeriet har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at Tilbudsportalen lever op til formålet om at give kommunerne sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger, når de skal finde egnede pladser på botilbud.

Statsrevisorerne gør opmærksom på, at undersøgelsen bidrager med ny tværgående og detaljeret viden, idet Rigsrevisionen har gennemført analyser på tværs af Sundhedsdatastyrelsen og kommunerne.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning	9
 2. Forløbet for borgere fra psykiatrien til sociale botilbud	 12
2.1. Regionernes koordinering med kommunerne	12
2.2. Kommunernes visitation af borgerne til botilbud	19
2.3. Social-, Bolig- og Ældreministeriets understøttelse af den kommunale visitation	24
 Bilag 1. Metodisk tilgang	 31

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionens mandat til at gennemføre undersøgelsen følger af § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven, samt af § 4, stk. 1, nr. 1, og § 5, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 15. Social-, Bolig- og Ældreministeriet og § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden 2019-2022 har der været følgende ministre:

Social-, Bolig- og Ældreministeriet:

Mai Mercado: 28. november 2016 - 27. juni 2019

Astrid Krag: 27. juni 2019 - 15. december 2022

Pernille Rosenkrantz-Theil: 15. december 2022 -

Indenrigs- og Sundhedsministeriet:

Ellen Trane Nørby: 28. november 2016 - 27. juni 2019

Magnus Heunicke: 27. juni 2019 - 15. december 2022

Sophie Løhde: 15. december 2022 -

Ministerierne har skiftet ressort og navn i undersøgelsesperioden, men er benævnt ved deres nuværende navn.

Beretningen har i udkast været forelagt Social-, Bolig- og Ældreministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regionerne og de 10 undersøgte kommuner, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om forløbet for et udsnit af borgere med indlæggelse i psykiatrien, som har eller efterfølgende får et ophold på et socialt botilbud.

Over de seneste 10 år er der flere gange konstateret problemer med at give denne gruppe af borgere et sammenhængende forløb, fra de indlægges i psykiatrien, til de modtager en social indsats i kommunen. Problemet blev bl.a. nævnt i evalueringen af strukturreformen i 2013, og problemet blev igen fremhævet i 2018 i regeringens samlede handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025.

I forlængelse af handlingsplanen vedtog Folketinget i 2019 en ændring af psykiatriloven. Formålet med lovændringen var at øge antallet af udskrivningsaftaler for at sikre sårbare borgere en bedre sammenhæng mellem indsatser i regioner og kommuner i forbindelse med udskrivning. Lovændringen gav regionerne en pligt til gennem udskrivningsaftalerne at tage initiativ til en koordineret indsats.

2. Ifølge sundhedsloven er det et fælles ansvar for regionerne og kommunerne at sikre et sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser. Det vil fx sige sammenhæng for borgere, der udskrives fra psykiatrien med et behov for social støtte. Regionernes rolle er at udarbejde udskrivningsaftaler, mens kommunernes rolle er at visitere borgerne til egnede sociale tilbud. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har ifølge serviceloven en understøttende rolle i forbindelse med kommunernes visitation.

3. Borgere med en psykisk lidelse kan have behov for et botilbud, fordi de ikke kan bo alene og har behov for støtte. Kommunerne har ansvaret for forsyningen af egnede botilbud og skal visitere borgere ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for støtte. Kommunerne kan opfylde forsyningsansvaret ved at bruge egne tilbud og ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud. Social-, Bolig- og Ældreministeriet skal understøtte den kommunale visitation gennem Tilbudsportalen, der skal give kommunerne mulighed for at sammenligne og vælge relevante botilbud til borgeren. Ministeriet har desuden ansvaret for at følge og om nødvendigt sikre, at kommuner eller regioner opretter det fornødne udbud af højt specialiserede sociale tilbud til borgere med psykiske lidelser.

Udskrivningsaftale

En udskrivningsaftale er en aftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt andre relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mv. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten efter udskrivning. I de tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke, udarbejdes i stedet en koordinationsplan med samme indhold og med de samme involverede parter.

Når vi i denne beretning skriver om *udskrivningsaftaler*, omfatter det også *koordinationsplaner*.

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen blev oprettet i forbindelse med strukturreformen i 2007. Portalen skal styrke kommunernes grundlag for at vælge tilbud til borgerne og bl.a. bidrage til at skabe en generel åbenhed og gennemsigtighed i de tilbud, der er registreret i portalen.

Herberg og forsorgshjem

Herberger og forsorgshjem er botilbud til midlertidige ophold efter servicelovens § 110 for borgere med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud, og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp. Når vi i beretningen skriver herberger dækker det både over herberger og forsorgshjem.

4. Undersøgelsen omfatter en dataanalyse af 1.893 borgere fra de 2 største kommuner i hver region. Alle borgere i undersøgelsen har haft mindst en indlæggelse med en psykiatrisk diagnose i den regionale psykiatri i perioden 2019-2021 og haft ophold på mindst et socialt botilbud. Opholdet har enten været på et midlertidigt eller længerevarende botilbud eller på et herberg, forsorgshjem eller kvindekrisecenter. Rigsrevisionen har kun adgang til de sager, hvor der er statslig refusion. Statslig refusion gives for borgere, som samlet set modtager hjælp og støtte efter serviceloven fra kommunen for over 860.000 kr. årligt (2022-priser), eller for borgere, som opholder sig på herberger og kvindekrisecentre. Undersøgelsen omfatter dermed kun et udsnit af borgere i botilbud, da en række borgere ikke modtager serviceydelser, der samlet set overstiger beløbet, der udløser statslig refusion.

Undersøgelsen bidrager med ny tværgående og detaljeret viden om forløbet for et udsnit af borgere med psykiske lidelser, idet vi har udført analyser af data på tværs af Sundhedsdatastyrelsen og kommunerne.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om myndighedernes indsats for at sikre et sammenhængende forløb for borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud har været tilfredsstillende. Dette undersøger vi i forhold til regionerne, 10 udvalgte kommuner og Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Har regionerne udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler for borgere med psykiske lidelser?
- Har kommunerne visiteret borgere med psykiske lidelser til botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov?
- Har Social-, Bolig- og Ældreministeriet understøttet den kommunale visitation af borgere med psykiske lidelser?

5. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i august 2022.



Hovedkonklusion

Det er Rigsrevisionens vurdering, at myndighedernes indsats for at sikre et sammenhængende forløb for borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud samlet set har været meget utilfredsstillende. Den undersøgte gruppe af borgere med psykiske lidelser får i mange tilfælde ikke den lovpligtige koordinerede indsats mellem region og kommune. Det kan medføre, at denne gruppe borgere ikke modtager de kommunale tilbud, som de har krav på ifølge serviceloven.

Regionerne har i mange tilfælde ikke overholdt psykiatrilovens krav om at udarbejde udskrivningsaftaler, som skal sikre et sammenhængende forløb for borgerne. Det finder Rigsrevisionen meget utilfredsstillende.

Rigsrevisionens analyse af 4.483 indlæggelser viser, at borgerne i 73 % af tilfældene bliver udskrevet fra indlæggelse uden den lovpligtige udskrivningsaftale. Rigsrevisionens gennemgang af 90 tilfældigt udvalgte sager viser, at i de 19 tilfælde, hvor der var udarbejdet en udskrivningsaftale, levede ingen af aftalerne op til indholdskravene i vejledningen til psykiatriloven. Der manglede fx oplysninger om den fremtidige behandling og om, hvem der havde ansvaret for at revurdere aftalen.

Der er indikationer på, at kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang har visiteret udskrevne borgere til et botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov. Det finder Rigsrevisionen ikke tilfredsstillende.

Undersøgelsen viser, at når kommunerne visiterer borgere med psykiske lidelser til botilbud, bliver de i 11 % af tilfældene visiteret til botilbud, som ikke er godkendt til målgruppen. Heri indgår ikke de borgere, som kommunerne ikke visiterer, herunder bl.a. borgere, der kommer på et herberg. Borgere med både psykiske lidelser og misbrug bliver i lidt over halvdelen af tilfældene visiteret til botilbud, som ikke er godkendt til at håndtere begge dele. Kommunerne har oplyst, at der i nogle tilfælde kan være gode socialfaglige grunde til dette. Undersøgelsen indikerer også, at kommunerne har været vidende om, at hvert 5. ophold på herberg for borgerne med psykiske lidelser er et langt ophold, selv om herberger er et midlertidigt tilbud.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har ikke i tilfredsstillende omfang understøttet kommunernes visitation af borgere med psykiske lidelser til botilbud.

For det første har Social-, Bolig- og Ældreministeriet som overordnet ansvarlig for Tilbudsportalen ikke i tilstrækkelig grad sikret, at Tilbudsportalen lever op til formålet om at give kommunerne sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger, når de skal finde egnede pladser på botilbud. For det andet har ministeriet ikke sikret et tilstrækkeligt vidensgrundlag til at vurdere, om der er de fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder.

1.2. Baggrund

6. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der over de seneste 10 år sket en stigning på ca. 30 % i antallet af borgere med psykiske lidelser, der behandles på et sygehus. I løbet af 2021 blev 18.740 borgere udskrevet fra indlæggelser i den regionale psykiatri. Mange, der indlægges i psykiatrien, har svære psykiske lidelser som fx skizofreni, bipolare lidelser, angst og depression. Ca. hver 5. borger, der har kontakt til den regionale psykiatri, modtager sociale indsatser i kommunerne. Næsten halvdelen af dem, der modtager indsatser efter serviceloven, har haft kontakt til den regionale psykiatri inden for en 5-årig periode.

7. Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven fra 2019, at det er afgørende, at indsatsen for personer med psykiske lidelser opprioriteres og styrkes. Særligt for personer med svære psykiske lidelser er der behov for en styrket indsats for at undgå usammenhængende behandlingsforløb, genindlæggelser og høj overdødelighed.

Det fremgår videre, at personer med svære psykiske lidelser ofte ikke på eget initiativ søger den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, og at de derfor kan blive tabt i overgangen mellem forskellige behandlingsinstanser. Gruppen er karakteriseret ved et sammenfald af tunge psykiatriske og sociale problemer, ligesom gruppen ofte har en kombination af svære psykiske lidelser og misbrug, manglende sygdomserkendelse og modstand over for behandling. Borgerne vil desuden ofte være uden sociale kontakter, hvorfor der er større risiko end normalt for, at ingen vil bemærke, eller først på et meget sent tidspunkt vil bemærke, at de er faldet ud af behandlingssystemet efter udskrivning.

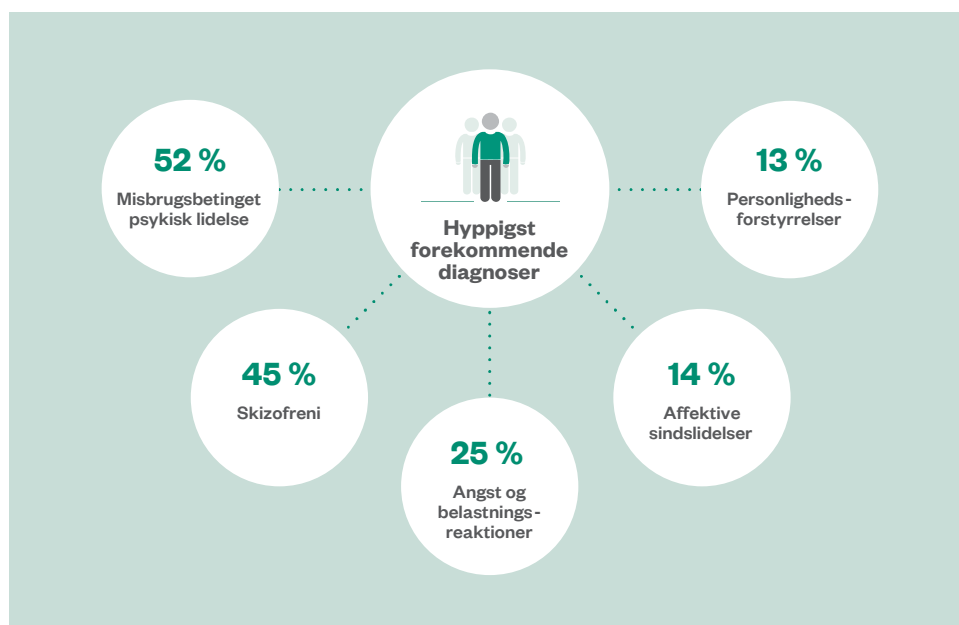
Derfor er det også skrevet ind i både sundhedsloven og psykiatriloven, at den regionale psykiatri og kommunen skal samarbejde om indsatsen.

Borgere med psykiske lidelser

8. Denne undersøgelse handler om et udsnit af borgere med psykiske lidelser, der også modtager eller har modtaget et botilbud i kommunen efter serviceloven. Figur 1 viser fordelingen af de hyppigst forekommende diagnoser for gruppen af borgere i undersøgelsen.

Figur 1

Fordeling af de hyppigst forekommende diagnoser for borgerne i undersøgelsen



Note: Analysen omfatter 1.893 borgere med indlæggelser i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021. Figuren summerer til mere end 100 %, da en borger kan have flere diagnoser i løbet af en indlæggelse. Bemærk, at ikke alle diagnosegrupper, men kun de 5 hyppigste, er vist i figuren. Diagnoserne afspejler både aktionsdiagnoser (som er de diagnoser, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant kontakt) og bi-diagnoser.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 1, at de hyppigst forekommende diagnoser blandt borgerne i undersøgelsen er skizofreni og misbrugsbetinget psykisk lidelse.

9. Botilbud er én af de sociale indsatser til voksne med svære psykiske lidelser, som kommunerne kan vælge at anvende. Vi har i denne undersøgelse taget udgangspunkt i borgere, der har haft ophold på botilbud. Dvs. at undersøgelsen har fokus på særligt svage borgere med et stort støttebehov. Borgere i botilbud omfatter også socialt udsatte borgere, der kommer på herberger og kvindekrisecentre efter udskrivning.

10. Tabel 1 viser de forskellige typer af botilbud, som borgerne i denne undersøgelse har haft ophold på.

Tabel 1
De typer af botilbud, der indgår i undersøgelsen

	Type	Støttebehov for målgruppe	Optagelse i tilbuddet
	Midlertidige botilbud (servicelovens § 107)	Personer med betydelig funktionsnedsættelse og behov for midlertidigt ophold i botilbud.	Kommunal visitation.
	Længerevarende botilbud (servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105 med støtte efter servicelovens § 85)	Personer med betydelig og varig funktionsnedsættelse og behov for længerevarende ophold i botilbud.	Kommunal visitation.
	Særlige pladser i psykiatrien (psykiatrilovens § 42 b)	Personer, der er i risiko for at blive til fare for andre, har særlige sociale problemer, og som har en svær psykisk lidelse.	Kommunal visitation på baggrund af indstilling fra et visitationsforum.
	Kvindekrisecentre (servicelovens § 109)	Kvinder, som har været udsat for vold i nære relationer, trusler om vold eller tilsvarende krise og har behov for midlertidigt ophold.	Selvfremmøde (eventuelt efter henvisning fra kommune/region).
	Herberger (servicelovens § 110)	Personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i eget hjem. Herberger giver mulighed for ophold, men som udgangspunkt ikke behandling.	Selvfremmøde (eventuelt efter henvisning fra kommune/region).

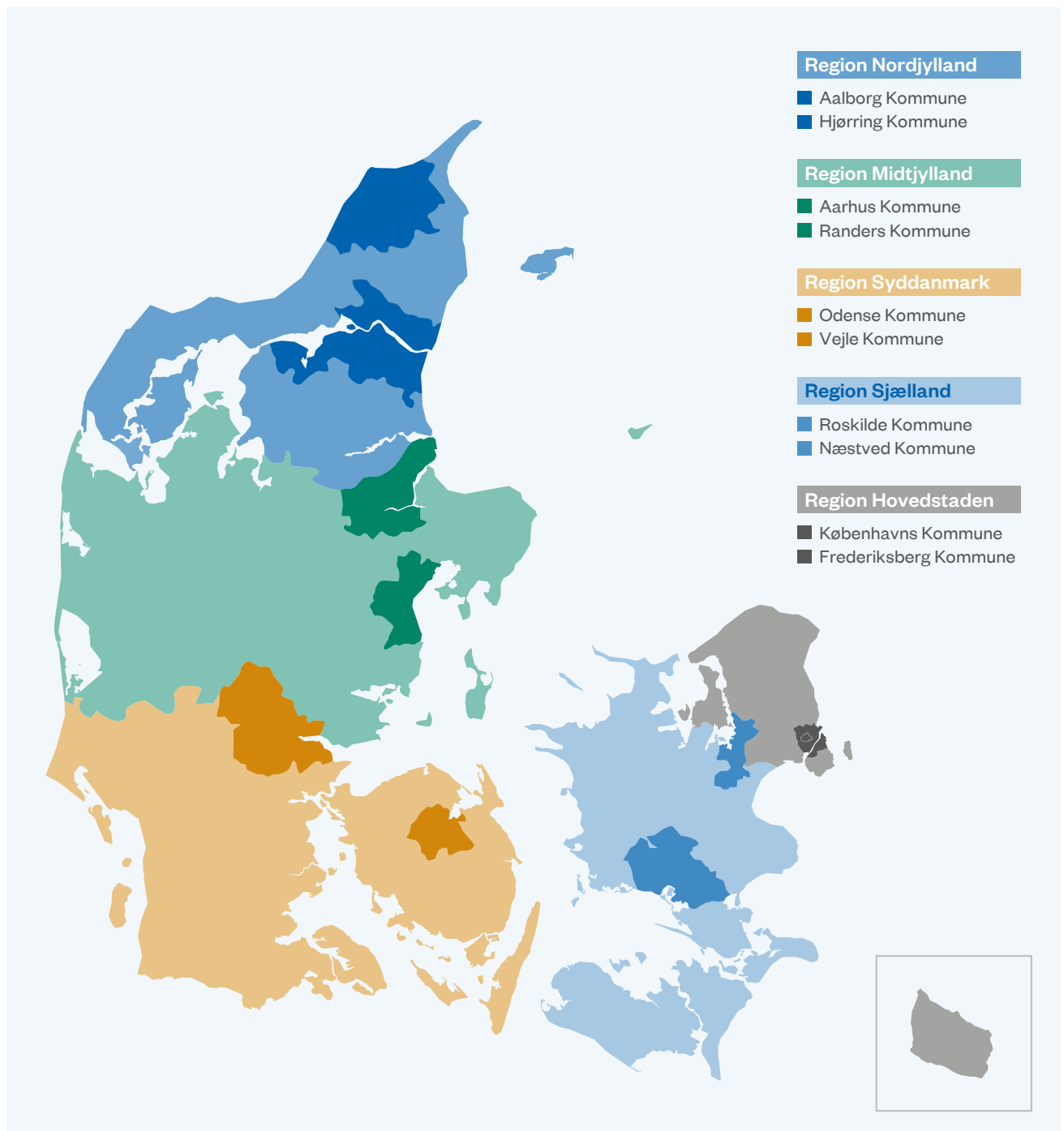
Note: Vi bruger herberger som en samlebetegnelse for herberg og forsorgshjem. Særlige pladser er et behandlingstilbud i hospitalsregi, og de adskiller sig derved fra de øvrige botilbud. Visitationsforum består af repræsentanter fra kommunen, regionen og i nogle sager Kriminalforsorgen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Tilbudsportalens målgruppebeskrivelser.

Det fremgår af tabel 1, at der findes en række forskellige botilbud, som kan være relevante for borgere med psykiske lidelser, efter de bliver udskrevet fra psykiatrisk behandling. Nogle botilbud er midlertidige, og andre er længerevarende. Nogle skal kommunen visitere til, andre kan borgeren selv møde op og få en plads på.

11. Analysen i afsnit 2.1. og 2.2. er afgrænset til 10 udvalgte kommuner. De udvalgte kommuner er København, Frederiksberg, Roskilde, Næstved, Odense, Vejle, Aarhus, Randers, Aalborg og Hjørring. De 10 kommuner er de 2 største i hver region, og de har ca. 2 mio. indbyggere, hvilket svarer til 34 % af befolkningen. Figur 2 viser den geografiske spredning.

Figur 2
De 10 udvalgte kommuner i undersøgelsen



Kilde: Rigsrevisionen.

12. Der blev afsat 3.796,6 mio. kr. på finansloven for 2022 til den centrale refusionsordning, som omhandler statens refusion til de kommunale indsatser og tilbud, der bl.a. fremgår af serviceloven. Det er en lovbunden bevilling, hvor de samlede udgifter afhænger af behovet for de ydelser, som serviceloven giver ret til. Udgifterne til den centrale refusionsordning er steget over en årrække, særligt fra 2020 til 2021 i forbindelse med en lovændring, der medførte en udvidelse af refusionsordningen, hvor flere borgere blev omfattet af ordningen, og andelen af refusion blev sat op. Udgifterne steg med 1.783,9 mio. kr. i forhold til udgifterne for 2020.

Botilbud udgør en stor andel af udgifterne til den centrale refusionsordning. Staten refunderer mellem 25 % og 75 % af kommunernes udgifter, hvis de beløber sig til over 860.000 kr. for en borger pr. år for bl.a. botilbud. Andelen, som bliver refunderet, stiger, jo højere de samlede nettoudgifter til en borgers sag er.

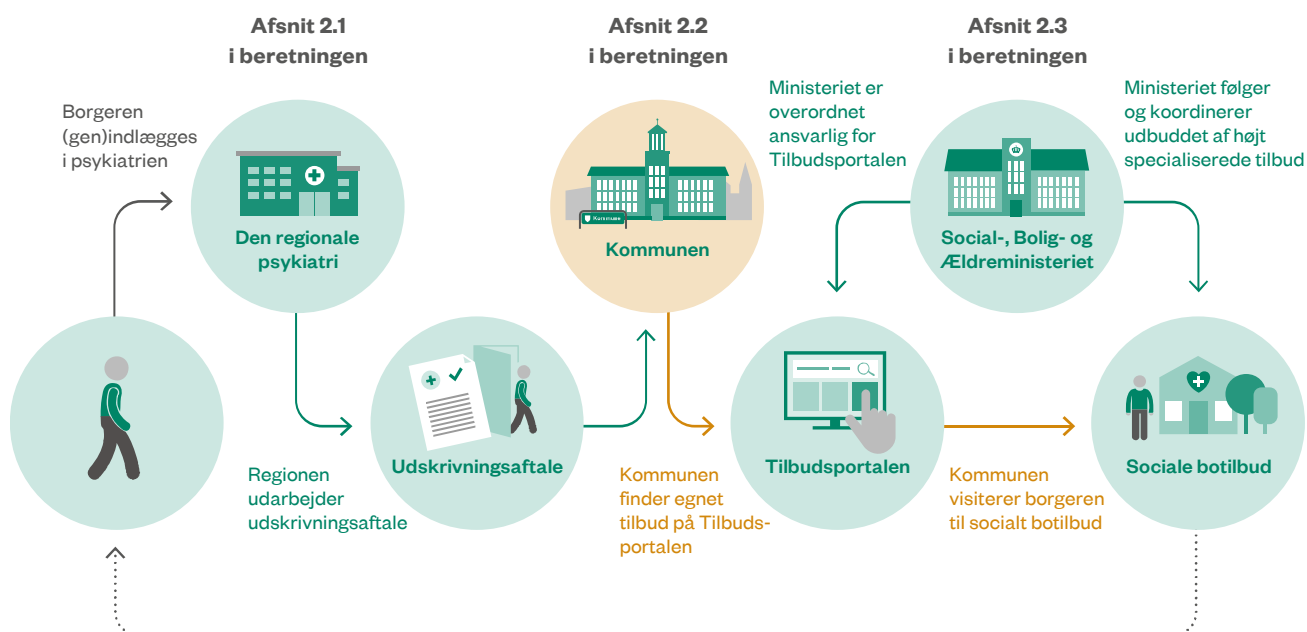
Der blev afsat 940,5 mio. kr. på finansloven for 2022 til midlertidige boformer, herunder herberger og kvindekrisecentre. De kommunale nettoudgifter til disse boformer bliver refunderet af staten med 50 %.

13. I september 2022 blev der indgået en politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien. Aftalen indeholder initiativer, som skal styrke sammenhænge og koordination på tværs af den regionale psykiatri og kommuners socialpsykiatri. Derudover fremgår det af regeringsgrundlaget, at der skal afsættes 3 mia. kr. til en ny 10-årig psykiatriplan.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

14. Vi undersøger, om borgere med psykiske lidelser modtager et sammenhængende forløb, efter de bliver udskrevet fra psykiatrisk behandling. Figur 3 illustrerer forløbet.

Figur 3
Forløb og beretningsstruktur



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af psykiatriloven og serviceloven.

Figur 3 viser et forløb for en borger, der udskrives fra psykiatrisk behandling og bliver visiteret til et botilbud. Der er tale om et stiliseret eksempel, og i virkeligheden er forløbene ofte mere komplekse end skitseret.

I *afsnit 2.1* undersøger vi, om regionerne har udarbejdet de udskrivningsaftaler for borgere med psykiske lidelser, som der er krav om i psykiatriloven. Aftalerne skal bidrage til en koordineret indsats mellem aktørerne.

I *afsnit 2.2* undersøger vi, om kommunerne visiterer borgere med psykiske lidelser til et botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov. Kommunen er ifølge serviceloven ansvarlig for at visitere borgere til et egnet socialt tilbud.

I *afsnit 2.3* undersøger vi, om Social-, Bolig- og Ældreministeriet understøtter den kommunale visitation af borgere med psykiske lidelser. Ud over ministeriets generelle ressortansvar skal ministeriet mere specifikt understøtte den kommunale visitation på 2 måder.

Kommunens forsyningsansvar

Kommunens forsyningsansvar omfatter ansvaret for, at der er de nødvendige botilbud.

Kommunerne opfylder forsyningsansvaret ved at bruge egne tilbud og ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud. Hvis kommunerne ikke sikrer det nødvendige antal botilbud, kan Social-, Bolig- og Ældreministeriet undtagelsesvist pålægge en kommune eller region at oprette botilbud.

For det første skal Social-, Bolig- og Ældreministeriet ifølge serviceloven samle og formidle oplysninger om en række sociale tilbud på Tilbudsportalen. Kommunerne må kun benytte de sociale botilbud, som fremgår af Tilbudsportalen.

For det andet fremgår det af serviceloven, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet har ansvaret for at følge og om nødvendigt sikre, at kommuner eller regioner opretter det fornødne udbud af højt specialiserede sociale tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder.

Metode

15. Vi har gennemført 3 analyser for at undersøge forløbet fra den regionale psykiatri til sociale botilbud. I de 2 analyser indgår et udsnit af borgere, der er udskrevet fra en indlæggelse i psykiatrien, og som også har eller har haft ophold på et socialt botilbud i kommunen i samme periode. Den 3. analyse omhandler Social-, Bolig- og Ældreministeriets understøttelse af kommunerne.

Vi har for det første gennemført en dataanalyse. I dataanalysen har vi undersøgt alle borgere med psykiske lidelser fra 10 kommuner i perioden 2019-2021, der dels er blevet udskrevet fra en psykiatrisk afdeling, dels har været indskrevet på et botilbud, og som er omfattet af statslig refusion. Vi har samkørt data fra Landspatientregisteret med kommunale økonomi- og visitationsdata for at kunne følge borgerens forløb. Vores dataanalyse omfatter 1.893 borgere med 3.801 ophold på botilbud i løbet af undersøgelsesperioden og 7.015 indlæggelser. Af disse indlæggelser har der været krav om en udskrivningsaftale i 4.483 tilfælde. Vi har valgt de 2 største kommuner fra hver region for at sikre, at en stor andel af befolkningen er dækket af undersøgelsen, og at der samtidig er en spredning på tværs af regioner. De mindre kommuner indgår dermed ikke i undersøgelsen, og regionernes samarbejde med disse kan se anderledes ud end for kommunerne i undersøgelsen.

For det andet har vi gennemført en repræsentativ stikprøveundersøgelse ved tilfældigt at udvælge 90 af de 1.893 borgere, som indgik i vores dataanalyse. Vi har gennemført stikprøveundersøgelsen for at indsamle oplysninger, som ikke bliver registreret systematisk og derfor ikke kan udledes af vores dataanalyse. Det kan fx være, om udskrivningsaftalernes indhold lever op til kravene for aftalerne. Samtidig har stikprøven bidraget til at opnå en bedre forståelse af forløbene og bidraget til kvalitetssikring af data.

For det tredje har vi gennemgået dokumenter for perioden 2019-2022 i forbindelse med undersøgelsen af, om Social-, Bolig- og Ældreministeriet understøtter den kommunale visitation af borgere med psykiske lidelser. Vores anvendte metode uddybes i bilag 1.

16. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

Afgrænsning

17. Undersøgelsen omfatter samlet set perioden 2019-2022. Dokumentanalysen omfatter hele perioden, mens dataanalysen omfatter perioden fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2021. Vi har kun undersøgt borgere, hvor finansieringen af botilbud har indebåret statslig refusion, da Rigsrevisionen alene har mandat til at revidere de kommunale sager, hvortil der gives statslig refusion. Vi har undersøgt et udsnit af borgere, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling og været indskrevet på et botilbud.

Det betyder, at borgere, der ikke har fået et botilbud, samt borgere, der er visiteret til et botilbud, hvor der ikke gives statslig refusion, ikke indgår i denne undersøgelse. Det betyder fx, at en borger, der har opholdt sig på et midlertidigt botilbud til en samlet udgift på 800.000 kr. årligt, ikke indgår i undersøgelsen, mens en borger, der har opholdt sig på et midlertidigt botilbud til en samlet udgift på 900.000 kr. årligt, indgår i undersøgelsen. Endelig indgår alle ophold på herberger og kvindekrisecentre for de 10 kommuner, da der gives statsrefusion for udgiften til opholdene.

Flere kommuner har påpeget, at borgerne i undersøgelsen har særligt store udfordringer, da undersøgelsen omfatter borgere på de dyreste botilbud, og borgere, som er hjemløse. Derfor giver undersøgelsen ikke et billede af praksis i kommunerne bredt set. Rigsrevisionen bemærker, at denne gruppe borgere er mere afhængig af en koordineret indsats.

I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet.

2. Forløbet for borgere fra psykiatrien til sociale botilbud

18. Vi har undersøgt, om myndighedernes indsats for at sikre et sammenhængende forløb for borgere med indlæggelser i psykiatrien og ophold i sociale botilbud har været tilfredsstillende. Vi har derfor undersøgt:

- om regionerne har udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler for borgere med psykiske lidelser (afsnit 2.1)
- om kommunerne visiterer borgere med psykiske lidelser til botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov (afsnit 2.2)
- om Social-, Bolig- og Ældreministeriet understøtter den kommunale visitation af borgere med psykiske lidelser (afsnit 2.3).



2.1. Regionernes koordinering med kommunerne

19. Vi har undersøgt, om regionerne har koordineret indsatsen for borgere med psykiske lidelser med kommunerne ved at udarbejde udskrivningsaftaler for patienterne i de forløb, hvor der har været krav om det.

Det fremgår af psykiatrilovens § 13 a-b, at regionerne er ansvarlige for at udarbejde en udskrivningsaftale for enhver psykiatrisk patient, som enten modtager et tilbud efter servicelovens afsnit 5 eller, som lægen har vurderet ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for vedkommendes helbred, jf. boks 1. Der er ikke krav om borgerens samtykke ved udarbejdelse af udskrivningsaftaler.

Boks 1**Psykiatrilovens § 13 a-b**

§ 13 a. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med, modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Hvis det må antages, at en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, har overlægen ansvaret for, at der inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Stk. 3. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler til sygehusmyndigheden og Sundhedsdatastyrelsen. Sundheds- og ældreministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren fastsætter regler om registrering og indberetning af koordinationsplaner til sygehusmyndigheden og Sundhedsdatastyrelsen. Sundheds- og ældreministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om, at indberetninger skal indeholde oplysninger om patientens identitet.

Kilde: Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Koordinationsplan

En koordinationsplan har samme indhold og indgås med de samme involverede parter (bortset fra borgeren) som en udskrivningsaftale.

Når vi i denne beretning skriver udskrivningsaftaler, omfatter det også koordinationsplaner. Både udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bliver indberettet til Register over Tvang i Psykiatrien.

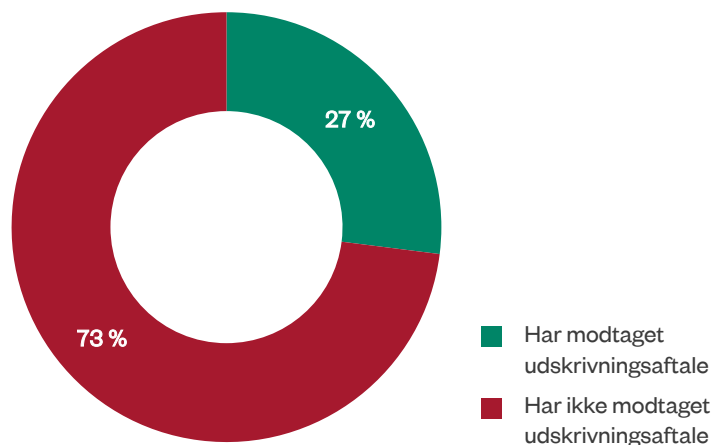
Servicelovens afsnit 5

Tilbud efter servicelovens afsnit 5 omfatter en række ydelser til voksne borgere, som har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller sociale problemer, og borgere, der er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelse eller sociale problemer.

Afsnit 5 omfatter bl.a. hjælp til omsorg og pleje, ledsagelse og kontaktpersoner, behandling ved stofmisbrug og botilbud.

20. Undersøgelsen viser, at regionerne i mange tilfælde ikke overholder psykiatrilovens krav om udarbejdelse af udskrivningsaftaler. Rigsrevisionens analyse af 4.483 indlæggelser viser, at borgerne i 73 % af tilfældene bliver udskrevet fra indlæggelse uden den lovpligtige udskrivningsaftale. Rigsrevisionens gennemgang af 90 tilfældigt udvalgte sager viser, at i de 19 tilfælde, hvor der var udarbejdet en udskrivningsaftale, levede ingen af aftalerne op til indholdskravene i vejledningen til psykiatriloven. Der manglede fx oplysninger om den fremtidige behandling og om, hvem der havde ansvaret for at revurdere aftalen.

Figur 4 viser, hvor ofte regionerne har udarbejdet udskrivningsaftaler efter indlæggelsesforløb, hvor vi ud fra data kan fastslå, at der har været krav om en udskrivningsaftale. Vi kan fastslå, at der er krav om at udarbejde udskrivningsaftaler, fordi kommunale data viser, at det er borgere, der har et tilbud efter servicelovens afsnit 5 samtidig med indlæggelsen. Figuren omfatter således ikke de indlæggelsesforløb, hvor lægen vurderer, at patienten ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for vedkommendes helbred, fordi dette ikke registreres systematisk af regionerne.

Figur 4**Andelen af indlæggelsesforløb, hvor borgeren har modtaget den lovpligtige udskrivningsaftale**

Note: Figuren er baseret på 4.483 indlæggelsesforløb med krav om udskrivningsaftale fordelt på 1.224 borgere i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021. Kravet om en udskrivningsaftale er defineret ud fra, om borgeren modtog en indsats efter servicelovens afsnit 5 op til eller under indlæggelsen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, de 10 kommuner og Register over Tvang i Psykiatrien.

Det fremgår af figur 4, at regionerne ikke har udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler i 73 % af indlæggelsesforløbene, hvor der er krav om en udskrivningsaftale.

21. Flere regioner har påpeget, at det er vanskeligt at nå at udarbejde udskrivningsaftaler ved korte indlæggelser, da det kan tage uger at få et møde på plads med de relevante aktører, herunder kommunerne. En region har bl.a. påpeget, at udarbejdelsen af udskrivningsaftaler forudsætter et tæt og forpligtende samarbejde med de øvrige relevante myndigheder, og at nogle kommuner fx ikke er opmærksomme på, at de er forpligtet til at indgå i samarbejdet om udskrivningsaftalerne. En region har påpeget, at i praksis må nogle udskrivningsaftaler udarbejdes uden involvering af kommunen, da der ikke er tid til at finde rette person i kommunen. En region har oplyst, at en manglende udskrivningsaftale ikke er tilstrækkelig grund til at fortsætte indlæggelsen, hvis borgeren er færdigbehandlet.

Rigsrevisionen konstaterer, at 18 % af indlæggelsesforløbene med krav om en udskrivningsaftale var korte indlæggelsesforløb på under 24 timer. For denne gruppe blev der i færre tilfælde udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler. Det fremgår af psykiatrilovens § 13 a, stk. 2, at udskrivningsaftalen skal udarbejdes inden udskrivning. Dette er bl.a. for at aftale de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, inden patienten udskrives. Der fremgår ingen undtagelser ved korte indlæggelser. Dog kan regionen udarbejde udskrivningsaftalen efter udskrivning, hvis patienten uden aftale forlader den psykiatriske afdeling og dermed udskrives selv. Dette fremgår af en vejledning til psykiatriloven. Det fremgår endvidere, at der netop i disse situationer kan være et særligt behov for en udskrivningsaftale.

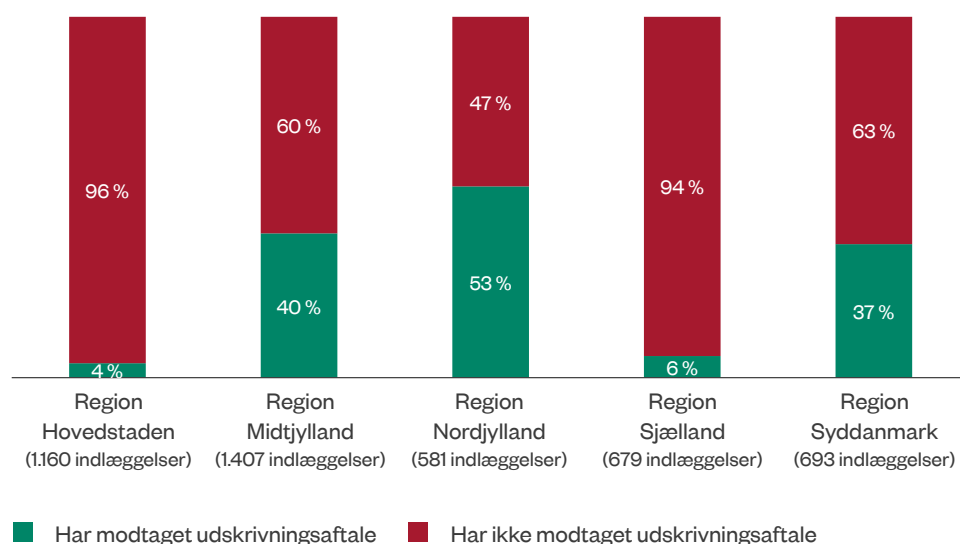
Rigsrevisionen anerkender, at det kan være vanskeligt at udarbejde udskrivningsaftaler til patienter, der har været indlagt kortvarigt, men bemærker, at loven ikke har undtagelser fra kravet til udskrivningsaftaler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet vurderer, at manglende udskrivningsaftaler ikke skyldes uklar lovgivning. Regionerne har ikke siden lovændringen i 2019 kontaktet ministeriet om tvivl om forståelsen af bestemmelserne eller om udfordringer med brug af udskrivningsaftaler.

22. Vores undersøgelse viser, at der for de udvalgte kommuner er store regionale forskelle på, hvor ofte regionerne udarbejder de lovpligtige udskrivningsaftaler, jf. figur 5.

Figur 5

Andelen af indlæggelsesforløb, hvor borgeren har modtaget den lovpligtige udskrivningsaftale, fordelt på region



Note: Figuren er baseret på 4.482 indlæggelsesforløb med krav om udskrivningsaftale fordelt på 1.224 borgere i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021. Kravet om en udskrivningsaftale er defineret ud fra, om borgeren modtog en indsats efter servicelovens afsnit 5 op til eller under indlæggelsen. Figuren omfatter således ikke de indlæggelsesforløb, hvor lægen vurderer, at patienten ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for vedkommendes helbred, fordi dette ikke registreres systematisk. En indlæggelse er angivet med ukendt region og indgår derfor ikke i figuren.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, de 10 kommuner og Register over Tvang i Psykiatrien.

Det fremgår af figur 5, at Region Hovedstaden og Region Sjælland sjældent udarbejder de lovpligtige udskrivningsaftaler. De 2 regioner har ikke udarbejdet aftaler ved udskrivelsen af patienterne for henholdsvis 96 % og 94 % af de enkelte indlæggelsesforløb, hvor det var et lovkrav. Region Midtjylland og Region Syddanmark har ikke udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler ved udskrivelsen af patienter for henholdsvis 60 % og 63 % af de enkelte indlæggelsesforløb. Region Nordjylland har overholdt lovkravet for lidt over halvdelen af patienternes indlæggelsesforløb.

23. Flere regioner har i forbindelse med undersøgelsen oplyst, at de ikke finder det tilfredsstillende, at de ikke lever op til lovens krav om at udarbejde udskrivningsaftaler. Nogle regioner har oplyst, at de har taget initiativ til en indsats for at sikre, at der bliver udarbejdet flere udskrivningsaftaler. Initiativerne omfatter bl.a. tættere ledelsesmæssig opfølgning på antal aftaler, økonomisk kompensation for at få aftaler udarbejdet, lærings- og kvalitetsteams og bedre praksis for registrering af aftaler.

Regionerne har oplyst, at udskrivningsaftaler ikke er det eneste redskab til en koordineret indsats. Fx bliver der benyttet *udgående teams* fra psykiatrien. De bidrager ifølge regionerne også i en vis grad til et sammenhængende forløb for borgerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at der ikke er et overblik over antallet og typen af de udgående teams, og at praksis ikke er ens på tværs af landet. Ministeriet arbejder på at kortlægge brugen af de udgående teams for at skabe et bedre overblik.

Region Hovedstaden har oplyst, at regionen anvender *botilbudsteams*, som er teams, der udfører ambulant behandling til borgere med betydelig funktionsnedsættelse, der bor på et midlertidigt eller længerevarende botilbud. I 26 % af de indlæggelsesforløb, der i regionen ikke resulterede i en lovpligtig udskrivningsaftale, blev der benyttet et botilbudsteam, som samarbejdede med botilbuddet om behandlingen af borgeren.

Desuden har regionerne oplyst, at de i nogle tilfælde anvender *netværksmøder*, hvor der deltager fagpersoner fra forskellige områder, til at koordinere indsatser. I andre tilfælde anvender regionerne *koordinerende indsatsplaner*, som er planer, der kan udarbejdes i forbindelse med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Metoderne varierer på tværs af regionerne, og der er ikke systematiske opgørelser, som giver overblik over omfanget af brugen af disse øvrige indsatser.

Rigsrevisionen konstaterer, at regionerne i nogle tilfælde anvender andre redskaber end udskrivningsaftaler til at koordinere borgernes forløb, men at omfanget ikke kan kvantificeres. Disse redskaber erstatter dog ikke udarbejdelsen af de lovpligtige udskrivningsaftaler. Fx er botilbudsteams rettet mod borgere, som allerede er i midlertidige eller længerevarende botilbud, og samarbejdet er primært rettet mod botilbuddet og ikke mod alle relevante myndigheder omkring borgeren. Dvs. at borgere med social støtte i eget hjem eller hjemløse borgere ikke er omfattet af denne indsats. Ligeledes giver disse redskaber ikke en aftale forud for patientens udskrivning, som skal bidrage til at sikre, at borgeren bliver udskrevet til et tilbud, der matcher behovet. Dette er vigtigt, idet flere kommuner har oplyst, at det kan være vanskeligt at flytte en borger fra et botilbud mod borgerens vilje, når først borgeren er flyttet ind, da det hermed er borgerens egen bolig. Dette gælder også, selv om botilbuddet ikke passer til borgerens behov.

Indhold i udskrivningsaftalerne

24. Vi har undersøgt, om udskrivningsaftalerne lever op til kravene til, hvad aftalerne skal indeholde.

Det fremgår af en vejledning fra Sundhedsstyrelsen, at udskrivningsaftalerne skal indeholde oplysninger om:

- patientens aktuelle og fremtidige behandlingsbehov
- sociale foranstaltninger for patienten efter udskrivning
- aftalens varighed
- vurdering af, hvor ofte patienten skal ses
- hvem, der er ansvarlig for opfølgning og revurdering på de enkelte dele af aftalen
- hvem, der skal reagere, hvis patienten ikke følger planen.

Vores stikprøveundersøgelse af 90 sager viser, at der er udarbejdet udskrivningsaftaler i 19 tilfælde, og at ingen af aftalerne lever op til de indholdsmæssige krav i vejledningen til psykiatriloven.

De hyppigste mangler i aftalerne er manglende oplysning om:

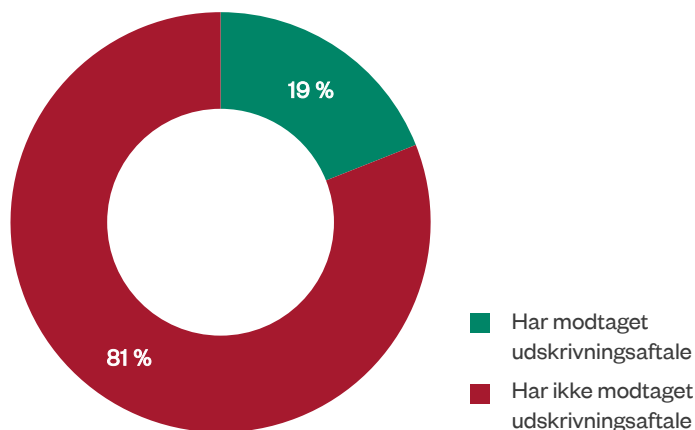
- **Fremtidig behandling:** Hvor ofte skal borgeren ses, fx i ambulant behandling? *(Mangler i 18 aftaler).*
- **Ansvar for revurdering:** Hvem har ansvaret for at revurdere aftalen? *(Mangler i 13 aftaler).*
- **Ansvar for reaktion:** Hvem skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes? *(Mangler i 11 aftaler).*
- **Aftalens varighed:** Hvornår starter og slutter aftalen? *(Mangler i 8 aftaler).*

Udskrivningsaftaler for hjemløse borgere

25. Vi har undersøgt, om hjemløse borgere har modtaget en udskrivningsaftale efter endt indlæggelse. Vores sagsgennemgang viste flere eksempler på, at regionerne udskriver hjemløse borgere uden at udarbejde udskrivningsaftaler.

Ét af kriterierne for få et ophold på et herberg (ud over hjemløshed) er ifølge service-loven, at borgeren har behov for omsorg og efterfølgende hjælp. Derfor vil hjemløse, som kommer på et herberg umiddelbart efter udskrivelsen fra psykiatrien, ofte have brug for et socialt tilbud og dermed en koordineret indsats mellem kommune og region.

Figur 6 viser resultatet af en dataanalyse, hvor vi har taget udgangspunkt i de borgere, som er indskrevet på et herberg samme dag, som de blev udskrevet fra et psykiatrisk indlæggelsesforløb.

Figur 6**Andelen af indlæggelsesforløb, hvor hjemløse borgere har modtaget en udskrivningsaftale**

Note: Figuren er baseret på 867 indlæggelsesforløb, hvor borgeren på samme dag som udskrivningen blev indskrevet på et herberg, i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021 fordelt på 481 borgere.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, de 10 kommuner og Register over Tvang i Psykiatrien.

Det fremgår af figur 6, at regionerne for 81 % af indlæggelsesforløbene, hvor borgeren var hjemløs ved udskrivelsen, udskrev patienten uden en udskrivningsaftale. For 72 % af indlæggelsesforløbene kom borgeren direkte fra et herberg, som er et tilbud efter servicelovens afsnit 5, hvorved de skulle have haft en udskrivningsaftale.

Boks 2 viser et eksempel fra vores stikprøvegennemgang på en hjemløs borger, som blev udskrevet uden udskrivningsaftale.

Boks 2**Hjemløs borger, der blev udskrevet uden en udskrivningsaftale**

En mand i 40'erne blev indlagt med alkoholafhængighed. Regionen konstaterede ved indlæggelsen, at manden var hjemløs. Manden hørte stemmer, der opfordrede ham til selvmord og selvmord, og han havde kort før indlæggelsen haft et selvmordsforsøg. Regionen udskrev manden efter 7 dage på psykiatrisk afdeling, fordi han selv ønskede at blive udskrevet.

Regionen aftalte med manden, at han skulle have et ambulant tilbud, som kunne hjælpe med medicin. Regionen udarbejdede ikke den lovpligtige udskrivningsaftale og kontaktede ikke kommunen på anden vis.

Manden blev indskrevet på et herberg kort efter udskrivningen, og 1 måned senere blev han genindlagt. Han blev efterfølgende udskrevet og genindlagt endnu en gang og boede på yderligere 2 herberger i løbet af det efterfølgende halve år.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøvegennemgang på baggrund af sagsmateriale fra regionerne og kommunerne.

2.2. Kommunernes visitation af borgerne til botilbud

26. Vi har undersøgt, om kommunerne visiterer borgere, der har fået psykiatrisk behandling, til botilbud, som matcher borgerens behov. Analysen omfatter data for 1.893 borgere fra de 10 kommuner i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021.

Det fremgår af servicelovens § 1, stk. 3, at kommunerne er forpligtet til at give hjælp til borgeren ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov og forudsætninger.

Undersøgelsen indikerer, at kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang visiterer udskrevne borgere til et botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov. Undersøgelsen viser, at når kommunerne visiterer borgere med psykiske lidelser til botilbud, bliver de i 11 % af tilfældene visiteret til botilbud, som ikke er godkendt til målgruppen. Heri indgår ikke de borgere, som kommunerne ikke visiterer til et botilbud, fx borgere, der kommer på et herberg. For borgere med både psykiske lidelser og misbrug visiterer kommunerne i lidt over halvdelen af tilfældene borgerne til botilbud, som ikke er godkendt til at håndtere begge dele. Kommunerne har oplyst, at der i nogle tilfælde kan være gode socialfaglige grunde til dette. Undersøgelsen indikerer også, at kommunerne har været vidende om, at hvert 5. ophold på herberg for borgerne med psykiske lidelser er et langt ophold, selv om herberger er et midlertidigt tilbud.

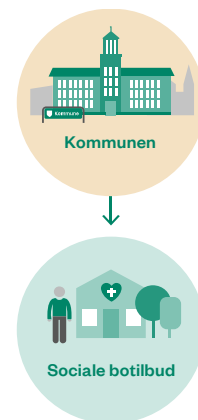
27. Der er ikke regler om, hvor længe en borger må opholde sig på et herberg. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har oplyst, at herberger kun er til korte midlertidige ophold, og at det er kommunens ansvar i samarbejde med herbergerne at udrede borgerne, når de opholder sig på herberger. Udredningen skal bidrage til at afklare, om borgeren er i stand til enten selv at finde en bolig eller skal indstilles til et botilbud eller til egen bolig, eventuelt med støtte. Ministeriet har samtidig oplyst, at én af årsagerne til, at den gruppe, Rigsrevisionen undersøger i denne undersøgelse, kun skal opholde sig på et herberg kortvarigt, er, at herberger ikke tilbyder behandling, men blot er et sted til midlertidigt ophold.

Visitation til botilbud

28. Vi har undersøgt, om den gruppe af borgere i undersøgelsen, som kommunerne har visiteret til et midlertidigt eller længerevarende botilbud, er visiteret til et tilbud, som er godkendt til at håndtere psykiske vanskeligheder. Kommunerne har visiteret 221 af borgerne i undersøgelsen til 239 midlertidige eller længerevarende botilbud i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021. Her indgår fx ikke de borgere, der kommer på et herberg, da de typisk ikke bliver visiteret af kommunen.

Vores undersøgelse viser, at blandt de borgere med psykiske lidelser, der visiteres, eller kommer tilbage til et midlertidigt eller længerevarende botilbud, er de i 11 % af 239 ophold ikke visiteret til et botilbud, som er godkendt til at håndtere psykiske vanskeligheder.

Den undersøgte gruppe af borgere er karakteriseret ved ofte at have et sammenfald af psykiske lidelser og komplekse sociale problemer som misbrug, hvilket gør dem til en særligt udsat gruppe. Dette er også tilfældet for knap halvdelen af borgerne i denne undersøgelse.



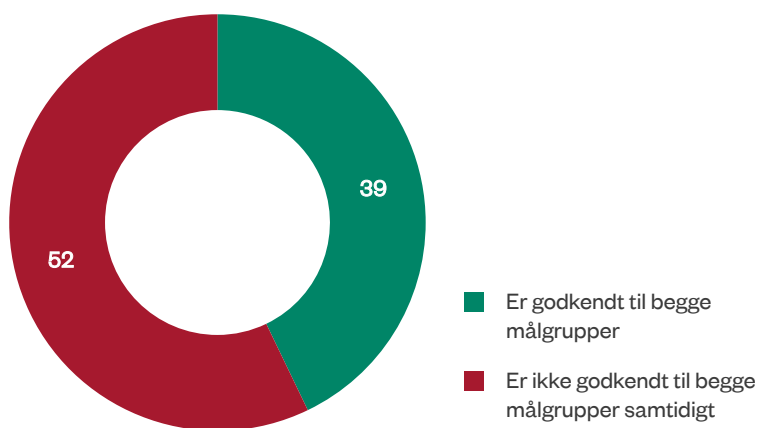
Psykiske vanskeligheder

Psykiske vanskeligheder er en betegnelse anvendt på socialområdet og er et begreb, som dækker over såvel diagnosticerede psykiske lidelser som psykisk mistrivsel og psykiske symptomer.

Vi har derfor også undersøgt, om kommunerne visiterer borgere med både psykiske lidelser og misbrug til botilbud, der er godkendt til begge dele. Figur 7 viser resultatet af undersøgelsen.

Figur 7

Antallet af ophold, hvor borgere med psykiske lidelser og misbrug er visiteret til et botilbud, der er godkendt til målgruppen



Note: Figuren er baseret på 91 ophold på midlertidige og længerevarende botilbud fordelt på 87 borgere. Figuren er afgrænset til ophold, som er påbegyndt før og dermed overlapper indlæggelsen, eller inden for 180 dage efter en psykiatrisk indlæggelse med en misbrugsbetinget diagnose samt en anden psykisk lidelse i perioden 3. kvartal - 4. kvartal 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret og de 10 kommuner.

Det fremgår af figur 7, at borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i 52 ud af 91 tilfælde er visiteret til et botilbud, som ikke er godkendt til både psykiske lidelser og misbrug. Vores opgørelse viser dog, at knap hver 3. af disse borgere var i kommunal stofmisbrugsbehandling, som blev varetaget af en anden aktør end botilbuddet.

29. Flere kommuner har oplyst, at misbrug kun er ét af mange kriterier, der skal vægtes, når det rette tilbud skal findes. Derudover vurderes bl.a. personalenormering, kompetencer, geografisk beliggenhed, målgruppen, fysiske rammer, ønsker fra borger og pårørende og ledige pladser.

Flere kommuner har også oplyst, at det er vanskeligt at finde egnede boliger til borgere med komplekse problemer. Særligt gruppen af borgere i botilbud, der udløser statsrefusion – og dermed indgår i undersøgelsen – har ofte meget komplekse problemer. Da botilbuddet er borgerens eget hjem, er det desuden meget vanskeligt at flytte en borger i længerevarende botilbud mod borgerens vilje, selv om borgeren får nye behov for hjælp. Et par kommuner har oplyst, at de vurderer, at botilbud godt kan håndtere borgere med misbrug, selv om botilbuddene ikke er godkendt til det.

30. Rigsrevisionen konstaterer, at kommunerne, selv om de finder det vanskeligt at finde egnede botilbud, ikke benytter de særlige pladser i psykiatrien, der er målrettet borgere med komplekse problemer og psykiske lidelser. Disse pladser har i hele undersøgelsesperioden ikke været fuldt benyttet. I 2022 var belægningen på 64 %, og det var efter, at hver 5. plads blev ændret og disponeret til andre psykiatrisenge i regionerne for at reducere antallet af tomme pladser. I Region Midtjylland, som havde en belægning på de særlige pladser på 47 %, vurderer regionen, at der ikke mangler borgere med problemer, som passer til denne type pladser.

VIVE konkluderede i en evaluering i 2021, at de særlige pladser anvendes for lidt, og at der fortsat anvendes væsentlige resurser til at finansiere pladser, der står tomme. VIVE konkluderede også, at den manglende anvendelse i høj grad hænger sammen med, at de særlige pladser er født med svære rammevilkår, bl.a. i forhold til styringsmodellen, målgruppe, visitations- og succeskriterier.

Flere kommuner har oplyst, at årsagen til manglende udnyttelse af pladserne også skyldes, at pladserne er midlertidige, at der er snævre optagelseskriterier, og at der skal foreligge samtykke fra borgeren.

Borgere med psykiske lidelser og lange ophold på herberger

31. Vi har undersøgt, om borgere, der er udskrevet fra psykiatrien, bor på et herberg i en længere periode, samt om herberget er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder.

Borgere med psykiske lidelser, der er i målgruppen for ophold på herberger efter servicelovens § 110, har mulighed for at tage *midlertidigt* ophold på et herberg efter udskrivning. Kommunen vil inden for 3 hverdage efter en sådan indskrivning blive informeret om borgerens ophold, da kommunerne skal betale for opholdet. Hvis herberget i samarbejde med kommunen udreder, at borgeren har behov for særlig behandlingsmæssig støtte eller mere omfattende hjælp i en kortere eller længere periode, skal kommunen træffe afgørelse om ophold i et bo- og/eller behandlingstilbud, som er tilrettelagt særligt for disse målgrupper.

Vi definerer længere ophold som ophold, der varer 90 dage eller mere. Vi lægger derfor til grund, at et ophold på 90 dage er tilstrækkeligt langt til, at kommunen har haft tid til at vurdere borgerens støttebehov. 90 dage er også den nye grænse for, hvor længe kommunerne kan få statsrefusion for ophold på herberger ved den netop vedtagne ændring af serviceloven pr. 4. maj 2023, når den er fuldt implementeret i 2026. Det fremgår af lovbemærkningerne, at omlægningen af refusionsordningen vil skabe et økonomisk incitament til, at kommunalbestyrelsen hurtigst muligt igangsætter handlingsplanarbejdet, herunder arbejdet med at finde en boligløsning til borgeren.

Særlige pladser i psykiatrien

Regionerne skal stille særlige pladser til rådighed til borgere med:

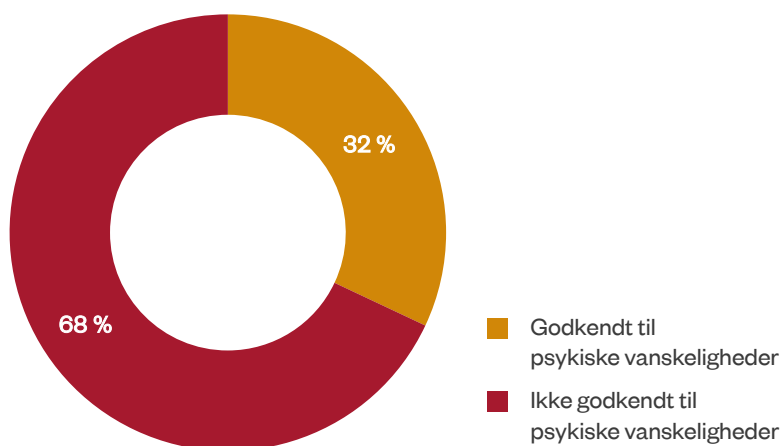
- risiko for at blive til fare for andre
- uforudsigelig adfærd
- svær psykisk lidelse
- særlige sociale problemer
- gentagne indlæggelser eller én længerevarende indlæggelse i psykiatrien
- behov for behandling, rehabilitering og støtte, herunder eventuelt misbrugsbehandling.

Der blev i alt oprettet 150 pladser i 2017.

Hvert 5. ophold på herberg, som er et midlertidigt tilbud, har varet mindst 90 dage for borgerne med psykiske lidelser. Figur 8 viser andelen af lange ophold på herberger, som er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder.

Figur 8

Andelen af lange ophold på herberger, som er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder



Note: Figuren er baseret på 403 ophold på herberger med varighed på mindst 90 dage fordelt på 331 borgere. Figuren er afgrænset til ophold, som er påbegyndt inden for 180 dage efter en psykiatrisk indlæggelse i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret og de 10 kommuner.

Det fremgår af figur 8, at for borgere, som har lange ophold på herberger, er 68 % af opholdene på et herberg, der ikke er godkendt til målgruppen med psykiske vanskeligheder. I disse sager har kommunen ikke visiteret borgeren til et egnet tilbud, selv om kommunen vidste, at borgeren opholdt sig på et herberg, som ikke var godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder. Et herberg, der er godkendt til psykiske vanskeligheder, er i denne sammenhæng defineret som et herberg, der er godkendt af socialtilsynene til borgere med psykiske vanskeligheder.

Boks 3 viser et eksempel fra vores sagsgennemgang, hvor borgere med psykiske lidelser opholder sig længe på et herberg, som ikke er godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder.

Boks 3**Borger, hvor kommune ikke reagerer på henvendelse fra psykiatrien**

En mand i 40'erne blev indlagt med paranoid skizofreni, og regionen orienterede kommunen om indlæggelsen. Under indlæggelsen mistede han sin bolig og blev hjemløs. Efter knap 3 måneder blev han udskrevet uden en udskrivningsaftale, på trods af at han havde krav på dette. 3 dage inden udskrivningen blev kommunen orienteret om den kommende udskrivning til et herberg. Herberget var ikke godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder. Kommunen takkede for orienteringen og svarede, at kommunen ikke foretog sig yderligere i sagen.

Herberget kontaktede kommunen et par dage efter udskrivningen fra psykiatrien med oplysning om betaling for mandens ophold. Kommunen foretog sig ikke noget før efter 3 måneder, hvor kommunen blev opmærksom på, at kommunen ikke havde opkrævet egenbetaling og derfor sendte et brev om egenbetaling til manden. Han udskrev sig selv fra tilbuddet umiddelbart efter modtagelsen af brevet.

Kommunen havde således ikke taget initiativ til at udrede borgerens behov eller på anden vis reageret på, at manden i 3 måneder havde opholdt sig på et herberg, selv om kommunen var bekendt med, at manden var udskrevet fra et længere ophold i den regionale psykiatri.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af sagsgennemgangen.

Alt andet lige vil der for kommunerne typisk være bedre økonomi i, at hjemløse borgere med psykiske lidelser bor på et herberg frem for et midlertidigt eller længevarende botilbud. De økonomiske styringsmekanismer er nærmere beskrevet i boks 4.

Boks 4**Kommunernes økonomiske incitament til at benytte herberger**

En kommune i undersøgelsen betaler 1.432 kr. pr. døgn for en plads på et herberg uden nogen specialkompetencer. Det svarer til en årlig pris på 522.680 kr. Kommunen modtager 50 % i statslig refusion af prisen for borgeres ophold på herberger. Kommunen vil derfor modtage 261.340 kr. i statslig refusion.

Kommunen kunne også have visiteret borgeren til et midlertidigt botilbud med samme pris. Kommunen modtager også statslig refusion for midlertidige botilbud. Kommunen modtager dog først refusion, hvis det samlede beløb for opholdet overstiger 860.000 kr. årligt. Kommunen ville derfor modtage 0 kr. i statslig refusion i dette tilfælde.

Socialtilsynene fører tilsyn med økonomien i botilbud, og Socialtilsyn Hovedstaden har ved tilsyn med et herberg påpeget, at taksten var ude af proportion med personalenormeringen på stedet.

Når kommunens egne borgere opholder sig på et herberg drevet af kommunen, betaler kommunen til sig selv.

Flere kommuner har oplyst, at forklaringen på, at borgere bor længe på herberger, ikke er, at kommunerne kan have en økonomisk fordel af det. Flere kommuner gør opmærksom på, at borgere ikke i alle tilfælde ønsker hjælp fra kommunen. Kommunerne har oplyst, at kommunen ikke kan tvinge borgeren til at fraflytte et herberg, da det er forstanderen på herberget, som afgør, om borgeren skal udskrives. Dette fremgår af servicelovens § 110, stk. 3. Det kan fx ske, hvis borgeren ikke længere opfylder kriterierne for at bo der. En kommune har oplyst, at borgere også kan være længere tid på et herberg, fordi der er behov for at udrede borgerens støttebehov eller finde et relevant socialt tilbud.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har oplyst, at kommunerne bør indlede en dialog med herbergerets forstander og gøre opmærksom på det, hvis borgeren har behov for et andet tilbud. Nogle kommuner har oplyst, at de gør en aktiv og opsøgende indsats for i samarbejde med herberget at få borgeren videre til et botilbud eller egen bolig, når de bliver opmærksomme herpå.

Rigsrevisionen finder, at problemerne med at flytte borgere fra herberger til fx et eget botilbud understreger vigtigheden af, at regionerne udarbejder udskrivningsaftaler i samarbejde med bl.a. kommunerne, så der indgås aftale om de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der er nødvendige for borgerens helbred, inden borgeren udskrives.

2.3. Social-, Bolig- og Ældreministeriets understøttelse af den kommunale visitation

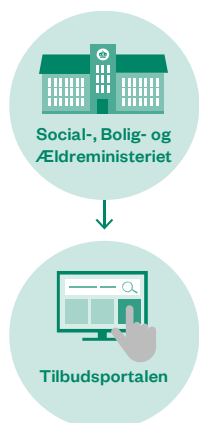
32. Vi har undersøgt, om Social-, Bolig- og Ældreministeriet har understøttet kommunernes visitation af borgere med psykiske lidelser til botilbud.

Det fremgår af bekendtgørelse om Tilbudsportalen, at formålet med portalen er at sikre sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger om de registrerede tilbud for at styrke kommunernes grundlag for valg af effektive tilbud. Tilbudsportalen er derfor et vigtigt redskab for kommunerne til hurtigt at kunne finde pladser på egnede og tilgængelige botilbud.

Det fremgår af servicelovens § 14, stk. 1, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet har ansvaret for at samle og formidle oplysninger om landets sociale tilbud, herunder botilbud, på Tilbudsportalen. Ministeriet skal desuden føre stikprøvekontrol med oplysningerne på Tilbudsportalen. Denne opgave varetages af Social- og Boligstyrelsen. Kommunerne må kun benytte de tilbud, som fremgår på Tilbudsportalen.

Ifølge servicelovens § 13 b og § 13 c har Social-, Bolig- og Ældreministeriet desuden ansvaret for at følge og om nødvendigt sikre, at kommuner eller regioner opretter det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til bl.a. borgere med psykiske vanskeligheder. Dvs. at ministeriet har ansvaret for at følge, at der er tilgængelige pladser, når kommunerne skal visitere borgere med komplekse problemer som fx psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

33. Undersøgelsen viser, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet ikke i tilfredsstillende omfang har understøttet kommunernes visitation af borgere med psykiske lidelser til botilbud. Det skyldes for det første, at ministeriet som overordnet ansvarlig for Tilbudsportalen ikke i tilstrækkelig grad har sikret, at Tilbudsportalen lever op til formålet om at give kommunerne sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger, når de skal finde egnede pladser på botilbud. For det andet har ministeriet ikke sikret et tilstrækkeligt vidensgrundlag til at vurdere, om der er de fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder.



Social-, Bolig- og Ældreministeriets indsats for at sikre retvisende oplysninger på Tilbudsportalen

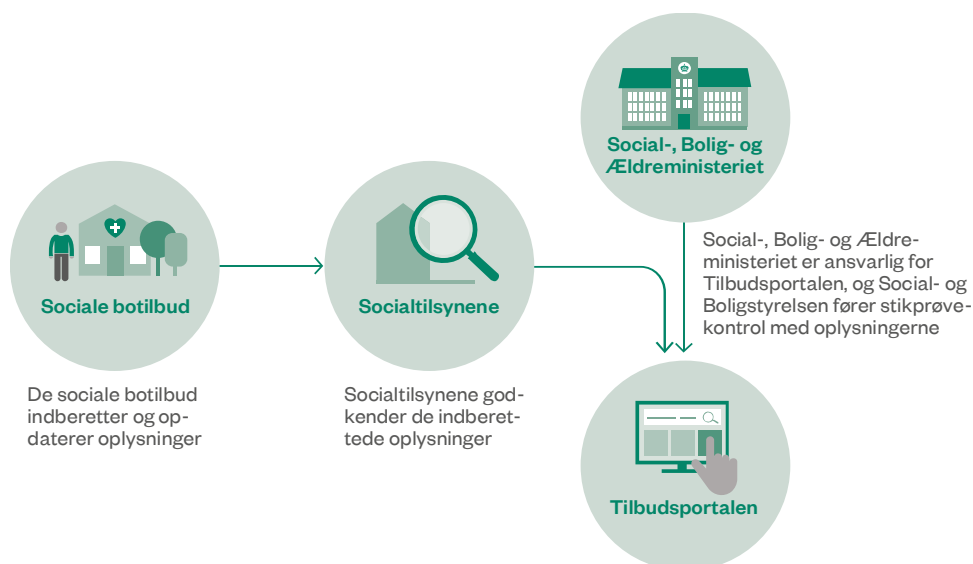
34. Vi har undersøgt, om Social-, Bolig- og Ældreministeriet har sikret, at kommunerne får sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger på Tilbudsportalen, som understøtter valget af botilbud til borgerne. Det har vi gjort ved at undersøge:

- Social-, Bolig- og Ældreministeriets stikprøvekontrol af oplysninger på Tilbudsportalen
- Social-, Bolig- og Ældreministeriets øvrige arbejde med at sikre, at Tilbudsportalen lever op til formålet.

Figur 9 viser oplysningernes vej til Tilbudsportalen og ansvarsfordelingen i forhold til at sikre kvaliteten af oplysningerne.

Figur 9

Oplysninger om botilbud på Tilbudsportalen



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af dokumentation fra Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Stikprøvekontrol af oplysninger på Tilbudsportalen

35. Vi har undersøgt, om Social-, Bolig- og Ældreministeriets kontrol af oplysningerne på Tilbudsportalen er tilstrækkelig og dermed medvirker til, at kommunerne kan finde retvisende informationer på portalen, jf. servicelovens § 14, stk. 4. Kontrolopgaven varetages af Social- og Boligstyrelsen.

Ministeriets stikprøvekontrol

36. Social- og Boligstyrelsen skal, jf. servicelovens § 14, føre stikprøvekontrol med 1) at tilbuddene i Tilbudsportalen indberetter de oplysninger, som tilbuddene er forpligtet til, 2) at oplysningerne i Tilbudsportalen er i overensstemmelse med de faktiske forhold, og 3) at oplysningerne i Tilbudsportalen er indberettet i overensstemmelse med Tilbudsportalens systematik.

37. Social- og Boligstyrelsen foretager stikprøvekontroller 2 gange årligt. Det fremgår dog, at styrelsen har gennemført 7 af de 8 planlagte stikprøvekontroller i perioden 2019-2022, da ministeriet kun har gennemført 1 stikprøvekontrol i 2022. Tilbudsportalen indeholdt i undersøgelsesperioden knap 200 oplysninger om de enkelte sociale tilbud, hvoraf Social- og Boligstyrelsen har kontrolleret i alt 27, som omfattede virksomhedsoplysninger, kontaktoplysninger, samarbejdsaftaler, tilbudstyper og indsatser.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har i perioden 2019-2022 bl.a. ikke kontrolleret oplysninger, der vedrører tilbuddenes målsætninger, metoder, årsrapporter, målgrupper, faggrupper og pladser. Ministeriets departement har i et notat til Social- og Boligstyrelsen i forbindelse med lanceringen af den seneste version af Tilbudsportalen i 2019 givet udtryk for, at det er utilstrækkeligt med stikprøvekontroller af enkelte oplysninger 2 gange årligt, og at der er behov for en kontinuerlig indsats mod mangler og fejl på Tilbudsportalen. Ministeriet har oplyst, at der i 2023 vil blive gennemført 4 stikprøvekontroller.

38. Det fremgår af servicelovens § 14, stk. 6, at Social- og Boligstyrelsen kan tilføje en markering på tilbud på Tilbudsportalen, hvis tilbuddene ikke efterlever Social-, Bolig- og Ældreministeriets pålæg om indberetning af korrekte oplysninger. Serviceloven har givet denne mulighed siden 2018. Ministeriet har i perioden 2019-2022 ikke anvendt markeringer på Tilbudsportalen for at gøre kommunerne opmærksomme på fejl i oplysningerne. Ministeriet har oplyst, at der har været tekniske problemer, men at funktionen har virket siden april 2023.

Rigsrevisionens kontrol

39. Rigsrevisionen har foretaget en mindre test af, om oplysningerne om botilbud på Tilbudsportalen er korrekte, så kommunerne kan anvende dem i deres visitation. Vi har ringet til 50 ud af 1.282 afdelinger målrettet borgere med psykiske vanskeligheder for at kontrollere, om Tilbudsportalens oplysninger om pladser var i overensstemmelse med de faktiske forhold. Vi undersøgte dette ved at sammenholde afdelingernes oplysninger om antal pladser, og om afdelingerne havde ledige pladser eller ej, med de oplysninger, der fremgik af Tilbudsportalen.

For 6 ud af de 50 afdelinger var det samlede antal pladser, der er oplyst på Tilbudsportalen, ikke i overensstemmelse med det oplyste antal pladser ved rundringningen. Desuden havde 24 af de 50 afdelinger forkerte oplysninger om, hvorvidt afdelingerne havde ledige pladser eller ej. Boks 5 gengiver 3 botilbuds oplevelse af Tilbudsportalen.

Tilbud og afdelinger

Et tilbud, herunder et botilbud, kan bestå af flere afdelinger. Tilbuddets virksomhedsoplysninger, metoder, værdier og årsrapporter m.m. skal fremgå af Tilbudsportalen.

Afdelingerne kan have pladser, der er målrettet forskellige målgrupper, og indeholde forskellige indsatser, metoder m.m.

Boks 5**3 botilbuds erfaringer med at ændre oplysninger på Tilbudsportalen**

Rigsrevisionen har som et led i undersøgelsen besøgt 3 botilbud, hvor vi bl.a. har spurgt til deres oplevelser med at indrapportere oplysninger på Tilbudsportalen. Alle 3 tilbud udtrykte utilfredshed med Tilbudsportalen. Tilbuddene lagde vægt på, at det er besværligt og tidskrævende at ændre i oplysningerne på portalen, og at der går lang tid, fra tilbuddet ændrer oplysningen, til ændringen faktisk træder i kraft på portalen. Et § 107-botilbud, der bl.a. huser unge med spiseforstyrrelser, oplyste, at botilbuddet over flere måneder havde ledige pladser, men at botilbuddet ikke kunne tilkendegive dette på portalen, fordi socialtilsynet først skulle godkende oplysningen. Botilbuddet så sig derfor nødsaget til på egen hånd at skrive rundt til kommunerne.

40. Ifølge socialtilsynsbekendtgørelsen skal botilbuddene udarbejde en årsrapport om deres virksomhed. Rapporten skal indeholde en række oplysninger, der skal indberettes og offentliggøres på Tilbudsportalen.

Vores undersøgelse viser, at 66 ud af 751 botilbud oprettet før 2021, som er målrettet borgere med psykiske vanskeligheder, ikke havde indberettet oplysninger fra årsrapporten for 2021 på Tilbudsportalen et halvt år efter, fristen udløb. Undersøgelsen viser også, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet ikke har rykket for de manglende oplysninger om årsrapporter.

Forkerte eller manglende oplysninger på Tilbudsportalen kan skyldes, at botilbuddene ikke har indberettet de oplysninger, som de har pligt til. Det kan også skyldes, at de tilsynsførende myndigheder ikke har godkendt tilbuddenes oplysninger. Endelig har Social-, Bolig- og Ældreministeriet et ansvar for at føre stikprøvekontrol med, at Tilbudsportalen indeholder korrekte oplysninger.

Ministeriets øvrige arbejde med at sikre, at Tilbudsportalen lever op til formålet

41. Vi har undersøgt Social-, Bolig- og Ældreministeriets øvrige arbejde med at sikre, at Tilbudsportalen lever op til formålet. Det har vi gjort ved at undersøge ministeriets indsats for at sikre, at oplysninger på Tilbudsportalen er sammenlignelige, og ved at undersøge ministeriets viden om brugertilfredshed.

42. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for, at Tilbudsportalen opfylder sit formål. Ifølge § 1 i bekendtgørelsen om Tilbudsportalen skal Tilbudsportalens oplysninger være gennemskuelige og sammenlignelige på tværs af tilbud. Tilbudsportalen skal give kommunerne et grundlag for at kunne vælge de rigtige tilbud til den enkelte borger.

Årsrapporter

Landets tilbud skal udarbejde og indberette en årlig rapport om tilbuddets virksomhed til Tilbudsportalen. Årsrapporten skal bl.a. indeholde følgende oplysninger:

- personalegennemstrømning
- sygefravær
- omkostninger til vikarer
- omkostninger til borgerrelateret personale
- overskud/underskud.

Sammenlignelige oplysninger

43. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har, jf. servicelovens § 14, stk. 8, beføjelserne til at fastsætte nærmere regler om pligten til at give oplysninger til Tilbudsportalen. Ministeriet har oplyst, at ministeriet har udnyttet bemyndigelsen ved udstedelse af bekendtgørelsen om Tilbudsportalen. Af bekendtgørelsen fremgår det, at Tilbudsportalen skal sikre sammenlignelige og gennemskuelige oplysninger om tilbuddene, herunder hvordan de sociale tilbud skal indberette for at sikre dette.

44. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har oplyst, at Tilbudsportalens oplysninger om takster, normeringer, ambulante pladser og sygefravær ikke er sammenlignelige i kvantitative opgørelser på tværs af tilbud på grund af forskellige opgørelsesmetoder. Ministeriet har oplyst, at ministeriet arbejder på at forbedre oplysningerne, så de på sigt kan sammenlignes i ministeriets analyser, men ministeriet har ikke angivet en tidsramme for dette arbejde.

Rigsrevisionen konstaterer, at Social-, Bolig- og Ældreministeriets hidtidige initiativer ikke har understøttet, at Tilbudsportalen fuldt ud lever op til formålet om sammenlignelighed af oplysninger, herunder sammenlignelige oplysninger om takster.

Brugertilfredshed

45. Vores undersøgelse viser, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet har indsamlet viden om tilfredsheden blandt brugerne af Tilbudsportalen. Ministeriet har sendt spørgeskemaer til kommunale sagsbehandlere, sociale tilbud og plejefamilier samt tilsynsførende myndigheder.

Vores undersøgelse af Social-, Bolig- og Ældreministeriets foreløbige resultater om brugertilfredshed viser, at hver tredje sagsbehandler og sociale tilbud er uenig eller meget uenig i, at Tilbudsportalen er brugervenlig, mens denne holdning gør sig gældende for over halvdelen af de adspurgte tilsynsførende myndigheder. Halvdelen af sagsbehandlerne er uenige eller meget uenige i, at Tilbudsportalens oplysninger er opdaterede og korrekte, og 41 % af sagsbehandlerne er uenige eller meget uenige i, at Tilbudsportalen indeholder relevante og tilstrækkelige oplysninger.

Undersøgelsen viser, at en væsentlig årsag til utilfredshed hos brugerne er, at den tekniske opsætning af Tilbudsportalen gør, at ikke-godkendte indberetninger blokerer for nye indberetninger. Sagsbehandlerne oplever desuden, at Tilbudsportalens oplysninger om pladser ofte ikke er korrekte, og at de derfor forsøger at fremsøge oplysningerne på anden vis.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet er i gang med at opdatere vejledningsmateriale og opsætning af supportsiden, så det bliver nemmere for brugerne at finde relevant vejledning, som er let forståelig og nemmere at omsætte til praktisk brug. Det forventes, at brugernes udfordringer med at registrere og godkende oplysninger vil afhjælpes af bedre vejledninger, og at dette vil medvirke til, at oplysninger bliver opdateret oftere på Tilbudsportalen.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har desuden oplyst, at ministeriet har igangsat et større arbejde i forhold til at afdække udfordringerne med at registrere pladser og på den baggrund finde løsninger, der gør det nemmere for tilbud at indberette oplysninger om pladser.

Udbud af botilbud til borgere med komplekse problemer

46. Vi har undersøgt, om Social-, Bolig- og Ældreministeriet har overvåget og om nødvendigt sikret, at kommuner eller regioner har oprettet det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til bl.a. borgere med psykiske vanskeligheder, jf. servicelovens § 13 b og § 13 c.

Undersøgelsen viser, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet har haft en plan for, hvordan ministeriet skal leve op til lovgivningens krav, men at planen kun er delvist fulgt, jf. tabel 2.



Tabel 2

Social-, Bolig- og Ældreministeries gennemførelse af aktiviteter til at opnå viden om udbuddet af højt specialiserede tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder i perioden 2019-2022

Søjler	Mål for aktiviteter	Status
Dialog- og samarbejdsstruktur	4 høringer af interessenter om målgrupper (årlig høring)	4 ud af 4
	40 møder med de 5 kommunekontaktråd (halvårige møder i hvert råd)	25 ud af 40
	16 møder i Det Faglige Råd (møde 4 gange årligt)	12 ud af 16
Overvågningsfunktionen ¹⁾	Årlig opdatering af målgruppebeskrivelser om 3 målgrupper med psykiske vanskeligheder	1 ud af 12
	12 notater om størrelsen på 3 målgrupper med psykiske vanskeligheder	4 ud af 12
	24 risikovurderinger af behovet for øget koordination om 3 målgrupper med psykiske vanskeligheder	18 ud af 24
	6 tilbudsscreeninger	3 ud af 6

¹⁾ Overvågningsfunktionen vedrører målgrupper, hvor Social- og Boligstyrelsen har vurderet et behov for koordination af højt specialiserede tilbud og indsatser. Rigsrevisionen har gennemgået materiale vedrørende målgrupperne "Socialt udsatte voksne med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug", "Personer med svære spiseforstyrrelser" og "Personer med svær udviklingshæmning og psykisk lidelse".

Note: Kommunekontaktråd: I hver region er der en administrativ styregruppe, der består af direktører fra kommunerne og et rammeaftalesekretariat, der sekretariatsbetjener disse styregrupper.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af dokumentation fra Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Det fremgår af tabel 2, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet har opfyldt målet for 1 ud af 7 aktiviteter i perioden 2019-2022. Dermed har ministeriet ikke efterlevet sin egen model for at sikre et dækkende grundlag for at have viden om, hvorvidt der er det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet i perioden 2019-2022 har vurderet, at der er en risiko for mangel på højt specialiserede tilbud til socialt udsatte voksne med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug. Ministeriet har selv vurderet, at der var behov for en intensiveret monitorering af denne målgruppe, men har ikke foretaget yderligere monitorering i den undersøgte periode.

For personer med svære spiseforstyrrelser har Social-, Bolig- og Ældreministeriet vurderet, at der i samme 4-årige periode har været mellem til høj risiko for mangel på højt specialiserede tilbud. Ministeriet har i perioden med høj risiko iværksat en øget koordination og planlægning på tværs af kommuner og regioner for at sikre det fornødne udbud. Ministeriet har ikke intensiveret monitorering de øvrige år med middel risiko.

I boks 6 er kort beskrevet, hvordan nogle af de reviderede vurderer udbuddet af botilbud til borgere med psykiske lidelser og komplekse behov.

Boks 6

Mangel på pladser til borgere med psykiske lidelser og komplekse behov

I forbindelse med undersøgelsen har flere kommuner og én region oplyst, at der er mangel på egnede pladser på botilbud til borgere, når de bliver udskrevet fra psykiatrien. Borgerne i undersøgelsen har i flere tilfælde både flere psykiske lidelser på én gang og sociale problemer, herunder misbrug og/eller hjemløshed, ved siden af deres psykiske lidelser. Ifølge flere kommuner er der mangel på botilbudspladser til borgere med en flertal af problemstillinger.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet i 3. kvartal 2022 har påbegyndt arbejdet med en handleplan til at styrke overvågningen af tilbud og målgrupper for at følge og om nødvendigt sikre, at kommuner og regioner opretter de fornødne højt specialiserede tilbud.

Rigsrevisionen, den 17. maj 2023

Birgitte Hansen

/Michala Krakauer

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om myndighedernes indsats for at sikre et sammenhængende forløb for borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud har været tilfredsstillende. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Har regionerne udarbejdet de lovpligtige udskrivningsaftaler for borgere med psykiske lidelser?
- Har kommunerne visiteret borgere med psykiske lidelser til botilbud, som er godkendt til at håndtere borgerens behov?
- Har Social-, Bolig- og Ældreministeriet understøttet den kommunale visitation af borgere med psykiske lidelser?

Dataanalyserne i afsnit 2.1. og 2.2. er afgrænset til perioden 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2021. Undersøgelsens starttidspunkt skyldes, at psykiatrilovens regler for udskrivningsaftaler blev ændret pr. 30. juni 2019, og at Sundhedsdatastyrelsen primo 2019 tog en ny version af Landspatientregisteret (LPR3) i brug. Dataanalysernes sluttidspunkt skyldes, at de særligt dyre enkeltsager endnu ikke var fuldt indberettet til Social-, Bolig- og Ældreministeriet, da vores samkøring af data fandt sted i 4. kvartal 2022.

Undersøgelsesperioden for afsnit 2.3 vedrørende Social-, Bolig- og Ældreministeriets understøttelse af den kommunale visitation er afgrænset til 2019-2022.

Undersøgelsen er baseret på en dataanalyse, en stikprøvegennemgang og på gennemgang af materiale fra Social-, Bolig- og Ældreministeriet og regionerne. For at understøtte revisionen har vi desuden holdt møder med Social-, Bolig- og Ældreministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne. Vi har besøgt 1 kommune og løbene drøftet data og sagsmateriale med de 10 kommuner, der indgår i undersøgelsen. Vi har besøgt 3 forskellige typer botilbud og holdt møde med 1 af de 5 socialtilsyn samt flere interesseorganisationer på området. Dette har øget vores generelle forståelse af indsatserne og den koordination, der finder sted for at sikre et tilfredsstillende forløb for borgere, der har haft en psykiatrisk indlæggelse.

Nedenfor beskrives vores kvalitetssikring, data og metode i flere detaljer.

Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos den reviderede samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer. Kvalitetssikringen af dataanalyserne gennemgås mere dybdegående under afsnittet om datagrundlag.

Særligt dyre enkeltsager

Særligt dyre enkeltsager er sager, hvor hjælp og støtte til borgeren efter serviceloven samlet set overstiger 860.000 kr. pr. år (2022-priser), og hvor der ydes mellem 25 % og 75 % statsrefusion som led i den centrale refusionsordning (servicelovens § 176).

Handlekommunen

Handlekommunen er den kommune, som har pligt til at yde hjælp efter serviceloven. Handlekommunen er typisk den kommune, hvor en borger bor eller sædvanligvis opholder sig.

Betalingskommunen

Betalingskommunen er den kommune, der betaler for den visiterede ydelse til borgeren. Det vil typisk være den kommune, der enten har medvirket til eller var bekendt med behovet for, at en person får ophold i botilbud.

Væsentlige dokumenter

Vores analyse af, om myndighederne har understøttet og medvirket til, at borgere, der har været i psykiatrisk behandling, får et tilfredsstillende forløb, når de bliver udskrevet og visiteret til et botilbud i kommunerne, tager udgangspunkt i en række dokumenter. Vi har bl.a. gennemgået:

- lovgivning, herunder bemærkninger til lovforslag på social- og sundhedsområdet
- centrale aftaler og reformer
- analyser og centrale nøgletal på området
- vejledninger fra Sundhedsstyrelsen
- redegørelser fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne
- Social-, Bolig- og Ældreministeriets redegørelser og dokumentation for ministeriets arbejde med Tilbudsportalen, herunder bl.a. dokumentation for gennemførte stikprøvekontroller samt gennemførelse af analyser om brugertilfredshed
- Social-, Bolig- og Ældreministeriets redegørelser og dokumentation for gennemførelse af aktiviteter til opbygning af viden om mangel på højt specialiserede tilbud til 1) personer med svære spiseforstyrrelser, 2) socialt udsatte voksne med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug og 3) personer med svær udviklingshæmning og psykisk lidelse.

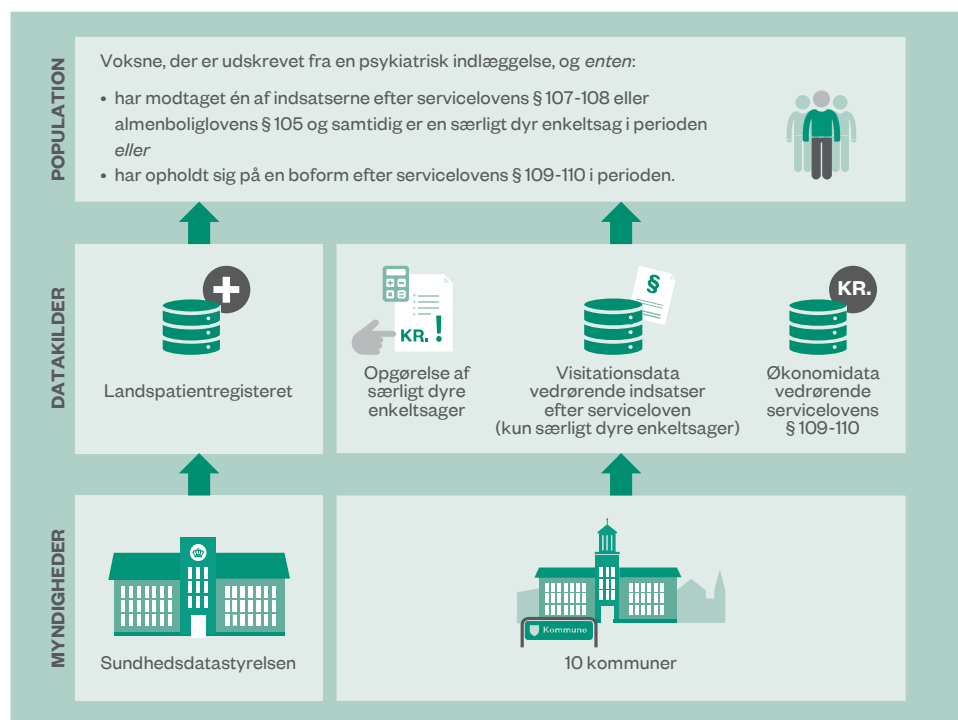
Datagrundlag

Undersøgelsens populationen er 1.893 borgere, der har været indlagt i psykiatrien og efterfølgende har opholdt sig på et midlertidigt eller længerevarende botilbud, et herberg eller et kvindekrisecenter i perioden 3. kvartal 2019 - 4. kvartal 2021. De 10 udvalgte kommuner er både er handle- og betalingskommune for borgerne i undersøgelsen. Populationen er baseret på en samkøring af sundhedsdata og kommunale data om visitation og økonomi.

Figur A illustrerer sammensætningen af populationen.

Figur A

Samkøring af data fra 10 kommuner og Sundhedsdatastyrelsen



Kilde: Rigsrevisionen.

De enkelte datakilder og afgrænsninger gennemgås i det følgende.

Udvalgte kommuner

Da der er tale om en omfattende undersøgelse med samkøring af mange datasæt, er den afgrænset til 10 udvalgte kommuner. Disse er de 2 største i hver region og omfatter København, Frederiksberg, Roskilde, Næstved, Odense, Vejle, Aarhus, Randers, Aalborg og Hjørring. Kommunerne har ca. 2 mio. indbyggere, svarende til 34 % af befolkningen.

De større kommuner har desuden et bredere udbud af forskellige botilbudstyper, der kan håndtere forskellige målgrupper. Kommunerne kan dog have forskellig visitationspraksis, og undersøgelsens resultater afspejler derfor ikke nødvendigvis situationen i landets øvrige kommuner.

Udgangspunktet for analysen er, at de udvalgte kommuner både er handle- og betalingskommune for borgerne i populationen. Der kan være borgere i populationen, som har bopæl i en anden end de 10 kommuner i undersøgelsen.

Patientkontakter

Når en borger har været til undersøgelse eller har været indlagt på et sygehus, indberettes det som en kontakt i Landspatientregisteret.

Indlæggelse

Sundhedsdatastyrelsen definerer en indlæggelse som ophold med en varighed på mindst 12 timer.

Sygehusophold

Sygehusophold omfatter fysiske fremmøder på et sygehus og kan bestå af én eller flere patientkontakter på tværs af somatikken og psykiatrien. 2 eller flere kontakter lægges sammen til ét ophold, hvis afslutningen af den ene kontakt og påbegyndelsen af den anden kontakt sker inden for 4 timer.

Landspatientregisteret

Datagrundlaget består delvist af et udtræk fra Landspatientregisteret (LPR3). Dataudtrækket omfatter alle CPR-numre fra de 10 kommuner, der har haft mindst ét sygehusophold i den regionale psykiatri med en psykiatrisk aktionsdiagnose i perioden fra den 1. juli 2019 til og med den 31. december 2021.

Betingelserne for vores dataudtræk er, at én af patientkontakterne i et givet ophold er foregået på en afdeling med psykiatrisk hovedspeciale, at alle kontakter skal være afsluttede, at opholdene har haft karakter af indlæggelse, og at patienten på indskrivningstidspunktet har været 18 år eller derover.

Datagrundlaget i denne undersøgelse for de borgere, der bliver udskrevet fra psykiatrien i de 10 kommuner, udgør efter afgrænsningerne 7.015 psykiatriske indlæggelsesforløb fordelt på 1.893 borgere, der alle har været indlagt og har haft en psykiatrisk diagnose i en af nedenstående diagnosekategorier, jf. WHO's ICD-10-koder.

Tabel A viser diagnoserne og de underliggende ICD-10-koder, der er anvendt i analysen.

Tabel A**Diagnoser, der er anvendt i analysen, og underliggende ICD-10-koder**

Diagnosegruppe	ICD-10-koder
Organiske psykiske lidelser (demens, hjerneskade mv.)	DF00-DF09
Misbrugsbetingede psykiske lidelser	DF10-DF19 og DZ86
Skizofreni	DF20-DF29
Affektive sindslidelser (mani, bipolar, depression mv.)	DF30-DF39
Angst og belastningsreaktioner (angst, fobier, OCD, PTSD mv.)	DF40-DF48
Adfærdssændringer (spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser mv.)	DF50-DF59
Personlighedsforstyrrelser (herunder dyssocial personlighedsstruktur)	DF60-DF69
Mental retardering	DF70-DF79
Psykiske udviklingsforstyrrelser (herunder autisme)	DF80-DF89
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (fx aggressivitet)	DF90-DF98
Øvrige psykiske diagnoser	DF99, DZ00, DZ03, DZ04, DZ65, DX71, DZ81 og DZ91

Note: ICD-10-koden er en klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede tilstande udformet af WHO. ICD er en forkortelse for International Classification of Diseases and Related Health Problems. Diagnosekoderne DF99-DF99 omhandler psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af WHO, 1994.

Datakvalitet vedrørende Landspatientregisteret

Generelt vurderer Sundhedsdatastyrelsen, at Landspatientregisterets datakvalitet er god. I 2015 igangsatte Sundhedsdatastyrelsen en modernisering af Landspatientregisteret, hvilket resulterede i, at alle regioner i marts 2019 var fuldt overgået til LPR3. Dette medførte en forhøjet datakvalitet. Fra overgangen i 2019 til den 25. januar 2021 udgjorde andelen af patientkontakter med fejl 0,2 %.

Kommunale data

Vi har fra de udvalgte 10 kommuner modtaget data vedrørende:

- udgifter og aktiviteter, der har været refusionsbærende under den centrale refusionsordning baseret på kommunernes egne indberetninger til Social-, Bolig- og Ældreministeriet i undersøgelsesperioden
- økonomidata vedrørende alle herberger og kvindekrisecentre i undersøgelsesperioden
- visitationsdata for de CPR-numre, hvor borgeren er i kategorien særligt dyre enkeltsager (punkt 1), og for de CPR-numre, hvor borgeren har haft ophold på herberger og kvindekrisecentre (punkt 2) i undersøgelsesperioden (indeholdende start- og slutdato, paragraf samt tilbudsnavn for sociale indsatser i henhold til servicelovens afsnit 5 (§ 79-111)).

Populationen er afgrænset til borgere, der har haft ophold på et botilbud efter servicelovens § 107-110 eller almenboliglovens § 105 med støtte efter servicelovens § 85 (herefter § 105/85) i perioden fra den 1. juli 2019 til og med den 31. december 2021. Derudover er populationen afgrænset til borgere, hvor kommunerne har modtaget statsrefusion til de sociale tilbud, som borgeren har modtaget. Det betyder, at der kun indgår ophold på § 105/85, § 107 og § 108 for borgere, hvor borgernes sager enten er særligt dyre enkeltsager, eller hvor borgerne har haft ophold på § 109- eller § 110-botilbud i perioden.

Borgere, der har opholdt sig på kvindekrisecentre kan vælge at være anonyme. Disse er ikke inkluderet i undersøgelsen, da vi i de tilfælde ikke har kunnet samkøre med Landspatientregisteret.

Datakvalitet vedrørende kommunale data

De 10 kommuner har i forbindelse med høringen af beretningen kvalitetssikret de anvendte data. Desuden har vi løbende været i dialog med kommunerne om eventuelle mangler eller uklarheder i data. Vi har foretaget en række kontroller og rens af data, herunder bl.a.:

- Kontrol af fuldstændighed i datasæt ved at sammenholde visitations- og økonomidata.
- Kontrol af overlappende ophold. Hvis en borger har ophold på samme botilbud flere gange i samme periode, tilrettes data, så borgeren fremstår med ét ophold i perioden pr. botilbudstype og botilbudsnavn.
- Kontrol for, om en borger har ophold på gensidigt udelukkende tilbudstyper i samme periode. Fx at en borger ikke kan være på et længerevarende botilbud, samtidig med at borgeren har ophold på et midlertidigt botilbud.
- Kontrol af datoer, herunder at slutdato er efter startdato.
- Kontrol af, at ophold ikke fremgår dobbelt.

- Kontrol af de rensede opholdsdata ud fra sagsgennemgangen i stikprøven.
- Frafaldsanalyse.

Vi vurderer på baggrund af denne omfattende kvalitetssikring, at datakvaliteten er tilfredsstillende.

For at identificere tilbuddets målgruppe på Tilbudsportalen har vi anvendt tilbudsnavnet fra kommunernes data. I nogle tilfælde har det dog ikke være muligt. Dette skyldes enten, at tilbudsnavnet ikke har fremgået af datagrundlaget, at tilbudsnavnet har været noteret på en måde, hvor det ikke kunne genfindes på Tilbudsportalen, eller at tilbuddet ikke længere eksisterer og derfor ikke findes på Tilbudsportalen. Når tilbudsnavnet mangler, har det den konsekvens, at nogle, men relativt få, ophold frasorteres i analysen vedrørende kommunernes visitation (afsnit 2.2.).

Registerdata for botilbudsforløb

Registeret for handicap og udsatte indeholder data vedrørende indsatser efter servicelovens § 82-85, § 95-98, § 102-104 og § 107-108. Vi har af flere årsager vurderet, at disse data har svagheder i forhold til en eventuel robusthedsanalyse, og vi har derfor ikke anvendt registret.

For det første er 66 % af opholdene blandt populationen i vores undersøgelse på herberger, og disse indgår ikke i dette register. De indgår dog i register for herberger og forsorgshjem. Der indgår imidlertid ikke oplysninger om målgruppe eller tilbudsnavn, der kan knyttes til Tilbudsportalen. Det betyder, at registret ikke ville kunne danne grundlag for analyserne i afsnit 2.2.

For det andet er præcisionen i data påvirket af mangelfulde indberetninger fra kommunerne. Dette fremgår af Danmarks Statistiks statistikdokumentation for registret. Det påpeges herunder, at nogle ydelser helt mangler at blive indberettet. Danmarks Statistik har desuden oplyst, at de mangelfulde indberetninger ofte skyldes, at kommunerne har tekniske problemer i forbindelse med opsætningen af deres system-til-system-løsninger. Det kan fx betyde, at det ikke er tydeligt for kommunen eller Danmarks Statistik, hvilke kriterier der er opsat i forhold til intern validering i systemet, og dermed også hvilke data der indberettes. Danmarks Statistik har også oplyst, at der ofte opleves problemer i forhold til dataindberetningen, når kommunerne skifter fagsystem og dermed system-til-system-løsning. Når ydelserne oprettes i det nye system, ses det ifølge Danmarks Statistik hyppigt, at de ikke oprettes med ydelsernes reelle startdatoer, men med en startdato, som angiver tidspunktet for ibrugtagning af det nye system. Derved går historikken i data tabt, da ydelsernes fulde forløb ikke bevares. Efterfølgende validering af data vanskeliggøres af, at det oftest ikke er muligt for kommunerne at rette i data i tidligere anvendte fagsystemer.

Samkøring

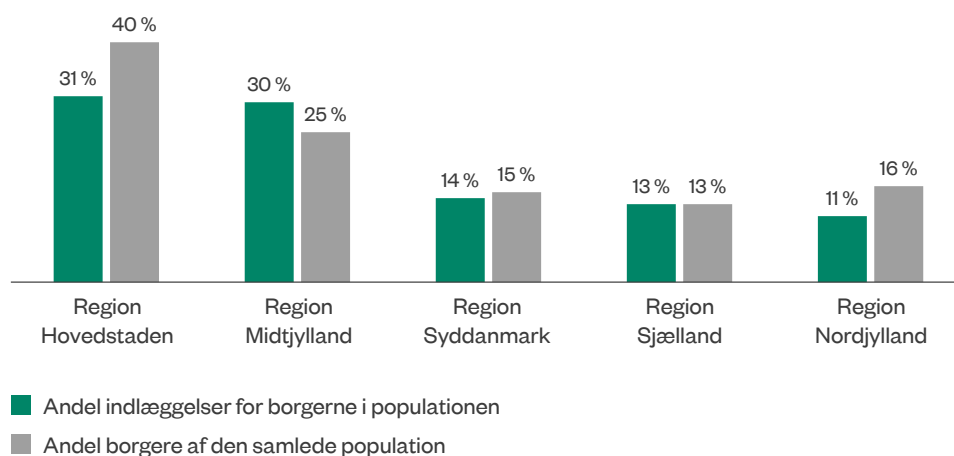
Den endelige population for undersøgelsen er identificeret ved at samkøre data fra Landspatientregisteret med de kommunale data. Begge med de ovenfor nævnte afgrænsninger.

Sammensætningen af populationen betyder, at populationens fordeling af indlæggelser pr. region ikke er proportionel med sammensætningen for alle psykiatriske indlæggelser pr. region.

Figur B viser den regionale fordeling af populationen og indlæggelser i undersøgelsen.

Figur B

Andel indlæggelser pr. behandlerregion



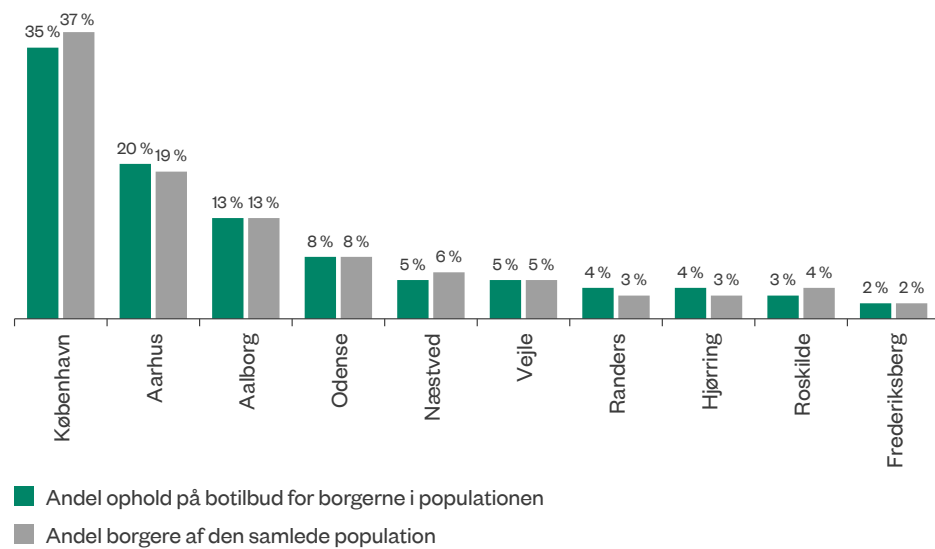
Note: Figuren er baseret på 7.014 indlæggelser (én indlæggelse har ukendt region) fordelt på 1.893 borgere. Nogle borgere har haft flere behandlerregioner, også for samme indlæggelse. I de tilfælde har vi tilskrevet den sidste region indlæggelsen. Andel indlæggelser summerer ikke til 100 % på grund af afrundinger. Nogle borgere har haft indlæggelser i flere regioner, og derfor summeres der til over 100 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret.

Kommunerne kan have forskellig visitationspraksis, befolkningssammensætning, priser på botilbud samt salg af pladser, hvilket tilsammen påvirker den kommunale fordeling i populationen. Fordelingen af handle- og betalingskommuner fremgår af figur C.

Figur C

Fordeling af populationens handle- og betalingskommuner



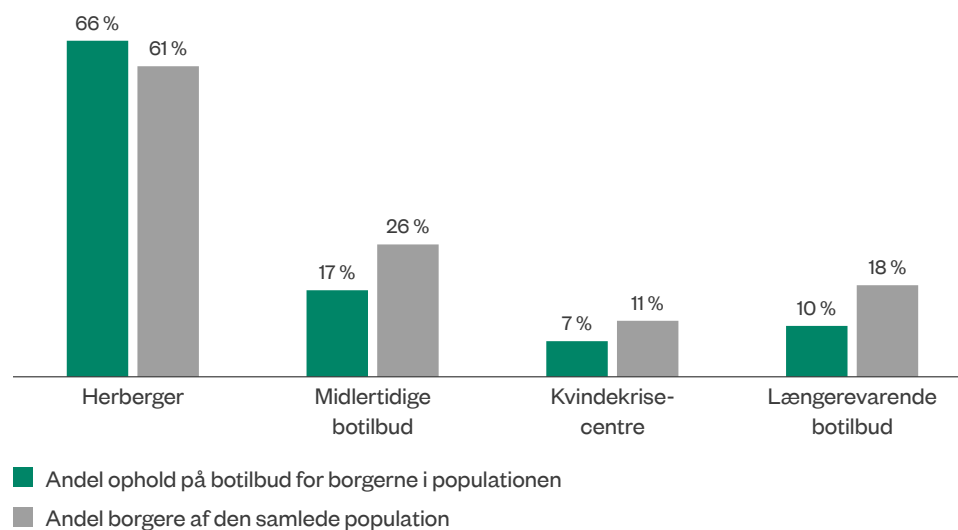
Note: Figuren er baseret på 3.801 ophold fordelt på 1.893 borgere. Nogle borgere har haft ophold på botilbud i flere handle- og betalingskommuner, og derfor summeres der til over 100 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra de 10 kommuner.

Borgerne i populationen har været på mindst 544 forskellige botilbud (defineret ud fra afdelinger). Figuren D viser fordelingen af de forskellige botilbudstyper, som borgerne har opholdt sig på i undersøgelsesperioden.

Figur D

Fordeling af botilbud, populationen har haft ophold på



Note: Figuren er baseret på 3.801 ophold fordelt på 1.893 borgere. En borger kan have opholdt sig på flere boformer i undersøgelsesperioden, og derfor summeres der til over 100 %.

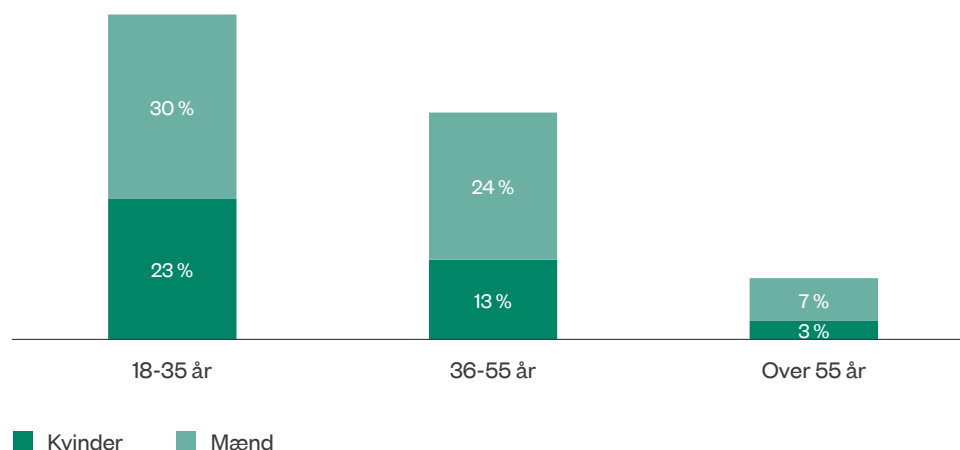
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra de 10 kommuner.

Det fremgår af figur D, at 66 % af opholdene i undersøgelsesperioden har været på et herberg. Kommunerne visiterer kun til de midlertidige og længerevarende botilbud, og det fremgår af figuren, at kommunerne har visiteret til 27 % af opholdene i populationen (17 % midlertidige og 10 % længerevarende botilbud).

Det skal understreges, at fordelingen af botilbudstyper, som populationen har haft ophold på, ikke afspejler fordelingen generelt for landet. Dette skyldes, at fordelingen i høj grad afspejler, at populationen er afgrænset ud fra, om der gives statsrefusion for opholdet. Eftersom der gives statsrefusion for alle ophold på herberger, men ikke for alle ophold på midlertidige og længerevarende botilbud, vil ophold på herberger udgøre en større del af populationen.

Afgrænsningen af populationen betyder også, at sammensætningen af køn og alder adskiller sig fra den generelle fordeling i befolkningen. Figuren E viser denne fordeling.

Figur E
Populationen fordelt på køn og alder



Note: Figuren er baseret på 1.890 borgere, da 3 har ukendt køn. Alder og køn er defineret ud fra det, der er angivet ved første indlæggelse i undersøgelsesperioden. En enkelt har skiftet køn i løbet af undersøgelsesperioden.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret og de 10 kommuner.

Det fremgår af figur E, at 61 % af populationen er mænd (30 %, 24 % og 7 %), og 53 % af populationen er under 35 år (30 % og 23 %). 30 % af populationen er unge mænd under 35 år.

Analyserne er i nogle tilfælde underlagt afgrænsninger. I nogle tilfælde betyder afgrænsningerne, at antallet af observationer i analysen bliver små. Dette gælder særligt analysen vedrørende kommunernes visitation af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i afsnit 2.2., der er baseret på 91 ophold.

For det første vedrører den analyse kun borgere, der har været indlagt med en misbrugsbetinget psykisk lidelse og en psykisk lidelse. Dette vedrører 25 % af indlæggelserne i populationen. For det andet er analysen afgrænset til de ophold, der finder sted inden for 180 dage efter en indlæggelse. For det tredje er analysen afgrænset til ophold på § 105/85, § 107 og § 108, hvilket udgør 27 % af opholdene i undersøgelsesperioden.

Data vedrørende udskrivningsaftaler

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner fremgår af Register over Tvang i Psykiatrien (TIP), hvor regionerne manuelt indberetter udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Vi har samkørt disse data med de øvrige data for at opnå viden om, hvilke indlæggelser der har resulteret i en udskrivningsaftale.

Register over Tvang i Psykiatrien (TIP)

Register over Tvang i Psykiatrien indeholder data vedrørende anvendelse af tvang ved indlæggelser og ophold på psykiatriske afdelinger. Endvidere registreres de lovpligtige indberetninger af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Datakvalitet vedrørende udskrivningsaftaler

Den manuelle udfyldning af datofelter for indskrivning og udskrivning kan være behæftet med fejl, og der er generelt risiko for dobbeltindberetninger. Sundhedsdatastyrelsen udsender årligt fejllister til regionerne vedrørende indberetningerne i TIP. Derudover er der automatiske datavalideringer i indberetningerne.

TIP indeholder 2.522 aftaler på CPR-numre, der indgår i populationen i undersøgelsen.

Vi har identificeret flere indikationer på fejlindberetninger i data vedrørende populations udskrivningsaftaler, herunder:

- 46 dobbeltindberetninger.
- 11 indlæggelser, der kan tilskrives 22 aftaler. Fx hvis en aftale er oprettet med 2 forskellige indlæggelsesdatoer og med samme udskrivningsdato (eller omvendt).
- 707 udskrivningsaftaler på indlæggelser, der ikke kan genfindes i LPR3 (svarer til 28 % af alle aftaler for populationen).
- 105 borgere er registreret med flere indlæggelser i TIP end i LPR3.

I vores analyse er data rensset for ovenstående fejl. Der ses indikationer på overrapportering af udskrivningsaftaler. En forklaring på dette kan være, at der er lavet aftaler på flere forskellige afdelinger under en indlæggelse i forbindelse med ambulante forløb eller på kontakter, der ikke er resulteret i en indlæggelse. En anden forklaring kan være, at der er indberettet ufuldstændige udskrivningsaftaler (som vi har set i sagsgennemgangen), hvor der senere er lavet en ny aftale for samme indlæggelse.

For at imødekomme problemer med datakvaliteten i TIP har vi gjort følgende:

- Vi har samkørt indlæggelser i LPR3 med aftaler fra TIP baseret på indskrivnings- og udskrivningsdato. Det betyder, at aftaler, der er lavet længere tid efter en indlæggelse, også vil tælle med, hvis de er noteret med korrekt indskrivnings- og udskrivningsdato.
- Vi har samkørt indlæggelser i LPR3 med aftaler fra TIP baseret på indskrivnings- og udskrivningsdato for patientkontakten og ikke på datoerne for indlæggelsen, da indlæggelsen er en sammenlægning af flere patientkontakter. Det betyder, at vi identificerer de indlæggelser, der har fået flere aftaler, da aftalerne i nogle tilfælde er knyttet til patientkontakterne. De ovenfor nævnte tal vedrørende datakvaliteten i TIP baserer sig således på restmængden af aftaler i TIP.
- Vi har samkørt indlæggelser i LPR3 med aftaler fra TIP både ved at matche på indskrivnings- og udskrivningsdatoen og ved kun at matche på den ene dato.
- Vi har samkørt indlæggelser i LPR3 med aftaler fra TIP, før vi har afgrænset LPR3 til indlæggelser. Dette betyder, at den restmængde af aftaler, vi ikke har kunnet matche, ikke afspejler aftaler på ambulante ophold.

Data fra Tilbudsportalen

Vi har samkørt data fra Tilbudsportalen med de øvrige data, der er beskrevet ovenfor, for at opnå viden om, hvilke målgrupper botilbuddene er godkendt til. Socialtilsynene godkender tilbud til målgrupper ud fra en afdækning og vurdering af den forventede kvalitet i tilbuddet samt gennem inddragelse af opdateret viden om målgruppen. Konkret vurderer socialtilsynene ifølge vejledning om socialtilsyn, om botilbuddene har kompetencer til at behandle/støtte en bestemt målgruppe. Godkendelsen har til formål at sikre, at tilbuddet generelt er egnet til at modtage borgere fra tilbuddets målgruppe.

Dataudtrækket er pr. 30. juni 2022. Det skal bemærkes, at der kan forekomme ændringer i, hvilke målgrupper tilbuddene er godkendt til.

Forskel på målgrupper i sociale botilbud og diagnoser i psykiatrien

Målgruppen "Psyriske vanskeligheder" i sociale botilbud kan ikke direkte oversættes til diagnoser om psyriske lidelser i psykiatrien. Tabel B viser forskellen på målgrupper i botilbud og psyriske lidelser i psykiatrien.

Tabel B

Målgrupper i botilbud i forhold til ICD-10-koder i psykiatrien

Målgruppekategori	Målgrupper i botilbud	Diagnosegruppe og ICD-10-koder anvendt i psykiatrien
Intellektuel/ kognitiv forstyrrelse	Hjerneskode	Organiske psyriske lidelser (DF00-DF09)
	Demens	Organiske psyriske lidelser (DF00-DF09)
	Udviklingshæmning	Mental retardering (DF70-DF79)
	Udviklingsforstyrrelser, herunder autismespektrum	Psyriske udviklingsforstyrrelser (DF80-DF89)
Psyriske vanskeligheder	Forandret virkelighedsopfattelse	Skizofreni (DF20-DF29)
	Depression	Affektive sindslidelser (DF30-DF39)
	Angst	Angst og belastningsreaktioner (DF40-DF49)
	Stressbelastning	Angst og belastningsreaktioner (DF40-DF49)
	Spiseforstyrrelse	Adfærdssændringer (DF50-DF59)
	Personlighedsforstyrrelse	Personlighedsforstyrrelser (DF60-DF69)
	Tilknytningsforstyrrelse	Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser (DF90-DF98)
Socialt problem	Misbrug	Misbrugsbetingede psyriske lidelser (DF10-DF19)
	Hjemløshed	
	Prostitution	
	Kriminalitet	
	Udadreagerende adfærd	

Note: Ikke alle målgrupper eller målgruppekategorier, som socialtilsynene godkender til, fremgår af tabellen. De markerede celler angiver de målgrupper, vi henviser til i analyserne i afsnit 2.2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af målgrupper på Tilbudsportalen og WHO's ICD-10-koder for psyriske lidelser.

Som det fremgår af tabel B, er alle psykiske lidelser (defineret i psykiatrien) ikke omfattet af målgruppen psykiske vanskeligheder (defineret på socialområdet). Dertil har alle borgere, der visiteres til et botilbud målrettet psykiske vanskeligheder, ikke nødvendigvis en psykisk lidelse. Borgerne i denne undersøgelse har imidlertid alle en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser, der går under paraplyen intellektuel/kognitiv forstyrrelse (fx hjerne-skade og demens (DF00-DF09)), udviklingshæmning (DF70-DF79), autismespektrum (DF80-DF89) og misbrugsbetingede psykiske lidelser (DF10-DF19), anses i Social- og Boligstyrelsens målgruppeforståelse ikke som værende psykiske vanskeligheder. Et botilbud kan fx være godkendt til borgere med en diagnose på autismespektret uden at være godkendt til borgere med psykiske vanskeligheder. Derfor indgår disse diagnosegrupper ikke i analyserne i afsnit 2.2.

Man kan argumentere for, at borgere, der har haft en psykiatrisk indlæggelse, alt andet lige har behov for ophold på et sted, der kan håndtere psykiske vanskeligheder uanset borgerens diagnose. Vi har dog valgt at ekskludere diagnoser under intellektuel/kognitiv forstyrrelse og misbrugsbetingede diagnoser fra analyserne vedrørende ophold på botilbud med målgruppen "Psykiske vanskeligheder" (afsnit 2.2.) for at opnå et mere konservativt estimat. Det betyder, at vi med større sikkerhed kan konkludere, at hvis borgeren har én af de psykiske lidelser, der i tabel C er nævnt ud for målgruppekategorien "Psykiske vanskeligheder", så bør borgeren alt andet lige blive visiteret til et botilbud, der håndterer målgruppens psykiske vanskeligheder.

Supplerende robusthedsanalyser

Vi har foretaget robusthedsanalyser for at sikre, at analysens resultater er robuste. Disse gennemgås i det følgende.

Udskrivningsaftaler til borgere med psykiske lidelser

Vi har gennemgået 90 borgersager. I 62 af sagerne var der krav om en udskrivningsaftale, og i 15 tilfælde var den udarbejdet. Regionerne har også udarbejdet udskrivningsaftaler for 4 borgeres indlæggelsesforløb, hvor det ikke fremgår af materialet, at der var krav om udskrivningsaftale, men hvor regionen har vurderet, at der var et behov. Vi har gennemgået de i alt 19 udskrivningsaftaler.

Kommunernes visitation af borgere med psykiske lidelser til botilbud

Det kan være svært at flytte en borger fra et botilbudslignende eller længerevarende botilbud, hvis borgeren efter visitering viser sig at få en psykisk lidelse, som tilbuddet ikke er godkendt til. Derfor har vi foretaget en robusthedsanalyse, hvor vi udelukkende har medtaget ophold, der er visiteret til inden for 180 dage efter en psykisk indlæggelse. Med andre ord har vi ekskluderet ophold, der var startet før en indlæggelse. I analysen har vi ikke medtaget overlappende ophold. Konkret er 17 % af disse ophold på botilbud, der ikke er godkendt til psykiske vanskeligheder. Vi anser derfor resultatet på 11 % i analysen i afsnit 2.2. som værende robust og endda konservativt.

Stikprøve

Vi har undersøgt regionernes koordinering og kommunernes visitation ved hjælp af én gennemgående stikprøve på 90 borgere. Disse borgere er udtrukket af populationen, der er beskrevet under afsnittet datagrundlag. Stikprøvens resultater er brugt, hvor vi ikke har kunnet svare på analysespørgsmål ud fra dataanalysen, herunder primært i forhold til indholdet af udskrivningsaftalerne. Desuden har sagerne i stikprøven bidraget til en generel forståelse af området.

Stikprøven er repræsentativ og udtrukket ved simpel tilfældig udvælgelse.

Stikprøvens størrelse på 90 borgere er bestemt under hensyn til, hvilket niveau af usikkerhed vi vil acceptere. Sikkerhedsniveauet (konfidensniveauet) for stikprøven er 95 %, mens den maksimale statistiske usikkerhed (konfidensinterval) for analyse-resultaterne på stikprøven er ± 10 procentpoint.

Vi har for hver borger udtrukket en tilfældig indlæggelse og afgrænset sagsgennemgangen til 180 dage efter den valgte indlæggelse. Vi udtaler os i beretningen om delmængder af stikprøven, bl.a. for at give eksempler på, hvordan regionerne forvalter området. Resultaterne af disse analyser er ikke repræsentative for hele populationen.

Vi har for hver borger i stikprøven indhentet patientjournalen i den regionale psykiatri samt alle sagsakter fra kommunens visitationssystem. Vi har lagt til grund for undersøgelsen, at tilbud og dokumenter, som kommunen eller regionen ikke har registreret i sagsakterne og fremsendt dokumentation for, ikke eksisterer.

Rigsrevisionens kontrol af oplysninger på Tilbudsportalen

Vi har udtaget 35 ud af 797 botilbud, fordelt på 1282 afdelinger, målrettet borgere med psykiske vanskeligheder. Vi udtrak tilbuddene tilfældigt ved brug af Social-, Bolig- og Ældreministeriets datasæt om Tilbudsportalen udarbejdet pr. 30. september 2022. Hvert botilbud kan have flere afdelinger. Vi ringede til alle 50 afdelinger i de 35 botilbud og spurgte:

- om antallet af pladser i afdelingen i alt
- om afdelingen har ledige pladser.

Vi har sammenholdt svarene med oplysningerne på Tilbudsportalen. I de tilfælde, hvor der var uoverensstemmelse mellem Tilbudsportalens oplysninger og de oplysninger, botilbuddet oplyste telefonisk, forelagde vi dette for botilbuddet.

Vi kontrollerede desuden om Tilbudsportalen indeholder årsrapporter for 2021 for tilbud oprettet før 2021. Til denne analyse benyttede vi Social-, Bolig- og Ældreministeriets datasæt om Tilbudsportalen udarbejdet pr. 31. december 2022.

Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, herunder standarderne for større undersøgelser (SOR 3). Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).