

Dato: 13.04.2020

Kontaktperson: Camilla Milland

Telefon: 2133 9184

E-mail: cfm@haderslev.dk

Politiske bidrag til temaer i Rammeaftalen 2021-2022

Indledning

Kommunerne og regionen i Syddanmark har haft mulighed for at indsende lokalpolitiske bidrag til Rammeaftalen for 2021-2022. I nærværende notat er de indsendte initiativer kategoriseret i overordnede temaer.

Sekretariatet har inddelt bidragene i følgende overordnede temaer:

- Borgeren i centrum og borgerinddragelse
- Økonomi, kapacitet og udvikling
- Kvalitet
- Samarbejde på tværs af sektorer og kommuner
- Fokus på konkrete områder og målgrupper

Desuden er der en række mindre, øvrige temaer.

Temaerne er udfoldet nærmere nedenfor. Endvidere henvises til vedlagte bilag, hvor flere af de indsendte bidrag er beskrevet yderligere.

Temaer

Samarbejde på tværs af sektorer og kommuner

- Strategi for større sammenhæng mellem det specialiserede socialområde, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet
- Brobygning til psykiatrien, socialpsykiatrien og øget samarbejde med behandlingspsykiatrien
- Sammenhæng med Sundhedsaftalen og fokus på lighed i sundhed, herunder sundhedstjek for alle borgere på socialområdet
- Samarbejde om at flytte udsatte borgere mellem kommuner
- Stille borgerne ens på tværs af kommunerne
- Styrkelse af indsatser og samarbejde på børnehandicapområdet og det børne- og ungdomspsykiatriske område

Økonomi, kapacitet og udvikling

- Økonomiske udfordringer: Opmærksomhed på stigende tiltag på det specialiserede socialområde og på, at udgifter ikke stiger unødigt

- Forsyningssikkerhed og koordinering af kapacitet
- Strategi for udvikling i målgrupper på det specialiserede område
- Strategi for kapacitetstilpasning
- Gennemsigtighed i taksterne
- U hensigtsmæssig stigende fokus på at presse priser på hinandens botilbud og ydelser og drøftelse af inddragelse af konsulenter til forhandlinger
- Progression

Kvalitet

- Kvalitetsudvikling i botilbud, gruppebaserede tilbud og bostøtter
- Strategi til sikring af bedre kvalitet, mindre sårbarhed og styrket økonomisk bæredygtighed gennem øget samarbejde på tværs af regioner
- Behov for kompetencer til en stigende kompleksitet
- Opgør med diagnosekulturen og ønske om alternativer, der tager udgangspunkt i funktionsniveau, kerneopgaven mv.
- Sammenhæng mellem rehabilitering, effekt og økonomiske incitamenter
- Strategi for rehabilitering
- Dokumenterede metoder
- Kritisk masse for bevaring af højt specialiserede tilbud

Borgeren i centrum og borgerinddragelse

- Det gode liv for borgeren
- Inddragelse af barnets egen stemme
- Flere med i fællesskaber
- Kulturelle tilbud til særlige målgruppe og pårørende
- Samarbejde med pårørende og civilsamfundet

Fokus på særlige områder og målgrupper

- Psykiatriområdet
 - Særlige psykiatripladser
 - Unge og mental sundhed
 - Medicinforbrug i psykiatrien
 - Fælles udrykningsteam mellem psykiatri og politi
- Misbrugsområdet
 - Borgere med misbrugsproblematikker
 - Samarbejde på misbrugsområdet om dobbeltdiagnoser og styrkelse af de faglige ambitioner i kommunerne
 - Opgavefordelingen mellem kommunen og regionen i forbindelse med misbrugsbehandlingen



- Konkrete målgrupper
 - Borgere med spiseforstyrrelser
 - Ensomme borgere
 - Kriminelle udviklingshæmmede
 - Kriminalitetstruede unge
 - Borgere med autisme, herunder målgruppen ældre borgere-udviklinghæmmede, borgere med autisme mv.
 - Hjemløse
 - Håndtering af udfærdigende adfærd
 - Børn og unge med funktionelle lidelser
 - Udvikling af indsatser, der sikrer børn en god start på livet
 - Indsatser på Børnehandicapområdet

Øvrige

- Velfærdsteknologi og øget digitalisering, som understøtter arbejdet og lader borgere blive længere i eget hjem
- Sprog ift. borgere med anden etnisk baggrund
- Udligningsreformen bør stille borgerne mere lige
- Overgang fra børne- til voksenparagraffer
- Sundhed- og sociallovsydelser i sociale tilbud

Politiske bidrag til Rammeaftalen 2021-2022

Kommune	Tema	Beskrivelse
Assens	Særlig opmærksomhed på helhedstænkning, sammenhæng og fokus på overgange mellem sektorer.	
Assens	Tydelig gennemsigtighed mellem sektors ansvar.	
Assens	Fokus på "ulighed i Sundhed", stigning i tilgang til det specialiserede område og kvalitet og stabilitet i tilbud.	
Assens	Fokus på medicinforbrug i psykiatrien.	Eventuelt som pilotprojekter.
Esbjerg	Brobygning til psykiatrien på både børne- og voksenområdet.	Fokus på brobygning til psykiatrien på både børne- og voksenområdet.
Esbjerg	De økonomiske udfordringer på det specialiserede socialområde	De økonomiske udfordringer på det specialiserede socialområde, som præger mange kommuner på både børne- og voksenområdet. Der er her tale om en stor udfordring, som presser mange kommuner.
Esbjerg	Ændring af de særlige psykiatripladser	Ændring af de særlige psykiatripladser. Esbjerg Kommune vurderer, at der er behov for særlige psykiatripladser, men der vurderes ikke at være behov for det antal pladser, som der er dag. Esbjerg Kommune ser derfor gerne, at antallet af de særlige psykiatripladser nedbringes.
Esbjerg	Forsyningssikkerhed og fokus på økonomi	At sikre det nødvendige antal pladser på det specialiserede socialområde til borgere med komplekse udfordringer, samtidig med at der holdes et stærkt fokus på at reducere omkostningerne.
Esbjerg	Øget fokus på at presse priserne mellem kommunerne/ Rammeaftalesamarbejde	Fokus på forhandling af pris og ydelser på botilbud i kommuner og regioner mellem kommuner. Det opleves, at flere kommuner har stort fokus på at presse hinandens priser på botilbud og ydelser i botilbud. Det vurderes ærgerligt, fordi rammeaftalen netop har til formål at sikre effektiv drift, fair priser og god kvalitet.
Fredericia	Forsyningssikkerhed- små og store målgrupper- udfordringer som følge af højere levealder	Vi ønsker os et fortsat stærkt samarbejde i Syddanmark. Vi er optaget af både det tværkommunale og tværsektorielle samarbejde. Både ift. de små borgergrupper med behov for meget specialiserede indsatser og de større grupper med behov for bredde tilbud. Vi er optaget af, hvordan vi fremadrettede kommer til at håndtere, at store gruppe på det specialiserede område vil få udfordringer, som følger med en højere levealder – herunder hvordan vi kapacitetstilpasser og sikrer at der fortsat er pladser til unge borgere, som ønsker at flytte hjemmefra.
Fredericia	Håndtering ift. borgere med misbrugsproblematikker	Vi er også optaget af, hvordan vi fremadrettet kan håndtere misbrugsproblematikker i botilbuddene, især for grupper med begrænsede kognitive funktioner.

Kommune	Tema	Beskrivelse
Fredericia	Progression - evt. sammen med Fælles Begreber	Ift. udviklingsmål så er det vores ønske, at vi i fællesskab arbejder med at synliggøre progression. Det optager os, hvordan vi kan få et fælles sprog for borgernes udvikling, hvordan vi gør fremskridt synlige og dokumenterer det ensartet. Dette kan evt. tænkes sammen med Fælles Faglige Begreber.
Fredericia	Flere med i fællesskaber	Hvordan flere kommer med i fællesskaber er et løbende fokus for os. Det kan være et redskab til at lette overgange.
Faaborg Midtfyn	Lighed i sundhed	
Faaborg Midtfyn	Stigende hjemløshed	
Faaborg Midtfyn	Flytning mellem kommuner - er vi gode nok til at samarbejde om udsatte borgere, der flytter?	
Faaborg Midtfyn	Psykisk sårbarhed / mental sundhed- for målgruppen unge	
Faaborg Midtfyn	Overgang fra børne- til voksenparagraffer	
Faaborg Midtfyn	Ensomhed.	
Haderslev	Håndtering af udadreagerende adfærd.	
Haderslev	Sundheds- og sociallovsydelser i sociale tilbud.	
Haderslev	Kulturelle tilbud til mennesker med handicap.	
Haderslev	Velfærdsteknologi.	
Middelfart	Øget samarbejde med behandlingspsykiatrien	
Middelfart	Borgere med autisme- målgruppestørrelse, kompetenceudvikling og indsatser	borgere med en autismediagnose er i stigning og der kunne arbejdes med fælleskommunal kompetenceudvikling og indsatser på området.
Middelfart	Særlige psykiatripladser	særlige pladser i psykiatrien. De særlige pladser har nu været i drift i 2 år. Der er stadigvæk ledige pladser som kommunerne skal betale til. Pengene ønskes frigivet fra særlige pladser til direkte indsatser i kommunen.
Middelfart	Kriminelle udviklingshæmmede- målgruppestørrelse, kompetenceudvikling, tilbud mm.	kriminelle udviklingshæmmede. Dette er en målgruppe, som er i vækst over hele landet. Fælles kompetenceudvikling, handleplan, tilbud m.v.
Middelfart	Borgere med spiseforstyrrelser	spiseforstyrrelser - det er ikke en stor målgruppe men en målgruppe, der fylder meget idet lidelsen er meget kompleks og der skal samarbejdes mellem somatisk sygehus, psykiatri og kommune.
Middelfart	Oprette et tilbud til forældre til børn med handicap.	At der oprettes et tilbud til forældre til børn med handicap. Forældrene er ofte meget påvirket af at leve i kampen for at sikre deres barn og har det meget svært med at opleve når barnet bliver voksne, hvor de bør slippe taget, men mangler tillid til systemet. Det vanskeliggør samarbejdet mellem kommune/system og pårørende.

Kommune	Tema	Beskrivelse
Middelfart	Fælles udrykningsteam	Det fælles udrykningsteam mellem politi og psykiatri bør udbredes til hele regionen.
Odense	Strategi til sikring af bedre kvalitet, mindre sårbarhed og styrket økonomisk bæredygtighed gennem øget samarbejde på tværs af regioner	At danne grundlag for udvikling af en model for et øget samarbejde på tværs af regionerne med fokus på at mindske sårbarheden i forhold til fagspecialer, som vedrører en lille målgruppe fx området for hjerneskader og unge med spiseforstyrrelser. At styrke den økonomiske bæredygtighed for de tilbud, hvor målgruppen er så lille, at tilbuddet kan være svært at drive på en effektiv vis
Odense	Strategi for kapacitetstilpasning	At bidrage til sikring af tilpasning af kapaciteten i forhold til målgrupper, så de regionale tilbud i højere grad bliver afstemt efter kommunernes behov
Odense	Strategi for rehabilitering	At bidrage til sikring af, at regionen og kommunerne får en fælles ramme for arbejdet med rehabilitering i Region Syddanmark
Odense	Strategi for udvikling i målgrupper på det specialiserede område	At bidrage til øget fokus på udviklingen i målgrupper på det specialiserede område i forhold til faglig udvikling, kapacitet og sektorovergange
Odense	Strategi for større sammenhæng mellem det specialiserede socialområde, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet	At danne grundlag for udvikling af en model for øget samarbejde på tværs af regioner og kommuner med fokus på at skabe større sammenhæng mellem det specialiserede socialområde, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet
Odense	Rehabilitering, effekt og økonomiske incitament	At have fokus på rehabilitering – herunder - hvordan regionen og kommunerne: måler effekten af rehabilitering understøtter rehabiliteringen med økonomiske incitament, samarbejder på tværs om fælles tiltag for den enkelte borger
Odense	Økonomi	At have en opmærksomhed på at udgifterne i tilbuddene ikke stiger unødigt
Odense	Socialpsykiatriske indsatser og sektorovergange	At sikre et forsat fokus på koordinerende socialpsykiatriske indsatser og sektorovergange. At sikre fælles ansvarlighed omkring borgerne og understøtte nytænkning af fælles tiltag på området.
Odense	Ulighed i sundhed	At sikre mere lighed i sundhedsindsatser for målgrupperne på det specialiserede område
Odense	Kvalitetsudvikling i botilbud, gruppebaserede tilbud og bostøtter	At sikre kvalitetsudvikling og videndeling om evidensbaserede metoder ind i botilbud, gruppebaserede tilbud og bostøtter. Herunder at tænke uddannelse og beskæftigelse ind som en del af den rehabiliterende tilgang.
Odense	Området for psykisk sårbare unge	At have et fokus på området for psykisk sårbare unge – herunder sikre et fortsat samarbejde i Region Syddanmark med fokus på udvikling af kvalitet og videndeling.
Region Syddanmark	Vigtigt at have fokus på "det gode liv" for borgeren	

Kommune	Tema	Beskrivelse
Region Syddanmark	Hvordan får vi stillet borgerne ens på tværs af kommunerne	
Region Syddanmark	Vigtigt at italesætte hvis kritisk masse er vigtigt for at bevare et højspecialiseret tilbud	
Region Syddanmark	Inddragelse af konsulenter til forhandlinger – fordele og ulemper	
Region Syddanmark	Vigtig med samarbejde med pårørende	
Region Syddanmark	Opmærksomhed på sproget, da der kommer flere borgere med anden etnisk baggrund	
Region Syddanmark	Mere digitalisering – så borgerne bliver længere tid i eget hjem	
Region Syddanmark	Udligningsreformen bør stille borgere mere lige	
Region Syddanmark	Gennemsigtighed i taksterne	
Region Syddanmark	Årligt sundhedstjek for alle borgere på socialområdet	
Region Syddanmark	Kompleksiteten stiger – behov for kompetencer hertil	
Svendborg	Fortsat fokus på rehabilitering	Rehabilitering er fortsat den dominerende tilgang for arbejdet i den kommunale kontekst. Det afspejles blandt andet ved kommunernes nye tiltag, som er drevet af et større fokus på at tilbyde hjælpen i nærmiljøet baseret på tværfaglighed samt at skabe øget fleksibilitet i tilbuddene. Herunder eksempelvis ved at udvide udbuddet af socialpædagogisk støtte i eget hjem til hele døgnet frem for kun i dagtimerne.
Svendborg	Samspil med civilsamfundet	Der er i stigende omfang fokus på, at samskabelse og samarbejde med frivillige organisationer og almenområdet bliver et supplement til den fagprofessionelle, kommunale indsats. Dette samspil vil i højere grad dyrkes de kommende år med henblik på at understøtte borgerens mulighed for deltagelse i uddannelse, beskæftigelse og sociale sammenhænge.
Svendborg	Lighed i sundhed	Der er kommet øget fokus på, hvad kommunerne kan gøre for at mindske den sociale ulighed i sundhed hos socialt udsatte eller borgere med høj risiko for udsathed som følge af eksempelvis svær psykisk sygdom, misbrug mv. Arbejdet med social lighed i sundhed prioriteres med henblik på at sikre koordinerede indsatser både på tværs i kommunen og på tværs af sektorer.

Kommune	Tema	Beskrivelse
Svendborg	Dokumenterede metoder	Som følge af stigende efterspørgsel efter socialfaglige ydelser er der kommet fagligt fokus på anvendelse af dokumenterede metoder på socialområdet. Arbejdet med vidensdeling, evidens og resultatdokumentation vil derfor få større opmærksomhed de kommende år med henblik på at anvende de faglige tilgange og metoder, som har effekt og betydning for borgerens progression. Herunder fokus på den nødvendige og tilstrækkelige dokumentation.
Svendborg	Housing First	Mange kommuner arbejder i dag efter Housing First-tilgangen med henblik på at nedbringe hjemløsheden. Housing First tager udgangspunkt i, at borgeren får en bolig som det første, da det er forudsætningen for at stabilisere og forbedre borgerens øvrige problematikker som eksempelvis psykisk sygdom eller misbrug. Denne tilgang vil fortsat spille en central rolle i kommunernes organisering af området understøttet af CTI-metoden.
Svendborg	Omkostningsbevidsthed	Øget økonomisk pres medfører yderligere behov for effektiv ressource-anvendelse. Der er krav til det offentlige om at kunne producere mere for færre ressourcer, hvilket blandt andet betyder, at der skal udvikles nye og billigere indsatser og generelt høstes synnergieffekter.
Svendborg	Koordinering af kapacitet og faglig kvalitet	Der vil fortsat være behov for koordinering af tilbud inden for rammeaftalens område med henblik på at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet, samt at tilbuddene har den nødvendige faglige kvalitet. Herunder at der tages højde for det geografiske perspektiv, således at det i større udstrækning er muligt at tilbyde botilbud i nærmiljøet. forhold til tilbudsviften er der i Svendborg opmærksomhed på snitfladen mellem ambulant og indlæggelseskrævende afslutningsbehandling.
Svendborg	Sektorovergange	Borgere indenfor det specialiserede socialområde er ofte påvirket af sektor-overgange. Det kan blandt andet være mellem behandlings- og socialpsykiatri, mellem tilbud, mellem dagbeskæftigelse og botilbud. Der er fortsat behov for at have fokus på, at sektorovergange tager afsæt i borgerens behov, så sektorovergange er koordinerede og samstemte og fremmer borgerens rehabilitering.
Svendborg	Unge og mental sundhed	Undersøgelser viser en negativ udvikling i børn og unges mentale sundhed. Vi ved, at den mentale sundhed hos børn og unge har stor betydning for det enkelte barn og unges læring og udvikling. Et øget fokus vil understøtte at børn og unge får de bedste muligheder for at udvikle deres potentiale og bidrage til samfundet.

Kommune	Tema	Beskrivelse
Varde	Stigende udgifter indenfor område.	Udvalget oplever stigende udgifter indenfor område. Det er specielt en udfordring at selv få borgere kan bevirke at udgifterne stiger voldsomt (eksempelvis en domsanbragt borger eller en borger med en hierneskade)
Varde	De særlige psykiatripladser- Finansieringsmodel	Udvalget har ligeledes drøftet de særlige psykiatripladser. Finansieringsmodellen virker ulogisk da kommunen kan komme til at betale flere gange for den samme borger (i det tilfælde at en borger indlægges på de særlige psykiatripladser vil borgerens plads på et botilbud ofte stå tom)
Varde	Opgavefordelingen mellem kommunen og regionen i forbindelse med misbrugsbehandlingen	Udvalget har endvidere drøftet opgavefordelingen mellem kommunen og regionen i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Det er udvalgets opfattelse, at det vil give god mening hvis regionen fremadrettet varetager misbrugsbehandlingen for borgere med dobbeltdiagnose, men der er vigtigt at den "generelle" misbrugsbehandling stadig varetages af kommunen i nærområdet/tæt på borgerens bopæl.
Ærø	Sammenhæng med Sundhedsaftalen	Udvalget peger på, at man gerne ser, at der så vidt det er muligt tænkes sammenhæng ind i det store aftalekompleks (t.eks. sundhedsaftalen), der dækker samarbejdet mellem region og kommuner.
Ærø	Målgruppe: sårbare unge og børn med autisme	Udvalget ser gerne, at der kommer fokus på temaer som sårbare unge, børn med autisme, misbrugsproblematikken i forhold til målgruppen, samt digitale løsninger
Aabenraa	Samarbejde på misbrugsområdet om dobbeltdiagnoser og styrkelse af de faglige ambitioner i kommunerne.	Aabenraa Kommune ønsker, at der i udviklingsstrategien tages initiativ til at der udarbejdes en model for det fremtidige samarbejde omkring de dobbeltdiagnosticerede borgere, så indsatsen og kompetencerne forankres lokalt i nærområdet. Forslaget skal ses i lyset af omlægninger i organiseringen af den regionale indsats.
Aabenraa	Handicapområdet - Fokus på "Den gode alderdom".	Aabenraa Kommune foreslår, at der i regi af udviklingsstrategien sættes fokus på målgruppen ældre borgere fra det specialiserede socialområde, herunder udviklingshæmmede borgere, borgere på autismeområdet etc. En stadig større del af målgrupperne lever i dag længere og har en middellevetid som tilnærmer sig befolkningens generelle middellevetid. Der ønske fokus på hvordan disse målgrupper sikres "Den gode alderdom".

Kommune	Tema	Beskrivelse
Aabenraa	Fokus på lighed i sundhed i forhold til handicap- og psykiatriområdet.	Aabenraa Kommune ønsker, at der udvikles praktiske modeller for hvordan der kan skabes en bedre balance og effekt af sundhedsindsatserne i relation til det specialiserede socialområde. Borgere med handicap oplever en markant ulighed i sundhed og ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet. Det har været kendt i mange år, men alligevel går det langsomt med at ændre forholdene. En problemstilling i denne sammenhæng er fx borgere på eksterne botilbud, hvor en sælgerkommune løser sundhedsopgaverne omkring borgerene på vegne af en køberkommune, men uden at der kan opnås refusion for indsatsen.
Aabenraa	Diagnosekulturen	Aabenraa Kommune anbefaler, at der sættes fokus på alternativer til en ensidig kategorisering af borgerne på det specialiserede socialområde efter diagnoser. I den daglige tilgang til den fælles kerneopgave på borgerniveau, er en fokusering på diagnoser ikke fremmende for indsatsen, hvorfor der ønskes udviklet alternativer der tager udgangspunkt i funktionsniveau, kerneopgaven etc.
Aabenraa	Meget vægt på samarbejde i opsamlingspapiret - mere fokus på borgeren.	Aabenraa kommune efterlyser generelt, at der i 'Fremtidens Rammeaftale' kommer en tydeligere fokusering på borgeren, og at samarbejdet imellem forskellige sektorer mv. sker og indrettes ud fra borgerens behov.
Aabenraa	En god start på livet	Aabenraa Kommune anbefaler at der i endnu højere grad sættes fokus på udvikling af indsatser der sikrer alle børn en god start på livet. Særligt børn af forældre med begrænsede kompetencer og ressourcer har brug for indsatser der sikrer deres mulighed for at vokse op så tæt på det almene hverdagsliv som muligt.
Aabenraa	Indsatser på Børnehandicapområdet	Aabenraa Kommune ønsker, at der udvikles praktiske modeller for hvordan der kan skabes mere rehabiliterende hjemmebaserede indsatser for børn med handicap i et samarbejde mellem kommune og region. Formålet er at sikre at så mange børn med handicap som muligt har mulighed for at blive boende hjemme uden det forringer det enkelte barns livssituation eller den samlede families situation som et hele.

Kommune	Tema	Beskrivelse
Aabenraa	Kriminalitetstruede unge	Aabenraa Kommune forslår at der sættes fokus på den del af ungegrupperingerne der opleves som kriminalitetstruede. Der er et behov for en særlig opmærksomhed på denne gruppe og det foreslås således at der i regi af udviklingsstrategien sættes fokus på denne målgruppe. Der ønskes fokus på hvordan en højere grad af intensive indsatser kan vende målgruppen mod de almene miljøer frem for de kriminelle.
Aabenraa	Diagnosekulturen (fra social og sundhed)	Aabenraa Kommune anbefaler, at der sættes fokus på alternativer til en ensidig kategorisering af borgerne på det specialiserede socialområde efter diagnoser. I den daglige tilgang til den fælles kerneopgave på borgerniveau, er en fokusering på diagnoser ikke fremmende for indsatsen, hvorfor der ønskes udviklet alternativer der tager udgangspunkt i funktionsniveau, kerneopgaven etc.
Aabenraa	Funktionelle lidelser	Aabenraa Kommune foreslår at der sættes fokus på udviklingen af strukturerede samarbejdsmodeller mellem kommune og region i forhold til børn og unge med funktionelle lidelser. Samarbejdsmodellen bør have fokus på hvordan den kommunale indsats kan understøtte den behandlende indsats i regionen.
Aabenraa	Videreudvikle det formaliserede og systemstærke samarbejde i forhold til Børnehandicap og det Børne og Ungdomspsykiatriske område.	Aabenraa Kommune ønsker, at der i udviklingsstrategien afsættes rammer og mulighed for at videreudvikle et formaliseret samarbejde på dette område. Eks. lign. Det igangværende projekt "Fremskudt psykiatri", hvor et af målene er udviklingen af en Generisk samarbejdsmodel mellem regioner og kommuner.
Aabenraa	Styrke etableringen af flere tidlige direkte indsatser/behandling forankret i kommunen (tættere på borgeren) i forhold til Børnehandicap og det Børne og Ungdomspsykiatriske område.	At der i udviklingsstrategien skabes muligheder og rammer for, at regionen i højere grad, i et samarbejde med Aabenraa kommunes fagprofessionelle, kan tilbydes flere direkte indsatser forankret lokalt i Kommunen.
Aabenraa	Fokus på inddragelse af barnets egen stemme	Aabenraa Kommune foreslår at der i regi af udviklingspuljen iværksættes et arbejde med at udvikle en model der i endnu højere grad sikrer fokus på inddragelse af barnets/ den unges stemme. Dette både i forhold til den konkrete indsats i regionen men også i forhold til samarbejdet mellem region og kommunen samt i overgangen mellem region og kommune.

Bilag 5: Håndtering af lukning af tilbud

Det påhviler driftsherren at udvise rettidig omhu og tidligst muligt informere handlekommuner og betalingskommuner om mulig lukning af tilbud. Driftsherren forpligter sig til at afvikle tilbuddet på den økonomisk mest hensigtsmæssige måde for betalingskommunerne.

Ved lukning af tilbud anvendes principperne i den Rammeaftale der er gældende i det år, hvor beslutning om lukning af tilbuddet træffes.

Håndtering af lukning af tilbud, herunder principper for finansiering af et eventuelt underskud, afhænger af, hvorvidt der er tale om et kommunalt tilbud eller et regionalt tilbud. Endvidere har det betydning, hvorvidt der lukkes et selvstændigt tilbud/enhed eller et tilbud, der er en del af et center/ledelsesområde.

Lukning af et kommunalt tilbud eller en selvstændig økonomisk enhed

Hvis en kommune lukker et tilbud, og der er et akkumuleret underskud, er det muligt at efterregulere en del af underskuddet.¹ Det er afgørende, om der er tale om lukning af et selvstændigt tilbud/enhed, eller om der er tale om en lukning af et tilbud, der er en del af et center/ledelsesområde:

Lukning af et selvstændigt tilbud/ økonomisk enhed

Ved lukning af et selvstændigt tilbud/ enhed skal driftsherren selv dække, hvad der svarer til 5 % af tilbuddets omkostningsbaserede budget i det år, hvor tilbuddet beslutes lukket (helårsbudget). Underskud ud over 5 % af tilbuddets omkostningsbaserede budget, i det år hvor tilbuddet beslutes lukket, kan efterreguleres. Eventuelle overførte overskud eller underskud skal indgå i beregningen, idet det tillægges årsresultatet. Dette gælder både overførsler på tilbuds niveau og overførsler, der er hensat centralt. Se beregningseksempel 1.

Beregningseksempel 1: Lukning af et tilbud – selvstændig økonomisk enhed:

Omkostningsbudget i året for beslutning (helårs budget)	20.000.000 kr.
Indtægter	10.000.000 kr.
Omkostninger	14.000.000 kr.
Årsresultat	-4.000.000 kr.
Overført fra tidligere år	-1.000.000 kr.
Til fordeling	-5.000.000 kr.
Selvrisiko (5% af 20.000.000 kr.)	1.000.000 kr.
Til fordeling	4.000.000 kr.
Driftsherrens andel pba. forbrugte pladser (33 %) ²	1.320.000 kr.
Betalingskommuners andel pba. forbrugte pladser	2.680.000 kr.
Samlet for driftsherren (selvrisiko+ egne forbrugte pladser)	2.320.000 kr.

¹ Hvis der ved lukning af et tilbud er et overskud gælder samme princip, blot med modsat fortegn. Driftsherren må således beholde de første 5 % af det omkostningsbaserede budget, hvorefter det resterende beløb efterreguleres.

² Andel af omsætningen i to regnskabsår forud for det år, hvori beslutning om lukning af tilbud træffes. Eksempel: hvis tilbuddet beslutes lukket i 2021 er det andel af omsætningen i 2019 og 2020.

Lukning af et tilbud, der er en del af et center

Hvis lukning af et tilbud inden for et center/ledelsesområde giver underskud, kan der efterreguleres for tilbuddets andel af et underskud, der ligger ud over 5 procent af centerets samlede omkostningsbaserede budget i året, hvor beslutningen om lukning træffes (helårsbudget). ³ Eventuelle overførte overskud eller underskud skal indgå i beregningen, idet det tillægges årsresultatet. Dette gælder både overførsler på tilbuds niveau og overførsler, der er hensat centralt. Se beregningseksempel 2.

Beregningseksempel 2: Lukning af et tilbud inden for et center/ledelsesområde

	Tilbud 1	Tilbud -2-3	Samlet
Omkostningsbudget i året for beslutning (helårsbudget)	20.000.000	40.000.000	60.000.000
Indtægter	10.000.000	40.000.000	50.000.000
Omkostninger	14.000.000	40.000.000	54.000.000
Årsresultat	-4.000.000	0	-4.000.000
Overført fra tidligere år			-1.000.000
Til fordeling			-5.000.000
Selvrisko (5 % af omkostningsbudgettet)	1.000.000	2.000.000	3.000.000
Rest til fordeling			2.000.000
Videreføres til tilbud 2 og 3 i centeret ⁴		1.333.333	1.333.333
Rest til fordeling			666.667
Driftsherres andel efter forbrugte antal pladser (33%) ⁵			220.000
Betalingskommuners andel efter forbrugte antal pladser			446.667
Samlet for driftsherre: selvrisko+ tilbud 2 og 3 i centeret + egne forbrugte pladser			4.553.333

Principper for efterreguleringen

Efterreguleringen ved lukningen af tilbud sker på følgende måde: Efterreguleringen fordeles forholdsmæssigt mellem betalingskommunerne efter deres andel af den samlede omsætning i to regnskabsår forud for det år, hvori beslutning om lukning af tilbud træffes.⁶ På denne måde sikres det, at kommuner i videst muligt omfang kan fortsætte deres visitation til tilbuddet længst muligt uden at kommunen dermed risikerer en øget udgift, i form af en efterregulering, såfremt der er et underskud ved lukningen. Der er således ikke et økonomisk incitament til at omvisitere borgere, der er på et tilbud, der er besluttet lukket. Formålet er at begrænse nedlukningsomkostningerne og at skabe de bedste betingelser for en kontrolleret nedlukning.

I efterreguleringen indregnes driftsudgifter og salg af inventar mv., som er afskrevet. Værdien af bygninger, grunde samt inventar, der ikke er afskrevet, indgår ikke i opgørelsen, mens forrentning og afskrivning kan indregnes i forhold til det antal måneder, tilbuddet har været i drift i det sidste år.

Driftsherre skal hurtigst muligt efter lukning af tilbuddet, og senest 3 måneder efter beslutningen, fremsende en foreløbig opgørelse over efterreguleringen til Forretningsudvalget. Herunder

³ Hvis der ved lukning af et tilbud er et overskud gælder samme princip, blot med modsat fortegn. Driftsherre må således beholde de første 5 % af det omkostningsbaserede budget, hvorefter det resterende beløb efterreguleres.

⁴ Andel af underskud over 5 % fordeles derefter på centret enheder efter budgetstørrelse

⁵ Andel af omsætningen i to regnskabsår forud for det år, hvori beslutning om lukning af tilbud træffes. Eksempel: hvis tilbuddet besluttet lukket i 2021 er det andel af omsætningen i 2019 og 2020.

⁶ Eksempel: Hvis en kommune i 2021 træffer beslutning om at lukke et tilbud vil en eventuel efterregulering fordeles forholdsmæssigt mellem betalingskommunerne efter deres andel af den samlede omsætning i 2019 og 2020.

andelen af efterreguleringen fordelt på betalingskommuner. Den endelige opgørelse og fordeling skal senest foreligge umiddelbart efter det pågældende års regnskabsafslutning. Procedure for lukkeregnskab er uddybet nederst i bilaget.

Reglen om efterregulering gælder for følgende:

Reglen om efterregulering ved lukning af tilbud med underskud kan kun anvendes ved lukning af et selvstændigt tilbud/ økonomisk enhed:

- Tilbuddet eller enheden skal have et selvstændigt budget med egne takster. Tilbuddet eller enheden kan godt have fælles ledelse med andre tilbud eller enheder/afdelinger, men der skal være en klar fordelingsnøgle af fællesudgifterne, som skal kunne dokumenteres.⁷
- Det er vigtigt, at det i forbindelse med indberetning af takster og tilbud til Rammeaftalen er synligt, om der er tale om et selvstændigt tilbud eller om der er tale om et tilbud, der er en del af et center. Det skal i indberetningen oplyses, hvilke tilbud og afdelinger, der hører under de enkelte centre/ledelsesområder. Såfremt en enhed/afdeling under et center/tilbud skal betragtes som en selvstændig økonomisk enhed, skal dette fremgå tydeligt af indberetningen. Det er driftsherres ansvar at sikre, at dette sker. Såfremt det ikke fremgår ved indberetningen, vil tilbuddet/enheden betragtes som en del af det samlede center/tilbud.

Reglen om efterregulering gælder ikke:

- Når et tilbud lukkes af Socialtilsynet eller anden offentlig myndighed. Her påhviler et eventuelt underskud efter lukning af tilbuddet alene driftsherren.
- Ved flytning af et tilbud samt ved sammenlægning, idet dette ikke betragtes som en lukning.

⁷ Ledelsesområde defineres som niveauet over tilbud/ enhed

Lukning af et regionalt tilbud⁸ eller regionale selvstændige økonomiske enheder

Lukning af et regionalt tilbud

Hvis der ved lukning af regionalt tilbud er et underskud, finansieres det på følgende måde:

- Underskud op til 5 % af den selvstændige økonomiske enheds⁹ samlede omkostningsbaserede budget i året, hvor beslutning om lukning træffes (helårsbudget):

Denne del af underskuddet dækkes ved effektivisering eller af tidligere overskud inden for samme ledelsesområde/ center.¹⁰

- Underskud over 5 % af den selvstændige økonomiske enheds¹¹ samlede omkostningsbaserede budget i året, hvor beslutning om lukning træffes (helårsbudget):

Er det beregnede underskud over 5 % finansieres den del, der ligger over 5 % ved, at Region Syddanmark gennemfører besparelser på andre sociale tilbud. Underskuddet over 5 % fordeles i forhold til de respektive tilbuds omkostningsbaserede budgetter.¹² Eventuelle overførte overskud eller underskud skal indgå i beregningen, idet det tillægges årsresultatet. Hensatte overskud bringes i anvendelse ift. finansiering af merudgifter ved lukning af tilbud. Se beregningseksempel 3.

Beregningseksempel 3: Lukning af regionalt tilbud/afdeling inden for en selvstændig økonomisk enhed

	Samlet økonomisk enhed		
	Afdeling/ tilbud 1	Afdeling/ tilbud 2-3	I alt
Omkostningsbudget i året for beslutningen (helårs budget)	20.000.000	40.000.000	60.000.000
Indtægter	10.000.000	40.000.000	50.000.000
Omkostninger	16.000.000	40.000.000	56.000.000
Årsresultat			-6.000.000
Den økonomiske enheds overførte overskud/underskud fra tidligere år			2.000.000
Akkumuleret resultat for den økonomiske enhed			-4.000.000
% af Budget			-6,7%
Selvrisko (5% af omkostningsbudgettet) Videreføres i driften år +1			3.000.000
Dækkes af andre økonomiske enheder (underskud over 5%)			1.000.000

⁸ Ved tilbud forstås: Svarer til niveauet under regionens centerniveau eller svarer til de tilbud, som kommunerne har kunnet overtage

⁹ Den økonomiske enhed som tilbuddet er en del af.

¹⁰ Driftsherrerne i Syddanmark kan beholde op til fem procent af et eventuelt overskud. Overskuddet kan anvendes til dækning af underskud, effektivisere, kvalitetsudvikle eller lignende indenfor driftsherrens øvrige rammeaftaletilbud inden for samme ledelsesområde/ center.

¹¹ Den økonomiske enhed som tilbuddet er en del af

¹² Såfremt der er overskud ved lukning af tilbud håndteres dette på samme måde, blot med modsat fortegn

Lukning af en regional økonomisk enhed

Et eventuelt underskud ved lukning af en selvstændig økonomisk enhed skal fordeles forholdsmæssigt ud fra omkostningsbudgettet på de øvrige økonomiske enheder som beskrevet i beregningseksempel 4.

Eventuelle overførte overskud eller underskud skal indgå i beregningen, idet det tillægges årsresultatet.

Såfremt der vurderes en mere hensigtsmæssig model i den konkrete situation, vil en sådan model skulle anbefales af KKR

Beregningseksempel 4: Lukning af selvstændig økonomisk enhed

Omkostningsbudget i året for beslutningen (helårs budget)	20.000.000
---	------------

Indtægter	10.000.000
Omkostninger	12.500.000
Årsresultat	-2.500.000

Den økonomiske enheds overførte overskud/underskud fra tidligere år	1.000.000
Akkumuleret resultat - fordeles forholdsmæssigt på de øvrige økonomiske enheder*	-1.500.000

* Hvis der efter en fordeling af underskuddet ved lukning opstår et underskud over 5% på en anden økonomisk enhed, vil underskuddet over 5 % for denne økonomiske enhed blive efterreguleret i taksterne år +2.

Indberetning af tilbud og takster

- Det er vigtigt, at det i forbindelse med indberetning af takster og tilbud til Rammeaftalen er synligt, hvilke tilbud og afdelinger, der hører under de enkelte centre. Såfremt en enhed/afdeling under et center skal betragtes som en selvstændig økonomisk enhed, skal dette fremgå tydeligt af indberetningen. Det er driftsherres ansvar at sikre, at dette sker. Såfremt det ikke fremgår ved indberetningen, vil enheden/enheden betragtes som en del af det samlede center.
- En selvstændig økonomisk enhed skal have et selvstændigt budget med egne takster. Den selvstændige økonomiske enhed kan godt have fælles ledelse med andre tilbud eller enheder, men der skal være en klar fordelingsnøgle af fællesudgifterne, som skal kunne dokumenteres.¹³

¹³ Ledelsesområde defineres som niveauet over tilbud/ enhed

Procedure for lukkeregnskab

1. Driftsherre orienterer Forretningsudvalget hurtigst muligt vedrørende lukning af et tilbud/enhed.
2. Når det er besluttet at et tilbud lukker udarbejder driftsherre (kommunen/regionen) et foreløbigt lukkeregnskab. Dette skal ske hurtigst muligt og senest 3 måneder efter beslutningen. Dette sendes til orientering til Forretningsudvalget.
 - a. Regnskabet skal indeholde både forventede udgifter, samt en fordeling af disse på betalingskommuner.
 - b. Regnskabet skal udarbejdes jf. nedenstående skabelon.
3. Når det foreløbige lukkeregnskab har været behandlet i Forretningsudvalget, sender driftsherre det til de berørte kommuner.
4. Frem til det endelige regnskab foreligger skal driftsherre orientere Forretningsudvalget og de berørte kommuner, hvis der er væsentlige ændringer til det foreløbige lukkeregnskab.
5. Driftsherre udarbejder et endeligt lukkeregnskab, som skal revisionspåtegnes¹⁴. Dette forelægges Socialdirektørforum. Regnskabet skal udarbejdes i henhold til vedlagte skabelon. Når det endelige lukkeregnskab har været behandlet i Socialdirektørforum, sender driftsherren det til de berørte kommuner.

Skabelon til lukkeregnskab.

Hvad	Samlede omkostninger og indtægter			Bemærkninger
	Året hvor beslutningen træffes	Lukke År	Sum	
Løn indtil lukkedato				
Løn efter lukkedato				Løn til personale der får anden ansættelse i kommune kan ikke indregnes
Feriepenge				Feriepenge til personale der får anden ansættelse i kommune kan ikke indregnes
Fratrædelsesgodtgørelse				
Ventepenge til tjenestemænd				Ventepenge til personale der får anden ansættelse i kommune kan ikke indregnes
Personale relaterede udgifter				
Administrative omkostninger				Frem til lukkedatoen
Drift af bygninger				Frem til lukkedatoen, dog kan ekstern husleje afregnes ud over denne dato på grund af opsigelsesvarsel. Dog ikke såfremt kommunen bruger lokalerne til andet formål i perioden.
Vedligeholdelse				Frem til lukkedatoen og skal begrundes. Ved eksterne lejemaal kan udgifter til istandsættelse indgå i opgørelsen.

¹⁴ Udgift til revisionspåtegningen kan indregnes i lukkeregnskabet.

Forrentning og afskrivning af bygninger				Kan medtages indtil lukkedatoen. Salg af bygninger indgår ikke i lukkeregnskabet
Inventar				Inventar der er aktiveret men ikke fuldt afskrevet indgår ikke i lukkeregnskabet – salg af inventar medtages – dog ikke det som evt. følger personalet til andre stillinger i kommunen
Andre udgifter				
Indtægter				Løbende indtægter
Samlede omkostninger				
Overhead og udviklingsomkostninger				Max 4,4 og 0,5 % af de samlede omkostninger
Over- og underskud fra tidligere år				Det er over- og underskud fra årene før beslutningen indregnes. Ved en centrestruktur er det tilbuddets budgetmæssige andel, der medtages.
Indtægter ved salg af pladser ydelser				
Samlet over- underskud				

Skabelon til fordeling af over- eller underskud mellem driftsherres selvrisiko og betalingskommuner

Hvad	Kr.	
Samlet over-underskud		Summen fra "skabelon til lukkeregnskab"
5% af centret samlede omkostningsbudget		Samlet omkostningsbudget i året for lukning (kr.)
Samlet til fordeling		

Fordeling af under- eller overskud mellem betalingskommuner.

Kommuner	Andel af omsætning i to regnskabsår forud for det år, hvori beslutning om lukning af tilbud træffes (kr.)	Andel i procent	Andel af over- og underskud (kr.)
Sum			

Der henvises derudover til bilag 4, tabel 4.1, ift. processen ved ændringer i kapacitet herunder proces ved lukning af tilbud.

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C

Att.: Niels Arendt Nielsen

Den 19. maj 2020

Kære Niels Arendt Nielsen

Socialstyrelsen har den 26. november 2019 udsendt en central udmelding til landets kommunalbestyrelser vedr. gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for skærmet døgnophold. Kommunerne er i gang med at indsamle viden og udarbejde et svar til Socialstyrelsen på de spørgsmål, der er stillet i den centrale udmelding. I forbindelse med arbejdet har kommunerne i Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Nordjylland undret sig over, at man har valgt at anvende en central udmelding som redskab til at belyse problemstillinger vedr. denne målgruppe. Denne undren vil vi gerne belyse i dette brev med henblik på at indlede en dialog med Socialstyrelsen herom.

Vi er enige i, at det er en målgruppe, som har behov for en særlig indsats, og vi mener, at det er en målgruppe, som der skal være stort fokus på både af hensyn til kvinderne i målgruppen, deres familie og det ufødte barn. Af disse årsager ser vi positivt på at national koordination har fokus på målgruppen, men vi er som udgangspunkt ikke sikre på, at en central udmelding er det rigtige redskab hertil. Dette skyldes særligt målgruppens størrelse, motivation og det eksisterende vidensniveau. Disse aspekter uddyber vi nedenfor:

Målgruppens størrelse

I den centrale udmelding vurderes målgruppens størrelse at være mellem 19-51 kvinder om året, hvoraf 3-10 af disse kvinder visiteres til eksisterende døgnbehandlingstilbud. I den foreløbige dataindsamling fra kommunerne peges der på, at der på landsplan de sidste 3 år er blevet visiteret mellem 6-9 kvinder til døgnbehandling om året. Det understøtter altså den vurdering, som Socialstyrelsen indledningsvist udarbejdede, om end vi ikke har et konkret bud på det aktuelle mørketal for målgruppen.

Med en så lille målgruppe er det yderst vanskeligt at drive et højt specialiseret døgntilbud - både fagligt og økonomisk - selv under den forudsætning at samtlige af de visiterede kvinder blev visiteret til samme tilbud.

Vi vil derfor gerne spørge Socialstyrelsen om følgende:

- Hvad er intentionen med en central udmelding på en målgruppe af denne størrelse, hvor det kan være svært at drive et tilbud, der lever op til kriterierne for et højt specialiseret tilbud?
- Hvordan forestiller I jer at et højt specialiseret døgntilbud til en så lille målgruppe i praksis kan konstrueres fagligt og økonomisk?

Motivation som forudsætning for anvendelse af højt specialiserede døgntilbud

Præmissen for behandling af gravide rusmiddelmisbrugere i Danmark er frivillig. Gravide kvinder med et rusmiddelmisbrug skal tilbydes en kontrakt om mulighed for tilbageholdelse med kvindens samtykke i forbindelse med døgnbehandling (jf. sundhedsloven og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling). Men indgåelse af denne kontrakt er en frivillig mulighed.

Så længe behandling af denne gruppe borgere er frivillig, så er det ikke nødvendigvis sandsynligt, at flere borgere henvises til døgnbehandling. Her er det vigtigt, at man ikke sidestiller kommunernes brug af døgntilbud med kommunernes ønske om at anvende døgntilbud. Det skyldes, at anvendelsen af døgntilbud hænger sammen med kvindernes motivation til at acceptere døgnbehandling, og her kan ambulantly behandling blive en nødvendig præmis for overhovedet at sikre, at kvinderne modtager behandling.

Derfor undrer det os, at man allerede ved definitionen af målgruppen vælger at sætte specialiseret døgnbehandling op som en præmis for målgruppen. Vi tror, at såfremt der var valgt en bredere målgruppe og også et bredere perspektiv i behandlingsindsatsen i højere grad havde kunne opnå en mere konkret og handlingsorienteret dialog mellem kommunerne og Socialstyrelsen om målgruppen med udgangspunkt i den virkelighed kommunernes fagfolk og kvinderne står i.

Vi vil derfor gerne spørge Socialstyrelsen om følgende:

- Kan I med udgangspunkt i målgruppens forskellighed og motivation se alternative indsatser til en højt specialiseret døgnbehandling i botilbud? Og hvordan kunne disse indsatser konstrueres?

Behov for mere viden om målgruppen, herunder barrierer for kontakt til det offentlige

Det beskrives i den centrale udmelding, at der er et stort mørketal i forhold til målgruppestørrelsen. Blandt andet fordi en stor del af kvinderne ikke er i kontakt med det offentlige, hvilket kan skyldes, at de ikke selv *formår* at tage kontakt til det offentlige, eller at de ikke *ønsker* kontakt til det offentlige, og bevidst modarbejder kommunernes forsøg på kontakt. Denne betragtning er kommunerne enige i.

I den centrale udmelding skriver Socialstyrelsen, at der er behov for mere forskning i målgruppen: *"Den eksisterende viden om de mest udsatte gravide kvinder er begrænset, og der er et stort behov for forskning, der bl.a. belyser: Hvem disse kvinder er, hvornår de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel, hvilket misbrug de har, hvilke barrierer kvinderne har oplevet i forhold til at søge hjælp i sundheds- eller socialsektoren mv."* (Den centrale udmelding s. 6).

Denne betragtning er vi også enige i, og vi vil se positivt på det, hvis Socialstyrelsen kunne bidrage til at sikre mere viden om målgruppen og udbrede denne til kommunerne. Særligt viden der kan sikre en endnu bedre indgang til målgruppen, herunder viden der kan bidrage til at styrke og fastholde kommunikationen med målgruppen.

Vi undrer os over, at man vælger at sætte fokus på udbuddet af højt specialiserede tilbud for så lille og kompleks en målgruppe, når det samtidig konkluderes, at der mangler viden, herunder viden som kan belyse, hvilke barrierer der er for, at kvinderne søger hjælp i sundheds- eller socialsektoren. Netop viden om barrierer ift. at kvinderne søger hjælp kan være altafgørende for, at der overhovedet kan opdrives og sikres en målgruppe, der er stor nok til at sikre driften af et højt specialiseret døgntilbud.

I den forbindelse undres vi over, hvorfor der ikke er udarbejdet en forløbsbeskrivelse på målgruppen, når der netop i den centrale udmelding italesættes vidensudfordringer. En forløbsbeskrivelse er særlig relevant for kommunerne for små målgrupper, som kommunerne sjældent ser, og hvor der kræves en høj grad af viden om målgruppen og indsatsen både i visitation og behandling. Det er netop tilfældet ved denne målgruppe.

Vi vil derfor gerne spørge Socialstyrelsen om følgende:

- Hvordan kan det være, at man har valgt at udsende en central udmelding på målgruppen fremfor at sikre yderligere viden eks. gennem analyser eller forskning?
- Hvad er baggrunden for at man har valgt at udsende en central udmelding på målgruppen fremfor at udarbejde en forløbsbeskrivelse, som kan bistå kommunerne i arbejdet med målgruppen?

Er den centrale udmelding det rigtige redskab til denne type målgruppe?

Som det fremgår af ovenstående, er der en række aspekter i forbindelse med den Centrale Udmelding som rejser nogle overvejelser ved os, som vi gerne vil gøre jer opmærksomme på og i dialog med jer om. Helt grundlæggende giver disse overvejelser anledning til en undren over, om en Central Udmelding er det rigtige redskab til denne type målgruppe.

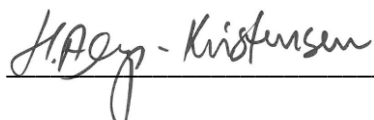
Vi er enige i, at der skal sættes fokus på målgruppen, men vi undrer os over, at man ikke indledningsvist har valgt et andet redskab end en central udmelding, som eks. forløbsbeskrivelser samt optimering af vidensniveauet gennem analyser og forskning. Dernæst undrer vi os over det specifikke fokus på højt specialiserede døgntilbud til denne målgruppe frem for at være åbne for mulige højt specialiserede alternativer med udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel vurdering af kvindernes motivation og behov. Disse punkter har vi gennemgået i dette brev, og vi ser frem til Jeres svar og den fremadrettede dialog.

Allerhelst så vi dog at I trak den centrale udmelding tilbage, og i stedet anvendte denne målgruppe som en målgruppe, hvor man systematisk undersøgte, hvilke redskaber der kan anvendes til at sikre fokus og faglighed på en meget lille og kompleks målgruppe.

Med venlig hilsen

Den Administrative Styregruppe i Nordjylland, Socialdirektørforum i Syddanmark, Styregruppen for Rammeaftalen Sjælland og Hovedstadens Embedsmandsudvalg for det specialiserede socialområde og specialundervisning

På vegne af Den Administrative Styregruppe i Nordjylland



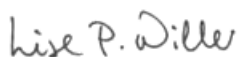
Direktør Henrik Aarup-Kristensen, formand for Den Administrative styregruppe i Nordjylland

På vegne af Styregruppen for Rammeaftalen Sjælland



Direktør Vini Lindhardt, formand for Styregruppen for Rammeaftalen Sjælland

På vegne af Socialdirektørforum i Syddanmark



Direktør Lise Willer, formand for Socialdirektørforum i Syddanmark

På vegne af Hovedstadens Embedsmandsudvalg



Direktør Henrik Abildtrup, formand for Hovedstadens Embedsmandsudvalg for det specialiserede socialområde og specialundervisning



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

Psykiatrien i
Region Syddanmark

SAMMEN OM PSYKIATRI

Resultater fra pilot og implementering i 22 kommuner

Projektleder, Lars Schubert
Psykiatriadministrationen, Region Syddanmark

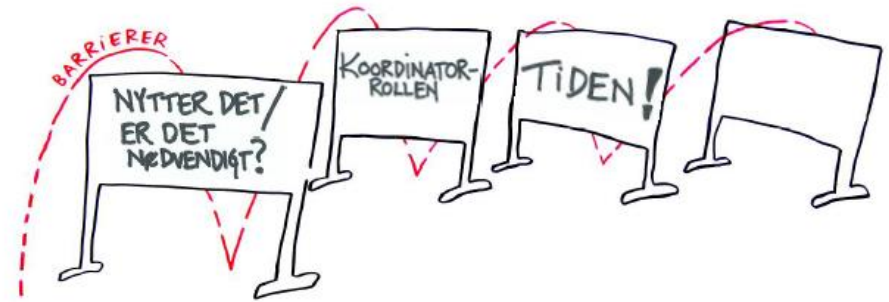
Resultater fra pilot

- ❖ De foreløbige erfaringer fra pilotfasen i Sammen om Psykiatri viser, at kommunernes og Psykiatrisygehusets udviklede samarbejdsstruktur i Sammen om psykiatri i høj grad skaber stabilitet og progression for de mest udsatte og psykisk syge borgere.
- ❖ Samarbejdsstrukturen har vist sig holdbar og der er potentiale i at bygge videre på denne. Ledere og medarbejdere tilkendegiver, de kan se meningen med samarbejdsmodellen og implementeringen.
- ❖ Covid19-krisen betyder sammen med en række erfarede faktorer, at der er behov for at forlænge tidsplanen for projektets fase 2.



Samarbejde skaber resultater

Projektets to faser



- **Fase 1 – pilot: udvikling og læring (efterår 2018 – december 2019)**
 - Modeludvikling og afprøvning
 - 3 kommuner: **Haderslev** og **Aabenraa** Kommune og Psykiatrisk Afdeling Aabenraa samt **Odense** Kommune og Psykiatrisk Afdeling Odense.
- **Fase 2 – implementering i alle kommuner (jan. 2020 – juni 2021)**
 - Projektforløb i **alle** regionens kommuner og voksenpsykiatriske afdelinger
 - Implementering af samarbejdsmodel og redskaber fra jan 2020.
 - Fase 2 hviler på erfaringer og resultater fra pilotfase.

Samarbejdsmodellen i Sammen om psykiatri



By Frits Ahlefeldt



Etablering af en fælles samarbejdsstruktur

- (Ledelsesprioritering,
- Sætte det rigtige hold af ledere og nøglemedarbejdere
- Udvælge tovholdere
- Fastlægge møderække
- Udvælge 10 Borgere i fællesskab.

Skabe gensidig, fælles og helhedsorienteret forståelse af borgerens og hinandens situation. Fælles kortlægning af udfordringer og muligheder, aftaler om indsatser/tiltag samt aftaler om opfølgning på borgerprogression.

Løser de vigtigste udfordringer og problemer først.

Bedre kontakt og hurtigere og mere sammenhængende indsats

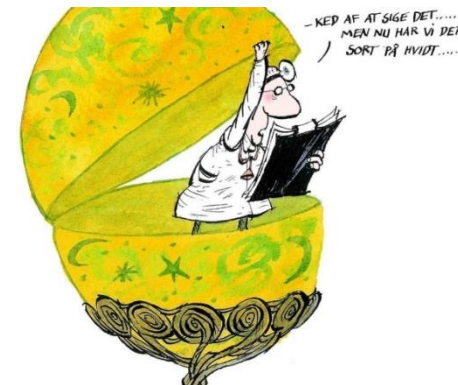
Fælles forståelse af og ejerskab til 'planen' + opfølgning.

Øget stabilitet, recovery og forbedret livskvalitet

Færre indlæggelser

Færre dage pr indlæggelse

Færre akutte skadestuebesøg



Hvad har vi set i pilot?

- ❖ Manglende viden om hinanden ændres til gensidig forståelse af hinandens afhængighed af samarbejde med borgeren (fra en-til-en samarbejde til mere forpligtigende og struktureret) Manglende **fælles** billede af muligheder og mål for borgeren ændres til fælles strategi og plan.
- ❖ Ledere/chefer kommunerne og Psykiatrisygehuset udvikler en fælles forståelse for opgaveløsningen med etablering af et mere struktureret, forpligtigende og gensidigt samarbejde. Dedikeret tovholder er afgørende – en fra både kommunen og psykiatrisygehuset – der sikrer planlægning, koordinering og opfølgning.
- ❖ Tovholderne påtager sig en tydelig rolle og funktion, således konkret rammesætning af borgerforløb, mødeplanlægning, mødeledelse, arbejdsredskaber og erfaringsopsamling/referater leveres.
- ❖ Samarbejdsstrukturen og -tilgangen giver effektiv og smidig udveksling af information på tværs og i eget bagland. Samtidig og effektiv information om borgere, handlemuligheder og aftaler betyder, at der handles hurtigere og mere målrettet i såvel sagsbehandling som i faglige tiltag.
- ❖ Samarbejdet er tidskrævende, men merværdien og effekterne overstiger generelt omkostningerne.

Eksempler på borgerforløb

Samarbejdet i Sammen om psykiatri viser, at der generelt udvikles mere sammenhængende og hurtigere løsninger i de meget komplekse og svære borgersager. I de fleste tilfælde fører indsatsen til forbedret kontakt og stabilitet for borgerne. Resultaterne er typisk forbedret livskvalitet og reduktion i indlæggelser.

Louise

Louise er 25 år og har svær paranoid skizofreni og suicidal adfærd. Hun indtager hash i svære perioder. Før opstart havde hun mange og lange indlæggelser, herunder gentagende og akutte genindlæggelser med hyppig brug af tvang. Der var ofte voldsomme konflikter, trusler og selvskade i forbindelse med manglende tryk og kontinuitet.

I Sammen om psykiatri laves fælles aftale om tæt tilknytning af aktivitets- og bostøtte samt hjemmeplejen med henblik på bl.a. at forbygge lange og akutte indlæggelser. Der laves aftale om sammenhængende tiltag der beroliger, skaber forudsigelighed i Louises liv.

Indsatsen har bevirket, at Louise har fået det bedre. Louises indlæggelsesdage og genindlæggelser er reduceret markant herunder akutte genindlæggelser.

Mathias

Mathias er 27 år og havde første gang kontakt til behandlingspsykiatrien for fire år siden. Han har siden haft et meget intensivt forløb med flere tilbagefald og faldende generelt funktionsniveau. Mathias stoppede kort efter seneste indlæggelse med sin medicinske behandling og har ingen sygdomsindsigt.

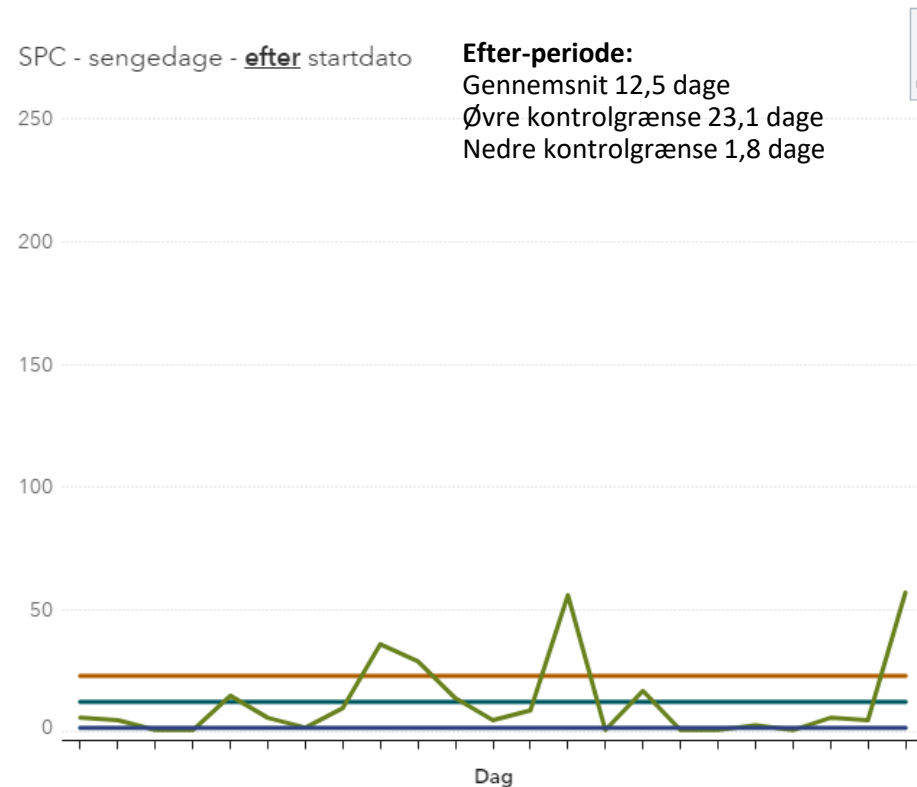
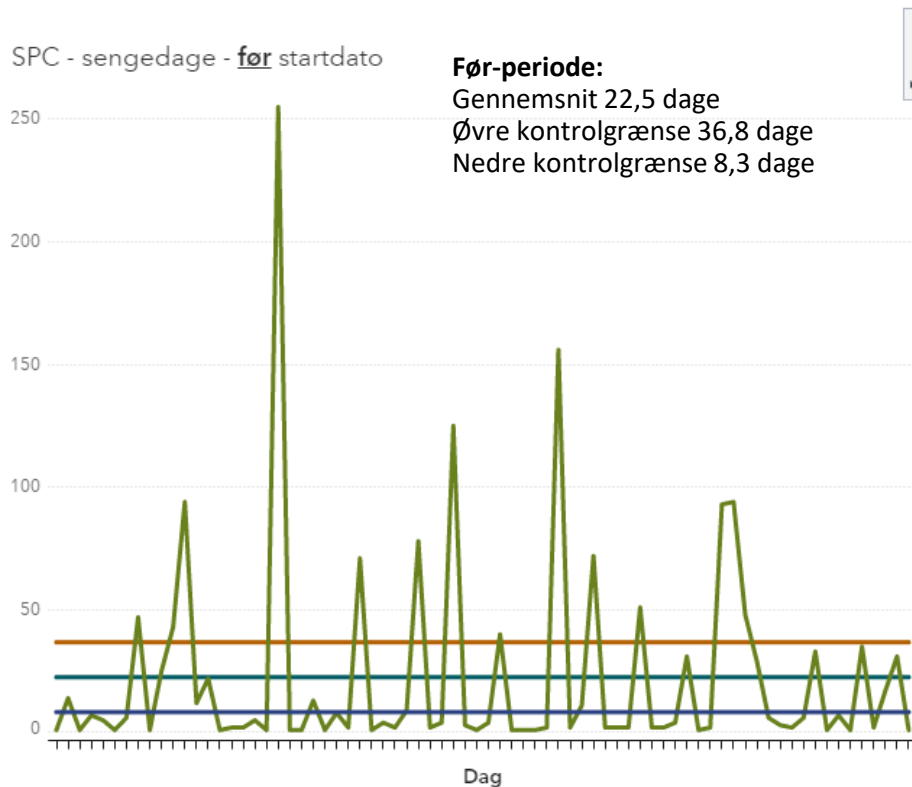
Det aftales i samarbejdet med involvering af udskrivningskoordinator, at Opsøgende Psykoseteam kobles på sammen med socialpsykiatriens bostøtte. Det laves aftaler om løbende opfølgning, herunder hvem der gør hvad, og hvornår før og under indlæggelse.

Samarbejdet er blevet bedre med Mathias.

Ambulantsygeplejersken fra lokalpsykiatrien har fået en relation til ham, og der følges løbende op. Han får nu medicin. Mathias livskvalitet er forbedret, og der holdes fast i det fælles samarbejde.

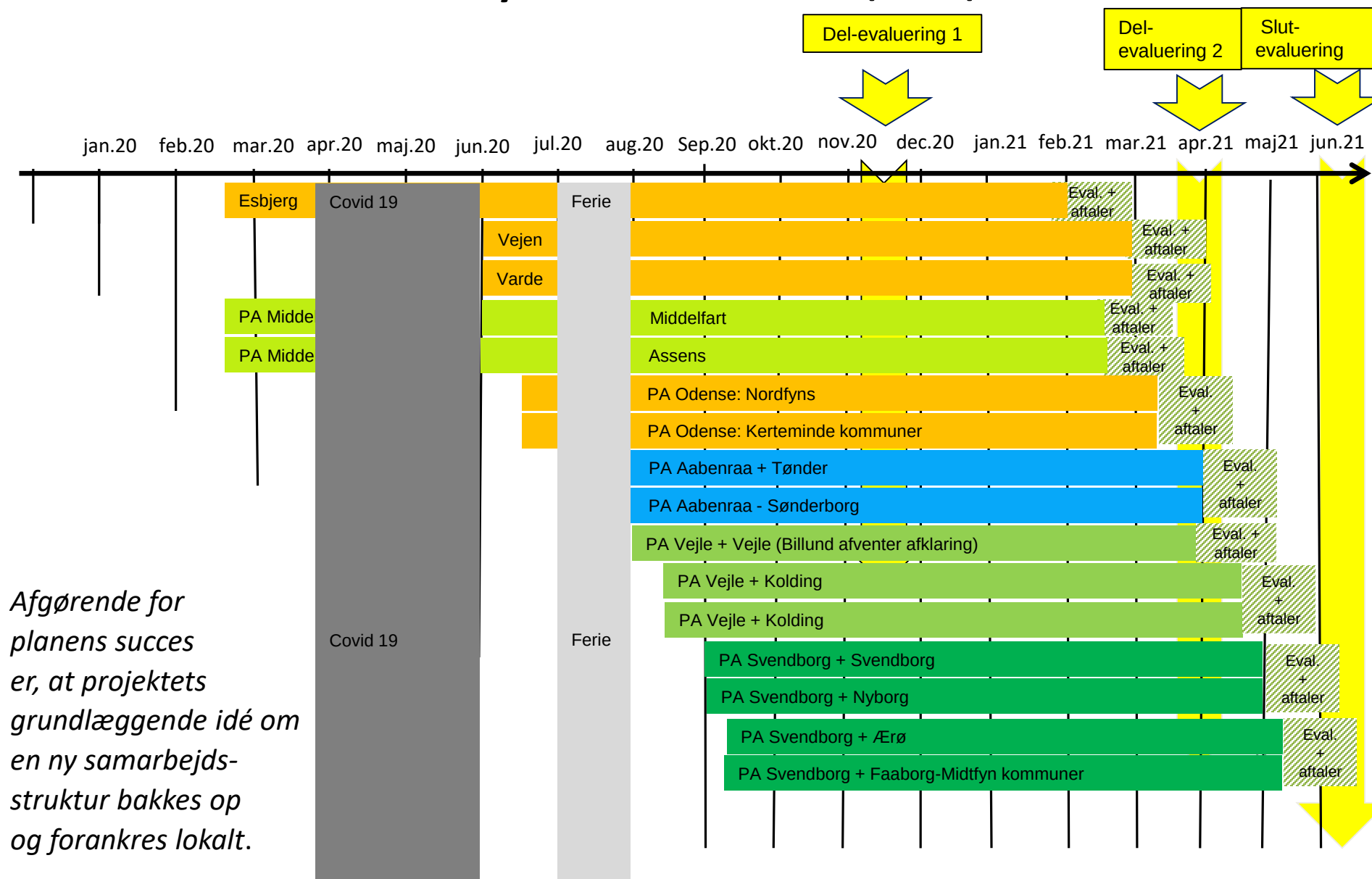
Eksempel på forløbsmåling

Sengedage pr. indlæggelse før og efter (17 borgere)



Ændringer i ydelser og økonomi før og efter opstart i Sammen om psykiatri?

Sammen om Psykiatri - revideret tidsplan april 2020





HVAD ER SAMMEN OM PSYKIATRI?

Implementering af ny samarbejdsstruktur i 22
Syddanske kommuner og Psykiatrisygehuset i
Region Syddanmark.

2 FILM

**Koordinatorerne: Sammen
om psykiatri Odense (4min):**

<https://www.youtube.com/watch?v=t1IRXXqBclc>



**Projektlederen: Hvad går
projekt ud på - før vi går i
gang? (2min)**

<https://www.youtube.com/watch?v=cgD4QKgRqP0>



FORLØBET

1.

Indledende møde

Projektleder tager initiativ til afholdelse af indledende møde om projektet og afklaring af hvem der skal med i forløbet samt hvordan forløbet gennemføres. Tovholdere fra henholdsvis kommune og region udpeges.

2.

Opstartsworkshop

Afholdelse af 3-5 timers opstartsworkshop for relevante ledere og nøglemedarbejdere.

3.

10 komplekse borgersager på 5 møder

Afvikling af fem møder af 3 timers varighed med to nye borgere pr møde samt opsamling på igangværende forløb. Samtykke og mødeskabelon anvendes.

4.

Evaluerings og next step

Evalueringsmøde om forløb, samarbejde og resultater med henblik på fremadrettet forankring.

FOKUSPUNKTER

Opbakning til projektets bærende ide og prioritering er afgørende for at kunne komme i mål hele vejen rundt om borgeren.

Ledelsesopbakning og tydelige tovholdere gør en meget stor forskel.

BAGGRUND

Sammen om psykiatri er igangsat i efteråret 2018 i samarbejde mellem Socialdirektørforum og Psykiatrisygehuset.

Projekter forløber til juni 2021.

Målgruppen er de mest udsatte og psykisk syge borgere fra 20 år.

Pilotforløb er gennemført i tre kommuner fra efterår 2018 til udgang af 2019.

ERFARINGER

- Uvidenhed afløses af fælles fokus og handlemuligheder.
- Samarbejde skaber løsninger, der ikke er set før.
- Der handles hurtigere og forløb bliver kortere og mere sammenhængende.
- Samarbejde sikrer tydelighed i det borgeren møder.

Lukning af Vidagerhus

10-02-2020

Dette er en foreløbig beregning med følgende forudsætninger:

- Vidagerhus er et selvstændigt tilbud med eget selvstændigt budget.
- tilbuddet har en selvstændig leder med budget- og personaleansvar.
- der er truffet beslutning om lukning i 2019
- fordelingen af underskud udregnes på baggrund af belægningdøgn for 2017 + 2018 til brugerkommunerne.
- der er solgt inventar fra tilbuddet og dette er medtaget i regnskabet 2020. Restinventar er med i inventaropgørelsen.
- år 2020: der er medtaget ejendomsudgifter for 1 måned (der mangler efterreguleringer for 2019 i opgørelsen)

Opgørelse ved lukning af Vidagerhus:

Efterreguleringer:

År 2014 - 2017 (opsparing)	overskud	17.461	bilag 1
År 2018 (skulle være brugt til 2020 takst)	overskud	40.217	bilag 2
År 2019 beregnet (afslutning)	underskud	-288.008	bilag 3
År 2020 jf. forudsætningerne		-3.019.124	bilag 4
Inventaropgørelse		1.950	
Samlet underskud		-3.247.504	
Driftherreansvar 5% af samlet takstberegningensbudget 2019		368.027	
Samlet underskud til fordeling		-2.879.478	

Fordeling til kommuner:

		Fordeling:
Varde kommune	82,4%	-2.373.672
Esbjerg Kommune	11,3%	-325.894
Tønder kommune	4,5%	-130.358
Vejle kommune	1,7%	-49.554
	100,0%	-2.879.478

Skabelon ift. orientering om ændringer i Styringsaftaleperioden

Kommune/ region: Varde Kommune /Region Syddanmark

Tilbuddets navn: Vidagerhus

Ydelsens navn: Midlertidigt botilbud, § 107

Målgruppe: Et midlertidigt botilbud for voksne mellem 18 og 35 år der har personlighedsforstyrrelser, selvskadende adfærd, ADHD, skizofreni, Autisme spektrum forstyrrelser, nedsat kognitivfunktionsniveau uden dette er den primære årsag til botilbud, angst, depression, lettere misbrug og andre relaterede problemstillinger.

Lovgrundlag:

Kategori: (sæt x)

Højtspecialiseret tilbud med regional betydning ☐ Klyngetilbud ☒ Lokalt tilbud ☐

Ændring: (sæt x)

Ændring i takst ☐ Ændring i antal pladser ☐ Lukning af tilbud ☒

Tidspunkt for ændringens ikrafttrædelse:

31. januar 2020

Beskrivelse af ændringen:

Det er den 12. november 2019 i Udvalget for Social og Sundhed besluttet, at Varde Kommune lukker det midlertidige botilbud Vidagerhus.

Begrundelse for ændringen:

Vidagerhus har både i 2018 og 2019 oplevet nedadgående efterspørgsel og har i første halvår af 2019 har den gennemsnitlige belægningsprocent været 79%. Den lave belægningsgrad sammen med et relativt lavt antal pladser, skaber en økonomisk udfordring på botilbuddet.

Varde Kommune vurderer at den vigende efterspørgsel skyldes, at Varde Kommune, som mange andre kommuner, i højere grad anvender §85 støtte i efter hjem til målgruppen for Vidagerhus.

Ændringens konsekvenser:

(Hvilke økonomiske konsekvenser får det for betalingskommunerne, hvordan påvirkes taksten, hvordan påvirkes serviceniveauet).

Lukningen vil betyde, at de borgere som i dag har et midlertidigt botilbud på Vidagerhus, skal tilbydes et andet tilbud. Varde Kommune vil indgå i dialog med handlekommunerne for at sikre en god overgang for borgerne.

Der vil være en udgift for de kommuner, som har været køberkommune i 2017 og 2018 jf. Rammeaftalen 2019-2020. Varde Kommune kontakter disse kommuner særskilt med en foreløbig opgørelse over efterreguleringen, samt en fordeling af denne.

I øvrigt:

Modtagere af orienteringen om ændringer i Styringsaftaleperioden:

Højt specialiserede tilbud med regional betydning:

Orientering om ændringer skal sendes til alle syddanske kommuner samt øvrige brugerkommuner. Derudover skal ændringen til høring i Socialdirektørforum.

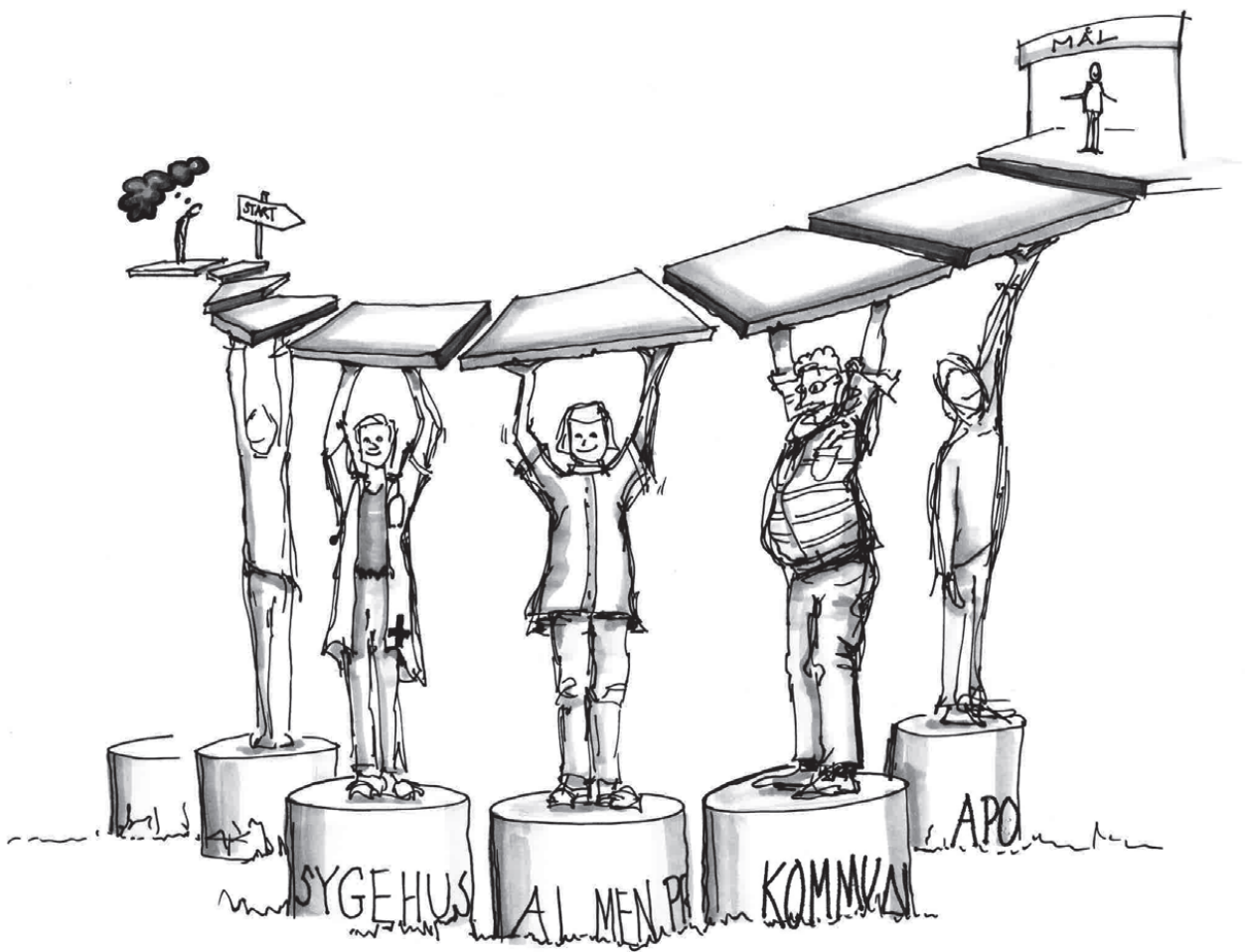
Klyngetilbud:

Orientering om ændringer skal sendes til alle syddanske kommuner samt øvrige brugerkommuner.

Lokalt tilbud:

Orientering om ændringer sendes til alle berørte kommuner. Eksempelvis kan oprettelse af et lokalt tilbud have indflydelse på kapaciteten i et højt specialiseret tilbud med regional betydning i en anden kommune.

Kontaktpersonsliste findes på www.socialsekretariatet.dk



Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression

– samarbejde og kommunikation

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2019
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
og træder i kraft den xxxx?

Emneord

Xxxxxxx, xxxxxxx, xxxxxx
xxxxxxx, xxxxxx

Version 1.0
Februar 2019

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-67-7

Forord

Kommer senere...

Bo Libergren

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indhold

KAP. 1 - Introduktion.....	5
Baggrund for forløbsprogrammerne	5
Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression	6
Formål med forløbsprogrammet.....	6
Målgruppen for forløbsprogrammet.....	7
Forløbsprogrammets anvendelse.....	7
Udarbejdelse af forløbsprogrammet.....	8
Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet.....	9
Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser	9
Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery	9
Inddragelse af patienter og pårørende	10
KAP 2 - Sammenfatning	12
KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse	13
Rammer	14
Forebyggende tilbud	14
KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper	16
Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger.....	16
Risikogrupper	17
KAP 5 – Stratificering	20
Stratificering	20
KAP 6 – Udredning og diagnosticering.....	25
Almen praksis – henvisning og visitation.....	26
Region – henvisning og visitation	27
Andre aktører	27
KAP 7– Behandling og opfølgning	27
Almen praksis	27
Region.....	28
Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling.....	29
Borgerens kontakt til apoteket.....	30
KAP 8 - Løbende koordinering	31
Kommunen – henvisning og visitation	31
Region – henvisning og visitation	31
Samarbejde og koordination i praksis	32
En koordinerende kontaktperson.....	32
KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats	34
Før depressionen.....	34
Under depressionen	35
Efter depressionen	36
KAP 10 - Genoptræning	37
Hvordan vurderes, om der er et behov?	37
Model for sontring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer	39
Særligt om genoptræning i kommunerne	39
KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne	42
Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne.....	43
Sygdomsmestring	46
Fysisk træning.....	50
Ernæringsindsatser i kommunen.....	51
Rygestop i kommunen	51
Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling.....	52

KAP. 1 - Introduktion

Baggrund for forløbsprogrammerne

Siden de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket over de seneste år.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertekarsygdomme i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for mennesker med KOL, type 2-diabetes, og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for mennesker med kroniske sygdomme. D. 17. juni 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum at revidere de eksisterende forløbsprogrammer samt at udarbejde forløbsprogram for borgere med depression og leddegigt.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for uni-polar depression. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Derudover er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorerne og kommunikation i sektor-overgangene, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

I den kommende sundhedsaftale for perioden 2019-2023 er der fokus på, at der arbejdes rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden.

Med sundhedsaftalen for 2019-2023 bygges der videre på den positive, tværsektorielle udvikling, der er skabt i Syddanmark i forhold til borgere med kronisk sygdom. I den kommende sundhedsaftaleperiode styrkes samarbejdet om tidlig opsporing af sygdom og igangsættelse af koordineret behandling, pleje og opfølgning, så færre får brug for akutte (gen)indlæggelser.

Det er intentionen, at forløbsprogrammet er et fælles fundament for det tværsektorielle arbejde for voksne med depression. I sundhedsaftalen er der også et mål om, at andelen af borgere med psykisk sygdom, som har tilknytning til arbejdsmarkedet, øges. Sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet skal

styrkes. Ud fra evidensbaserede indsatser støttes borgeren i at mestre eget liv og vende tilbage i beskæftigelse efter længere tids sygefravær. Derfor er det også et fokusområde for dette forløbsprogram, at der er en gruppe af borgere med depression, der er sårbare og har brug for tværsektoriel støtte til at kunne vende tilbage i beskæftigelse.

Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har placeret depression på en fjerdeplads over de ti sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår¹.

Depression er en tilbagevendende sygdom med risiko for kronisk handicap. Depressioner udviser et variabelt sygdomsforløb og omkring 20% udvikler kronisk depression (ibid). Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%. Depression kan medføre kronisk handicap, dels pga. persisterende depressive symptomer (residualsymptomer), dels pga. kognitive forstyrrelser.

Depression er en livstruende tilstand. Undersøgelser af selvmordsofre tyder på, at man ved omkring 60% retrospektivt kan stilles en depressionsdiagnose. Generelt gælder det, at depressioner er hyppige, alvorlige og en ofte tilbagevendende psykisk sygdom, der medfører store lidelser for den enkelte og store samfundsmæssige omkostninger.

Depression er underdiagnosticeret og underbehandlet². Som anført i "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" er behandlingen af depression mangelfuld, idet mange patienter ikke søger læge, og kun halvdelen af dem, der søger læge, får stillet den korrekte diagnose. Af dem, der får stillet den korrekte diagnose, vil under halvdelen modtage medicinsk behandling i tilstrækkelige doser med tilstrækkelig varighed.

Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser også underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme. Dette på trods af, at mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelser grundet højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og risici ved den medicinske behandling.

Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner. Undersøgelser viser dog, at personlige holdninger samt manglende kompetencer hos fagpersoner er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd³.

Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejdet med mennesker med

¹ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – "Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser"](#)

² [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne"](#).

³ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

depression. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af mennesker med depression og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse, uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selvsagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

BOKS:

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med depression i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle unipolar depression af let, moderat eller svær grad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "patienter med depression". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. let, moderat eller svær depression, angives dette.

Patienter med depression har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det den individuelle situation og sygdomsbilledet, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, psykiatrisygehuset og de fire somatiske sygehusenheder.

Forløbsprogrammet henvender sig til de fagprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med patienter, som har eller er i risiko for at udvikle en depression.

Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, der har patienter med depression som primær målgruppe, og fagprofessionelle, der mere sporadisk møder patienter med depression.

Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere fra sundhedsområdet, arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammets anvendelse

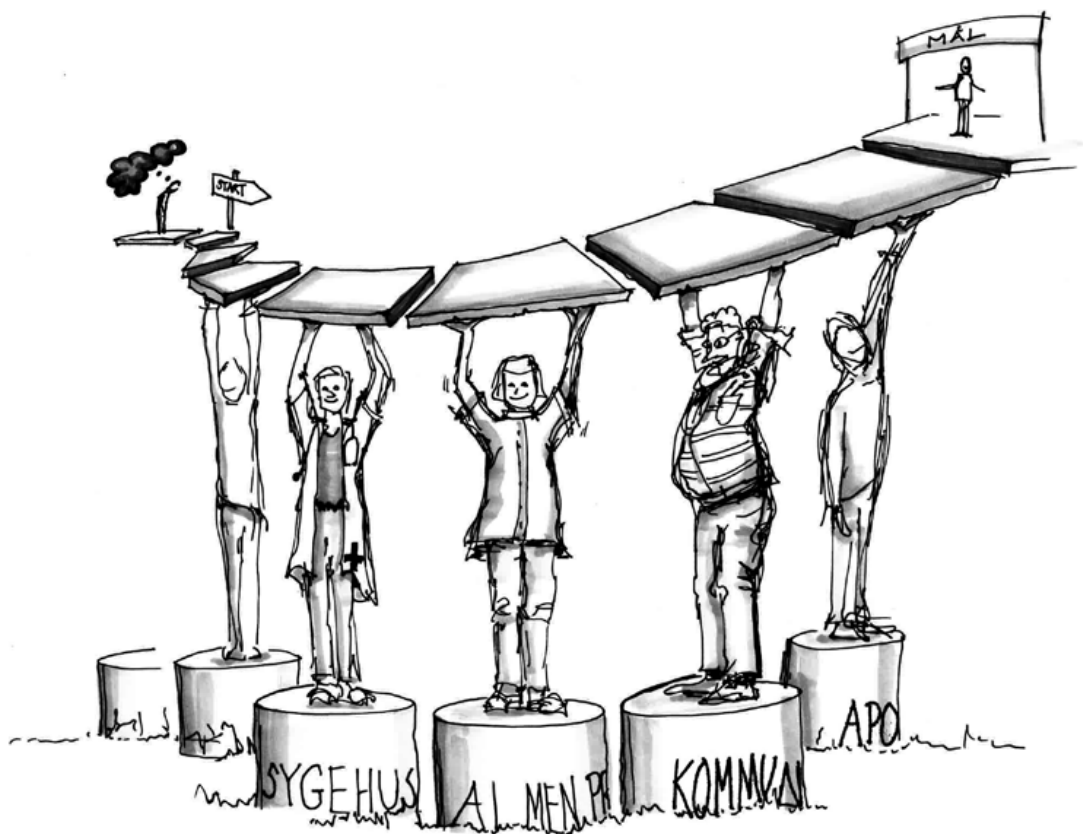
Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med depression. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor patienter med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

BOKS

Forløbsprogrammet kan både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for patienter med depression



Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes og hjertesygdom, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og fagprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til håndteringen og behandling af mennesker med depression.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan og en kommunikationspakke, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#) ([Indsæt link](#)).

I forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL har en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Forebyggelse udviklet et spørgeskema, som skal belyse patienters og pårørendes oplevelse af, om forløbsprogrammet har en værdi for deres forløb. Det Administrative Kontaktforum har den 19. november 2018 godkendt spørgeskemaet. Der forestår stadig en afklaring af, hvorvidt metoden til monitorering af KOL-forløbsprogrammet kan anvendes i forhold til de øvrige forløbsprogrammer.

Når resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen foreligger, vil Det Administrative Kontaktforum tage stilling til, om undersøgelsen og metoden skal bruges på de øvrige forløbsprogrammer, herunder forløbsprogrammet for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet opdateres løbende, når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med depression. Sådanne ændringer kan f.eks. fremkomme i forbindelse med indgåelse og udmøntning af overenskomster med almen praksis. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Da forløbsprogrammet ikke gennemgår de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats, vil ændringer i disse retningslinjer ikke medføre opdateringer i forløbsprogrammet. Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer.

Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. 15-20% af konsultationerne i almen praksis omhandler psykiatriske lidelser med somatiske problemstillinger. Patienter med mental-fysisk multisygdom har ofte komplicerede behandlingsforløb, der vanskeliggøres af polyfarmaci og mange, til tider modstridende, behandlingsvejledninger for de forskellige sygdomme. Depression optræder ofte komorbidt med andre psykiske lidelser f.eks. angst og misbrug. De praktiserende læger har en central rolle som samlende part for patienten, som har flere diagnoser.

Forløbsprogrammet har fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for mennesker med depression.

Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery

Forkortelsen KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, som repræsenterer vigtige faktorer for sundhedsfremme og forebyggelse. I det dobbelte KRAM tilføjes en ekstra dimension i form af et dynamisk,

helhedsorienteret, tværvideenskabeligt og tværfagligt arbejdsgrundlag for såvel mental sundhed som helbred og trivsel.

Det Dobbelte KRAM beskriver forudsætninger for at kunne tackle modstand og belastninger i livet ved at kunne (gen)skabe mening og sammenhæng i hverdagen, fx efter alvorlig sygdom eller ulykke. Det handler om at have Kompetencer til at håndtere sygdom og udfordringer, gode Relationer til venner og familie, at kunne Acceptere tingenes tilstand omkring det, man umuligt kan gøre noget ved eller ændre - samt at have udviklet hensigtsmæssige og virksomme Mestringsstrategier⁴.

Det dobbelte KRAM giver en række pejlemærker til den borgerrettede forebyggelse.

I dette forløbsprogram behandles borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering i særskilte kapitler. Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression.

Afsnittet om tidlig opsporing fokuserer på afgrænsede risikogrupper, mens afsnittet om rehabilitering fokuserer på rehabilitering af borgere, der er diagnosticeret med depression.

Recoverybegrebet er helt centralt, når man taler om rehabilitering ved psykisk sygdom, og et menneske med en psykisk sygdom betragtes ikke længere som en passiv modtager af den rehabiliterende indsats, men som en aktiv deltager.

Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem begreberne rehabilitering og recovery. Rehabilitering er den indsats, professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkeltes individuelle recoveryproces. Recovery er således den enkeltes helt unikke proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for en strukturering. Fagpersonernes rolle er således først og fremmest at understøtte den enkelte i "at komme sig"⁵.

Inddragelse af patienter og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning om forhold, der angår diagnose, symptomer, prognose og årsager, er central, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomserkendelse og accept.

Patientinddragelse

Patientens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket behandling og rehabilitering samt en ligeværdig relation mellem fagpersoner og patienter. Patientinddragelse på individuelt niveau sker gennem vidensdeling mellem patient og fagprofessionel, så den enkelte patients præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket.

⁴ Thyboe, Peter (2016) "Det dobbelte Kram- tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel"

⁵ <https://www.psykisksaarbar.dk/forside/viden/viden-om-behandling/rehabilitering>

Gennem inddragelsen kan patienten bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit videre forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom⁴. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for patienten med depression.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at f.eks. medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre, dvs. øget compliance^{5 6}

Inddragelse af pårørende

Depression kan være forbundet med en øget følelsesmæssig belastning for de pårørende. Desuden kan social isolation og mangelfuld støtte fra patientens netværk i sig selv være med til at vedligeholde eller forværre depression. Den ansvarshavende fagprofessionelle, herunder også praktiserende læge, har ansvaret for at inddrage nærmeste pårørende i det omfang, det er forligneligt med patientens ønsker. Denne inddragelse kan være en væsentlig ressource for patienten i hverdagen, i forbindelse med forebyggelse og under behandlingen. De pårørende kan være en værdifuld samarbejdspartner, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved første kontakt til den fagprofessionelle kan de pårørende ofte yde et væsentligt bidrag til forståelsen af patientens habituelle tilstand, herunder også tidligere og aktuelle funktionsniveau.

Ifald der er børn under 18 år i nær relation til en patient med depression, skal der ved behov orienteres om relevante tilbud og støtteforanstaltninger.

Patienter og pårørende ser indsatserne fra et andet perspektiv end de fagprofessionelle, og gennem systematisk inddragelse kan de derfor være med til at udvikle forløb, som er både værdifulde og effektive. Set i lyset af de positive gevinster ved inddragelse, bør patienter med depression og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag der tilbydes.

Fagprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og reagere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om.

KAP 2 - Sammenfatning

I det følgende opsummeres de centrale pointer og anbefalinger i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet omhandler både den borgerrettede forebyggelse og tidlige opsporing af borgere med depression og det tværsektorielle forløb, der følger efter en udredning og diagnosticering af patienter med depression.

Forløbsprogrammets anbefalinger er udelukkende udviklet for den del af forløbsprogrammet, der omhandler patienter, der er diagnosticeret med depression.

Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression. For den borgerrettede forebyggelses vedkommende henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed.

I forhold til den tidlige opsporing er der fokus på risikogrupper. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Den fagprofessionelle henviser/opfordrer borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression. Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker for kommunernes forebyggelsesarbejde, hvor der blandt andet er faglige anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Som en del af det syddanske hjerteforløbsprogram skal kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screene for angst og depression hos borgere med hjertesygdom.

For den del af forløbsprogrammet der handler om forløbet efter patienten er diagnosticeret med depression, er der formuleret to nye indsatser, det er:

- "Den koordinerende kontaktperson". Målgruppen er patienter, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har behov for ydelser/indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet. Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have en løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den individuelle plan indeholder fælles mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Der afholdes som minimum ét fælles møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov fx hvis det er nødvendigt at justere i planen. Funktionen som koordinerende kontaktperson bør som udgangspunkt placeres enten i lokalpsykiatrien eller i det relevante kommunale område.
- Patienter med let eller moderat depression skal tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale områder. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

KAP 3 – Den borgerrettede forebyggelse

Depression kan udløses af forskellige forhold, fx skilsmisse, overgreb, økonomiske problemer, tab af arbejdsevne. Disse forhold kan ligeledes bidrage til depressionens sygdomsproces.

Foruden de udløsende faktorer og den almene mentale sundhed bør den fagprofessionelle være opmærksom på en række vedligeholdende faktorer; Disse kan have karakter af somatisk sygdom, psykisk sygdom eller være af psykologisk karakter f.eks. interpersonelle konflikter, uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre⁶.

Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom, -herunder depression. Der findes en lang række faktorer, der påvirker den mentale sundhed.

Faktorer, der påvirker den mentale sundhed ⁷		
	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Self-efficacy (tro på egen formåen) Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer God fysisk sundhed	Dårligt selvvurderet helbred Forringet fysisk helbred Ensomhed Langvarige smerter eller langvarig sygdom, fx kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom Risikoadfærd, fx alkohol og stof-misbrug, dårlig søvn, rygning Pårørende til syge og svækkede
Socialt niveau	Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i positive fællesskaber Social anseelse Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv	Manglende omsorg Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed Langvarige stressbelastninger, fx i nære relationer og familie Mobning, diskrimination og andre krænkende belastninger

⁶ [Dansk Depressionsdatabase \(2014\) – Dokumentalistrapport.](#)

⁷ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

Strukturelt niveau	Trygge omgivelser	Lav socioøkonomisk status
	Gode boligforhold	Fattigdom
	Økonomisk sikkerhed	Sygefravær og arbejdsløshed
	Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø	Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø
	Mulighed for beskæftigelse	Lav social anseelse, der er påvirket af at bo i socialt belastet boligområde
	Adgang til sociale støttefunktioner	

De beskyttende faktorer og risikofaktorer forandrer sig gennem livet. De rammer og betingelser, der påvirker den mentale sundhed, fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor bør indsatser til at fremme borgernes mentale sundhed og ligeledes forebygge dårlig mental sundhed involvere flere områder (7). Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk.

Rammer

Offentlige arbejdspladser

Det anbefales, at offentlige arbejdspladser tager aktivt del i udarbejdelse og gennemførelse af politikker med fokus på fremme af trivsel og forebyggelse af dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Fokus bør være på styrkelsen af de beskyttende faktorer, der fremmer trivslen på arbejdspladsen, som fx et støttende og trygt arbejdsmiljø. Disse målrettes hhv. medarbejdere og brugere/beboere med fokus på at fastholde medarbejdere og give mulighed for en skånsom og fleksibel tilbagevenden til arbejdet efter fx sygemelding (7).

Uddannelsesinstitutioner

Det anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner sikrer et uddannelsesmiljø, hvor alle elever udvikler sig fagligt og alsidigt og trives i uddannelsens faglige og sociale fællesskaber. Flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelsesmedarbejdere og psykologordninger for unge i uddannelse (7).

Forebyggende tilbud

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed anbefales:

Netværk for ældre

Det anbefales, at kommunen understøtter forenings- og fællesskabsaktiviteter med fokus på samvær og etablering af netværk for ældre. Der kan her være en særlig opmærksomhed på at sikre rekruttering blandt ældre borgere med risiko for ensomhed og isolation, fx efter dødsfald. Der kan ligeledes være fokus på at invitere seniorer til deltagelse i foreningsaktiviteter, så de kan opbygge og fastholde et netværk i forbindelse med, at de træder tilbage fra arbejdsmarkedet.

Sårbare og socialt udsatte borgere

Kommunen etablerer opsøgende indsatser til støtte og fremme af mental sundhed hos sårbare og socialt udsatte borgere, som oftere har psykiske sygdomme og livsstilssygdomme. For sårbare og socialt udsatte, der ikke er brugere af sociale tilbud, er det nødvendigt med en opsøgende, tværfaglig indsats, som fungerer på de sårbare og socialt udsatte borgers præmisser (fx teams med gade- eller socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner).

Borgere med kronisk sygdom

Kommunen tilbyder indsatser til borgere med kronisk sygdom. Denne indsats kan ikke erstatte udredning og behandling af kronisk sygdom, men bør fokusere på at fremme mental sundhed, håndtere symptomer, etablere en velfungerende dagligdag og styrke sociale relationer.

Sygemeldte borgere med stress

Kommunen tilbyder sygemeldte borgere med stress hjælp til stresshåndtering og mestringsstrategier.

Brug af naturen som arena

Naturen kan bruges som arena for det mentalt sundhedsfremmende arbejde, fx ved indsatser i naturen med fokus på involverende deltagelse og etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med særlig fokus på udsatte områder⁸.

Opmærksomhed
ældre borgere
isolation (fx efter
ligeledes være
re til deltagelse
n opbygge og
else med, at de
cedet.



Åben Rådgivning

Udover anbefalingerne i Forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen findes en række åbne rådgivningsmuligheder, alle kan benytte. Disse kan være organiseret i offentlig såvel som frivilligt regi.

Der findes fx "Åben Rådgivning" ved PsykInfo i Region Syddanmark, Headspace, Psykiatrifonden, Sind og Depressionsforeningens Depressionslinje.

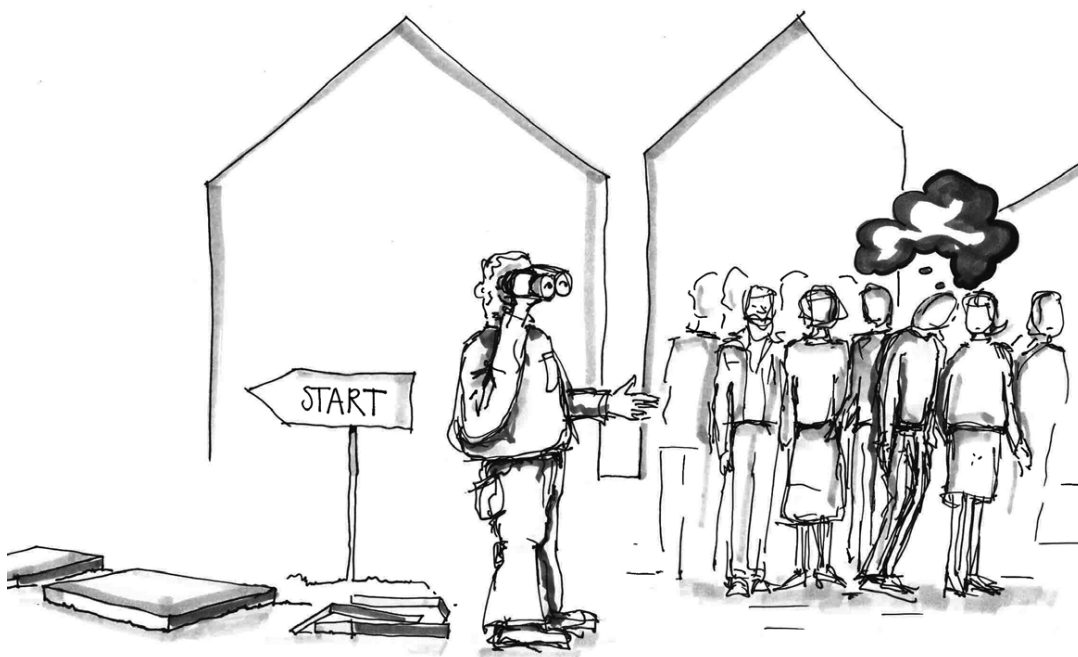
⁸ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

KAP 4 - Tidlig opsporing hos risikogrupper

Som tidligere beskrevet er der en større gruppe af borgere med depression, som ikke bliver diagnosticeret og dermed heller ikke behandlet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at op imod halvdelen af alle patienter med symptomer svarende til en depressiv lidelse, ikke erkendes som sådan ved konsultation af egen læge; bl.a. fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer.

Flere studier og guidelines har ikke fundet tilfredsstillende effekt af en systematisk opsporing af depression hos befolkningen som helhed⁹.

Forløbsprogrammet peger derfor på, at fagprofessionelle, der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn (se nærmere i kap. 6 om udredning og diagnosticering). Den fagprofessionelle henviser borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression.



Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger

Tidlig opsporing	Aktører	Anbefalede handlinger
------------------	---------	-----------------------

⁹ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Aktører, der bør have opmærksomhed på symptomer hos risikogrupper	Almen praksis Pårørende Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse Praktiserende psykolog Kommunale sundhedstilbud Misbrugscenter Bosteder Jordemødre Sundhedsplejersker Hjemmepleje/Sygepleje Jobcenter Arbejdsgiver	Opfordre til udredning i almen praksis Hjælp med kontakt/fremmøde hos almen praksis Forebyggelse hos risikogrupper
Aktører der varetager screening	Almen praksis Jordemødre og sundhedsplejersker Kommunale sundhedstilbud og Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse	Screening af borgere med mistanke om depression Screening for depression hos gravide og nybagte forældre Screening for angst og depression hos borgere med hjertesygdom

Risikogrupper

Tidligere depression

Patienter med tidligere depression har en øget risiko for at udvikle (nye) depressive episoder.

Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%¹⁰.

Fagpersoner i kontakt med patienter med tidligere depression bør være særligt opmærksomme på depressive symptomer, dog anbefales det ikke at gennemføre systematisk screening¹¹.

Kronisk sygdom og multisygdom

Depression optræder ofte komorbidity med andre lidelser, både somatisk og psykisk sygdom. Tilstedeværelsen af depression komplicerer behandlingen af disse tilstande og forværrer prognosen (ibid).

¹⁰ [Dansk Depressionsdatabase \(2014\) – Dokumentalistrapport.](#)

¹¹ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Risikoen for at udvikle depression, hvis man lider af en kronisk sygdom, er øget med en faktor 2-3 i forhold til individer uden kronisk sygdom. Jo flere kroniske sygdomme, des større er risikoen for komorbid depression.

Særlige risikogrupper er mennesker med:

- Hjertesygdom
- Apopleksi
- Kroniske smertetilstande
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Cancer
- Angst
- Misbrug

Flygtninge og indvandrere

Flygtninge har en højere forekomst af depression, posttraumatisk belastningsreaktion, post-traumatic stress disorder (PTSD) og anden psykiatrisk komorbiditet.

Forekomsten af depression hos indvandrere er relateret til graden af integration, socioøkonomisk status og kulturel tilpasning i det nye land. Oplevelser i hjemlandet og årsagen til migrationen er også af afgørende betydning for udvikling af depression hos indvandrere¹².

Ældre og depression

Depression er hyppigere hos ældre, og ved depression i alderdommen er der en risiko for, at depressionen bliver overset, fordi den tilskrives somatisk sygdom eller tab. Sammenlignet med den øvrige befolkning er forekomsten af svær depression dobbelt så høj i aldersgruppen 70-85 år.

Ældre med depression er sjældent kun triste eller nedtrykte. Ofte klager de over fx træthed, ængstelighed, irritabilitet eller manglende lyst til at leve¹³.

Alkoholafhængighed

Jf. Sundhedsstyrelsens publikation om Alkohol og Helbred¹⁴, er alkoholbetingede sygdomme en risikofaktor for depression og går ofte forud for den depressive lidelse. Jo større forbrug, jo større risiko. Hvis alkoholforbruget

¹² [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

¹³ [Sundhed.dk \(2018\) – Depression hos ældre, Lægehåndbogen.](#)

¹⁴ [Sundhedsstyrelsen \(2008\) – Alkohol og Helbred.](#)

ophører, sker der en forbedring af den depressive lidelse. Der er en lineær sammenhæng mellem alkoholforbrug og symptomer på depression og angst med stigende forekomst af symptomer i forbindelse med større forbrug. En række undersøgelser har samstemmende vist, at folk med depression og nedsat stemningsleje har øget risiko for alkoholafhængighed – og omvendt.

Risiko for dobbeltdiagnoser:

Mennesker, der er afhængige af alkohol, udviser to til tre gange større risiko for depressionssygdomme.

En amerikansk undersøgelse har fx vist, at 12% af personer med depression var afhængige af alkohol. Omvendt havde 28% af alkohol-afhængige personer en svær depressiv lidelse.

Alkoholmisbrug og depression forstærker hinanden. Selvom depression kan gå forud for et meget stort alkoholforbrug eller -misbrug, er der betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, der indebærer, at afhængighed af alkohol kan forårsage depressive lidelser. Mange depressive syndromer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed.

Se nærmere om forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling under kapitel 11.

Graviditet og fødsel

Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem 7 og 12% og er formentlig hyppigere i 2. og 3. trimester. Forekomsten af depression i barselsperioden angives i litteraturen til mellem 5 og 20%. Kvinder, der tidligere har haft en depression, har 40-50% risiko for at opleve recidiv i forbindelse med en graviditet, hvis de ikke modtager forebyggende anti-depressiv behandling¹⁵.

I "Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" fra 2011 er der beskrevet, at sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre. Med henblik på tidlig opsporing anbefales det rutinemæssigt at spørge til forældrenes psykiske velbefindende et par måneder efter fødslen, enten gennem nogle få strukturerede spørgsmål eller ved brug af en screeningstest. Erfaringsmæssigt viser halvdelen af fødselsdepressionerne sig senere end tre måneder efter fødslen, hvorfor der gennem kontakterne i barnets første leveår skal være opmærksomhed på tegn på psykiske problemer.

Af vejledningen fremgår det endvidere, at: "ved mistanke om psykotiske episoder og/eller depression hos enten mor eller far henviser sundhedsplejersken altid til den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer herefter behov for psykiatrisk vurdering og behandling. Sundhedsplejersken yder ekstra besøg til familien i henhold til de lokalt

¹⁵ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

udarbejdede anbefalinger herom og i samarbejde med den praktiserende læge/psykiater og evt. psykiatrisk afdeling”.

Nyere national forskning viser, at det er muligt at opspore fødselsdepression hos både mænd og kvinder allerede under graviditeten ved at screene tre måneder før fødslen¹⁶.

Det er også vist, at både mænd og kvinder tager imod psykologbehandling hurtigt efter screening, når de henvises hertil på baggrund af en screeningsscore, der viser risiko for fødselsdepression. Hermed er der opstået en stor og endnu uudnyttet mulighed for at forbygge alvorlige problemer for familier og for børn ved at rykke screeningen frem fra de 6-8 uger efter fødslen til 4 måneder før fødslen. Dermed kan problemet identificeres og hjælpen sættes ind omkring 6 måneder tidligere, end det har været almindelig praksis.

Ledige borgere

For ledige borgere kan sundhedstilstanden udgøre en selvstændig risikofaktor i forhold til at opnå en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt udgør ledighed og længden af borgerens ledighedsperiode også en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser, som kan udfordre tilknytningen til arbejdsmarkedet yderligere. Faktorer som økonomisk usikkerhed, systemkrav i forhold til rådighedsforpligtelsen og mangel på sociale relationer kan således udgøre en risiko for udvikling af bl.a. alkoholafhængighed eller psykiske lidelser som stress og depression.

Jobcentrene skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression. Ved mistanke om depression opfordres borgeren til at gå til praktiserende læge for udredning.

I Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker er der udarbejdet faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde for gravide, som forløbsprogrammet anbefaler at følge:
[Side 26 i Sundhedsstyrelsen / Forebyggelsespakker / Mental-sundhed](#)

KAP 5 – Stratificering

Stratificering

En central del af dette forløbsprogram er at tydeliggøre stratificeringen, dvs. fastlæggelsen af hvilke patienter, der skal behandles på hvilke niveauer. Stratificeringen skal skabe grundlag for en graderet indsats, som er tilpasset patienternes behov, så f.eks. patienter med et specialiseret behov også mødes med en specialiseret indsats. Stratificeringen skal dermed også bidrage til at afklare, hvilke aktører og indsatser, der er relevante i bestemte situationer. Pårørendes behov for evt. indsatser er derimod ikke inddraget i modellen.

¹⁶ [Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. Månedsskrift for almen praksis, 2018.](#)

Overordnet er målet, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Kernesymptomerne på depression jf. ICD-10:

- Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Ledsagesymptomer ved depression jf. ICD 10:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring¹⁷

Patienter med stress, udbrændthed, belastninger og tilpasningsreaktioner mv. kan også udvise de samme symptomer, men de vil ikke være til stede så stabilt som hos mennesker med depression¹⁸.

Depressionens sværhedsgrad og kompleksitet er de afgørende stratificerings-faktorer:

- **Let depression:**
2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
- **Moderat depression:**
2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
- **Svær depression:**
3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer

Herudover kan depression opdeles tidsmæssigt i depressiv enkeltepisode, tilbagevendende/periodisk forløb og kronisk forløb. Andre faktorer kan påvirke graden af kompleksitet og dermed den tilpassede indsats. Der kan være tale om både komplicerende og styrkende faktorer.

Komplicerende faktorer er:

¹⁷ Sundhed.dk (2018) – Lægehåndbogen.

¹⁸ [Sundhed.dk \(2018\) – Patienthåndbogen for psykisk sygdom.](#)

- Markant nedsat kognitivt funktionsniveau
- Multisygdom og polyfarmaci
- Samtidig (svær) somatisk sygdom
- Samtidig anden psykisk lidelse/sygdom
- Markant nedsat psykosocial funktion
- Alvorligt misbrug
- Ringe sociale kår
- Tilbagevendende eller kronisk depression
- Udprægede selvmordstanker
- Manglende behandlingsrespons

Styrkende faktorer er:

- God egenomsorgsevne og/eller compliance
- Støtte fra pårørende og netværk

Den samlede stratificeringsmodel fremgår af nedenstående skema. Hensigten er at skabe overblik over aktører og indsatser, der er beskrevet i hovedoverskrifter. Det konkrete borgerforløb er tilrettelagt ud fra den enkelte borgers behov på opstartstidspunktet. Den enkelte borger kan høre hjemme i forskellige kategorier på forskellige tidspunkter i sit livsløb. Det bør bemærkes, at det ikke er alle aktører og indsatser ikke relevante i alle tilfælde.

Stratificeringsniveau	Faser i forløbet	Aktører	Indsats
Let depression/ ikke komplekse	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

sygdomsforløb	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis Privat praktiserende psykolog Privatpraktiserende psykiater Psykiatrien i Region Syddanmark Kommunalt sundhedsområde Apotek	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvi sning til kommunal rehabilitering Samtaleterapi Medicinsk behandling Psykoedukation Internetpsykiatri Rehabiliteringsforløb Medicinsamtale
	Opfølgning	Almen Praksis Kommunal rehabilitering	Samtale Samtale
Moderat depression	Udredning	Almen Praksis Psykiatrien i Region Syddanmark Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvisning til kommunal rehabilitering
		Privat praktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant behandling i lokalpsykiatrien Koordinerende Kontaktpersonsordning i lokalpsykiatrien Internet psykiatri Behandling under indlæggelse
		Apotek	Medicinsamtale
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb Koordinerende Kontaktpersonsordning
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale og medicin opfølgning
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien
		Kommunal rehabilitering	Samtale
Svær depression og/eller høj kompleksitet i sygdomsforløbet	Udredning	Almen Praksis	Vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet, Henvisning til Psykiatrien i Region Syddanmark
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

	Behandling og rehabilitering	Psykiatrien i Region Syddanmark	Behandling under indlæggelse Koordinerende kontaktpersonsordning Ambulant behandling i lokalpsykiatrien
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Apotek	Medicinsamtale
		Det specialiserende socialområde	Psykosociale indsatser
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
		Børne- og ungeforvaltning	Familiestøtte
	Opfølgning	Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien

KAP 6 – Udredning og diagnosticering

Opsporing og diagnosticering kan være vanskelig, da skift i humør er almindeligt og andre symptomer som træthed, smerter, nedsat selvtillid m.v. vil være det, der fylder og har fokus for patienten. Mange patienter henvender sig således ikke med depressive symptomer. Som depressiv opfatter man ikke nødvendigvis selv tilstanden som en sygdom, men mere som en reaktion på livets vilkår i al almindelighed.

Depression udvikles gradvis og bortforklares ofte i begyndelsen som stress, træthed, følger efter influenza eller lignende.



Almen praksis – henvisning og visitation

Almen praksis udreder patienter med tegn på depression. Patienten henvender sig med fysiske og/eller psykiske symptomer. I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Diagnostikken bygger på et grundigt interview af patienten, hvor der spørges ind til sygehistorie og kliniske kriterier ud fra ICD-10, samt evt. brug af en skala (f.eks. MDI).

Diagnosen kræver iht. ICD-10-kriterierne:

- Mindst 2 ugers symptomer
- Mindst 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer.

Listen over kernesymptomer og ledsagesymptomer er anført i kap. 5

Derudover bør der være en opmærksomhed på baggrunden for symptomerne. Andre sygdomme kan give et depressionslignende sygdomsbillede. Der kan således være situationer, hvor den praktiserende læge har behov for henvisning af mennesker med let til moderat depression til psykiatrisk speciallæge for at stille diagnosen.

Den praktiserende læge kan efter udredning og diagnosticering ligeledes henvise patienten til behandling hos praktiserende psykolog.

Region – henvisning og visitation

Regionspsykiatrien tilbyder udredning til patienter med psykisk sygdom med følgende karakteristika (se tabellen). I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Karakteristika på patienter med psykisk sygdom (udredning og behandling)	
Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer Betydelig forpinthed Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskaade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd Nyopståede psykotiske symptomer
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole/arbejdsmæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom (hos personer med udviklingshæmning vurderes funktions-nedsættelse til normal udvikling og begavelse)
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed evt. på grund af manglende mental udvikling eller ko-morbiditet
Behandling	Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i primærsektor Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien¹⁹.

Andre aktører

Privatpraktiserende psykiater kan bidrage til udredning

Privatpraktiserende psykologer med specialuddannelse i børne og ungdomspsykiatri, eller psykiatri kan diagnosticere.

KAP 7– Behandling og opfølgning

Almen praksis

Almen praksis har mulighed for at behandle patienter med let til moderat depression. Der kan være tale om behandlingssamtaler og/eller medicinsk behandling. Den ikke-medicinske behandling er vigtig, uanset depressionens sværhedsgrad.

De praktiserende læger har mulighed for speciallægerådgivning i psykiatrien i Region Syddanmark. Denne rådgivning er bl.a. en forudsætning for, at den almen praktiserende læge kan håndtere mere kompliceret psykofarmakologisk

¹⁹ [Regionsyddanmark \(2018\) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.](#)

behandling.

Mulighederne for rådgivning fra den enkelte afdeling fremgår af sundhed.dk.

Almen praksis har ansvaret for at være tovholder for det samlede behandlingsforløb, herunder følge op på den igangsatte behandling fx medicinjustering.

Opstart af medicinsk behandling af 18-24-årige skal ske hos en speciallæge i psykiatri. Almen Praksis rolle er derfor i sådanne situationer at henvise til speciallæge.

Region

Regionspsykiatrien tilbyder behandling til patienter med moderat til svær depression.

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (20 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien. Den regionale psykiatri skal i denne sammenhæng inddrage, informere og undervise patient og pårørende, ligesom relevante parter i f.eks. kommunen skal inddrages.

Ved moderat til svær depression skal patienten have medikamentel behandling sammen med samtaleterapi. Den medicinske behandling følges løbende af en læge i psykiatrien.

Jf. Sundhedsstyrelsen kan fysisk træning bruges i kombination med den primære behandling.

For patienter med depression, der behandles i Psykiatrien, er der udviklet to nationale pakkeforløb: depressiv enkelt episode og periodisk depression. Her angives forskellige handlinger, som typisk kan indgå i behandlingen.

Hovedelementer i et behandlingsforløb er:

- Indledende samtale
- Kliniske undersøgelser og helbredstjek
- Diagnose
- Behandlingssamtaler individuelt eller i grupper
- Psykoedukation individuelt eller i grupper
- Medicinsk behandling og opfølgende konsultationer
- Tværsektorielt samarbejde f.eks. med jobcenter og socialpsykiatri
- Misbrugsbehandling sammen med misbrugscenter
- Pårørendesamtaler
- Afsluttende samtale.

Behandlingsplanen tilrettelægges individuelt med patienten på baggrund af sygdomsbilledet.

Ud over tilbud til patienter med moderat til svær depression har regionen et tilbud om internetbehandling til patienter over 18 år med let til moderat depression. Behandlingsforløbet består af en forsamtale på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for borgeren. Derefter følger borger et internetprogram i 12 uger med en række behandlingstrin med daglige øvelser. Psykologen giver ugentlig skriftlig støtte. Behandlingen er gratis for borgeren. Tilbuddet bemandes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Telepsykiatrisk Center.

Hvis depression opspores ved indlæggelse på somatisk sygehus, henvises til videre vurdering/behandling i psykiatrien.

Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling

En patient er færdigbehandlet, når tilstanden vurderes ikke at blive bedre ved fortsat sygehusbehandling. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet.

Hvis patienten efter endt behandling skal modtage et kommunalt tilbud, skal kommunen varsles tidligst muligt om færdigbehandlingstidspunktet.

Ved afslutning af komplicerede behandlingsforløb²⁰ skal alle involverede parter på det givne tidspunkt, samt de aktører der skal involveres i det videre forløb indkaldes til en udskrivningskonference. Udskrivningskonferencen bør planlægges, så alle relevante parter har mulighed for at deltage. Udskrivning kan desuden efter aftale ske via telefonisk kontakt. Behandlingspsykiatrien skal udarbejde en udskrivningsaftale efter Psykiatriloven, og kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan for den videre indsats efter Serviceloven. Hvis patienten ikke ønsker at indgå en udskrivningsaftale, skal der i et samarbejde mellem psykiatrien og kommunen udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven.

Efter endt behandling foregår opfølgningen som udgangspunkt ambulant i lokalpsykiatrien eller hos egen læge.

²⁰ [Region Syddanmark \(2018\) – Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset.](#)



Borgerens kontakt til apoteket

Apoteket tilbyder medicinsamtaler til mennesker med kronisk sygdom, herunder også mennesker med depression, i tilfælde med manglende medicinefterlevelse eller hvor der inden for de seneste seks måneder er ordineret ny medicin.

Medicinsamtale – manglende medicinefterlevelse ved kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom og har manglende medicinefterlevelse. Medicinsamtalen handler om at identificere årsager og finde løsninger til den manglende medicinefterlevelse hos borgerne.

Medicinsamtale – nydiagnosticeret kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der inden for de seneste 6 måneder har fået ordineret ny medicin i forbindelse med diagnosticeringen af en kronisk sygdom. Medicinsamtalen handler om at få borgeren godt i gang med at bruge medicinen på en hensigtsmæssig måde.

Borgeren kan – i sin dialog med apoteket – selv efterspørge en medicinsamtale, ligesom den praktiserende læge kan henvise til en medicinsamtale på apoteket.

KAP 8 - Løbende koordinering

Sideløbende med behandlingen kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

Der er erfaring for at disse parter håndtering af borgere med depression er bl.a. afgørende for pågældendes evne til at vende hurtigt og godt tilbage på arbejde/arbejdsmarkedet.

I den løbende koordinering kan der, hvis borgeren finder det relevant, også inddrages parter fra borgerens eget netværk, fx pårørende, kolleger og arbejdsgiver.

PsykiInfo i Region Syddanmark har en række tilbud for børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fx børne-ungesamtaler, familiesamtaler og kursustilbud for børn og unge.

Kommunen – henvisning og visitation

Kommunen er den myndighed, der afgør, om patienten/borgeren er berettiget til sociale ydelser. Det er kommunens myndighedsfunktion, der kan visitere til regionale og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Kommunen inddrages i patientens forløb efter behov. Kommunes ansvar er følgende:

- Det specialiserede socialområde har ansvaret for at vurdere behov for støtte, dagtilbud, døgntilbud
- Sundhedsområdet har ansvaret for at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, f.eks. kost og motion, rygestop
- Arbejdsmarkedsområdet har ansvaret for at rådgive og vejlede, f.eks. mht. forsørgelse, beskæftigelse, uddannelse.

Region – henvisning og visitation

Henvisning til regionale tilbud sker via egen læge, vagtlæge, praktiserende speciallæge og de socialpsykiatriske tilbud.

Den regionale psykiatri har ansvar for følgende:

- Udredning og diagnosticering
- Behandling
- Inddragelse, information og undervisning af patient og pårørende
- Inddragelse af relevante parter i forløbet, fx kommunens specialiserede socialområde ifm. overvejelse om støttetilbud.

Samarbejde og koordination i praksis

Der er gennemført et samarbejdsprojekt blandt de 4 sønderjyske kommuner (Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg) og psykiatrien i Region Syddanmark om rehabilitering og recovery²¹. Én af konklusionerne var, at et samarbejde mellem relevante aktører og en integreret indsats er altafgørende i forhold til at forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med projektet udtalte en borger:

“Det vælter mig med mange skift.

Min sårbarhed forværres, fordi det blandt andet er hårdt at udlevere sig selv igen og igen. Det giver tryghed og ro med de samme ansigter.”

En anden borger udtrykte sig således:

“Giv et kort overskueligt og brugbart referat med hjem fra et møde – kopi af den fælles plan og aftaler. Hovedet er ofte overfyldt, og man er kognitivt påvirket. Det er vigtigt for mig at vide, hvor i forløbet jeg er. Har svært ved at overskue at læse mails, ringe til sagsbehandler/behandler og åbne post i e-Boks.”

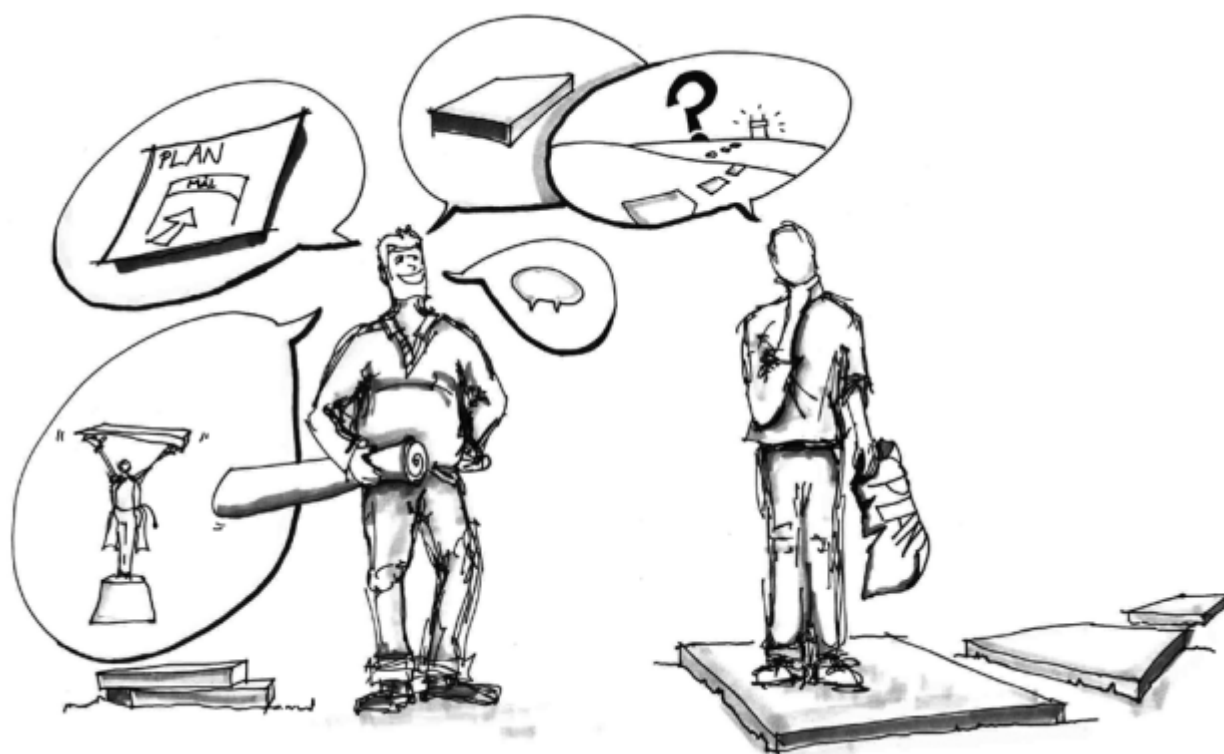
Borgerne i ovennævnte projekt og deltagere i den workshop, der blev afholdt i forbindelse med udviklingen af dette forløbsprogram, giver udtryk for, at det er meget vigtigt, at der blandt de fagprofessionelle er enighed om en fælles plan. Det betyder, at der er tillid til, at det, der igangsættes af de enkelte aktører, også er det bedste ud fra borgerens aktuelle situation.

Desuden er det afgørende, at der er en form for kontinuitet i gruppen af fagprofessionelle omkring borgeren – særligt når det handler om borgere med psykiske lidelser. Målgruppen har brug for stabilitet, og for at fagprofessionelle omkring dem, er kendte og gennemgående, så borgeren ikke oplever at skulle genfortælle sin historie flere gange.

En koordinerende kontaktperson

Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

²¹ [Psykiatrien i Region Syddanmark \(2016\) – Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet.](#)



BOKS

Nyt i forløbsprogrammet: "Den koordinerende kontaktperson"

Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have den løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan²². Den koordinerende kontaktperson sikrer at der foreligger skriftligt samtykke til at de involverede parter udveksler informationer i relevant omfang. Den fælles plan indeholder mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Den koordinerende kontaktperson har desuden en særlig opgave i facilitere og formidle den fælles plan.

Funktionen som Koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere, jf. kapitel 11. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig

²² [Psykiatrisk Privatklinik i samarbejde med Depressionsforeningen \(2007\) – "Depression og arbejdsliv".](#)

og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Enkelte gange kan funktionen mest hensigtsmæssigt ligge hos anden part fx jobcenter.

Der afholdes som minimum ét fælles-møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal der udsendes en dagsorden til disse møder. Indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

KAP 9 - Arbejdsmarkedsindsats

Nogle borgere med depression oplever, at arbejdet har haft en betydning for, at de er blevet syge. Hvis man reagerer tidligt nok, kan en ændring af arbejdsforholdene medvirke til at forebygge en depression.

Langvarigt sygefravær nedsætter sandsynligheden for, at man kommer i arbejde igen. Da det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når man mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af psykiske lidelser, er det derfor vigtigt, at der så tidligt som muligt lægges en realistisk plan for genoptagelse af arbejdet.

Ledighed er oftest en stor belastning for den enkelte, og kan være en medvirkende faktor for udviklingen af en depression. Det er afgørende for pågældendes mulighed for (igen) at få et arbejde, at depressionen opspores så tidligt i forløbet som muligt, og at der sættes ind med de rigtige indsatser.

Før depressionen

En ledig vil som udgangspunkt være i kontakt med kommunens jobcenter, da forsørgelsen enten vil være arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge, ledighedsydelse eller kontanthjælp. Den ledige er således i løbende kontakt og dialog med en sagsbehandler/jobrådgiver, for at afklare og udvikle pågældendes arbejds- og funktionsevne med henblik på selvforsørgelse. Sagsbehandleren/jobrådgiveren er derfor en vigtig brik i en tidlig identifikation af en depression hos den ledige.

Undersøgelsen "Depression og Arbejdsliv", som er udført i samarbejde med Depressionsforeningen, viser, at der er store fordele ved at involvere sin arbejdsplads, når man har depression. Arbejdspladsen er en vigtig medspiller i både at forebygge og håndtere depression.

Hvis arbejdspladsen har en åben og fordomsfri holdning til depression, kan det være netop hér, lederen eller kollegerne konstaterer, at man ikke har det godt og har behov for hjælp. En opfordring og støtte til at blive professionelt undersøgt og behandlet i tide kan forhindre, at depressionen får lov at udvikle sig.

Arbejdsgiveren har muligheder for at agere via fx omrokering og en mulighedserklæring (der afdækker hvad medarbejderen kan på trods af sin sygdom). Arbejdsgiveren har altid, efter aftale med medarbejderen, mulighed for at tage kontakt til Jobcenteret for at få lagt en plan for fastholdelse på arbejdspladsen.

Under depressionen

Er en sygemelding uundgåelig, og forventes den at blive længere end otte uger, anbefales arbejdsgiveren at tage kontakt til jobcenteret via **"Fast Track"**.

"Fast Track" betyder, at sygedagpengeopfølgningen igangsættes senest to uger efter anmodningen – mod normalt efter otte ugers sygefravær. Dette giver mulighed for at sætte tidligt ind med målrettede indsatser. Der anmodes om "Fast Track" ved enten at kontakte jobcenteret, eller via NemRefusion på Virk.dk.

Det gælder om at finde en balance mellem, hvor meget og hvad man kan klare, og samtidig have øje for de hensyn, der skal tages til sygdommen (ibid). Det har stor betydning for helbredelsen af depression, at man fungerer så godt man kan, på arbejdet og privat. De fleste vil opleve det som en lettelse stadig at kunne arbejde på et vist niveau.

Ofte kan man arbejde under behandling for depression, når behandlingen virker efter hensigten. Man holder sig derved aktiv og undgår at isolere sig socialt. Denne fremgangsmåde kræver, at den er afstemt i den fælles plan. Arbejdsgiveren kan – og bør -, i samspil med den patientansvarlige læge tilpasse arbejdsforholdene, så man kan fungere på arbejdet, trods depressionen. Under depressionen vil mange arbejdsopgaver forekomme uoverskuelige og uoverkommelige. I mange tilfælde kan en reduktion af arbejdstiden være nødvendig som led i en delvis sygemelding. Hvis en delvis sygemelding ikke er tilstrækkelig, kan det være nødvendigt, at man bliver helt sygemeldt i en periode. I denne periode er det meget vigtigt at holde kontakten til arbejdspladsen, gerne med en fast aftale om regelmæssig kontakt.

Såvel under den fulde sygemelding som under den delvise sygemelding vil Jobcenteret målrettet arbejde på, enten at få den depressionsramte klædt tilstrækkeligt på til at vende tilbage til den stilling/arbejdsplads pågældende havde ved sygemeldingen, eller hvis dette ikke er muligt, at få den pågældende afklaret til et andet arbejde og/eller anden funktion.

Regionens Arbejdsmedicinske afdelinger har bl.a. til opgave at vejlede personer som af helbredsmæssige årsager har svært ved at klare det hidtidige arbejde.

Kommunerne har forskellige tilbud til målgruppen, hvor der tilbydes støtte og vejledning til mestring af hverdagslivet med depression. Fx gruppeforløb omkring "Lær at tackle angst og depression", "Trivsel i hverdagen", Stress-håndtering og Mindfulness. Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk. Se desuden kapitlet om rehabilitering i kommunerne. Disse tilbud vil kunne gives enten alene eller i kombination med en virksomhedspraktik, hvor der trænes i nye opgaver/funktioner.

Når arbejdet genoptages efter en sygeperiode, kan den depressionsramte med fordel starte med rutineprægede arbejdsopgaver.

Udvikler depressionen sig til en vedvarende tilstand, som varer mere end 2 år, findes kompenserende ordninger, så borgeren kan bestride et arbejde, på trods af en fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, hvor arbejdsgiveren kompenseres økonomisk i ansættelsesforholdet:

Personlig assistance

Til handicappede i erhverv er der mulighed for at få personlig assistance med kompensation for de begrænsninger, der er konsekvens af den fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse.

Personer med en varig psykisk funktionsnedsættelse er omfattet af denne målgruppe, hvilket er tilfældet for et mindretal af mennesker med depression.

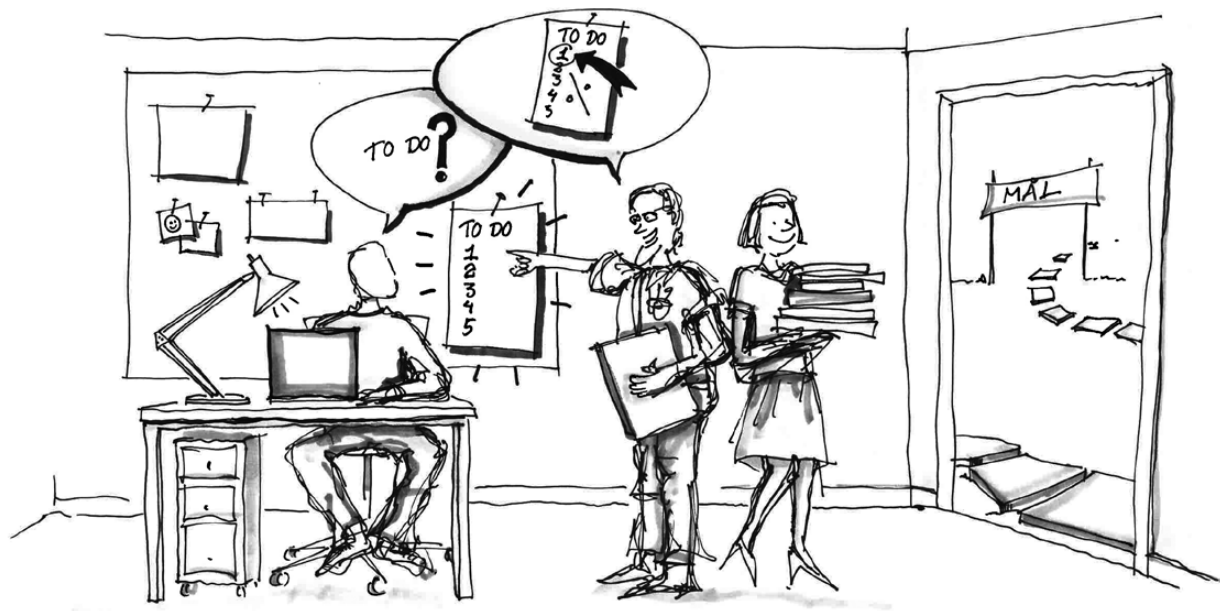
§56 aftale

Hvis der er en risiko for et forøget sygefravær på grund af langvarig eller kronisk sygdom, kan der indgås en aftale mellem borgeren, arbejdsgiveren og kommunen, hvilket medfører at arbejdsgiveren får refunderet sygedagpenge allerede fra første sygedag, ved sygefravær som følge af den lidelse, der fremgår af §56 aftalen.

Det forventede forøgede sygefravær grundet lidelsen skal være på mindst 10 dage om året.

Med denne ordning kompenseres en virksomhed alene ved fravær grundet en kronisk lidelse.

Ordningen tilstræber således at give den enkelte arbejdsplads et bedre økonomisk incitament til at fastholde den ansatte i beskæftigelse.



Efter depressionen

Efter fravær fra arbejde, er der mange rutiner som skal genopfriskes, også selv om sygeperioden kun har varet få uger.

Det er oftest nødvendigt at genoptræne arbejdsevnen gradvist, via en delvis raskmelding. Et fælles møde med den

depressionsramte, behandleren, arbejdsgiveren og sagsbehandleren fra Jobcenteret sikrer fælles plan for en god tilbagevenden.

Tiden efter en depression sammenlignes af nogle med at gå på line – man skal bevæge sig forsigtigt frem, men dog i et passende tempo, hvis man vil bevare balancen. Det er en balance mellem at passe på sig selv ved at skåne sig og samtidig søge passende udfordringer.

KAP 10 - Genoptræning

Patienter, som udskrives fra psykiatrien, har på samme måde som somatiske patienter ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset.

Genoptræningsbehovet behøver ikke være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienters psykiske sygdom – herunder depression²³.

Patienter har ret til at få en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt, og som har baggrund i et funktionsevnetab.

Hensigten med genoptræning er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Vurderingen af genoptræningsbehovet er konkret og individuel og skal tage hensyn til patientens ressourcer og motivation for genoptræning.

Hvordan vurderes, om der er et behov?

I vurderingen af, om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som en genoptræning er, skal der indledningsvis foretages en overordnet helhedsvurdering af:

- Om patienten er motiveret for en genoptræningsindsats og har et potentiale, der kan realiseres gennem genoptræning;
- Om patienten lige så vel kan klare sig ved egen hjælp;
- Om patientens behov er diffuse og bedre imødekommes af anden kommunal indsats.

Hvis den overordnede helhedsvurdering peger på, at en genoptræningsplan kan være relevant, skal følgende mere specifikke spørgsmål overvejes:

²³ [Region Syddanmark \(2017\) – Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader til patienter i psykiatrien i Region Syddanmark.](#)

Har patienten en bevægelsesmæssig funktionsevnenedsættelse?

- På grund af en somatisk lidelse eller fysisk skade fx fraktur fra fald, nerveskader i forbindelse med selvmordsforsøg
- Som følge af længere tids inaktivitet/isolering afledt af den psykiatriske diagnose fx målbar og/eller synlig nedsat balanceevne, nedsat bevægelighed, muskelkraft, koordination
- Som følge af smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed.

Har patienten en aktivitetsmæssig funktionsevnenedsættelse?

- Patienten kan ikke problemløse i hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg pga. af udfordringer i relation til læring og anvendelse af viden, fx ambivalens
- Patienten kan ikke holde aftaler og opretholde struktur/daglige rutiner/meningsfulde aktiviteter pga. længere tids inaktivitet, isolation og/eller sygdomsbelastning/karakter
- Patienten kan have problemer med at forstå meddelelser, samtale og fremstille meddelelser, pga. sygdommens karakter og/eller længere tids isolation
- Patienten har svært ved at færdes med transportmidler pga. angst eller andre psykiatriske diagnoser
- Patienten har svært ved at tage omsorg for sig selv, fx bade, spise og/eller varetage egen sundhed og desuden almindelig husførelse pga. kognitive forstyrrelser, angst, spiseforstyrrelser, vrangforestillinger og/eller længere tids inaktivitet.

Har patienten en mental (kognitiv eller emotionel) funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- I forhold til at orientere sig
- Patienten har svært ved at tage initiativ, energiniveau, handlekraft, impuls kontrol
- Hukommelse og opmærksomhed
- Psykomotoriske funktioner fx reduceret kropssprog, rastløshed, ændret motorik og tempo
- Tænkning fx negative automatiske tanker
- Oplevelse af egen krop og selvet fx. forstyrret kropsofattelse, vrangforestillinger, depersonalisering.

Har patienten en social funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- Patienten har svært ved sociale færdigheder fx konflikthåndtering og samtalefærdigheder, interpersonelt samspil og kontakt, pga. sygdommens karakter, kognitive deficits, angst og/eller længere tids isolation.

Såfremt det konstateres, at patienten har en eller flere af de nævnte funktionsevnenedsættelser, udarbejdes en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 918 af 22. juni 2018).

Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

I tværsektorielt regi er der i Syddanmark godkendt en model for, hvordan man i psykiatrien sondrer mellem henholdsvis behandling, specialiseret genoptræning og almen genoptræning med udgangspunkt i en vurdering af patienterne på syv parametre.

BOKS:

Disse parametre er:

1. Selvmordsrisiko
2. Psykologisk indsigt
3. Motivation for at arbejde med sig selv
4. Evne til symptommestring
5. Tidligere behandlingsforløb,
6. Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver
7. Årsagen til funktionsevnenedsættelsen.

Særligt om genoptræning i kommunerne

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det bl.a., at:

- Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.
- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som KL har indgået aftale med.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

	Grad 5	Grad 4	Grad 3	Grad 2	Grad 1
Selvmondsrisiko	Akut øget risiko	Moderat øget risiko	Let øget risiko	Ingen øget risiko	Ingen øget risiko
Psykologisk indsigt	Ingen psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Erkender ikke behandlingsbehov	Har sikker og påtrængende fornemmelse af at have problemer. Mener, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der er årsag til problemerne	Har svært ved at aflæse egne og/eller andres intentioner og motiver. Overvældes af symptomer og udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen
Motivation for arbejde med sig selv	Er modstander af behandling, selv om den er påkrævet	Henvender sig af nød, da symptomerne er overvældende, mere end af egen vilje. Vil helst have symptomer fjernet hurtigst muligt uden egen indsats. Indsigt er ikke af interesse – kan ikke se symptomernes alvor og er ikke motiveret for behandling, men tager imod denne uden større involvering	Har selv henvendt sig på andres opfordring og er tilbageholdende med at angive, hvad der evt. kan blive anderledes hos vedkommende selv. Har svært ved at skabe mulighed for at behandlingen kan finde sted	Henvender sig med ønske om behandling/træning. Har ønske om at forandre sig på bestemte områder og arrangerer sig, så behandlingen kan finde sted.	Er afklaret omkring egne behov for træning og arbejder målrettet med det
Evne til at mestre symptomerne	Har opgivet eller er ligeglad med symptom-mestring	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet, men patienten har delvis opgivet at mestre symptomer (skal motiveres og undervises)	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet i form af sygdommelding, isolation, inaktivitet	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær, men der opretholdes kontakt til familie, venner, uddannelse, arbejde.	Formår kortvarigt at håndtere symptomer, så hverdagslivet kritiske områder kan klares
Tidligere behandlings/træningsforløb	Tidligere behandlingsforløb uden resultater. Opgivende overfor yderligere forsøg	Tidligere behandlingsforløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat	Tidligere behandlingsforløb med godt resultat	Ingen tidligere behandlingsforløb – nuværende er første behandlingskrævende situation
Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver	Ydre regulering Kan ikke mestre hverdagsopgaver og har behov for rutiner, hands on, struktur samt sanseredskaber	Begyndende co-regulering Kan ikke mestre hverdagsopgaver, men er deltagende, lyttende og afprøvende, synkroniserer, dvs. træning/aktiviteter gennemføres med tæt guidning og med mulighed for visuelt at kopiere terapeuten.	Co-regulering Kan med tæt støtte og guidning udvise initiativ omkring hverdagsopgaver, tager stilling, vælger til og fra på bevidst niveau	Begyndende selvregulering Kan mestre hverdagsopgaver i træningsrummet, men lykkes ikke hjemme	Selvregulering Kan mestre hverdagsopgaver med supervision og opfølgning både til træning og hjemme, men har brug for at blive konsolideret i hverdagen
Årsag til funktions- evnenedsættelsen	Overvejende psykisk betinget. Den subjektive oplevelse af egen krop er så forstyrret, at der er udtalt diskrepans mellem det udlevede funktionsniveau og det faktiske funktionsniveau.	Primær psykisk betinget. Der kan findes spor i kroppen og dens funktioner med psykomotoriske test. Den belastede subjektive oplevelse af egen krop er væsentlig med til at forstyrre funktionsevnen.	Både psykisk og somatisk betinget. Der kan måles og observeres fald i funktionsevnen med almene test	Primær betinget af somatisk lidelse som, dog fortsat med hensyntagen til psykiske forhold	Udelukkende somatisk sygdom og ingen særlige hensyn

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder, at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

For patienter, som henvises til genoptræning på avanceret niveau, gælder, at patienten typisk har omfattende funktionsevnenedsættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen²⁴.

BOKS

Hvilken henvisning og hvordan?

Patienterne kan henvises til både genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2.

Har patienten behov for genoptræning, sker henvisningen via en genoptræningsplan (GGOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via REF01 ind til XREF15 er implementeret.

BOKS

Sygehuset:

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den patientansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standardens GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.

²⁴ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538.](#)

Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.
---	---

Kommunen:

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning. Kommunen vurderer, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til patientens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med depression med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

KAP 11 – Rehabilitering i kommunerne

BOKS

At borger kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale område

Et fokus i dette forløbsprogram er at strukturere rehabiliteringstilbud for mennesker med depression i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling: "Samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser". Oplægget indeholder en række anbefalinger, der har til formål at forbedre det

samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Anbefalingen om at nedbringe øget sygelighed og overdødelighed rammer direkte ind i den kommunale sundhedsindsats.

Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende rygeafvænning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats²⁵.

BOKS SLUT

Øget sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes en højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og forhold relateret til livsstil.

Af den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår det, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse i højere grad end den øvrige befolkning ryger, har usunde madvaner, er fysisk inaktive og indtager alkohol, men også at de er ligeså motiverede som andre for at ændre sundhedsadfærd. Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner.

Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne

Kommunerne skal tilrettelægge rehabiliteringstilbud til mennesker med depression i let og moderat grad.

Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.

Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, rygestop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.

I henvisningen til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet. Den koordinerede, tværgående indsats skal videreføres til kommunen. Behovet for øvrige indsatser (fra øvrige fagpersoner) skal afdækkes i den afklarende samtale.

²⁵ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – ”Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser”](#).

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliteringstilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud, skal det ske elektronisk, og det skal bør ske via MedCom-standardens REF01 (XREF15 når den er implementeret). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Rehabiliteringstilbuddet skal således indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for samtalen.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.

For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Patienternes ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkeltes behov og spørge ind til behovet for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvad information vil gøre ved patientens aktuelle situation – positiv eller negativ indflydelse.

Kommunikationspakken i bilag præsenterer desuden hvilke emner, der kan være vigtige at kommunikere til patienten i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde patienter, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den sundhedsprofessionelle bør også have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere

rehabiliteringstilbud. Der bør være opmærksomhed på evt. sideløbende behandlings- eller rehabiliterings indsatser kan finde sted, hvorved et behov for fælles målsætning og koordinering opstår. Det kan fx være en socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte patientens motivation for at gennemføre forløbet, herunder motivationen for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

De sundhedsprofessionelle har et skærpet ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.



BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#) anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliteringstilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer bliver planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører²⁶.

Efter et afsluttet rehabiliteringstilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til den praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

²⁶ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"](#).

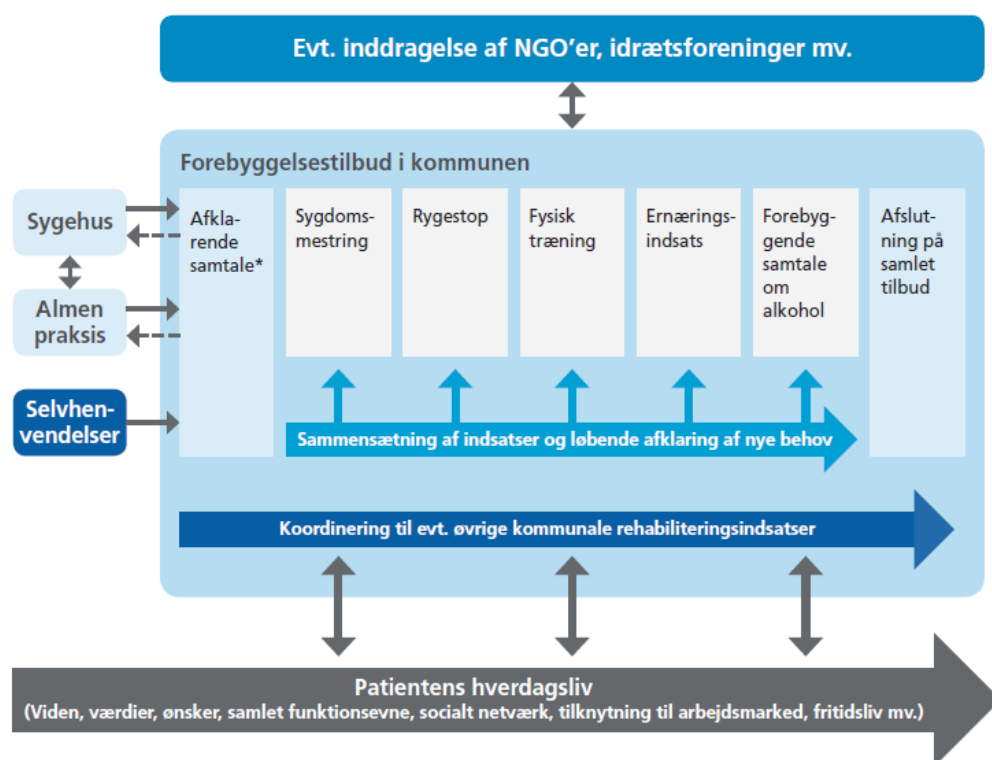


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale



Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud

Ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliteringstilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliteringstilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og mulighederne for forebyggelse af tilbagefald, behandling og rehabilitering. Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver så konkret og meningsfuld som muligt.

BOKS:

Følgende elementer bør jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, indgå:

Sygdommen

- Gennemgang af sygdommen, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Herunder indflydelse på funktionsevne.
- Dialog omkring eventuelle psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom.

Sygdomsforværringer

- Tegn på forværring eller svingninger i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf.
- Dialog om hvordan borgeren selv og eventuelt i samarbejde med andre monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer/ iagttagelser og på baggrund heraf og efter aftale med lægen justerer sin behandling.

Risikofaktorer

- Betydningen af risikofaktorerers skadelige virkninger og dermed udviklingen af sygdommen samt de til enhver tid eksisterende fordele ved at ændre vaner gennem forskellige muligheder for intervention.

Psykosociale forhold

- Herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer.
- Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået.
- Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i forhold til familie, uddannelse og beskæftigelse.

Medicin

- Brug af medicin, herunder hvordan den virker; bivirkninger; hvordan den anvendes og muligheder for at monitorere virkningen

Betydningen af andre sundhedsfaglige rehabiliterende indsatser;

- Betydningen af fysisk aktivitet og træning.
- Betydning af en god ernæringstilstand og en stabil vægt.

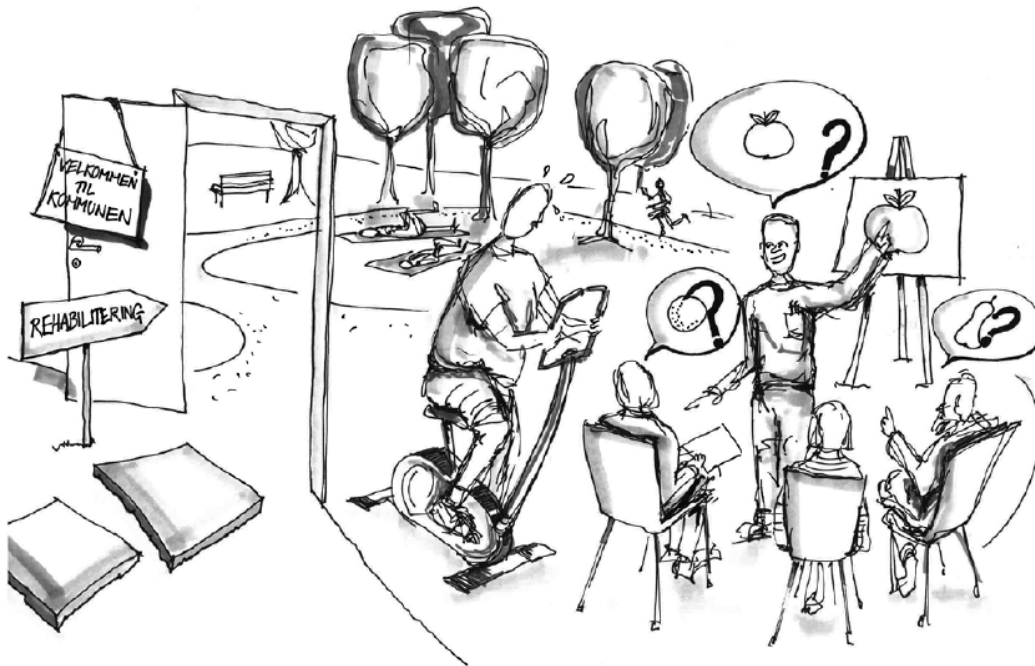
Sygdommen i hverdagen:

- Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger, herunder egne erfaringer og visioner for fremtiden.
- Samliv.
- Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med

sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig.

- Patientforeninger og sociale netværk.

(BOKS SLUT)



Afstand til tilbud samt tidspunktet, hvor de finder sted, har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene kan passe ind, så hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i E-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om depression erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliteringstilbuddet.

Samtidig styrkes de handlekompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med depression²⁷.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer.

Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to:

Inddragelse af pårørende i patientens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov.

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el.lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden patienternes medvirken.

Kommunen sikrer, at der er tilbud til pårørende (fx børn og partnere) til borgere, der har længerevarende psykisk eller fysisk sygdom. Tilbuddet skal forebygge, at pårørende udvikler dårlig mental sundhed og psykisk sygdom som følge af længevarende belastning. Tilbuddet kan bestå af en kombination af rådgivning, undervisning, gruppesamtaler og individuelle samtaler. Kommunen informerer om evt. regionale tilbud²⁸.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk og det skal bør fortrinsvis ske via MedCom-standarden REF01 (XREF15 når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren

²⁷ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.](#)

²⁸ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – Forebyggelsespakke Mental sundhed.](#)

tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Fysisk træning

Patienter med depression skal stile imod at være aktive svarende til Sundhedsstyrelsen generelle anbefalinger for fysisk aktivitet²⁹.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på ikke at belaste en patient med depression med en forventning om fysisk træning i de tilfælde, hvor patienter oplever sig ude af stand til at honorere en sådan aktivitet. Patienter må i udgangspunktet være motiverede for træning for at kunne profitere heraf. Samtidig vil en væsentlig del af behandlingen bestå i at facilitere og støtte op om motivationen hos patienterne. Planlægningen af den fysiske træning kan med fordel indgå i udarbejdelsen af en behandlingsplan i samarbejde mellem behandler og patient. Når patienten tilbydes deltagelse i en træningsaktivitet, bør denne superviseres af sundhedsfagligt personale med kompetencer inden for træningsfysiologi og depression³⁰. Den superviserede fysiske træning kan med fordel suppleres af kropsterapi med henblik på at øge mestringsevne og egenomsorg.

Jf. Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” henvises til at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt.

Det er i denne forbindelse væsentligt at pointere, at det er den afklarende samtale og den individuelle vurdering af patientens samlede situation, der bør være afgørende for, om vedkommende tilbydes fysisk træning.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for patienter der er erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Sundhedsfaglige kompetencer

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om depression.

²⁹ [Sundhedsstyrelsen \(2018\) – ”Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling”.](#)

³⁰ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression.](#)

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Ernæringsindsatser i kommunen

Patienter, kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold have gavn af en ernæringsindsats.

Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret.

Ernæringsindsatsen retter sig mod sundhedsstyrelsen generelle kostråd, og kan dermed indeholdes i kostvejledning, der varetages af både diætister, prof. bachelorer i ernæring og sundhed og kostvejledere.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning med henblik på at øge patienternes handlekompetence og compliance.

Kostvejledningen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov.

Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/ eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau.

Rygestop i kommunen

Flere studier viser, at tobaksrygere er overrepræsenterede blandt mennesker med depression.

Adskillige undersøgelser tyder på, at sammenhængen er cirkulær: depression øger risikoen for, at patienten begynder at ryge, og tobaksrygning kan øge risikoen for, at en person får sin første depression. Imidlertid er det også

velbeskrevet, at rygeophør kan fremprovokere depression³¹. Det kræver derfor en særlig opmærksomhed på timingen af evt. rygestop.

Kommunen kan selv tilrettelægge rygestoptilbuddet og/eller henvise til de nationale tilbud Stoplinjen og e-kvit. Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Formålet er at understøtte patientens ønske om rygestop eller motivere hertil.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som holdbaseret alt efter patientens præferencer. Patienten kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud.

Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så de også er tilgængelige for patienter, der er erhvervsaktive.

Efter et afsluttet rygestopforløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før patienten fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at patienter med depression kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Patienter som er ophørt med at ryge inden for de sidste 6 måneder støttes i fortsat rygeophør, da tilbagefaldsrisikoen fortsat er stor.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske bør det fortrinsvis ske elektronisk via MedCom-standarden REF01 (XREF15, når den er implementeret).

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud ses på www.sundhed.dk

Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling

Som beskrevet i kapitel 3 "Tidlig opsporing hos risikogrupper" kan depression gå forud for et stort alkoholforbrug eller -misbrug. Derudover er der en betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, hvorigennem afhængighed af alkohol kan forårsage

³¹ [Sundhedsstyrelsen \(2007\) – Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.](#)

depressive lidelser.

Mange depressive symptomer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed³². Derfor kan forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling være af betydning for depressionen.

Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol³³.

Dette kan med fordel tilbydes, hvor der i øvrigt gives tilbud på sundhedsområdet. Det bør afdækkes, om patientens alkoholforbrug ligger over højrisikogrænsen, uden at vedkommende har udviklet alkoholafhængighed.

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde borgere med alkoholoverforbrug.

BOKS

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol

Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkohol (alkoholforbrug over 14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd).

Skadeligt alkoholforbrug

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

Alkoholafhængighed

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Sundhedsfaglige kompetencer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den forebyggende samtale om alkohol bør foregå individuelt og varetages af

³² [Sundhedsstyrelsen \(2008\) – Alkohol og Helbred.](#)

³³ [Sundhedsstyrelsen \(2016\) – ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.](#)

medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom", 2016.

Alkoholbehandling

Mens den forebyggende samtale om alkohol med fordel kan tilbydes i relation til de øvrige sundhedsfremmende tilbud, ses alkoholbehandlingen ofte sammenkoblet med Kommunernes misbrugsområde. Alkoholbehandling er en Sundhedslovsydelse (Sundhedsloven § 141) og kan foregå anonymt, hvis borger ønsker dette.



Notat

Dato: 19-02-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Uddybende beskrivelse af den koordinerende kontaktperson.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er på møde i Det Administrative Kontaktforum den 23.01.20 blevet bedt om at uddybe beskrivelsen af den koordinerende kontaktperson i forløbsprogrammet for mennesker med depression. Dette har baggrund i, at forløbsprogrammet introducerer en ny indsats i form af en koordinerende kontaktperson.

Den koordinerende kontaktperson skal tilbydes for de borgere, der er diagnosticeret med en depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.

Opgaver og kompetencer

Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. For praktiske formål betyder det, at den koordinerende kontaktperson indhenter samtykke fra borgeren, varetager mødeindkaldelse med dagsorden, information til borgeren og opsamling på de aftaler, der indgås på mødet. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

Møder aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen.

Da funktionen kan placeres på mange forskellige områder, betyder det også, at personale med forskellige faglige baggrunde kan varetage funktionen. Følgende kompetencer vil være givende for at kunne varetage opgaven;

- Har en god kontakt til borgeren
- Viden om depression og symptomer
- Motiverende og evne at fastholde de mennesker, som har depression
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen

Forankring af funktionen

Funktionen som den koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien, placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet.

Varetagelsen af funktionen kan tilrettelægges på mange måder, da der lokalt kan besluttes, om funktionen placeres hos enkelte dedikerede medarbejdere eller en større medarbejdergruppe.

Økonomi

Ved at inddrage funktionen med en koordinerende kontaktperson bliver kommunikationen omkring borgernes forløb mere systematisk og derved mere effektiv over tid. Derfor vil den koordinerende kontaktpersons funktion ikke nødvendigvis medføre øgede udgifter for de involverede aktører. Som følge heraf er der ikke beregnet omkostninger ved ordningen. Det forventes, at funktionen kan varetages indenfor de nuværende ressourcemæssige rammer.



Notat

Dato: 19-02-2020

Forløbsprogrammet for mennesker med depression

Borgergrundlag og kommunernes merudgifter i forbindelse med kommunale rehabiliteringsforløb.

Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom er i forbindelse med indarbejdelsen af høringssvar i forløbsprogrammet for mennesker med depression blevet bedt om at levere et estimat for kommunernes merudgifter i forbindelse med, at målgruppen for programmet får adgang til kommunale rehabiliteringstilbud.

Forløbsprogrammet indebærer, at de kommunale sundhedsområder får en ny opgave: Rehabilitering af borgere med let til moderat depression.

For at kunne beregne hvilke merudgifter dette medfører for kommunerne, er der behov for at kende borgergrundlaget – hvor mange borgere bliver ramt af depression på årsbasis - og udgifterne, som er forbundet med kommunernes rehabiliteringstilbud.

Det har imidlertid ikke været muligt at skaffe præcise data for borgergrundlaget, idet der ikke kan trækkes sådanne data fra almen praksis. I stedet må der beregnes et skøn, dels på baggrund af nationale tal, dels på baggrund af syddanske tal fra Sundhedsprofilen.

Jf. "Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015" er der hvert år i Danmark 11.000 nye tilfælde af depression. Det svarer ca. til 2350 nye tilfælde i Region Syddanmark (21,4 % af totalen på landsplan).

I sundhedsprofilen 2017 anvendes et screeningsredskab, der måler hyppigheden af kernesymptomer ved depression: Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Sundhedsprofilens tal angiver derfor ikke antallet af mennesker, som har fået stillet diagnosen depression, men derimod kan man ud fra profilen udregne, hvor mange, der ud fra selvrapporterede oplysninger, kan have tegn på en depression. I PHQ-2 er det muligt at opnå en samlet score i intervallet 0-6, hvor en højere score indikerer flere tegn på depression.

2833 borgere i Region Syddanmark i alderen fra 16 år og op scorer enten 4, 5 eller 6 på PHQ-2, og dermed tegn på en depression.

For begge opgørelser må der også forventes at indgå de borgere, der har depression i svær grad eller en kompliceret moderat depression og dermed behandles i psykiatrien. Antallet af borgere med let eller moderat depression, der skal tilbydes et kommunalt rehabiliteringstilbud, kan derfor være lavere.

På baggrund af ovenstående beregninger anslås det, at antallet af nye tilfælde af let til moderat depression i Region Syddanmark på årsbasis ligger i intervallet 2.350-2.850.
På baggrund af det samlede skøn er det muligt for den enkelte kommune at beregne et skøn for, hvor mange nye tilfælde, som må forventes her.

Et eksempel på et kommunalt rehabiliteringsforløb indholdene:

Den sundhedsprofessionelle, der varetager, tilrettelægger og målretter rehabiliteringsindsatsen, vil typisk være en sygeplejerske eller terapeut med kompetencer indenfor depression fra efteruddannelse eller praksis. Følgende kompetencer vil være afgørende for at kunne varetage opgaven;

- Indgående viden om depression og symptomer.
- Undervisnings- og/eller samtaleerfaring med målgruppen.
- Skal være motiverende og kunne fastholde de mennesker som har depression.
- Empatisk, rummelig, anerkendende, selvstændig og evner at målrette indsatsen.

I forhold til de kommunale udgifter til et rehabiliteringsforløb for en borger med let til moderat depression er der her udført et regneeksempel på et forløb, hvori der indgår: en afklarende samtale, patientskole a 12 timer med to undervisere, et holdtræningsforløb med to gange træning ugentligt i 12 uger med to undervisere samt en afsluttende samtale.

	antal deltagere	antal sundhedsprofessionelle	timer pr. medarbejder	timepris	udgift pr borger
1 afklarende samtale	1	1	1	325	325
holdundervisning - sygdomsmestring	12	2	24	325	1300
holdtræning - fysisk træning/afspænding	12	2	24	325	1300
1 afsluttende samtale	1	1	1	325	325
i alt udgift pr borger					3250

Arbejdsgruppen vedrørende nye rammer for kronisk sygdom har i et notat udarbejdet skøn for målgruppens størrelse og eksempler på de udgifter, som er forbundet med de relevante rehabiliteringstilbud. Det er dog netop kun eksempler på udgifter, da den enkelte kommune selv fastlægger udformningen af rehabiliteringstilbuddene.

Tre centrale fora på det fælleskommunale og tværsektorielle sundhedsområde

Baggrund

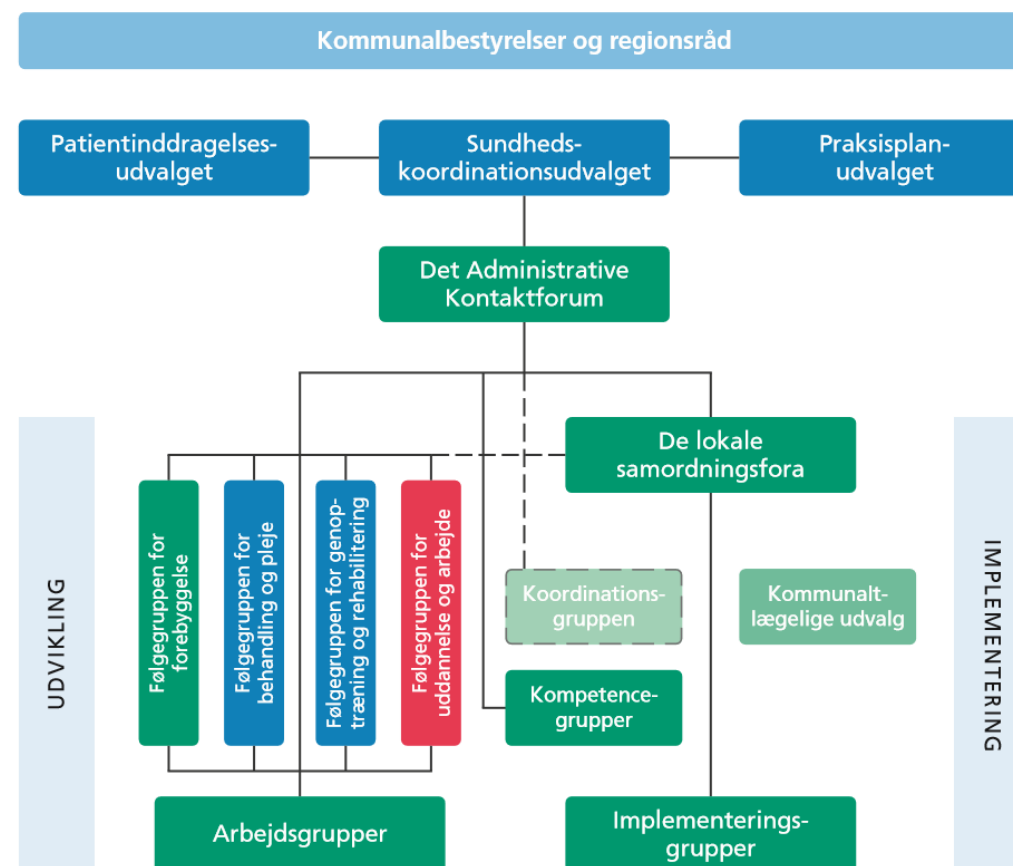
- Der findes tre centrale fora på det fælleskommunale og tværsektorielle sundhedsområde

Forum	Beskrivelse
Sundhedskoordinationsudvalget (SKU)	• Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) er det overordnede politiske organ ift. Sundhedsaftalen. Sundhedskoordinationsudvalget har dog ikke beslutningskompetence. Beslutningskompetencen ligger i kommunalbestyrelser og i regionsrådet. • Udvalget består af repræsentanter fra 5 kommuner, regionsrådet og almen praksis og afholder møder 5 gange årligt. Det sekretariatsbetjenes af koordinationsgruppen.
Det Administrative kontaktforum	• Det Administrative Kontaktforum (DAK) har det overordnede, administrative ansvar for sundhedsaftalen. • Forummet består af bl.a. sundhedsdirektører og sundhedschefer fra en række syddanske kommuner (formandskabet for SSF og formandskaber for følgegrupper), regionens koncerndirektør og sygeplejefaglige direktører og PLO Syddanmark og afholder møder 5 gange årligt. Det sekretariatsbetjenes af koordinationsgruppen.
Sundhedsstrategisk Forum (SSF)	• Sundhedsstrategisk Forum behandler fælleskommunale sager på sundhedsområdet og kommunale perspektiver på tværsektorielle sager på sundhedsområdet. • Forummet består sundhedsdirektører og sundhedschefer fra de 22 syddanske kommuner. Det sekretariatsbetjenes af Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og afholder møde 5 gange årligt.

Organisering af arbejdet på det tværsektorielle sundhedsområde

Organisering

- Der er etableret en ny organisering, der skal understøtte indfrielsen af målsætningerne i Sundhedsaftalen 2019-2023
- Under Det Administrative Kontaktforum er der etableret 4 følgegrupper og 3 kompetencegrupper, som arbejder for at indfri sundhedsaftalens mål
- De lokale samordningsfora (SOF og PSOF) skal sikre implementeringen af nye indsatser og bidrage til kvalitetssikring af indsatserne
- Koordinationsgruppen består af repræsentanter fra Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Region Syddanmark. Gruppen opgave er at koordinere på tværs af de forskellige grupper og sekretariatsbetjene DAK og SKU



Følgegrupper, kompetencegrupper og lokale samordningsfora

Følgegrupper

Der er etableret 4 følgegrupper:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Uddannelse og arbejde

Følgegrupperne er etableret med det formål, at:

1. Udvikle, afprøve og evaluere indsatser
2. Vedligeholder og videreudviklinge eksisterende samarbejdsaftalegrundlag

Følgegrupperne er sammensat ud fra geografi og faglige kompetencer

Kompetencegrupper

Der er etableret 3 følgegrupper:

- Monitorering
- Opgaveoverdragelse
- Sundhedsteknologi

Kompetencegrupperne skal:

- Understøtte følgegrupperne og DAK inden for kompetencegruppens opgaveområde
- Bidrage med viden og afdække behov, som kan bidrage til tværsektorielle indsatser i regi af Sundhedsaftalen

Kompetencegrupperne er sammensat ud fra faglige kompetencer

Lokale samordningsfora

- De lokale somatiske og psykiatriske samordningsfora (SOF og PSOF) er etableret omkring hver af de fire sygehusenheder i Syddanmark.
- De lokale samordningsfora har et særligt ansvar for at implementere indsatser udviklet under Sundhedsaftalen og bidrage med viden til udviklingen af indsatser i regi af Sundhedsaftalen
- De lokale samordningsfora har herudover et særlig ansvar for at sikre løbende dialog og lokalt samarbejde mellem Sundhedsaftalens parter



BREV TIL SUNDHEDSSTRATEGISK FORUM OM UDARBEJDELSE OG GODKENDELSE AF FORLØBSPROGRAMMER

I regi af Sundhedsaftalen udarbejdes en række indsatser, som bredt skal øge sundheden for borgere i Syddanmark. Senest er der udarbejdet et forløbsprogram for mennesker med depression, som i efteråret har været i høring og nu er i gang med at blive godkendt. Beklageligvis fik Socialdirektørforum ikke i tide dette forløbsprogram i høring, men da vi nu når til godkendelsesprocessen, vil vi rigtig gerne sende vores kommentarer, så Sundhedsstrategisk Forum kan tage dem med videre frem. Forløbsprogrammet bliver drøftet på Socialdirektørforums næstkommende møde den 29. maj. Forretningsudvalget for Socialdirektørforum er dog bekendt med, at forløbsprogrammet skal godkendes i Det Administrative Kontaktforum allerede den 27. maj forud for en godkendelsesproces i de enkelte kommuner. Forretningsudvalget sender derfor her vores generelle bemærkninger vedr. forløbsprogrammet.

Generelt er Forretningsudvalget opmærksomme på og enige i, at mennesker med depression er en borgergruppe, som vi på det sociale område skal have og allerede har stor opmærksomhed på. Borgerne findes i beskæftigelsessystemet, på det sociale område og selvfølgelig også på sundhedsområdet. Forløbsprogrammets bidrag i forhold til vigtigheden af dialogen med borgeren, inddragelse af pårørende, screeningen m.m. er budskaber, som er vigtige, men som allerede i høj grad er i fokus på de sociale områder.

Forløbsprogrammets budskab om indførelsen af en koordinerende kontaktperson på alle, der er diagnosticeret, er et velment budskab, men et budskab, som vi finder, at den enkelte kommune selv bør beslutte om skal iværksættes. En del kommuner arbejder allerede med begrebet; den koordinerende sagsbehandler på de mere komplekse sager, en del kommuner har tilbud til borgerne enten via beskæftigelsessystemet eller i de sociale områder, mens andre kommuner har fundet andre gode veje til at sikre opmærksomhed og samarbejde på tværs omkring borgerne. Vi kan således ikke tilslutte os, at man via et forløbsprogram i alle 22 kommuner nu fastlægger, at alle skal indføre en koordinerende kontaktperson på en ret afgrænset målgruppe. Den tilgang, vi arbejder efter på de sociale områder, er, at de komplekse borgere – uanset hvilken diagnose de kommer med – er en borger, vi har fokus på at koordinere omkring. Men vi koordinerer kun de borgere, hvor der er mest behov. Det er vores erfaring, at ikke alle borgere har behov for en koordinerende kontaktperson. Dertil skal også lægges vurderingen omkring ressourcetrækket, som er udfordret på de sociale områder.

Derudover mener Forretningsudvalget, at der er en række faktorer i de økonomiske overvejelser, som ikke er blevet belyst. Dette drejer sig blandt andet om koordinationen af arbejdet forud for møder med borgerne, undervejs, samt koordineringen overfor pårørende. Det er ikke kun et spørgsmål om, hvad kurser for målgruppen koster. Der er også øgede administrative omkostninger, som knytter sig til opgaven, der skal belyses tilstrækkeligt. Vi ved fra andre projekter, at koordinering omkring komplekse borgere i den grad kræver ressourcer. Det er Forretningsudvalgets ønske, at de økonomiske overvejelser både i dette program, men også i fremtidige forløbsprogrammer bliver yderligere belyst, og fra Socialdirektørforums side vil vi



gerne være behjælpelige med både ressourcer og kontakter, som har yderligere kendskab til de økonomiske konsekvenser.

Ud fra det administrative tillæg til Sundhedsaftalen 2019-2023 kan Forretningsudvalget konkludere, at der forventes en række arbejder med yderligere indsatser/forløbsprogrammer, som også rækker ind over socialområdet i de kommende år. Forretningsudvalget har et stort ønske om at komme lidt tættere på disse planer, og vi indgår meget gerne i arbejdet i et tættere samspil med Sundhedsstrategisk Forum. Såfremt Sundhedsstrategisk Forum finder det relevant, vil vi gerne genvurdere, om socialområdet er tilstrækkelig godt bemandet i følgegrupperne. Det er i øvrigt Socialdirektørforums synspunkt, at vi måske med fordel i fællesskab kunne se nærmere på, om tiden er moden til at genvurdere, om der er lagt for mange nye projekter/indsatser i støbeskeen i forhold til, hvad vores områder på såvel socialområdet som på sundhedsområdet kan rumme.

Vi er klar over, at socialområdet har et ansvar for at arbejde med i sundhedsaftaleområdet, og det gør vi gerne. Vi er dog også optagede af, at vi på socialområdet er massivt udfordrede økonomisk, og derfor har behov for at målrette vores aktiviteter og ikke udvide vores aktiviteter.

Vi stiller os gerne til rådighed for en videre drøftelse af ovenstående.

På vegne af forretningsudvalget

Med venlig hilsen

Lise Willer

Formand for Socialdirektørforum



FORLØBSPROGRAM FOR MENNESKER MED DEPRESSION OG INDSATSER FRA SUNDHEDSAFTALEN

Tak for brevet om indsatser fra Sundhedsaftalen og opmærksomheden på forløbsprogrammet for mennesker med depression.

Indledningsvis vil vi fremhæve et stort ønske om at samarbejde med Socialdirektørforum om de indsatser i Sundhedsaftalen og i kommunalt regi, hvor vi har fælles opgaver og mål på tværs af social- og sundhedsområdet. Det er nødvendigt med et godt samarbejde for at lykkes med opgaverne. Derfor hilser vi Forretningsudvalget for Socialdirektørforums ønske om at indgå i et tættere samarbejde velkomment. Som I selv gør opmærksom på, ligger der allerede en række ønsker til indsatser i Sundhedsaftalen, som involverer Socialområdet. Her er det vigtigt med en tidlig inddragelse af Socialdirektørforum og en tæt, løbende dialog.

For at imødekomme dette vil Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum have øget opmærksomhed på sager – både tværsektorielle og fælleskommunale – som har relevans for både social- og sundhedsområdet, og det vil være vores ambition i højere grad at inddrage Socialdirektørforum som en nær samarbejdspartner. Samtidig vil vi bede Socialdirektørforum om at kontakte os, når I bliver opmærksomme på tværgående initiativer, som vi skal samarbejde om.

Desuden vil Fælleskommunalt Sundhedssekretariat have et tættere samarbejde med Fælleskommunalt Socialsekretariat om at sikre, at den rette information når begge fora, og at fælles sager koordineres på tværs af de to områder. Dette kan eksempelvis ske ved at styrke inddragelsen af de to fora

DATO: 28-05-2020

REF.: STINNA KRUSE SONNICHSEN
SKS@HADERSLEV.DK

ifm. høringsvar eller ved øget tværgående samarbejde mellem sekretaria-
terne om områder med fælles interesse.

Ift. forløbsprogrammet for mennesker med depression forstår vi, at der kan
være bekymringer omkring forløbsprogrammets konsekvens for de kommu-
nale socialområder. Kommunale repræsentanter fra Følgegruppen for fore-
byggelse, under hvilken forløbsprogrammet for mennesker med depression
er udarbejdet, har derfor udarbejdet vedlagte notat om formålet med for-
løbsprogrammet og indholdet af og økonomien i de centrale indsatser i for-
løbsprogrammet. Det er vurderingen, at mange kommuner allerede har ind-
satser, der opfylder behovene i forløbsprogrammet. Der vil således ikke
nødvendigtvis være behov for igangsættelse af nye initiativer i alle kommu-
ner.

På vegne af Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum

Med venlig hilsen

Gitte Østergaard

Formand for Sundhedsstrategisk Forum

Forløbsprogram for mennesker med depression

Baggrund

I 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum, at der skulle udarbejdes et forløbsprogram for mennesker med depression.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for uni-polar depression. Forløbsprogrammet for mennesker med depression er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Følgegruppen for forebyggelse under Sundhedsaftalen har på den baggrund udarbejdet et forløbsprogram for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet har været i høring i de 22 syddanske kommuner i 2019 med høringsfrist den 23. september.

Formål

Forløbsprogrammet for mennesker med depression har til formål at styrke den samlede indsats for borgere i målgruppen og bidrage til borgernes tilknytningen til arbejdsmarkedet.

I 2015 stod en stor gruppe syddanske borgere med depression uden for arbejdsmarkedet. Sygdommen er således en udfordring for såvel den enkelte borger som en samfundsmæssig udfordring. Det var derfor vurderingen, at en indsats overfor denne gruppe kan bidrage til den enkelte borgers livskvalitet og medvirke til at opnå eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Nye indsatser i forløbsprogrammet og økonomi

Forløbsprogrammet for mennesker med depression beskriver to særlige opgaver i kommunerne:

- Den koordinerende kontaktperson
- Den rehabiliterende indsats

Den koordinerende kontaktperson

Forløbsprogrammet for mennesker med depression indebærer, at en koordinerende, navngiven kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig

har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Den koordinerende kontaktperson sikrer, at der som minimum afholdes et fælles møde med relevante aktører, hvor der lægges en fælles plan for den videre indsats. I mange kommuner findes en lignende kontaktperson allerede, og her vil der således ikke være behov for ændringer, idet der ikke stilles krav til placeringen af kontaktpersonen.

Økonomi

Det er blevet vurderet, at en koordinerende, navngiven kontaktperson skaber klarhed omkring en kompleks borgers forløb, og at dette ikke vil have en økonomisk udgift for kommunerne.

Rehabiliteringstilbud

Forløbsprogrammet for mennesker med depression indebærer desuden, at kommunerne skal stille et rehabiliteringstilbud til rådighed for borgere med let til moderat depression, der ikke behandles i psykiatrien. Tilbuddet kan dog også inkludere andre relevante målgrupper, og den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af tilbuddet med afsæt i forløbsprogrammets intentioner.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.

Økonomi

Ud fra data fra Sundhedsprofilen 2017 og Sygdomsbyrden i Danmark 2015 vurderes det, at antallet af nye tilfælde af let til moderat depression i Region Syddanmark på årsbasis ligger i intervallet 2.350-2.850.

I forhold til de kommunale udgifter til et rehabiliteringsforløb for en borger med let til moderat depression er der lavet et estimat på et rehabiliteringsforløb, hvori der indgår: en afklarende samtale, patientskole a 12 timer med to undervisere, et holdtræningsforløb med to gange træning ugentligt i 12 uger med to undervisere samt en afsluttende samtale. Her estimeres, at udgiften pr. borger til rehabiliteringsforløb vil være 3250 kr.

Emne: Forsyningssikkerhed

Fra: Lis Fløe Pedersen <Lis.Floe.Pedersen@rsyd.dk>

Sendt: 9. marts 2020 08:19

Til: Elsebeth Schødt Udensgaard (eux@kerteminde.dk) <eux@kerteminde.dk>; isra@langelandkommune.dk; Judith Poulsen (jup@nordfynskommune.dk) <jup@nordfynskommune.dk>; kirsten.vie.madsen@svendborg.dk; Marianne Leegaard Møller (mlm@aeroekommune.dk) <mlm@aeroekommune.dk>; Signe Platz (dhant@assens.dk) <dhant@assens.dk>; Stine Foged Justi (sfjus@fmk.dk) <sfjus@fmk.dk>; Svend Tabor <sta@odense.dk>; Vickie Kramer Bang <vkb@nyborg.dk>

Emne: Forsyningssikkerhed

Kære samarbejdspartnere i de fynske kommuner

Odense kommunes Ældre- og handicapforvaltning har som et led i omfattende besparelseskrav valgt at hjemtage en del af de ydelser, kommunen køber hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi (CKV). Det drejer sig om ydelser for ca. 5 mio. kr. fordelt på IKT, tale- og høreområdet. Hjemtagelsen vil ske med et opsigelsesvarsel på 8 måneder sandsynligvis til 1. december 2020. I CKV har vi stor forståelse for Odense kommunes økonomiske udfordringer på ældre- og handicapområdet, men vi ærgrer os samtidig over hjemtagelsen, fordi det unikke fynske samarbejde om at tilbyde specialiserede og højt specialiserede ydelser til en konkurrencedygtig pris dermed svækkes en smule.

Men det er vigtigt for os at understrege, at hjemtagelsen ikke ændrer CKV's rolle i det fynske rehabiliteringsarbejde væsentligt. Dels svarer omfanget af hjemtagelsen til under 10 procent af CKV's omsætning, og dels vil Odense kommune fortsat være en stor og værdsat kunde hos CKV.

Vi kan således også fremover garantere for forsyningssikkerheden i forhold til de ydelser, vi leverer til de fynske kommuner, og vi vil iværksætte kapacitetstilpasninger, så det nuværende prisniveau fastholdes. Vi vil også bestræbe os på at bibeholde selv de små specialer på trods af kapacitetstilpasningerne. Desuden vil hjemtagelsen ikke få negativ betydning for vores arbejde med at minimere ventelister.

Vi glæder os således til i resten af 2020, i 2021 og årene frem at levere specialiserede og højt specialiserede ydelser til gavn for fynske borgere med funktionsnedsættelser.

Venlig hilsen

Steen Friis

Centerchef

Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, CKVs ledelsessekretariat

E-mail: Steen.Friis@rsyd.dk

Direkte: 99443201

Mobil: 51838062

Venlig hilsen

Lis Fløe Pedersen

Afdelingsleder

Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, CKV Odense

E-mail: Lis.Floe.Pedersen@rsyd.dk

Direkte: 99443515

Mobil: 29202256



Region Syddanmark

Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi

Heden 11, 5000 Odense

Hovednummer: 9944 3400

<http://ckv.rsyd.dk>

Kommissorium for tværsektorielt samarbejdsudvalg.

Baggrund

Samarbejdsudvalget er nedsat på baggrund af samarbejdsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne om sundhedsfaglig rådgivning og vurderinger fra Klinisk Funktion i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension samt sygedagpengesager.

Samarbejdsudvalgets formål

Samarbejdsudvalget kan drøfte generelle spørgsmål vedr. sundhed og arbejdsmarkedsmæssige forhold og har til formål at koordinere samarbejdet mellem region og kommune i forhold til:

- Den generelle udvikling i opgavevolumen og det daglige samarbejde.
- Behov for nye fælles tiltag afledt af reformer, IT mv.
- Planlægning af tværsektorielle temadage 1 x årligt
- Tværsektorielle kvalitetssikringstiltag.
- Sammenhæng mellem opgaver og økonomi i aftalen.
- Nedsætte fælles ad hoc underarbejdsgrupper, der løser konkrete opgaver.
- Godkendelse af årsregnskabet.

Samarbejdsudvalgets sammensætning

Samarbejdsudvalget er sammensat på følgende vis:

- Samarbejdsudvalgets formand er afdelingsleder i Praksis, Region Syddanmark.
- 6 kommunale repræsentanter – heraf mindst 4 repræsentanter fra jobcenter/arbejdsmarked.
- 1 – 2 Regionale repræsentanter fra Klinisk Funktion
- Regional sekretær fra Sundhedsplanens Følgegruppe for uddannelse og arbejdsmarked.
- Repræsentant fra Arbejdsmarkedskontor Syd
- Repræsentant fra KKR Syddanmark
- Praksiskoordinator for almen praksis

På forårsmødet i ulige år udskiftes 2 af de 6 kommunale repræsentanter – d.v.s. at kommunale repræsentanter er medlemmer af samarbejdsudvalget i en 4 årig periode – undtaget Odense, der er fast medlem.

Udskiftningen af kommunale repræsentanter foregår efter følgende model:

Efterår 2020	Forår 2021	Forår 2023
Varde Odense Nyborg Aabenraa Esbjerg Kolding (ny i udvalget)	<u>På valg:</u> Varde udskiftes med Billund Aabenraa udskiftes med Haderslev <u>Fortsætter:</u> Odense Nyborg Kolding Esbjerg	<u>På valg:</u> Nyborg udskiftes med Svendborg Esbjerg udskiftes med Vejen <u>Fortsætter:</u> Odense Kolding Haderslev Billund

Sekretærfunktionen i samarbejdsudvalget varetages af sekretariatet i Klinisk Funktion.

Samarbejdsform/ mødekadence

Samarbejdsudvalget mødes min. 2 x årligt – forår og efterår.

Herudover kan samarbejdsudvalget efter behov nedsætte ad hoc underarbejdsgrupper.

Problemstillinger og sager som ønskes behandlet på møderne i samarbejdsudvalget indsendes til sekretærfunktionen.

KL
Weidekampsgade 10 Postboks 3370
2300 København S
DK, Danmark

Dato: 29-10-2019
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPSAGL
Sagsnr.: 1905513
Dok. nr.: 947799

Att.: Hanne Gøttrup

Vedr. socialtilsynets opgave i forhold til alkoholbehandlingssteder

KL har den 20. juni videresendt en henvendelse vedr. alkoholbehandling til Sundheds- og Ældreministeriet, som KL har modtaget fra en kommune. Henvendelsen handler om et privat behandlingssted, som ikke længere har en kommunal samarbejdsaftale, og derfor ikke er en del af det kommunale alkoholbehandlingstilbud. Spørgsmålet fra kommunen er, hvem der er ansvarlig for at Tilbudsportalen opdateres i forhold til private alkoholbehandlingstilbud, som ikke længere tilbyder alkoholbehandling for offentlige midler.

Indledningsvist skal det bemærkes, at ministeriet alene kan udtale sig vejledende om forståelsen af sundhedslovens bestemmelser om kommunal alkoholbehandling, og den øvrige relevante lovgivning. Det skal ligeledes bemærkes, at ministeriet har været i dialog med Social- og Indenrigsministeriet, som er ansvarlige for socialtilsynet.

Sundhedslovens regler om alkoholbehandling

Sundhedslovens § 141¹ regulerer alkoholbehandling for offentlige midler. En kommune kan alene tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling, jf. stk. 1 og 3, på alkoholbehandlingssteder, som er godkendt af socialtilsynet, jf. sundhedslovens § 141, stk. 6, der godkender og fører driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder, jf. sundhedslovens § 141, stk. 5. For behandlingssteder, som en kommune ikke selv har etableret, gælder efter sundhedslovens § 141, stk. 6, endvidere, at behandlingsstedet skal have en aftale med minimum én kommune for at kunne indgå i kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling.

Det betyder, at et privat alkoholbehandlingssted, for at være en del af det kommunale tilbud om alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141, stk. 1 og 3, både skal være godkendt af socialtilsynet og have en aftale med minimum én kommune om tilvejebringelse af behandlingstilbud, jf. sundhedslovens § 5 og § 6. Hvis ikke det private alkoholbehandlingssted opfylder begge betingelser, kan det private alkoholbehandlingssted ikke levere alkoholbehandling for offentlige midler, og det er derfor ikke omfattet af sundhedslovens § 141.

Det fremgår af bemærkningerne til lov nr. 1870 af 29. december 2015 om øget kvalitet i alkoholbehandlingen, at grunden til at det private alkoholbehandlingssted skal kunne dokumentere, at det har en aftale med minimum én kommune, er, at det er afgørende for at sikre, at der på Tilbudsportalen kun optræder tilbud, som er en del af det kommunale alkoholbehandlingstilbud og derfor er omfattet af det frie valg, hvor borgeren frit og vederlagsfrit kan vælge, hvilket ambulant

¹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=203757>

alkoholbehandlingssted man vil behandles på. Når et tilbud optræder på Tilbudsportalen, har borgeren således en berettiget forventning om, at tilbuddet er omfattet af det kommunale alkoholbehandlingstilbud.

Behandlingstilbuddet skal således ved opstart af en godkendelsesproces kunne dokumentere en samarbejdsaftale med en kommune, for overhovedet at kunne begynde godkendelsesprocessen.

Socialtilsynets godkendelse og driftsorienterede tilsyn

Socialtilsynet er reguleret i lov om socialtilsyn² og bekendtgørelse om socialtilsyn³. Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med bl.a. alkoholbehandlingssteder i sundhedslovens § 141, jf. § 4, stk. 1, nr. 4, i lov om socialtilsyn.

Tilbuddet skal opfylde betingelserne i §§ 6 og 12-18 i lov om socialtilsyn for at blive godkendt som generelt egnet, jf. § 5, stk. 1, i lov om socialtilsyn. Derudover skal tilbuddet, som nævnt ovenfor, kunne fremvise en samarbejdsaftale med en kommune, jf. sundhedslovens § 141, stk. 6.

Formålet med det driftsorienterede tilsyn, jf. § 7 i lov om socialtilsyn, er at sikre, at tilbuddene fortsat har den fornødne kvalitet og opfylder betingelserne for godkendelse. Såfremt tilbuddet ikke opfylder betingelserne for godkendelse, jf. § 5, stk. 1, jf. §§ 6 og 12-18, kan socialtilsynet træffe afgørelse om ophør af godkendelsen af et tilbud.

Tilbudsportalen

Det følger af § 14 i lov om social service, at social- og indenrigsministeren samler og formidler oplysningerne om kommunale, regionale og private tilbud omfattet af § 4 i lov om socialtilsyn i en landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen). Reglerne om Tilbudsportalen er fastsat i en bekendtgørelse⁴.

Tilbudsportalen omfatter bl.a. tilbud omfattet af socialtilsynet.

Det fremgår af § 4 i bekendtgørelse om Tilbudsportalen, at det er socialtilsynet, som opretter det enkelte alkoholbehandlingstilbud på Tilbudsportalen.

Det fremgår endvidere af § 7, stk. 2, i bekendtgørelse om Tilbudsportalen, at har socialtilsynet, jf. § 5, stk. 7, i lov om socialtilsyn, truffet afgørelse om ophør af godkendelsen af et tilbud som nævnt i § 4, stk. 1, i lov om socialtilsyn, herunder en plejefamilie, skal socialtilsynet fjerne tilbuddet fra Tilbudsportalen snarest muligt, efter at fristen for ophør af godkendelsen, jf. § 4, stk. 2 og 3, i bekendtgørelse om socialtilsyn, og fristen for at påklage socialtilsynets afgørelse til Ankestyrelsen, jf. § 19 i lov om socialtilsyn, er udløbet, hvis afgørelsen ikke er blevet påklaget, jf. dog stk. 3, eller afgørelsen er blevet påklaget, og Ankestyrelsen har stadfæstet socialtilsynets afgørelse, jf. dog stk. 3.

Af § 7, stk. 3, i bekendtgørelse om Tilbudsportalen fremgår det, at socialtilsynet i de situationer, hvor socialtilsynet eller Ankestyrelsen har truffet afgørelse om at

² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=194396>

³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209142>

⁴ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209650>

iværksætte afgørelsen straks, skal fjerne tilbuddet fra Tilbudsportalen snarest muligt, efter at afgørelsen om at iværksætte afgørelsen straks er truffet.

Konklusion

Det er på baggrund af ovenstående Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse, at Tilbudsportalen udelukkende skal indeholde tilbud om alkoholbehandling, som er omfattet af sundhedslovens § 141.

Det er derfor ministeriets vurdering, at private alkoholbehandlingssteder – uanset om de tidligere er blevet godkendt af socialtilsynet, jf. § 5 i lov om socialtilsyn – skal fjernes fra Tilbudsportalen, hvis de ikke længere opfylder betingelserne for at være omfattet af det kommunale alkoholbehandlingstilbud efter sundhedslovens § 141.

Det er ligeledes ministeriets vurdering, at det er socialtilsynets ansvar, at de pågældende private alkoholbehandlingssteder fjernes fra Tilbudsportalen, hvis socialtilsynet bliver bekendt med, at alkoholbehandlingsstedet ikke længere er omfattet af sundhedslovens § 141.

Social- og Indenrigsministeriet gør socialtilsynene opmærksomme på dette brev.

Med venlig hilsen

Sabine Godsvig Laursen



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

25. september 2019

Kære sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke

Udfordringer med lovgivningen om vederlagsfri alkoholbehandling fra private leverandører

Socialdirektørforum i Syddanmark vil på vegne af de 22 kommuner i Syddanmark gøre sundheds- og ældreministeren opmærksom på et problem i forbindelse med vederlagsfri alkoholbehandling. Kommunerne i Syddanmark oplever udfordringer med det private alkoholbehandlingstilbud Det Gode Liv, som i alle landets kommuner kan tilbyde borgere anonym alkoholbehandling betalt af kommunerne til trods for, at kun Middelfart Kommune har indgået en samarbejdsaftale med Det Gode Liv.

Problemstilling omkring et privat tilbud om anonym alkoholbehandling

Kommunalbestyrelser skal tilbyde vederlagsfri alkoholbehandling, jf. § 141 i Sundhedsloven. Kommunalbestyrelsen kan etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller indgå aftale herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner. I henhold til § 141, stk. 6 kan kommunalbestyrelsen alene tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling, som er godkendt efter § 5 i lov om socialtilsyn. For behandlingstilbud, som kommunalbestyrelsen ikke selv har etableret, gælder endvidere, at behandlingstilbuddet skal have en aftale med minimum én kommune for at indgå i kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling.

I Syddanmark blev en ny aktør, Det Gode Liv, på alkoholbehandlingsområdet godkendt af Socialtilsyn Syd, idet tilbuddet på godkendelsestidspunktet havde en samarbejdsaftale med Middelfart Kommune. Samarbejdsaftalen mellem Middelfart Kommune og Det Gode Liv blev indgået den 9. marts 2019 og blev af Middelfart Kommune forsøgt opsagt igen den 7. juni 2019, dog uden held, da Middelfart Kommune og Det Gode Liv har indgået en 5-årig kontrakt.

Konsekvensen er nu, at Det Gode Liv har en samarbejdsaftale med Middelfart Kommune, men kan tilbyde anonym alkoholbehandling med ret til mellemkommunal refusion til borgere i alle kommuner i hele landet.

Kommunerne vurderer, at taksterne for tilbud om anonym alkoholbehandling hos Det Gode Liv væsentligt overstiger taksterne for behandling i kommunalt regi. Taksten for ambulant alkoholmisbrugsbehandling hos Det Gode Liv er 2.241,90 kr., jf. tilbudsportalen. Til sammenligning er starttaksten for det næstdyreste tilbud om ambulant alkoholmisbrugsbehandling i Syddanmark 591,78 kr, mens alle øvrige, opgjorte tilbuds starttakst er under 200 kr., jf. tilbudsportalen. Det er desuden de syddanske kommuners opfattelse, at det ikke er hensigtsmæssigt, at kommunerne ikke har information om de private tilbuds indhold – særligt, når der betales en væsentligt højere takst for tilbuddet.

Afklaring af lovgivning og forslag til ændring af lovgivning

Sagen rejser en række udfordringer, som Socialdirektørforum i Syddanmark ønsker en afklaring omkring:

- Er det hensigten med loven, at et privat tilbud (om anonym alkoholbehandling) skal kunne tilbyde borgere i alle landets kommuner behandling med kommunal afregning, hvis de på godkendelsestidspunktet har en samarbejdsaftale med én kommune?
- Er det korrekt og rimeligt, at den private aktør selv kan fastsætte takster for behandlingen, så længe den overordnede økonomi er godkendt af Socialtilsynet?
- Er det hensigtsmæssigt og hensigten, at kommunerne ikke har adgang til oplysninger om, hvad tilbuddet består af? Det skal bemærkes, at kommunerne naturligvis er indforståede med, at vi ikke skal have oplysninger om borgernes konkrete tilbud, da tilbuddet er anonymt, men et minimum af oplysninger om indholdet på stedet må være et krav.

Socialdirektørforum henvender sig til sundheds- og ældreministeren for at få en afklaring omkring udfordringerne og for at henstille til, at lovgivningen ændres således, at en kommunal samarbejdsaftale kun giver behandlingstilbuddet lov til at behandle borgere fra den eller de kommuner, der foreligger en samarbejdsaftale med.

Henvendelsen er ligeledes fremsendt til social- og indenrigsminister Astrid Krag.

Hvis du har spørgsmål vedr. problematikken, er du velkommen til at kontakte Socialdirektørforum i Syddanmark.

Venlig hilsen

Direktør Lise Willer
Formand for Socialdirektørforum i Syddanmark

Socialdirektørforum Syddanmark

Att.: Lise Willer

Formand for Socialdirektørforum Syddanmark

Dato: 09-12-2019
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPSAGL
Sagsnr.: 1908276
Dok. nr.:

Svar vedr. vederlagsfri alkoholbehandling

Socialdirektørforum Syddanmark har den 25. september 2019 henvendt sig til sundheds- og ældreministeren vedrørende de syddanske kommuners udfordringer med vederlagsfri alkoholbehandling. Ministeriet vil besvare jeres henvendelse på ministerens vegne.

Indledningsvist skal det bemærkes, at ministeriet alene kan udtale sig vejledende om forståelsen af sundhedslovens bestemmelser om kommunal alkoholbehandling og at ministeriet ikke kan forholde sig til konkrete sager.

En kommune kan tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling, jf. stk. 1 og 3, på alkoholbehandlingssteder, som er godkendt af socialtilsynet, jf. sundhedslovens § 141, stk. 6, der godkender og fører driftsorienteret tilsyn med alkoholbehandlingssteder, jf. sundhedslovens § 141, stk. 5. For behandlingssteder, som en kommune ikke selv har etableret, gælder efter sundhedslovens § 141, stk. 6, endvidere, at behandlingsstedet skal have en aftale med minimum én kommune for at kunne indgå i kommunalbestyrelsens tilbud om alkoholbehandling.

Hensigten med lovreglerne om alkoholbehandling for offentlige midler er, at borgerens adgang til behandling ikke begrænses. Borgere har ret til frit valg af ambulant alkoholbehandlingssted og ret til anonym ambulant alkoholbehandling.

Såfremt en kommune modtager en faktura og ikke forstår, hvorfor taksten er højere end kommunens egen takst, vil det være naturligt, at kommunen i et sådant tilfælde søger at få afklaret og specificeret, hvilke ydelser denne betaler for og sammenhængen mellem ydelserne og fakturaen. Behandlingsstedet må gerne udlevere disse oplysninger til kommunen, så længe det ikke har konsekvenser for borgerens eventuelle anonymitet.

Der er ikke på nuværende tidspunkt fastsat forpligtende nationale kvalitetsstandarder for alkoholbehandlingstilbud, som kan bidrage til at give den enkelte kommune bedre mulighed for at fastlægge et kvalitets-, service- og udgiftsniveau. Det forventes alene, at alkoholbehandlingsstederne benytter sig af den aktuelt bedst faglige viden om metoder og indsatser, og behandlingsstedet kan selv bestemme, hvad taksten for den tilbudte behandling skal være.

Som I måske ved, er Sundhedsstyrelsen ved at foretage et servicetjek af alkoholbehandlingsområdet. På baggrund af servicetjekket skal der tages stilling til, hvorvidt der er behov for nye indsatser på alkoholbehandlingsområdet. Der vil i den forbindelse også kunne tages stilling til, hvorvidt der på det strukturelle og lovgivningsmæssige plan bør foretages ændringer.

Derudover er styringsudfordringerne også blevet påpeget i forbindelse med aftalen af 6. september 2019 mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi for 2020. Det blev i den forbindelse aftalt, at der skal iværksættes et arbejde, der skal munde ud i forslag til, hvordan der sikres bedre sammenhæng mellem kvalitet i tilbuddene, takster og den øvrige hjælp til borgerne.

Jeres henvendelse vil blive inddraget i det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Sabine Godsvig Laursen

Årsrapport

2019



Socialtilsyn Syd 

Socialtils

Socialtilsyn Syd

Lindevej 5A · 5750 Ringe · 72 53 19 00

socialtilsynsyd@fmk.dk

www.socialtilsynsyd.dk

Marts 2020

Oplag: 3.000 stk.

Indhold

Forord: Altid spændende udfordringer i Socialtilsyn Syd	4
<i>Af tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen</i>	
Langt overvejende støtter tilbud borgerne ift. valgdeltagelse	8
Store Dannesbo: Succesfuld valgeftermiddag – og også rum for forbedring	10
Dilemma: Hvad med borgere med udviklingshæmning og supplerende funktionsnedsættelser	13
Jernstøberiet: Fremadrettet skal vi have ledelsesmæssigt fokus på valgene	14
Kvaliteten holder - også med mere fintmaskede tilsynsbesøg	16
Socialtilsyn Syd sætter fokus på aktuel praksis – og en mulig, fremtidig undskyldning	18
Hvordan vil fremtidens undskyldning(er) se ud	20
Plejefamilier: Ny godkendelsesproces løfter i forvejen høj kvalitet	24
Mentaliseringsinterviewet fik brikkerne til at falde på plads	28
Mentalisering – et nyt ord men ikke ny praksis for Kruså-familie ..	30
Nye redskaber gode – også når det ender med et nej	33
Plejefamilier: Nye kategorier giver flere ansøgninger om ændringer	34
Kategorien 'almen' svarer jo ikke til jeres børn	36
Antallet af magtanvendelser steg markant i 2019 ...	38
Socialtilsyn Syds rolle i forbindelse med magtanvendelser	40
Gråzonen mellem lovlig magtanvendelse og strafbar vold	43
Fordelene ved kvitteringsskrivelser er åbenlyse	44
Kompetenceudvikling i Socialtilsyn Syd tager fart	46
Opmærksomhed på professionel dømmekraft øger fleksibiliteten i tilsynet	48
Socialtilsyn Syd – fortalt i tal	50
Socialtilsyn Syd – indtægter i 2019	55
STS+ – Vi kan mere, end vi skal	56

Altid spændende udfordringer i Socialtilsyn Syd

En statsministers 'undskyld' satte i 2019 gang i tankerne hos en socialtilsynschef. Det samme gjorde Socialtilsyn Syds fokus på magtanvendelser, der for alvor fik indberetningerne til at stige. Plejefamilieområdet fik nye kategorier og ny godkendelsesproces. Og luppen blev for første gang sat på afholdelse af valg.

Af tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen

Det bliver aldrig kedeligt at være chef for Socialtilsyn Syd. Heldigvis. 2019 bød – i lighed med de tidligere fem år i socialtilsynenes historie – på en række spændende og fagligt udfordrende problemstillinger. Nogle af dem kom af sig selv. Fx trådte ny lovgivning i kraft på familieplejeområdet den 1. juli, der medførte ændringer i vores arbejdsgange og begreber. Andre er vi selv "skyld" i. I Socialtilsyn Syd er vi hele tiden under udvikling og føler en pligt til at bruge vores socialtilsynsfaglige platform til at undersøge, analysere og kommentere på det, der sker både i vores egen verden og i verden omkring os.

Samtidig er det vigtigt at huske, at Socialtilsyn Syd i sin kerneopgave – at godkende og føre tilsyn med plejefamilier og sociale tilbud – år for år står stærkere og mere ensartet i sin vurdering af kvaliteten. Således også i 2019, hvor vi ved udgangen af året også kan konstatere, at antallet af gennemførte tilsynsbesøg – anmeldte, uanmeldte og på skæve tidspunkter – er steget.

Tanker om et 'undskyld'

Den 13. august 2019 sagde statsminister Mette Frederiksen undskyld til dem, der i 1960'erne og 1970'erne voksede op på børnehjem som Godhavn og dér blev udsat for ulovlig misrøgt og mishandling. "I vores tid blev der begået alvorlige svigt af og overgreb på børn i samfundets

varetægt. Det skete i en tid, hvor staten var ansvarlig for tilsynet," sagde statsministeren blandt andet.

For mig som chef for et af nutidens fem socialtilsyn satte disse ord gang i en masse tanker. Nogle af dem udkrystalliserede sig i en hel stime af spørgsmål: Vil en statsminister om 50 år stå og undskylde for ting, der er begået, mens jeg har været socialtilsynschef? Hvilke ting ville det i givet fald være? Er der nogle af tingene, vi som samfund allerede nu bør kunne sætte luppen på og få ryddet op i? Eller er vi i nutiden bare altid sagesløse i forhold til de måske lidt (for) hurtige domme, som fremtidens fagfolk og politikere vil fælde over vores praksis, fordi de dels har deres egne værdier og dels vil have meget begrænset indsigt i de vilkår, som vi i nutiden forvalter vores ansvar ud fra?

Uanset hvad er min holdning, at man bør gøre sig umage på sin egen vagt og være klar til at møde borgernes, deres pårørendes og efterkommeres dom – og naturligvis også hvad historikere med forskellige fagområder vil kunne grave frem. Men vi skylder borgerne allerede nu at gøre, hvad vi kan for selv at søge efter de blinde pletter eller vinkler, som der utvivlsomt er i vores faglige praksis.



Alle disse overvejelser og mange flere har ført til to ting. Dels har vi gennemført to rundbordsamtaler med repræsentanter for organisationer og sociale tilbud, hvor vi har stillet spørgsmålet: Hvilke forhold for vores allermost udsatte borgere på landets børne-, unge- og voksentilbud vil en statsminister om 50 år muligvis stå og undskylde? Og: Kan vi overhovedet få øje på de blinde pletter eller vinkler, som vi i sagens natur er blinde over for? Rundbordssamtalerne – og kapitlet i årsrapporten om disse – har slået temaet an. Men langt fra udtømt det. Derfor vil Socialtilsyn Syds årskonference den 30. april have samme emne. Jeg håber, vi ses der.

Magtanvendelser – og hvor står Socialtilsyn Syd

Socialtilsyn Syd har fra midten af 2018 – og videre gennem 2019 – gjort tilbud med borgere, hvor der er hjemmel til magtanvendelser, opmærksom på, at disse magtanvendelser skal indberettes. Og indberettes korrekt. Det er ét aspekt af magtanvendelserne, som man kan læse mere om i årsrapporten. Et andet aspekt, som vi også behandler i denne rapport, er noget,

som nok er blevet meget tydeligt det seneste år. Nemlig at der er forskellige positioner hos de forskellige aktører, der er involverede i forståelsen af og håndteringen af magtanvendelserne.

I Socialtilsyn Syd er vi indimellem i dialog med tilbud om, hvad der er en magtanvendelse – og hvad der ikke er. Samtidig er vi af den opfattelse, at vores rolle som socialtilsyn alene er at forholde os til de faglige/pædagogiske overvejelser og perspektiver ved magtanvendelserne. Om en magtanvendelse skal have et juridisk efterspil, overlader vi i Socialtilsyn Syd som udgangspunkt til samspillet mellem borgeren og evt. pårørende, tilbuddet og handlekommunen.

Ændringer på familieplejeområdet

Under overskriften ”Mere kvalitet i plejefamilier” trådte en række ændringer i kraft på familieplejeområdet den 1. juli 2019. Den ene handlede om, hvordan man inddeler og beskriver de forskellige kategorier af plejefamilier. Lovgiver gav de fem socialtilsyn et år til at gennemføre omkategoriseringen af hver vores bestand af plejefamilier. I



Socialtilsyn Syd valgte vi at gennemføre omkategoriseringen ”over natten”, så alle plejefamilier i august fik et brev om, hvilken familieplejetype de nu tilhørte. Det var der flere årsager til. Den helt simple var, at der ingen grund var til at lade være! Lovgiver havde givet os umisforståelige retningslinjer for, hvordan omkategoriseringen skulle foregå – så hvorfor vente? Den anden var, at det for både plejefamilier og tilsynskonsulenter ville give en masse praktisk bøvvl at skulle operere med to forskellige kategoriseringer i et helt år. Den administrative omkategorisering er foregået stort set smertefrit – hvilket man kan læse mere om i kapitlet om processen.

Den anden ændring var en ny godkendelsesproces for plejefamilier. Meget af det, der nu er blevet

et lovkrav, var allerede praksis i Socialtilsyn Syd. Et nyt begreb – mentaliseringsressourcer – er kommet til, og en undersøgelse blandt vores tilsynskonsulenter viser, at det er et redskab, de tager godt imod. I det hele taget vil jeg gerne her benytte lejligheden til at kvittere positivt for, at (også) lovgiver har øjne på at hæve kvaliteten hos landets plejefamilier.

Tilbud og valg

2019 bød på valg til både Folketinget og Europaparlamentet. For første gang stillede Socialtilsyn Syd sig spørgsmålet, hvordan tilbud med de allermest udsatte borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og misbrug håndterede dette, jf. kvalitetsmodellens temaer ”Selvstændighed og relationer” og ”Sundhed



og trivsel“. Blev disse borgere reelt hjulpet til at kunne tage stilling og deltage i valget, hvis de ønskede det? Både en miniundersøgelse blandt 15 tilbud og efterfølgende interviews med lederne viste, at mange tilbud håndterer denne demokratiske rettighed ansvarligt og socialfagligt ordentligt. Men der er også tilbud med så svage borgere, at opgaven synes meningsløs – og hvor tilbuddene måske af den grund ikke reelt forholder sig til opgaven. Det handler et af årsrapportens kapitler om.

Vi står stærkere og stærkere

Samtidig med, at 2019 bød på både selvpålagte og udefrakommende udfordringer, er der som tilsynschef også grund til at glæde sig over, at

Socialtilsyn Syd år for år står stærkere i sin kerneopgave – at godkende og føre tilsyn med plejefamilier og tilbud. I 2019 blev tilsynsarbejdet blandt vores godt 60 dygtige tilsynskonsulenter endnu mere ensartet, og vi udførte endnu flere tilsynsbesøg – også på skæve tidspunkter.

Alt i alt blev 2019 endnu et godt år i Socialtilsyn Syd. Det, håber vi, afspejler sig i denne årsrapport, som vi hermed sender ud i verden.

Venlig hilsen

Peter Bjerregaard Andersen

Langt overvejende støtter tilbud borgerne ift. valgdeltagelse

Socialtilsyn Syd undersøgte efter de to valg i 2019, hvordan 15 botilbud understøttede borgernes valgdeltagelse. Langt overvejende gjorde tilbuddene det godt, konkluderer tilsynet – men på nogle tilbud med meget udsatte borgere er dilemmaerne åbenlyse.

At stemme til et europaparlamentsvalg eller et folketingsvalg er en demokratisk ret, som alle myndige borgere skal have mulighed for at udøve. Men har de det, hvis de er udsatte borgere med misbrug og/eller fysiske og psykiske handicaps og bor på et af landets botilbud? Det satte Socialtilsyn Syd sig for at undersøge i forlængelse af kvalitetsmodellens tema 2 (selvstændigt voksenliv og involvering i det omkringliggende lokal- og civilsamfund) og tema 4 (borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv).

15 tilfældigt udvalgte botilbud blev bedt om at svare på en række spørgsmål fra deres tilsynskonsulenter om, hvad de gjorde op til og under valgene for at sikre, at borgerne fik mulighed for at udøve deres demokratiske ret. Holdt tilbuddene fx valginformationsmøder, drøftede de valgene individuelt med borgerne, og blev der arrangeret fælles transport til valgstederne?

De 15 botilbud bestod af fem tilbud med borgere over 30 år med fysiske og/eller psykiske handicaps, fem tilbud med førstegangsvælgende borgere med fysiske og/eller psykiske handicaps og fem tilbud med borgere med misbrug.

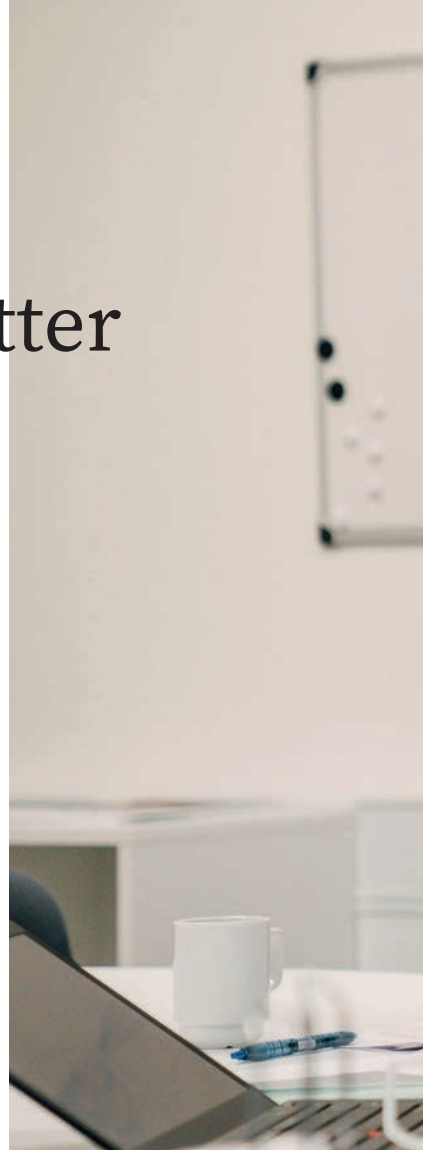
Stor variation i måden

I forlængelse af spørgeskemaet har tilsynskonsulenterne talt mere uddybende og nysgerrigt med de 15 tilbud om, hvad de op til valgene har gjort for at støtte borgerne. Her har de haft fokus

på kriterium 2 og 4 om sociale kompetencer, selvstændighed samt selv- og medbestemmelse.

Besvareelserne af spørgeskemaet viser helt overordnet, at langt de fleste tilbud aktivt forsøgte at informere borgerne om valgene og forsøgte at støtte dem i at udøve deres demokratiske ret til at stemme. De uddybende samtaler om kriterierne afdækkede, at der var stor variation i, hvordan tilbuddene tilrettelagde deres støtte, og hvad målgruppen overhovedet forstod og magtede.

– Alle tilbud har forholdt sig til valgene på den ene eller den anden måde og på det ene eller det andet niveau. Det afspejler meget godt, at vores tilbud er meget forskellige. Samtidig kan vi se, at der har været mere fokus på folketingsvalget end på EU-valget. Men det betragter vi også som naturligt, fordi folketingsvalget fylder mere i debatten herhjemme og dermed er lettere at forklare og engagere sig i, også for udsatte borgere, siger tilsynskonsulent på tilbudsområdet, Dorte Vinggaard Jespersen.





Samtalerne med tilsynskonsulenterne viser også, at dilemmaerne på nogle tilbud er åbenlyse. På et stort botilbud med borgere med udviklingshæmning, alvorlige funktionsnedsættelser og en udviklingsalder på tre måneder til fem år gav tilbudsledelsen udtryk for, at det ingen mening ville give at tale med borgerne om valget. Og at praksis var, at det blev op til pårørende og værger at forholde sig til de udsendte valgkort.

Det eneste område, hvor der ikke var variation i, hvordan tilbuddene svarede, var ved spørgsmålet: Har tilbuddet sikret, at det er borgerens stemme og ikke pædagogens stemme, der afgives i borgerens navn? Her har alle tilbud helt entydigt svaret ja. Hvilket selvfølgelig har givet anledning til refleksioner i tilsynet.

– Vi ved jo, at nogle af borgerne på de her tilbud har svært ved at danne deres egen mening og bliver påvirkede både af familie, naboer og pædagoger. Men hvis pædagogerne har gjort det, som vi håber og tror, så har de støttet neutralt, siger Dorthe Vinggaard Jespersen.

Vejledende og udviklende

I de uddybende samtaler sagde langt de fleste af de 15 tilbud, at de ved kommende valg vil have mere ledelsesmæssigt fokus på støtten til borgerne. Det stemmer meget godt overens med de overvejelser, som spørgeskemaundersøgelsen har affødt i Socialtilsyn Syd. Blandt andet at man ved fremtidige valg vil vurdere, om man skal have tilsynsmæssig opmærksomhed på valget, inden det løber af stablen. En sådan opmærksomhed kan antage mange former – fra et større fokus i tilsynsbesøget til en undersøgelse af, hvad tilbuddene på institutionsplan har tænkt sig at gøre for at understøtte deres borgere.

– På den måde vil vi som tilsyn ikke bare være kontrollerende men også vejledende og udviklende. Ud over de åbenlyse dilemmaer med at støtte så svært udsatte borgere i deres demokratiske ret til at stemme, er det noget af det, vi selv tager med os fra arbejdet med undersøgelsen, siger Dorthe Vinggaard Jespersen.



Succesfuld valgftermiddag- og også rum for forbedring

Valgftermiddage på forsorgshjemmet Store Dannesbo uden for Odense er ved at være en tradition. Busser kører i pendulfart på valgdagen. Alligevel kan støtten til borgerne omkring et valg 'fintunes'.



Fakta om Store Dannesbo

69 pladser på selve forsorgshjemmet under SEL § 110 og 12 pladser på Dannesbohus, det alternative plejehjem under § 108. Målgruppen er borgere fra 18–85 år med hjemløshed, stof- og alkoholmisbrug og sociale problemer.

at brevstemme. Ledelsen havde meldt klart ud til de forskellige afdelinger, at disse skulle sørge for, at politikerne ikke bare ”kom rendende”. Og på valgdagene kørte Store Dannesbos egne busser i pendulfart til valgstederne, så alle, der overhovedet ytrede ønske om at stemme, kunne komme til det.

– Derudover er meget af det jo relationsarbejde. Pædagogerne fortæller os, at de har motiveret borgerne og fortalt dem, at de skal have en holdning og en stemme for at kunne brokke sig, siger Søren Jespersen, der efter tyve år i Odense Kommune og et halvt år som leder af værkstedet på Store Dannesbo netop har sat sig i stolen som øverste leder af tilbuddet.

Han suppleres af leder af det alternative plejehjem, Dannesbohus, Grethe Steffensen, der har været på Store Dannesbo i 17 år:

– Vi følger med i nyhederne og taler med borgerne om, hvad der rører sig. Nogle dage kan man få en dialog om det, andre dage ikke. Det er svært at planlægge med vores borgertype, og det er mit indtryk, at mange af dem, der bor på plejehjemmet, aldrig har stemt, siger hun.

Maler bare et stort kryds

Valgeftermiddagen om folketingsvalget var en stor succes, siger de. Alle partier, der var repræsenteret i byrådet i Odense, (minus Venstre) deltog. Der kom omkring 12 borgere plus personale og hørte debatten. Et par af borgerne stillede selv spørgsmål: om stofindtagelsesrum,

Mange ting spillede godt sammen op til de to valg i foråret 2019 på Store Dannesbo, et midlertidigt botilbud efter § 110 med 69 pladser og et alternativt plejehjem efter § 108 med 12 pladser. Især når man tager målgruppen i betragtning – mennesker med hjemløshed, misbrug og sociale problemer i rygsækken.

Der blev – for anden gang ved et folketingsvalg – afholdt en valgeftermiddag for beboere og personale. Der blev afholdt et informationsmøde på tilbuddet, hvor en repræsentant fra Odense Kommune fortalte interesserede borgere, hvordan man brevstemmer – og der var lejlighed til

opholdstilladelser og nedskæringer på hjemløseområdet. Bagefter blev politikerne hængende og tog imod forslag fra borgerne.

– Flere af de borgere, der mødte op, havde aldrig stemt til et folketingsvalg før. Men det var mit indtryk, at de, der var i lokalet, var optaget af det, og jeg ser det som, at der er et større fokus på valgene i dag end tidligere hos beboerne, siger Søren Jespersen.

Vores samtale om valget sætter gang i en række overvejelser hos ledelsen. For eksempel, at man ved næste valg godt kunne have et større ledelsesfokus.

– En ledelsesstrategi kan være at være mere nysgerrig på medarbejderne. Har de en strategi

for, hvordan de forholder sig. Det mener jeg, de har, men det kan være et fokus fra os, siger Grethe Steffensen.

En anden ting er både oplagt og meget praktisk. Nogle borgere maler bare et stort kryds ud over stemmesedlen, så den bliver ugyldig.

– Når vi nu ikke må gå med borgerne ind i boksen, ville det være godt, hvis man kunne få fat i en prøvestemmeseddel før valget. Så kunne man gennemgå den ovre i bodelen på forhånd med borgerne, så de er sikre på, hvordan de udfylder den, siger Søren Jespersen.



Dilemma:

Hvad med borgere med udviklingshæmning og supplerende funktionsnedsættelser?

Samtaler med to tilsynskonsulenter på to tilbud for borgere med fysiske og psykiske handicaps viser udfordringerne ved at støtte denne målgruppe i at udøve sin demokratiske ret.

På et stort tilbud med borgere med udviklingshæmning og alvorlige funktionsnedsættelser har ingen stemt. Borgerne har en udviklingsalder på i gennemsnit fra tre måneder til 3–5 år og har behov for massiv støtte i hverdagen. Logisk nok blev der ikke afholdt valgmøder på stedet. Den kommunale repræsentant, der var sendt ud for at informere om muligheden for at brevstemme, tog tilbage med uforrettet sag – og det giver ifølge tilbuddet ingen mening at tale om, hvorvidt borgerne fik individuelle samtaler op til de to valg. Den type informationer er borgerne ikke i stand til at omsætte. Borgerne får deres valgkort tilsendt til deres individuelle lejligheder i tilbuddet, og tilbuddet informerer pårørende og værger om, at kortene er kommet. Det er herefter op til disse at afgøre, hvad der skal ske – og tilbuddet er altid indstillet på at hjælpe og støtte. Ifølge ledelsen af tilbuddet var der ved et foregående valg to borgere, der med deres pårørende tog hen til valgstedet. Ubrugte valgkort blev efter forårets to valg enten smidt ud af pårørende/værger eller røg ud med den almindelige rengøring.

Pædagogiske overvejelser i tilgangen

På et mindre tilbud med borgere med udviklingshæmning og adfærdsmæssige udfordringer og/eller psykiatriske diagnoser stemte en enkelt borger ved sidste folketingsvalg. Tilbuddet var op til valgene ifølge tilsynskonsulenten meget opmærksom på hver enkelt borgers funktionsniveau i forhold til, om det ville være relevant eller gøre borgerne unødigt utrygge at fortælle om valgene og muligheden for at deltage i dem. Ud fra denne vurdering var der borgere, som personalet valgte ikke at fortælle om valgene. Tilsynskonsulenten talte på tilsynsbesøget med en håndfuld borgere. Flere gav udtryk for, at de ikke havde lyst til at stemme, og en sagde, at han blev utryg ved at være på et sted med mange mennesker (men ville heller ikke brevstemme). En enkelt var vant til at stemme og vidste, hvad han ville stemme. Tilsynskonsulenten skrev i sin rapport, at tilbuddet har taget udgangspunkt i borgernes behov i vurderingen af, om de skulle oplyses om valget. Og at medarbejderne i tilbuddet generelt er bevidste om, at ”der arbejdes i et spændingsfelt mellem selvbestemmelsesret, omsorgspligt og omsorgssvigt”.

En tankestrøg

Af tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen

I forlængelse af en højesteretsdom fra 2018 har Folketinget ved en ændring i værgemålsloven besluttet at udstrække valgretten – og valgbarheden – til Folketinget til personer, som er frakendt den retlige handleevne.

På den ene side er der en tydelig tendens i samfundet til at tildele rettigheder til flest mulige. På den anden side peger især artikelen ovenfor på, at det, at nærmest ingen er umyndiggjort i grundlovens forstand og dermed fortsat har fuld valgret, stiller personale og pårørende i et etisk dilemma, når de ud fra både praktiske og omsorgsmæssige betragtninger så at sige vælger at forbigå den borgerret, som beboeren har.

Fremadrettet skal vi have ledelsesmæssigt fokus på **valgene**

Mange af pædagogerne på støttecenteret Jernstøberiet i Kerteminde synes, valg er spændende, og det smitter af på støtten til borgerne omkring valgene. Men vi skal have flere ting i spil, siger leder

22-årige Anne Marie har boet på Jernstøberiet i lidt over tre år, fordi der er mange ting, hun – som hun siger – ikke kan finde ud af i hverdagen. Hun synes, det er vigtigt at stemme, for det har hendes familie altid gjort. Så da hendes kontaktperson spurgte, om hun ikke havde lyst til at tage en kandidattest op til folketingsvalget, sagde hun ja. Kontaktpersonen læste spørgsmålene op, og Anne Marie svarede. ”Det var vist én, der hedder Jakob, der blev min foretrukne,” husker hun.

Kandidattesten er et godt eksempel på den måde, pædagogerne på Jernstøberiet griber det an, når der er valg. De 13 borgere i tilbuddet får en håndholdt støtte omkring valgene, der afhænger af, hvordan dialogen med dem spænder af i konkrete situationer.

– De fleste vil gerne lytte, når vi fortæller, hvorfor det er vigtigt at stemme. Men det er langt fra alle. Vi opfordrer borgerne til at stemme og tager en snak om valgene, når vi kan. Ved spisesituationer, når de får valgkort, eller når vi ellers kan fange dem, siger pædagog Liselotte Dreyer, der har været på Jernstøberiet i 11 år.

Hun vurderer, at cirka halvdelen af borgerne i tilbuddet stemte ved de seneste to valg. På valgdagen er det ofte noget med, at personalet siger, at ”hvis I vil med over at stemme, så gør vi det sammen”. Det tilbud har 25-årige Emma, der har boet i Jernstøberiet i snart otte år, fordi hun er psykisk sårbar og har brug for hjælp og støtte i hverdagen, taget imod med kyshånd.





– Jeg går selv ind i valgboksen og stemmer. Men bare det, at jeg har en med derned, der står og venter, gør mig tryk. Jeg bliver nok noget skidt dernede, siger hun.

Vigtigt at inddrage borgerne

For Liselotte Dreyer er det en balancegang at tale med borgerne om de enkelte politikere. Ofte spørger borgerne: ”Hvem synes du, jeg skal stemme på?” For pædagogen giver det mere mening at tale politik i store træk, forskellen på venstre og højre, og det med at tage den indflydelse, man kan få.

– Der er kommet mere fokus på borgerinddragelse de senere år, og den tendens gør sig også gældende omkring valgene. Og når de fleste af os pædagoger synes, det er spændende, smitter det uvilkårligt også af på den måde, vi inddrager borgerne, siger hun og tilføjer:

– Vi har som pædagoger nok selv fundet vores definition på kvaliteten ift. dette. Jeg kan i hvert fald huske, at jeg selv har tænkt, at det var min opgave rent pædagogisk at informere om valget og opfordre eller motivere. Fordi jeg selv synes, det er vigtigt at inddrage borgerne og støtte dem.

Ledelsesmæssigt fokus fremadrettet

Står det til den relativt nye teamleder, Lasse Michael Gredal, der har alle kommunens fem støttecentre under sig, skal pædagogernes eget socialpædagogiske engagement ikke stå alene ved fremtidens valg.

– Jeg er kommet til at tænke på, at fremadrettet skal vi have ledelsesmæssigt fokus på det. Min fornemmelse er, at medarbejderne har haft det fokus. Men når vi fx på Jernstøberiet er så heldige at have en forælder, der sidder i byrådet, og jeg selv er aktiv i politik, så skal det da bruges. I mit tidligere arbejde havde vi LEV ude ved valget, det er også en mulighed. Selvfølgelig skal vi sikre, at så store samfundsting som et valg bliver taget op ude på de enkelte støttecentre, siger han og tilføjer, at der selvfølgelig over tid er forskel på beboerne på de forskellige centre.

– På Jernstøberiet er alle beboerne p.t. rimeligt samfundsinteresserede og får input fra andre end personalet, fx sociale medier. Andre støttecentre kan indimellem have mange ældre med mere institutionaliseret udviklingshæmning. Det kan være beboere med færre input udefra, der nok stemmer mere som pædagogerne.

Fakta om Jernstøberiet

3 lejligheder efter ABL § 105 stk. 2 og støtte efter SEL § 85 til borgere fra 18 – 85 år, der ønsker at bo selvstændigt, men som har brug for støtte og vejledning i dagligdagen.



Kvaliteten holder – også med mere fintmaskede tilsynsbesøg

Mere ensartede og hyppige tilsynsbesøg på skæve tidspunkter bekræfter langt overvejende den gode kvalitet på tilbud og i plejefamilier. Plejefamilierne står stærkere i deres rolle, og tilbuddene bliver stadig skarpere på deres målgruppe og opgave. 2019 bød også på et par opmærksomhedspunkter.

Socialtilsyn Syd skal i sin årsrapport – i lighed med de øvrige fire socialtilsyn – give sine ”generelle overvejelser om kvaliteten i de tilbud, der er omfattet af socialtilsynet herunder den faglige og organisatoriske udvikling i tilbuddene” (bekendtgørelse om socialtilsyn § 19 stk. 2).

Helt generelt vil Socialtilsyn Syd derfor oplyse, at kvaliteten af de 438 tilbud og 1475 plejefamilier, som vi fører tilsyn med, er i orden. Ellers skrider vi til sanktioner. En betragtning, som selvfølgelig har gjort sig gældende i alle de nu fem år, som socialtilsynene har eksisteret. Men som år for år

får et stærkere fundament at stå på i Socialtilsyn Syd. Socialtilsyn Syds tilsyn bliver stadig mere ensartede i kraft af udviklingen i tilsynsprofessionaliteten. Vi har år for år øget antallet af tilsynsbesøg pr. tilbud og plejefamilie, og tilsynsbesøgene ligger oftere og oftere på skæve tidspunkter. Alt i alt har Socialtilsyn Syds tilsynsbesøg over årene ændret fokus fra, om tilbud og plejefamilier kan beskrive deres kvalitet, til, hvordan borgerne oplever denne kvalitet, og hvordan Socialtilsyn Syd ser kvaliteten udspilles og observerer kvaliteten i praksis. Det er på denne baggrund, at Socialtilsyn Syd kan oplyse, at kvaliteten på både tilbud og i plejefamilier langt overvejende er i orden, målt efter kvalitetsmodellens parametre.

Socialtilsyn Syd vil gerne supplere denne generelle betragtning med et par nedslagspunkter fra 2019.

Plejefamilier står stærkere i deres rolle

En plejefamilie i Socialtilsyn Syds område er i dag en professionel enhed, der er klar over, at den selv (og altså ikke kommunen) står til ansvar for kvaliteten over for socialtilsynet. Dette er i sig selv en kvalitetsstigning, der selvfølgelig ikke er sket over et enkelt år, men som er kommet meget tydeligt til udtryk i 2019. De enkelte plejefamilier tager selv ansvar for, hvilken målgruppe de er godkendt til, og hvilke børn de kan påtage sig at tage i pleje inden for denne målgruppe. Det har taget nogle år og mange dialoger med de enkelte tilsynskonsulenter at opbygge denne professionalisme hos plejefamilierne. Nu bærer disse anstrengelser frugt, hvilket igen skaber øget kvalitet for de børn, der sættes i pleje.

Den øgede bevidsthed hos plejefamilierne om deres rolle som professionelle aktører går hånd i hånd med en tendens i mange kommuner om at tilbyde plejefamilierne mere attraktive forhold. Fx i form af øget adgang til supervision og andre typer af støtte i de enkelte plejeforhold. Det skaber et andet fundament og øget kvalitet, når plejefamilien oplever, at den ikke står alene – at den har både kommunen og Socialtilsyn Syd som aktive medspillere.

Tilbud bliver stadigt skarpere

Igen: Dette er en bevægelse, der ikke kun handler om 2019. Men tilbuddene har over en bred kam været bedre i 2019 end i 2018 (ligesom de var bedre i 2018 end i 2017, etc.) til at beskrive deres målgruppe, hvad de er godkendt til, og hvem i et tilbud der som leder overordnet er ansvarlig for dialogen med Socialtilsyn Syd. Denne helt grundlæggende kvalitetsudvikling betyder, at Socialtilsyn Syd nu kan koncentrere en større

del af sin tilsynsopgave om at have fokus på, om tilbuddene så faktisk lever op til sine egne beskrivelser af praksis. Herunder af målgruppen, når de får en opringning om en mulig, ny borger.

Et par opmærksomhedspunkter

Socialtilsyn Syd er opmærksom på, at nogle driftsherrer fra tid til anden gennemfører besparelser, der på forskellige måder rammer de sociale tilbud. Generelt er det socialtilsynets oplevelse, at tilbuddene håndterer disse besparelser professionelt og kompetent. Samtidig er det dog et område, der til stadighed har socialtilsynets opmærksomhed – særlig ifht. krydsfeltet mellem indikator 9a om borgerkontakt til personale og de økonomiske tilsynsperspektiv om, hvorvidt tilbuddets økonomi giver mulighed for den fornødne kvalitet i forhold til målgruppen.

En særsomt udfordring, der har socialtilsynets opmærksomhed, er, at nogle tilbud har problemer med at rekruttere og/eller fastholde medarbejdere med relevante kompetencer.

– Uanset om årsagen hertil er en generel mangel på folk med specifikke kompetencer, stor personaleomsætning, eller andre forhold, så er det at kunne forny og fastholde de relevante kompetencer på et tilbud ofte en central faktor for, om kvalitetsspiralen så at sige drejer op eller ned, siger afdelingsleder på tilbudsområdet, Allan Johansen.

På familieplejeområdet er der en lille gruppe familier, hvor der stadig ikke er en tilstrækkelig kvalitetsudvikling. Disse plejefamilier bruger Socialtilsyn Syd en del ressourcer på med hypotetiske tilsynsbesøg og om nødvendigt beskrive udviklingspunkter og sanktioner.

Tilbud er økonomisk bæredygtige

Det er forsat den overvejende del af tilbuddene, der afleverer såvel budgetter som regnskaber til tiden. For hovedpartens vedkommende er materialet af en sådan kvalitet, at der ikke er bemærkninger til det. I de tilfælde, hvor der er behov for præciseringer eller uddybende kommentarer, er der i langt de fleste tilfælde en gensidig forståelse og et ønske om en hurtig og smidig afklaring.

Generelt viser det økonomiske tilsyn, at tilbuddene er økonomisk bæredygtige. Det økonomiske tilsyn vurderer også sammenhængen mellem pris og kvalitet i tilbuddene i et tæt samspil med det socialfaglige tilsyn. Erfaringen er, at der er god kvalitet i langt de fleste tilbud, og at de økonomiske midler anvendes hensigtsmæssigt.

Socialtilsyn Syd sætter fokus på aktuel praksis – og en mulig, fremtidig undskyldning

Undskyld, sagde statsminister Mette Frederiksen i sommer på Danmarks vegne til en gruppe børnehjemsbørn, som led overlast under deres anbringelse i 1960'erne og 70'erne. Statsministeren undskyldte både over den behandling, børnehjemsbørnene fik, og for datidens svigtende tilsyn.

Undskyld, siger statsminister NN måske i år 2070. Den officielle undskyldning kunne lyde nogenlunde sådan her: "Officielt undskyld på Danmarks vegne til alle jer, som både blev svigtet af de ansatte på de institutioner, hvor I boede, og af det socialtilsyn, som skulle have været garant for en god og værdig behandling tilbage i begyndelsen af 2020'erne."

Er det muligt at foregribe en sådan mulig reprimande fra fremtidens statsminister? Kan vi komme fremtidens statsminister i forkøbet og selv få stillet (til)synet skarpt på, hvad vi *burde* gøre,

Årsmøde om undskyldningen

Socialtilsyn Syd holder årsmøde den 30. april på Park Hotel i Middelfart. Temaet for årsmødet er "Hvordan undgår vi en ny statsministerundskyldning om 50 år?"

Se nærmere om årsmødet på Socialtilsyn Syds hjemmeside, www.socialtilsynsyd.dk, hvor man også kan tilmelde sig. Deltagelse er gratis.



ud over eller frem for det, vi faktisk gør i vores bestræbelser på at sikre borgerne på vor tids institutioner et godt og værdigt liv? Kan der skabes et klarsyn, som får nutidens mulige forsømmelser til at træde tydeligere frem, mens vi endnu har mulighed for at ændre praksis – så vi undgår en ny undskyldning en gang om mange år.

Eller er det umuligt, fordi vi midt i vores anstrengelser udvikler blinde pletter eller vinkler – som vi i sagens natur kan have meget svært ved at få øje på, mens virkeligheden udspiller sig?

Disse spørgsmål satte vi os i Socialtilsyn Syd for at undersøge. Derfor inviterede vi i begyndelsen af 2020 en række institutionsledere, organisationsrepræsentanter, embedsfolk, m.fl. til en rundbordssamtale med den hensigt at lægge hjerner – og hjerter – i blød sammen. Hvad ville – set fra de inviteredes forskellige perspektiver – en statsminister om 30–50 kunne bebrejde os, der lever og virker i feltet i dag?

Det er der kommet denne reportage ud af.



Bliver et af disse emner omdrejningspunktet for en statsministeriel undskyldning om 50 år?

- Borgere med stærk udviklingshæmning, der med henvisning til deres selvbestemmelsesret udsættes for omsorgssvigt af den institution, hvor de bor.
- Borgere over alt på institutioner, der ikke får det nærvær og den menneskelige tilstedeværelse, de som alle andre har behov for, fordi de ansatte bruger halvdelen af deres tid bag en skærm.
- Børn, der ikke får den nødvendige indsats, fordi 'systemet' ikke træder i karakter, når forældrene ingen evne har til at tage vare på deres børn – og alligevel får chance på chance.
- Kasse- og silotænkningen, der betyder, at mange børn og voksne ikke får den rigtige indsats. Fx fordi de går fra børne- til voksenparagrafferne – eller fordi de visiteres ud af en tryk institution, hvor de har tilbragt mange år, på grund af rigide regler.
- Den digitale tidsalder – eller rettere institutionernes (og socialtilsynets) vægring ved at træde i karakter, når fx internettet bruges af en borger til risikofyldte aktiviteter.

Hvordan vil fremtidens **undskyldning(er)** se ud?

Voksne med udviklingshæmning i klemme mellem socialfaglige og sundhedsfaglige kompetencer. Børn i klemme mellem forældre og fagfolk, der ikke tager ansvar. Pædagoger, der bruger for meget tid bag en skærm. Manglende respekt for manglende evidens.



Om de lige rækker til en statsministeriel undskyldning om 30 eller 50 år, er uvist. Men der var emner nok at tage fat på, da Socialtilsyn Syd to eftermiddage i januar mødtes med udvalgte tilbudsledere, organisationsrepræsentanter, en historiker og en enkelt embedsmand under temaet "Rundbordssamtale om 'blinde pletter' i socialt arbejde på døgntilbud".

Spørgsmålet til deltagerne i rundbordssamtalerne var enkelt og håndfast. Er det muligt at komme en reprimande fra en fremtidig statsminister

i forkøbet ved selv at stille skarpt på, hvad vi burde gøre bedre allerede nu?

Drøftelserne rundt om bordet de to eftermiddage viste, at der ikke er lige så enkle og håndfaste svar. Men at der i og rundt om institutionsverdenen er mange overvejelser om, hvordan lovgivning, organisering og praksis – og tilhørende mulige blinde vinkler – spiller sammen i forhold til udsatte børn, unge og voksne på institution. Og at der er en række områder, hvor de fremmødte godt kunne se en statsminister – eller en af de berørte udsatte borgere selv – om 30 til 50 år pege fingre ad nutidens virkelighed.

Områderne rakte lige fra forholdene for borgere med meget svær udviklingshæmning over silo- og kassetænkningens konsekvenser for 'skæve' eksistenser og mangler i faglighed og tværfaglighed til, hvordan børn indimellem bliver kasterbold mellem konkurrerende faggrupper og systemer.

Behandlet for sent

Meget tid blev brugt på en af de allersvageste grupper af borgere, nemlig voksne med den sværeste udviklingshæmning, og balancen mellem deres selvbestemmelse og behov for omsorg. Er der fx – lød spørgsmålet – borgere, der i dag bliver behandlet for en sygdom for sent, fordi de ikke er i stand til at give det lovbundne informerede samtykke, og personalet nøler? Ifølge områdeleder Steen B. Hansen fra døgn-tilbuddene Bosager er der en gruppe borgere med svær udviklingshæmning, der falder i et hul mellem serviceloven og sundhedsloven – et hul, der ikke bliver mindre af, at det socialfaglige personale i hverdagen kan vægre sig ved at påtage sig ansvaret for at træffe beslutningen om, at borgeren skal have en sundhedsfaglig ydelse.

– De bliver usikre i krydsfeltet mellem borgernes selv- og medbestemmelse, omsorgsforpligtigelsen og den magt, der ligger i rollen, siger han, mens tilsynschef Peter Bjerregaaard Andersen tilføjer den refleksion, at de ansatte måske også nøler, fordi socialtilsynet stadig ikke er helt tydelig med, hvad der ligger i at skulle vurdere, om tilbuddenes viden om borgernes sundhed modsvarer deres behov, jf. indikator 5c i kvalitetsmodellen.

På samme måde blev spørgsmålet rejst, om der er udsatte voksne, der burde umyndiggøres økonomisk, fordi de kognitivt er ude af stand til selv at se, at de igen og igen bliver udnyttet økonomisk.



... Og ift. udsatte voksne var en pointe også, at mange svigtes, fordi det godt nok hedder sig, at de skal have en psykosocial indsats. Men i virkelighedens verden er der ingen fokus på deres dybe traumer. I stedet sendes de på jobcentret, hvor en velmenende sagsbehandler, der slet ikke er klædt på til at se mennesket bag, forsøger sig med beskæftigelsesrettede initiativer.

Falder ned mellem to stole

Tænkning i kasser og organisering i siloer var et emne, der optog mange af deltagerne. Eller rettere det, der optog dem, var alle de mennesker, der på forskellige leder og kanter ikke passer ind i kasser og siloer. Hvad enten det er den unge, der fylder 18 år og overgår fra 'siloen' børne- og familieafdelingen til 'siloen' voksenafdelingen – med det dertilhørende videnstab. Eller det handler om den borger, der skal flyttes fra et velfungerende midlertidigt botilbud til et § 108-tilbud, fordi dennes funktionsnedsættelse er blevet revurderet.

– Hvis man ikke passer ind i en kasse, så falder man ned mellem to stole. Og det er tit, at min gruppe ikke passer ned i kasserne, sagde Sisse Bøgild, der som formand for Tabuka repræsenterede nuværende og tidligere anbragte.

Efterspørger tilstedeværelse

Snitfladen mellem borger og system optog også afdelingsleder på botilbuddet Skovsbovej, Jesper Dylsing. At systemerne med deres mangeartede dokumentationskrav efterhånden optager så meget af personalets tid, at de bruger halvdelen af arbejdsdagen bag en skærm.

– Borgerne efterspørger vores tilstedeværelse. Og hvor er mennesket blevet af i systemet? Det kunne godt blive det, en statsminister skulle ud at undskylde for om 50 år, sagde han og blev suppleret af kredsformand i SL Sydjylland, Finn Harald Rasmussen, der sagde, at i hans arbejdsliv er den individuelle tid til borgeren blevet skåret 'drastisk' ned.

– Det er ret beskæmmende at se på, at samtidig med, at vi prøver at selvstændiggøre, så bliver borgerne mere og mere tilskuere til eget liv. Den kunne godt gå hen og ramme på et tidspunkt, hvis det fortsætter, sagde han.

Faglighed, metoder og tværfaglighed

Samarbejdet mellem fagprofessionelle, kvaliteten i myndighedsarbejdet og manglende erkendelse af, hvor lidt man egentlig ved om,

hvad der virker, var på tværs af manges ståsted et gennemgående tema.

Velfærdsdirektør i Assens Kommune, Henrik Juul Kjær, fremhævede med afsæt i tidligere undersøgelser fra blandt andre landets socialdirektører, at "fagligheden og metoderne bragt i anvendelse over for borgerne mere er båret af faglige traditioner end evidens for, om de virker".

– Det er vi også nødt til at tage alvorligt. Vi skal have en respekt for det, vi ikke ved, sagde han blandt andet.

Flere deltagere var inde på, at borgerne kan blive svigtet, når de fagprofessionelle ikke arbejder sammen på tværs – hvad enten det nu skyldes en underliggende konkurrence mellem faggrupperne, at ingen rigtigt træder i karakter, eller den måde, systemerne er organiseret på.



– Vi har børn med syv-otte-ti anbringelser bag sig. Som starter på en institution, derefter er i en række plejefamilier og så ender tilbage på den oprindelige institution. Hvis jeg var barn og sad i den situation, ville jeg godt nok gøre opmærksom på det om 50 år. Hvis jeg blev så gammel, sagde Anette Rubin, udviklingskonsulent i foreningen Livsværk.

Alternative stemmer

Emnerne og spørgsmålene omkring børn hobede sig op. Vil børn fx komme om 50 år og klandre systemet for, at ingen turde tage ansvaret for at sige til deres mor, at hun ingen forældreevne havde? Vil børn om 30 år komme og sige, at de fagprofessionelle svigtede, da de flyttede et barn fra en plejefamilie eller en institution, alene fordi barnet i en børnesamtale i et ophedet øjeblik sagde, at det havde det dårligt på stedet?

Mange både på børne- og voksenområdet var opmærksomme på den sparsomme og meget målorienterede dokumentation, der udføres i alle led – og som om 30–50 år kan udgøre de eneste stumper af 'livshistorie', et udsat menneske kan genfinde i et forsøg på at skabe mening i sit liv. Andre efterlyste større viden om, hvordan man inddrager dem, det hele handler om – de alternative stemmer, livsvidnerne eller livseksperterne.

Der var nok at tage fat i. Og som en af deltagerne bemærkede, var rundbordssamtalerne et godt initiativ. Ikke bare for at forsøge at se 30–50 år ud i fremtiden. Men som en meget konkret øvelse i den daglige praksis, hvor man kan spørge sig selv, hvad andre ser, som man måske ikke selv umiddelbart kan se.



Ny godkendelsesproces løfter i forvejen høj kvalitet

Tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd er tilfredse med den nye systematik og de nye redskaber til observation og til afdækningen af især hjemmeboende børns perspektiver og mentaliseringsressourcer hos potentielle plejefamilier. Men der er også et par skønhedspletter.

Den 1. juli 2019 blev lovgivningen ændret på familieplejeområdet. Blandt andet udgår kategorien ”konkret godkendte plejefamilier”, så alle plejefamilier undtagen netværksplejefamilier skal godkendes generelt af socialtilsynene. Herudover skal socialtilsynene følge et fast koncept, når de godkender plejefamilier. Redskaberne til konceptet er udarbejdet af Socialstyrelsen i samarbejde med de fem socialtilsyn, og det blev taget i brug samtidig med, at loven trådte i kraft.

For Socialtilsyn Syd har ændringerne fra det hidtil anvendte og selvudviklede koncept til det nye lovbestemte godkendelseskoncept været få, fordi de to koncepter minder meget om hinanden. Men på nogle vigtige områder giver det nye koncept og de tilhørende nye redskaber øget systematik og struktur. Det gælder måden at udføre observationer på, og det gælder afdækningen af hjemmeboende børns perspektiver og plejeforældrenes mentaliseringsressourcer. Ud fra lovgivningen og med inspiration fra Socialstyrelsens materiale har Socialtilsyn Syd udarbejdet en procesplan for godkendelsen, som er den, alle ansøgere har stiftet bekendtskab med siden 1. juli.

Socialtilsyn Syd besluttede, allerede inden loven trådte i kraft, at tilsynet som kvalitets-sikring ville lave en evaluering af den nye procesplan og de nye redskaber ved årets udgang. Tilsynskonsulenterne bag halvårets 41 nygodkendelser har mundtligt fortalt om deres erfaringer med den nye proces. Helt overordnet siger de, at den nye proces og de nye redskaber er en kilde til en mere struktureret indsamling af viden om ansøgerne og en mere struktureret

måde at omsætte denne viden til en vurdering af den potentielle plejefamilie.

Nyt observationsskema er en god ramme

At udføre observationer har altid været en del af processen, når tilsynskonsulenterne i Socialtilsyn Syd skulle godkende plejefamilier. Men et nyt observationsskema fra Socialstyrelsen er et nyt arbejdsredskab. Fx skal tilsynskonsulenterne inden første besøg forholde sig til deres forhåndsviden om familien, og hvordan denne viden kunne spille ind på fortolkningen af familien. Og tilsynskonsulenten skal både planlægge en aktivitet ude i plejefamilien, hvor familiodynamikken kan observeres, beskrive sine observationer neutralt og fundere over, hvordan hans eller hendes tilstedeværelse har haft indflydelse på situationen.

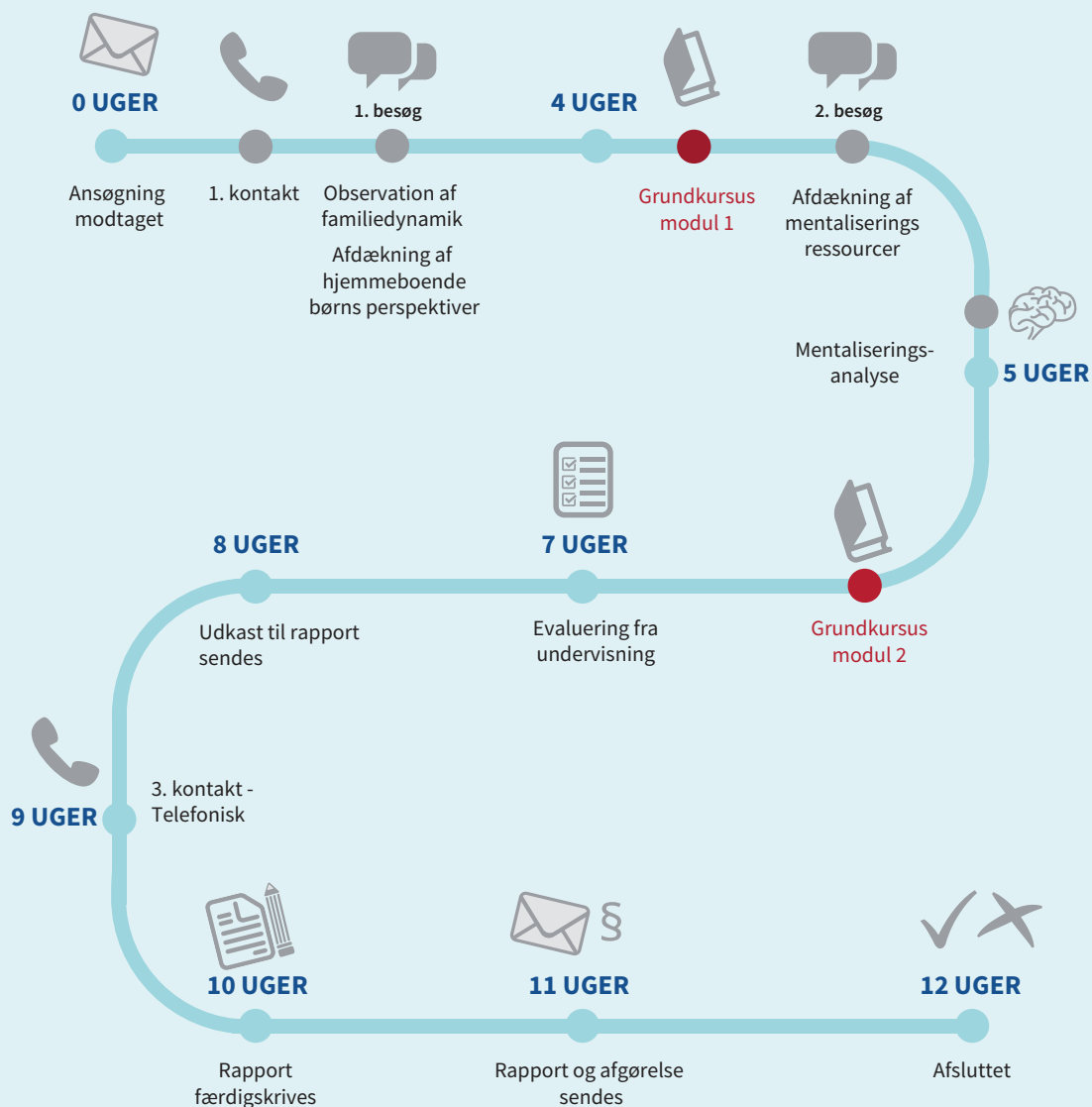
– Tilsynskonsulenterne rapporterer tilbage til os, at det er en god ramme. Men at det er svært at gennemføre en aktivitet, hvis der ikke er hjemmeboende børn, siger koordinator på familieplejeområdet, Manja Rasmussen.

Øget fokus på hjemmeboende børn

Ifølge det nye koncept skal tilsynskonsulenterne tale med alle hjemmeboende børn. Socialstyrelsens materiale omfatter en interviewguide, som bruges som inspiration men ikke benyttes slavisk i alle samtaler i familierne, fordi nogle af spørgsmålene af nogle af tilsynskonsulenterne opleves som ’voldsomme’.

– Tilsynskonsulenterne gør meget ud af at fortælle børnene, at de ikke vil blive citeret. I de fleste tilfælde er forældrene til stede, når tilsynskonsulenterne taler med børnene, og

Procesplan for nygodkendelse af plejefamilier i Socialtilsyn Syd



afhængigt af alder m.m. måske bliver vist rundt af dem. Børnenes svar sammenholdes med den viden, vi i øvrigt får, og de bruges dermed i vores samlede vurdering af familiens egnethed som plejefamilie, siger Manja Rasmussen.

Mentaliseringsressourcer skal under lup

Socialtilsyn Syd har ikke tidligere systematisk afdækket kommende plejefamiliers mentaliseringsressourcer – altså hvor godt, de forstår deres egen og andres adfærd ud fra både deres

egne og de andres følelser, tanker, bevæggrunde m.m. Med det nye godkendelseskoncept er der kommet struktur på dette ud fra et mentaliseringsinterview med tilhørende guide og skema til at analysere svarene. Tilsynskonsulenterne melder i evalueringen klart tilbage, at det er godt, der er kommet en struktur for, hvordan de kan gå til afdækningen af mentaliseringsressourcerne .

– Forventningen hos tilsynskonsulenterne, inden de gik i gang, var, at det ville være meget



Antal nye godkendelser fra og med 1/7-2018 til og med 30/6-2019	Antal	Andel
Godkendt	118	90,08%
Ikke godkendt	13	9,92%
I alt	131	

Antal nye godkendelser fra og med 1/7-2019 til og med 1/1-2020	Antal	Andel
Godkendt	41	93,18%
Ikke godkendt	3	6,82%
I alt	44	

– Begge dele afspejler meget godt, at Socialtilsyn Syd i forvejen var meget opmærksomme på de elementer i godkendelsesprocessen, som lovændringen og det nye godkendelseskoncept har konkretiseret, siger Manja Rasmussen.

komplekst at arbejde med de nye redskaber. Men jo flere gange, de godkender eller giver afslag efter det nye koncept, jo mere opdager de, at det er gode redskaber, der gør vores arbejde mere struktureret, siger Manja Rasmussen og tilføjer, at mange tilsynskonsulenter savner, at de kommende plejefamilier tidligere skulle skrive deres livshistorie. På baggrund af mange gode begrundelser, vil livshistorien derfor formentlig komme tilbage i godkendelsesprocessen.

Socialtilsyn Syd har valgt, at alle tilsynskonsulenter skal tage deres del af ansøgningerne – til forskel fra den model, at et godkendelsesteam med en håndfuld medarbejdere laver alle godkendelser. Det vigtigste argument for dette er, at det giver sammenhæng mellem de normale tilsynsbesøg og godkendelsesprocessen, at alle tilsynskonsulenter laver begge dele.

– Vi ser da også allerede nu, at mentaliseringsredskabet så småt er ved at finde sin plads i det almindelige tilsynsarbejde, siger Manja Rasmussen.

Tidsforbrug og antal afvisninger

På forhånd var det ventet, at den nye proces ville tage lidt længere tid end den gamle, der i 2018 i gennemsnit varede 11 uger. Indtil videre er der

dog ikke noget i tallene, der sandsynliggør, at den nye godkendelsesproces tager længere tid end den gamle. I 2. halvår 2019 – efter den nye proces var igangsat – tog det også 11 uger at blive godkendt. Mod 12 uger i hele 2019.

Der er heller ikke noget, der tyder på, at der bliver godkendt færre plejefamilier efter det nye koncept. Som det kan ses i tabellen ovenfor, er 93 procent af alle plejefamilier, der fuldførte processen i 2. halvår af 2019 – efter den nye godkendelsesproces var trådt i kraft – godkendt. I året forinden var det tilsvarende tal 90 procent.



Mentaliseringsinterviewet fik brikkerne til at falde på plads

Tilsynskonsulenternes spørgsmål og den efterfølgende samtale fik for første gang Emilie Mohr til at se og sætte ord på, hvordan hendes opvækst har formet hendes måde at være rummelig på.

57-årige Emilie Mohr, som bor i den lille landsby Ødis udenfor Vamdrup, har mange år på bagen med udsatte børn. Først fik hun og hendes daværende mand et feriebarndom fra Red Barnet, senere et barn i fuldtidspleje og senere en række aflastningsbørn. Hendes status er gået fra at være feriefamilie over en generel godkendelse til – efter en skilsmisse – en konkret godkendelse. I sommer fik hun så at vide, at hun skulle igennem en ny godkendelsesproces, fordi hun gerne ville tilbage til sin status som generelt godkendt.

De mange år med børn i aflastning og pleje har ført til masser af samtaler mellem Emilie Mohr og kommunale sagsbehandlere og

familieplejekonsulenter. Men i forbindelse med det nye godkendelsesforløb og særligt de to hjemmebesøg har hun haft en række emner oppe at vende på en ny måde, der har givet nye indsigter.

– Det er første gang, at jeg har fået tingene perspektiveret. Og fået sagt nogle ting højt, så det gav mening for mig, siger Emilie Mohr.

Samtale gør mig mere bevidst

Særligt to-tre ting i godkendelsesprocessen har bundfældet sig og givet den nyslåede generelt godkendte plejemor ny fylde. Den ene var det første hjemmebesøg, hvor hun for første gang fik



sat ord på, hvad det har betydet for hendes egne børn på nu 27 og 31 år, at de fra de var 6 og 10 har skullet dele deres mor med andre børn.

– Dengang håbede jeg bare, at de ville blive rummelige over for børn, der var lidt skæve. Nu, hvor jeg fik det talt igennem, er jeg blevet mere bevidst om, at det på den ene side var hårdt, men at de også havde godt af det. At der er den gevinst, at det i dag er naturligt for dem, siger hun og tilføjer:

– Fra at være noget, der har ligget i baghovedet, er det nu blevet sagt højt, så det giver mening for mig. Det er også med til at give mig motivation i mit arbejde at have sådan en samtale om de positive ting, siger hun.

Den anden ting var mentaliseringsinterviewet under det andet hjemmebesøg. Over årene har Emilie Mohr da indimellem fået vendt sin barndom og opvækst. Men mere ud fra perspektivet, at 'det var det'. I mentaliseringsinterviewet fik hun for første gang kigget ordentligt på, hvordan hendes fars og mormors død, da hun var 4–5 år, satte gang i en kædereaktion, der formede hendes og søsterens personlighed. Noget, der smitter af på både hendes og søsterens måde at integrere hendes aflastnings- og plejebørn på.

– Min mor og vi piger flyttede ind hos min morfar, da vi var små. Han boede på en gård og var meget åben over for landsbyens rødder. Det var også naturligt for ham at hjælpe, så vores spejderen venner kunne komme med på sommerlejr, hvis det kneb med midlerne, siger hun.

Plads til alle

Under samtalen gik det op for Emilie Mohr, hvordan hendes opvækst har hjulpet hende til at se, at der skal være plads til alle. Lige dér blev hun følelsesmæssigt berørt. Det blev hun også, da hun – hjulpet på vej af spørgsmålene – for første gang rigtigt kom til at tænke over, hvordan hendes mor må have været både fyldt med sorg men også meget stærk i sin beslutning om at flytte hjem til sin far.

– Jeg fik en helt anden opvækst på grund af min fars død. Jeg voksede op i et firkløver med sammenhold og forståelse. En fantastisk barndom, som har gjort mig til den, jeg er i dag. Det samme gælder jo min søster. Hun og hendes familie har helt naturligt åbnet sig for de børn, der bor hos mig, siger hun.

Den tredje ting, der bekræftede Emilie Mohr i, at hun er 'god nok' som plejemor, var, da tilsynskonsulenten – i forlængelse af den nye godkendelsesproces – talte med hendes tidligere plejebarn, der er først i 20'erne og midlertidigt er flyttet hjem til hende.

– Tilsynskonsulenten spurgte til hans opvækst hos mig og observerede os sammen. Det var dejligt at se, at han kan se, at han var og er værdsat. Han kom med konkrete eksempler på, at han ikke har oplevet sig som anderledes end mine egne børn, siger hun.

Mere forberedt, når telefonen ringer

For Emilie Mohr har det været både ok og godt, at tilsynskonsulenten er gået tæt på hende og har fået hende til at gå langt dybere ind i en række ting. Grundkurset, kvalitetsmodellen og samtalerne med konsulenten har været med til, at hun har fået mulighed for at mærke efter, hvad hun selv og familien kan holde til.

– Det er først, når man er i følelserne, at man oplever sit eget sande jeg og kan mærke, om man er rustet til opgaven. Så de mange overvejelser gør, at man er mere forberedt, når telefonen ringer, og man får tilbudt et barn, siger hun.

Mentalisering – et nyt ord, men ikke ny praksis, for Kruså-familie

38-årige Christian Michaelsen, der arbejder i logistikbranchen, kendte ikke ordet mentalisering, da han og hans samlever skulle godkendes som aflastningsfamilie. Men han fangede det hurtigt, og hele processen har givet masser af stof til eftertanke.



Christian Michaelsen og hans samlever, Sarah Mathur, havde et vidt forskelligt udgangspunkt, da de i sommer sendte en ansøgning til Socialtilsyn Syd. Sarah Mathur er socialrådgiver, har arbejdet 12 år i en børne- og familieafdeling og kender området og begreberne ud og ind. Christian Michaelsen er uddannet i salg og arbejder med logistik og transport, så for ham er det hele nyt, og han har suget til sig.

Parret, der bor i Kruså, er nogle af de første, der har været igennem den nye godkendelsesproces, hvor

den potentielle pleje- eller aflastningsfamilies mentaliseringsressourcer skal afdækkes. De har oplevet hele processen som behagelig, superinteressant og selvudviklende, og de er gået ærligt og åbent ind i at fortælle om sig selv, deres barndom og deres indbyrdes forhold.

– Vi havde undervejs ikke noget grundlag for bekymring, også fordi vi relativt hurtigt fik at vide, at der ingen tvivl var om vores mentaliseringsressourcer. Men det var da stadig en forløsning, da vi fik at vide, at vi var godkendt, siger Sarah Mathur.

Supplerer hinanden godt

Parret sendte deres ansøgning i maj. Midt i deres sommerferie i Italien fik de en opringning og en aftale om det første hjemmebesøg. Begge parter forberedte sig til besøget ved at læse en hel masse materiale på internettet. Samtidig talte de om, hvor de kunne blive udfordret, hvad de kunne bidrage med, og at der altid er steder, hvor man kan arbejde med sig selv.

– Sarah ville nok bruge ordene 'konservativ' eller lidt 'firkantet' om mig og mine holdninger, så der er da noget at være opmærksom på. Omvendt kan jeg da godt nogle gange mene, at den pædagogiske verden formulerer sig uendeligt snørklet. Men vi supplerer nok hinanden meget godt, siger Christian Michaelsen.

Til første hjemmebesøg troppede to tilsynskonsulenter op. Den ene stillede spørgsmål om parrets værdier og opvækst, om forholdet til de børn, der omgiver dem i familien, og hvad der ville ske, hvis de selv fik det eller de egne børn, som er et stort ønske. Den anden tilsynskonsulent observerede.

– Det med at blive observeret, mens vi talte sammen, var en noget anderledes oplevelse. Også fordi vi vidste, at de kiggede efter, om vores ord og reaktioner hang sammen. Det var interessant, fordi det fik os til at reflektere over flere aspekter af den måde, vi lever vores liv på, samtidig med at vi fik feedback på, hvordan de oplevede os. Vi fik at vide, at vi havde en meget anerkendende tilgang til hinanden, og det er jo altid rart at høre, siger Sarah Mathur.





Udfordringer var ok

Inden andet hjemmebesøg fik de at vide, at dette besøg ville handle om mentalisering. De ville blive interviewet hver for sig, og tilsynskonsulenterne ville spørge om deres barndom og opdragelse, og om de fx havde oplevet svigt.

– På det besøg udfordrede de os på nogle af de ting, vi har kær, for eksempel vores forældre.

Men jeg synes, det var ok. Og det var superinteressant at forholde sig til sin barndom på en ny måde, siger Christian Michaelsen.

Han bruger ordet 'privilegeret' om sin opvækst. De største 'uretfærdigheder', han har oplevet, har handlet om noget slik, han ikke fik, eller et hjemkomsttidspunkt, der for en ung teenager føltes lidt vel stramt.

– De oplevelser har aldrig været italesat før. Men når jeg kigger på dem i dag, er det jo også noget med at anerkende, at mine forældre nok har vidst, hvad de gjorde, siger Christian Michaelsen og fortæller, at han i tiden efter interviewet har grebet sig selv i at fundere over, hvor meget han egentlig har taget med sig fra sin barndom.

Følelsesmæssigt påvirket

For Sarah Mathur var det at gå tilbage og kigge på barndommen en meget personlig proces, hvor hun også undervejs blev følelsesmæssigt påvirket.

– Men hele samtalen forløb på en behagelig og naturlig måde. Det blev ikke en eksamenssituation, hvor man var på vagt, siger hun.

I september kom så rapporten og en efterfølgende telefonsamtale. Parret blev godkendt til den ønskede målgruppe og har nu fået deres første opgave.

Nye redskaber er gode – også når det ender med et nej

En familie med to børn søger om at blive almen plejefamilie. Der har været – og er fortsat – plejebørn i morens barndomshjem, og det har givet dem lyst til det samme. Ingen af forældrene har uddannelser, der er rettet mod børn med særlige behov. Forældrene siger fra starten, at de ønsker et “normalt” barn med forældre, der ikke ønsker samvær, så barnet kan integreres fuldt ud i plejefamilien.

Ingen refleksion

Mentaliseringsinterviewene med de to ægtefæller afdækker en række udfordringer. Den ene ægtefælle bliver ekstremt følelsesmæssigt påvirket af at skulle fortælle om sin mors gentagne svigt i barndommen. Der er samtidig ingen refleksion hos ægtefællerne hver især

over, hvorledes disse svigt har trukket spor ind i egen voksentilværelse og familieliv – og ingen tanker om, hvordan et plejebarn ville kunne føle sig afvist.

Saglig og præcis begrundelse

De to interviews er optaget på bånd og analyseret bagefter ud fra mentaliseringsredskabets analyseskema og tjekliste. Redskaberne er en stor hjælp til at få sat ord på, præcist hvor ægteparret er udfordret på deres mentaliseringsressourcer. Analysen indgår i tilsynskonsulentens samlede vurdering af familien. Den er, at familien er så udfordret, at den ikke kan godkendes som plejefamilie. I den rapport, der sendes til ansøgerne, kan mentaliseringsredskabet også bruges til at give ægteparret en saglig og præcis begrundelse for afslaget.

Nye plejefamiliekategorier giver flere ansøgninger om ændringer

Socialtilsyn Syd har omkategoriseret alle plejefamilier administrativt i ét hug. Særligt i gruppen af 'almene' plejefamilier var der familier, der herefter søgte om ændringer.

I forbindelse med lovændringen på familieplejeområdet i serviceloven den 1. juli 2019 kom der nye kategorier af plejefamilier. Den hidtidige inddeling af de generelt godkendte plejefamilier i fire grupper efter belastningsgrad er erstattet af tre familieplejetyper – almene, forstærkede og specialiserede plejefamilier – og loven angav præcist, hvilke af de gamle grupper, der skulle overføres til hvilke nye plejefamilietyper. De tre nye kategorier er udformet ud fra børnenes støttebehov, belastningsindikatorer og indsatsens karakter.

Omkategoriseringen måtte tage op til et år, altså indtil 1. juli 2020. Men Socialtilsyn Syd skrev i foråret 2019 til alle plejefamilier, at de ville få et nyt godkendelsesbrev inden 1. august, hvor

der stod, hvilken ny gruppe de var kommet i. Årsagen til at omkategorisere i ét hug i stedet for at tage det op ved de enkelte tilsynsbesøg var, at så skulle hverken socialtilsynet, plejefamilierne eller kommunerne leve med to forskellige grupperinger i op til et år.

Brevet til plejefamilierne med den nye indplacing har givet lidt flere ansøgninger end normalt om ændring af godkendelse, hvor familier har søgt om at blive godkendt til børn med et større støttebehov, end de var omkategoriseret til. Formentlig er det i hvert fald en del af årsagen til, at der i dag er flere i gruppen af forstærkede plejefamilier, end der burde være ud fra tallene i 2018. Og at antallet af almene plejefamilier er tilsvarende mindre.

Nye plejefamiliekategorier

1) Almene plejefamilier

Familier, der er godkendt til at varetage omsorgen og sikre udvikling og trivsel for børn og unge med lette til moderate støttebehov.

2) Forstærkede plejefamilier

Familier, der er godkendt til at varetage omsorgen og sikre udvikling og trivsel for børn og unge med moderate til svære støttebehov.

3) Specialiserede plejefamilier

Familier, der er godkendt til at varetage omsorgen og sikre udvikling og trivsel for børn og unge med svære støttebehov

Kilde: Servicelovens § 66 a

Antal plejefamilier i Socialtilsyn Syd i 2018 fordelt på kategorier

Belastningsgrad	Antal plejefamilier	Andel
Højeste belastningsgrad	12	0,8%
Høj belastningsgrad	473	32,8%
Middel belastningsgrad	820	56,9%
Lav belastningsgrad	135	9,4%
Ikke oplyst	2	0,1%
I alt pr. 1/1-2019	1442	

Antal plejefamilier i Socialtilsyn Syd i 2019 fordelt på kategorier

Belastningsgrad	Antal plejefamilier	Andel
Specialiseret plejefamilie	22	1,5%
Forstærket plejefamilie	549	37,2%
Almene plejefamilie	904	61,3%
I alt pr. 1/1-2020	1475	

Dette *kan* indikere, at især den hidtidige gruppe af plejefamilier til børn med middel belastning – som ifølge loven én-til-én skulle ned i gruppen af almene plejefamilier – måske har indeholdt plejefamilier, der havde børn med så store udfordringer, at de reelt ikke hørte til i gruppen.

– For mange familiers vedkommende har det dog ikke kun været, at de gerne ville ud af gruppen af almene plejefamilier og op i forstærkede. Ofte har der været andre ting, der har spillet ind, og så har man måske brugt omkategoriseringen til at få handlet på det, siger koordinator Karina Andersen.

En fordel yderligere ved at få omkategoriseringen overstået på en gang var, at det ville betyde, at alle plejefamilier i Socialtilsyn Syd nu kan gå ind på Tilbudsportalen med Nemid og se oplysningerne om sig selv. Det er nemlig kun familier, der er kategoriseret efter den nye typeinddeling, der har den mulighed.

Socialtilsyn Syd har nu haft et halvt år til at vænne sig til de nye inddelinger af plejefamilierne,

og hvad de nye støttebehov og plejefamilietyper betyder i praksis. Den proces er fortsat i gang. Både tilsynskonsulenter og plejefamilier øver sig samtidig på at huske at bruge de nye benævnelser – men det skal nok komme...

Kategorien 'almen' svarer jo ikke til jeres børn

Først blev plejefamilien fra Sdr. Omme omkategoriseret administrativt fra 'middel belastningsgrad' til 'almen plejefamilie'. Men efter en hændelse med det ene barn stod det klart, at dér hører den ikke hjemme.

Ægteparret Carsten og Helle Dalsgaard studsede godt nok lidt, da de i juli fik brev fra Socialtilsyn Syd om, at de i forbindelse med en lovændring 1. juli og dertilhørende nye familieplejekategorier var blevet omkategoriseret til at være en 'almen plejefamilie'. Men lidt ligesom med papirer fra

forsikringsselskabet om tekniske forhold, tænkte familien, at "det har Socialtilsyn Syd styr på".

Det havde Socialtilsyn Syd jo så også. For familien skulle – ganske i overensstemmelse med lovændringen – flyttes fra kategorien 'middel' til





'almen'. Alligevel skulle det vise sig, at kategorien var for snæver til at rumme de børn, familien har haft i pleje i rigtig mange år.

– En gang imellem har det været et samtaleemne under tilsynsbesøg, om vi hørte til i 'middel' eller i 'høj' med de børn, vi har i pleje. Vi har jo talt løbende om børnenes udfordringer og dermed de udfordringer, vi har, siger Helle Dalsgaard, der ud over at være fuldtidsplejemor læser til pædagog over internettet.

Lys på børnenes udfordringer

Hun og Carsten Dalsgaard, der er uddannet folkeskolelærer i begyndelsen af 1990'erne og arbejder som friskoleleder, blev godkendt som plejefamilie i 2006. Familien blev regodkendt, da socialtilsynet startede, og placeret i kategorien 'middel'. De bor i Sdr. Omme i et hyggeligt, gammelt parcelhus, og de to plejebørn på 10 og 11 år, der har boet i familien, siden de var spæde, futter nysgerrigt rundt.

En hændelse i efteråret med det ene barn udløste et tilsynsbesøg. Her kom der endnu en gang lys på børnenes udfordringer og plejefamiliens godkendelse. Og denne gang blev det mere tydeligt end tidligere, at udfordringer og godkendelse ikke stemte overens.

– Tilsynet pegede på, at vi skulle lave en ansøgning om at få ændret vores godkendelse, og at tilsynets umiddelbare vurdering var, at vi godt kunne magte en højere kategori. Så vi sendte en ansøgning med det samme, siger Carsten Dalsgaard.

Resultatet blev, at plejefamilien – efter at Socialtilsyn Syd behandlede dens ansøgning – i slutningen af november blev godkendt som forstærket plejefamilie.

Antallet af **magtanvendelser** steg markant i 2019

Socialtilsyn Syd har opretholdt og intensiveret fokus på indberetninger af magtanvendelser i 2019. Det har haft en stor effekt på, hvor mange indberetninger, socialtilsynet har fået.

I 2016 var der knap 2000 indberetninger om magtanvendelser blandt Socialtilsyn Syds tilbud. Siden er tallet steget år for år, men især i 2019 har stigningen været markant – fra 2612 indberetninger i 2018 til 3308 i 2019.

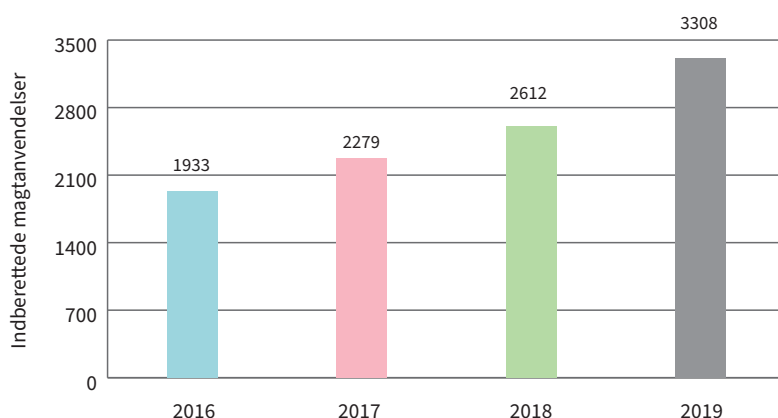
Socialtilsyn Syd ser den markante stigning som et udtryk for, at socialtilsynets projekt med øget fokus på magtanvendelser har haft en markant effekt. Formålet med projektet har været at fastholde og udvikle tilbuddenes kvalitet vedrørende den pædagogiske forebyggelse, dokumentation og efterfølgende læring, når der har været en magtanvendelse.

Projektet startede allerede i anden halvdel af 2018. Her begyndte Socialtilsyn Syd at lave månedlige, skriftlige kvitteringer til alle tilbud

på børne- og unge- og voksentilbud, der havde indberettet en eller flere magtanvendelser i den pågældende måned.

I starten af 2019 rettede Socialtilsyn Syd herudover søgelyset mod alle de tilbud, som har borgere, overfor hvem der er hjemmel til at anvende magt, men hvor Socialtilsyn Syd ikke havde modtaget indberetninger i 2018. Alle disse tilbud fik en kort skrivelse, der konstaterede, at de ikke havde foretaget nogle indberetninger i 2018. Socialtilsyn Syd bad ikke om, at tilbuddene kvitterede for henvendelsen eller på anden måde foretog sig noget – skrивelsen handlede alene om, at Socialtilsyn Syd ønsker det bedst mulige grundlag for at udføre tilsynsopgaven ved at skærpe tilbuddenes opmærksomhed på deres indberetningspligt.

Figur 1. Indberettede magtanvendelser 2016–2019



Figuren viser, at stigningen er nogenlunde ligeligt fordelt mellem børne- og ungeområdet og voksenområdet



Fristoverskridelser og indholdsmæssige mangler

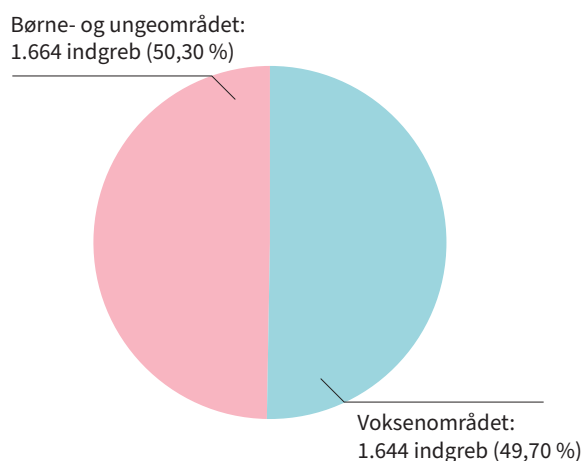
Praksis med at lave månedlige skrivelser til tilbud, der havde indberettet magtanvendelser, fortsatte i 2019. Dog besluttede Socialtilsyn Syd, at man fra fjerde kvartal kun ville udsende disse skrivelser kvartalsvist. De kvartalsvise skrivelser ville i stedet blive mere udførlige. Sidste kvartal 2019 modtog tilbuddene derfor skrivelser, hvor Socialtilsyn Syd ud over at kvittere for antallet af indberetninger også informerede tilbuddene om de (eventuelle) mangler, indberetningerne havde haft.

Især to områder har haft bevågenhed i disse skrivelser. Det ene er fristoverskridelser. Socialtilsyn Syd ser en del indberetninger, hvor fristen er overskredet enten i forhold til de enkelte registreringer

af magtanvendelserne eller ift. selve indberetningerne af disse. Det andet område – som er vigtigst for Socialtilsyn Syds ansvarsområde – handler om indholdsmæssige mangler. For eksempel at et tilbud ikke – som loven stiller krav om – har fået borgerens bemærkninger med i den skriftlige dokumentation. Set i et pædagogisk perspektiv – og i forhold til både forebyggelse og efterbearbejdelse – er det vigtigt, at borgeren får lov til at udtale sig.

Den indholdsmæssige uddybning i de kvartalsvise skrivelser giver tilbuddene en øget mulighed for at arbejde med deres dokumentation og kvalitet vedrørende magtanvendelser.

Figur 2. Antal indberettede magtanvendelser i 2019 fordelt på område.



Socialtilsyn Syds rolle i forbindelse med **magtanvendelser**

Alle – både tilbud med borgere med hjemmel til magtanvendelser, socialtilsynet selv og øvrige myndigheder – står sig ved, at socialtilsynets rolle i forbindelse med magtanvendelser er så klar og tydelig som muligt.



Denne bestræbelse på klarhed omfatter en klar afgrænsning af, hvornår der er tale om en magtanvendelse, og hvornår der er tale om en pædagogisk praksis, der kan sættes under lup. Den omfatter en tydelighed omkring, at socialtilsynets rolle alene er at vurdere, om en magtanvendelse skal have tilsynsmæssige konsekvenser. Og den omfatter en tydelighed omkring, at det ikke er Socialtilsyn Syds rolle at efterprøve lovligheden af den enkelte magtanvendelse.

Voksne

På voksenområdet vurderer Socialtilsyn Syd, om en indberetning om magtanvendelse giver anledning til tilsynsmæssige overvejelser ud fra kvalitetsmodellens pædagogiske perspektiv:

6.a: Tilbuddets pædagogiske indsats understøtter, at magtanvendelser så vidt muligt undgås

6.b: Tilbuddet kan håndtere eventuelle magtanvendelser ved at dokumentere og følge op på disse med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.

På voksenområdet kan det indimellem være nødvendigt at skærpe bevidstheden om, hvornår noget er en magtanvendelse – og hvornår det ikke er. Særligt i lyset af voksne borgeres ret til selvbestemmelse kan denne skelnen nogle gange forplumres. Mange kan være tilbøjelige til at forstå magtanvendelse som alle former for tiltag og aktiviteter, hvor personalet styrer eller kontrollerer, hvad beboere kan og må gøre. Men magtanvendelse i servicelovens forstand er alene det, der beskrives som sådan i servicelovens kapitel 24 med tilhørende bekendtgørelse.

Et par eksempler: På et tilbud låser personalet en beboers hårshampoo inde i et skab for at forhindre beboeren i at drikke den. På et andet tilbud låser medarbejderne det fælles køleskab af om natten for at forhindre en borger i at blive syg af at drikke fem liter kakaomælk. På et tredje tilbud er der videoovervågning i et fællesareal.

Er der tale om, at personalet på de tre tilbud udøver magt efter serviceloven, og skal disse ting indberettes som sådan? Nej. Der kan være tale om god eller dårlig pædagogik, og der er muligvis forhold, der er på kant med andre love, som andre tilsynsmyndigheder så må tage sig af. Men magtanvendelse er det ikke, da disse forhold ikke er beskrevet som magtanvendelse i serviceloven. Socialtilsyn Syds opgave er her at adressere de nævnte tiltag – og mange andre tilsvarende – ud fra de pædagogiske bestræbelser, man gør sig på det enkelte tilbud, og vurdere, om tiltagene ud fra en tilsynsmæssig overvejelse er hensigtsmæssige i forhold til målgruppen.

Børn og unge

I lov om voksenansvar for anbragte børn og unge gennemgås reglerne om børne- og ungetilbuds

anvendelse af magt. For Socialtilsyn Syd er § 22 den centrale. I den præciseres, at "Det socialtilsyn, der fører driftsorienteret tilsyn med et anbringelsessted, jf. § 2 i lov om socialtilsyn, fører som led heri tilsyn med anbringelsesstedernes anvendelse af reglerne i denne lov".

Det betones dermed, at det er gennem det almindelige tilsynsarbejde efter lov om socialtilsyn, at socialtilsynene skal føre tilsyn med regelanvendelsen. Dermed er Socialtilsyn Syds opgave i denne sammenhæng at vurdere, om indberetninger af magtanvendelse giver anledning til tilsynsmæssige overvejelser ud fra kvalitetsmodellens pædagogiske perspektiv, der fokuserer på dokumentation, læring og forebyggelse via de relevante indikatorer – jf. ovenfor.

Også på børneområdet er det vigtigt at holde fokus på, hvad der er omsorg og pædagogisk praksis, og hvad der er magtanvendelse.

Et par eksempler: På en døgninstitution bor et mindre barn, der går i søvne, og som kan blive meget utryk ved det. Personalet har monteret en sengehest på sengen. I en plejefamilie eller på en døgninstitution er de voksne opmærksomme på, hvad barnet eller den unge foretager sig på sociale medier, fx Facebook eller Instagram. På en tredje døgninstitution leger børnene i en kravlegård.

Disse eksempler – og mange andre tilsvarende – handler om god eller dårlig pædagogisk praksis. Men Socialtilsyn Syd fordrer ikke, at sådanne eksempler dokumenteres og derefter indberettes som magtanvendelser, da disse forhold ikke er beskrevet i kap. 3 i lov om voksenansvar som magtanvendelse eller andre indgreb i selvbestemmelsen.

Men selv i de forhold, som så er magtanvendelse efter lovens beskrivelser, er det ikke Socialtilsyn Syds rolle at vurdere, om magtanvendelsen har været ulovlig. Denne vurdering skal umiddelbart foretages af tilbudslederen selv i forbindelse med beslutningen, om indberetningen sker ved månedens udgang eller skal ske i umiddelbar forlængelse af indgrebet.

I denne sammenhæng er det – hvis der er begrundet mistanke om, at der er foretaget en handling, der er undergivet påtale, herunder et eventuelt strafansvar – Socialtilsyn Syds opgave at vurdere, om indberetningen giver anledning til tilsynsmæssige overvejelser. Herunder om der er rettet henvendelse til politiet. Altså skal det indgå i den tilsynsmæssige overvejelse, om tilbudsleder selv, handlekommunen eller evt. andre har kontaktet politiet vedrørende den pågældende magtanvendelse.





Gråzonen mellem lovlig **magtanvendelse** og strafbar vold

Det er vigtigt, at medarbejdere ikke – af frygt for at ende i en politisag – viger tilbage for at handle med magt i situationer, hvor de mener det pædagogisk påkrævet, men hvor de er usikre på lovligheden af den påkrævede magt. Gør de det, er der risiko for, at de i stedet udøver omsorgssvigt.

At en magtanvendelse er ulovlig, og dermed registreres og indberettes som enten en 'magtanvendelse uden hjemmel' (voksenområdet) eller en 'magtanvendelse i øvrigt' (børneområdet), betyder ikke, at den automatisk fører til en politianmeldelse og en efterfølgende straffesag. Det skal den – selvfølgelig – hvis der er tale om åbenlys vold eller et klart overgreb.

Men hvis medarbejderen kan sandsynliggøre, at han eller hun har anvendt magt i et pædagogisk øjemed og med sigte på at beskytte borgeren mod at gøre skade på sig selv eller andre, så kan det godt være, at medarbejderen – i situationen – har bevæget sig på kanten af eller længere end, hvad der er hjemmel til i serviceloven eller voksenansvarsloven. Men en sådan handling vil ofte vise sig at falde inden for den gråzone, som er indbygget i lovkomplekset om magtanvendelser.

For Socialtilsyn Syd er det vigtigt både selv at være opmærksom på denne skelnen og at tydeliggøre over for tilbuddene, at i et omsorgsperspektiv kan såvel for lidt som for meget

magtanvendelse være uhensigtsmæssigt, når et tilbud agerer og reagerer over for de udsatte borgere, hvor der politisk er givet hjemmel til magtanvendelse.

– Det bekymrer mig, hvis en medarbejder i en situation, der kræver en hurtig stillingtagen, undlader at sætte de rammer, som borgeren har brug for. Enten af frygt for strafferetlige repressalier eller blot af bekymring for, at vi som socialtilsyn ikke udviser den fornødne proportionalitet i vores vurdering af de pædagogiske perspektiver ved de konkrete magtanvendelser, siger tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen og tilføjer:

– I forlængelse af dette er to ting vigtige for Socialtilsyn Syd: At være en kompetent, pædagogisk medarbejder på et botilbud fordrer, at man er fortrolig med det regelgrundlag, som gælder for magtanvendelser. Men det fordrer også, at regelgrundlaget bør være så enkelt, at det er til at forstå og omsætte. Der er vist stadig rum for forbedring af begge dele.

Fordelene ved kvitteringsskrivelser er åbenlyse

Kvitteringsskrivelser – altså en skriftlig kvittering for et tilsynsbesøg uden 'anmærkninger' hos en plejefamilie – er kommet for at blive. Socialtilsyn Syd vil dog også fremover udvikle nye måder at afrapportere på både i plejefamilier og tilbud.

I Socialtilsyn Syds årsrapport for 2017 spurgte vi lidt retorisk, hvordan vi skulle kunne indfri vores ambitioner om flere og flere tilsynsbesøg, også på skæve tidspunkter, uden flere ressourcer. Vi gav i samme åndedrag selv svaret: Nemlig at det blandt andet krævede kortere og klarere tilsynsrapporter.

Men allerede i 2017 gik vi på familieplejeområdet faktisk i gang med at gøre noget, der var endnu mere effektivt og frigav yderligere ressourcer til at komme mere i plejefamilierne. Nemlig at udvikle en anden måde at kvittere for et tilsynsbesøg på end en tilsynsrapport, når besøget ikke gav anledning til ændringer i de vurderinger, der lå i den seneste rapport. Deraf navnet 'kvitteringsskrivelse', der nu er blevet en så indarbejdet del af tilsynskonsulenternes afrapporteringer til plejefamilierne, at Socialtilsyn Syd gerne vil gøre status.

Altid individuelle hensyn

Socialtilsyn Syds praksis på familieplejeområdet er i dag, at alle plejefamilier – alt andet lige – kun får en ny, gennemskrevet tilsynsrapport cirka hvert tredje år. At de altså to ud af tre år alene får et brev om, at der har været tilsynsbesøg. Brevet fortæller, hvem tilsynskonsulenten har talt med, hvilken form besøget har haft, og hvilke emner, der har været berørt (i stikordsform). Det hele som regel på en enkelt side.

Udtrykket "alt andet lige" refererer til, at der selvfølgelig tages individuelle hensyn. Der foreligger altid en gennemskrevet rapport fra et tilsynsbesøg, hvis plejefamilien skal have ændret sin godkendelse, hvis der er noget bebyrdende at sige, eller hvis tilsynskonsulenten vurderer,

at der er væsentlige kvalitetsændringer. Dette gælder også, hvis plejefamilien af egen drift – og ifølge lov om socialtilsyn – selv har fortalt om ændringer i familien, der er væsentlige for deres godkendelse. Det er derfor fortsat en vurdering fra gang til gang, om et tilsynsbesøg munder ud i en gennemskrevet tilsynsrapport, eller om plejefamilien alene får en kvitteringsskrivelse. Tilsynsbesøget planlægges og gennemføres også altid på samme måde, uanset om det efterfølgende alene munder ud i en kvitteringsskrivelse.

At kvitteringsskrivelserne – og øvrige effektiviseringer af tilsynsarbejdet – har haft effekt, ses af udviklingen i antal tilsynsbesøg pr. år på plejefamilieområdet.

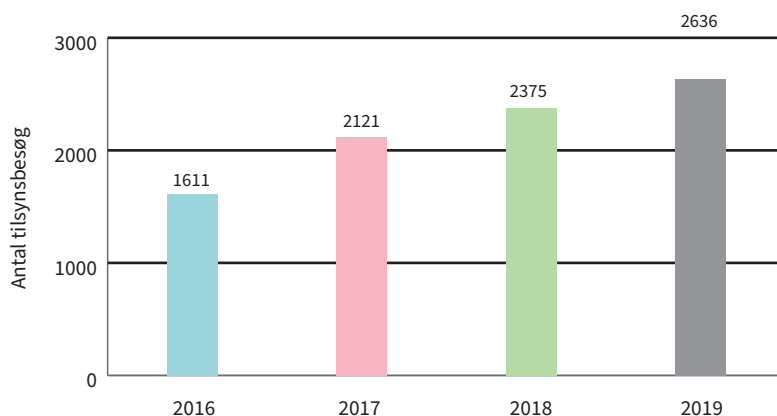
I 2016 gennemførte Socialtilsyn Syd 1611 tilsynsbesøg hos plejefamilier. I 2019 var tallet vokset til 2636, hvilket betyder, at der i 2019 i gennemsnit var 1,79 tilsynsbesøg pr. plejefamilie mod 1,64 i 2018, 1,41 i 2017 og 1,04 i 2016.

– Mit indtryk er, at de nye kvitteringsskrivelser både blandt tilsynskonsulenter og plejefamilier blev positivt modtaget fra en start. Mange plejefamilier har tilkendegivet, at de ikke altid får læst de lange rapporter. Og tilsynskonsulenterne er glade for, at det korte format giver mulighed for at komme oftere i plejefamilierne, siger Manja Rasmussen.

God og stabil kvalitet

Men kan man med en kvitteringsskrivelse være sikker på, at man fanger alt det, der normalt ville stå i en tilsynsrapport?

Antal gennemførte anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos plejefamilier for perioden 2016 - 2019



– Vi tager udgangspunkt i, at vi i dag har en bestand af plejefamilier, hvor kvaliteten er god og stabil. Hvis vi oplevede store udsving i dette, ville vi være nødt til oftere at lave nye vurderinger og dermed nye tilsynsrapporter, siger Manja Rasmussen.

Plejefamilier har ikke krav på en partshøring, når de får en kvitteringsskrivelse. Det skyldes, at denne form aldrig benyttes, hvis der er noget, der er til ugunst for familien. Den seneste tilsynsrapport vil altid være at finde på Tilbudsportalen, hvor datoen for det seneste tilsynsbesøg også bliver lagt op.

Udviklingen stopper ikke her

Arbejdet med afrapporteringernes form er ikke slut med de to formater, Socialtilsyn Syd arbejder med i dag, nemlig tilsynsrapporten og (på familieplejeområdet) kvitteringsskrivelsen. Dels vil kvitteringsskrivelsen fra 2020 også blive benyttet på børne- og unge og voksentilbud. Dels vil socialtilsynenes fælles nye it-system i løbet af 2020 forventes at åbne for nye og anderledes formater for afrapportering.

Plejefamilie: Fint, at det ikke var fuld rapport

– Vi havde et uanmeldt besøg i september. Efter besøget fik vi en skrivelse om, at tilsynskonsulenten havde været herude og talt med os. For mig var det fint, at det ikke var en fuld rapport. Der var jo ikke noget i vores hjem eller vores opgave, der havde ændret sig siden sidste rapport. Hverken

vores dagligdag eller fysiske rammer eller noget. Så jeg er helt tryk ved, at den hidtidige tilsynsrapport fortsat er gældende.

Helle Straarup, specialiseret plejefamilie fra Tommerup Stationsby.



Kompetenceudvikling i Socialtilsyn Syd tager fart

Tilsynskonsulenternes professionalitet og dømmekraft har været i fokus i to store kursusforløb for alle tilsynskonsulenter i 2019. Mange sten er vendt. Fra dilemmaer under et tilsynsbesøg over forsvarlig myndighedsudøvelse til god mødeledelse og indsamling af data.

Fælles, intern kompetenceudvikling af alle Socialtilsyn Syds tilsynskonsulenter har længe været et fokusområde i Socialtilsyn Syd. De mange tilsynskonsulenter har forskellige grundfagligheder som fx pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker og lærere og mangeartede efteruddannelser og overbygninger. Derfor er kompetenceudvikling med interne audit af

tilsynsrapporter, kollegial sparring på tilsynsbesøg, erfaringsopsamlinger og udvikling af god tilsynspraksis i dag en del af dagligdagen for de godt 65 tilsynskonsulenter.

I 2019 er disse tiltag suppleret med to kursusforløb à tre hele kursusdage for alle tilsynskonsulenter.

Professionel dømmekraft

Det første kursusforløb hed ”Professionel dømmekraft”. Underviser var Carsten Pedersen, der driver konsulentvirksomheden Omsigt og er lektor på Københavns Professionshøjskole. Han er forfatter til bogen Om dømmekraften og holdt oplæg på Socialstyrelsens årsmøde i 2018. Her talte han om, at enhver professionsudøvelse indeholder både faglige, saglige og personlige aspekter, og at medarbejderne løbende bør være med til at definere og udvikle deres særlige professionalitet og dermed deres professionelle dømmekraft.

– Vores intention med at få Carsten Pedersen som underviser og facilitator var at komme tættere på at få identificeret en fælles, overordnet ramme og forståelse af de elementer, der er i spil, når man er tilsynskonsulent, siger Peter Krautwald, der blev ansat som udviklingskonsulent i Socialtilsyn Syd i 2018 for netop at arbejde med kompetenceudvikling.

Tilsynsledelse og data

Det andet kursusforløb havde fokus på tilsynsbesøget med emnerne ”Forberedelse,

tilsynsledelse, observation, interview samt indsamling og vurdering af data”. Underviser var journalist og MA i kommunikation Søren Dalsgaard.

– Det, der sker før og under et tilsynsbesøg, er vigtigt. Vi vil gerne blive så gode, som vi overhovedet kan. Kurset var værktøjsorienteret, også fordi der er elementer i et tilsynsbesøg, som ikke nødvendigvis er en del af den faglighed, tilsynskonsulenterne kommer med, siger Peter Krautwald.

Alt i alt har det været hensigten, at det fælles, interne kompetenceudviklingsforløb skulle gøre tilsynskonsulenterne (endnu mere) tydelige og afklarede i deres roller før og under tilsynsbesøget. Hvilket også gerne skulle – og skal – blive en (endnu) bedre oplevelse for tilbud og plejefamilier.

I foråret 2020 sætter Socialtilsyn Syd i det tredje kursusforløb i rækken fokus på skriftlighed hos tilsynskonsulenterne.



Opmærksomhed på **professionel dømmekraft** øger fleksibiliteten i tilsynet

Når tilsynskonsulenterne bliver bedre til at mestre dilemmaer og være i deres egen magtposition, bliver balancen mellem handlekraft og omtanke bedre. Det åbner for mere dynamik og dialog i tilsynet, siger underviser Carsten Pedersen.

Tilbud og plejefamilier med tilsyn fra Socialtilsyn Syd skulle ifølge Carsten Pedersen gerne kunne mærke, at alle tilsynskonsulenter på tre kursus-dage i foråret 2019 vendte og drejede begrebet 'tilsynsfaglig professionalitet' – også kaldet den 'professionelle dømmekraft'.

Tilsynskonsulenterne har taget udgangspunkt i faktiske situationer fra egen tilsynspraksis, som har været udfordrende og krævende. Derigennem har de først og fremmest sammen fået indkredset, hvad de forstår ved deres

tilsynsprofessionalitet eller professionelle dømmekraft. De har fået sat fokus på egne "blinde pletter", og de har fået inspiration til nye måder at håndtere deres rolle på i svære situationer.

Et eller andet dilemma

Dømmekraft handler ifølge Carsten Pedersen ikke om, at man altid skal vide på forhånd, hvad man skal gøre. I så fald ville man alene være god til at følge et regelsæt. Dømmekraften kommer først, når man står i en ny situation. Når man fx på et uanmeldt besøg bliver mødt med en melding

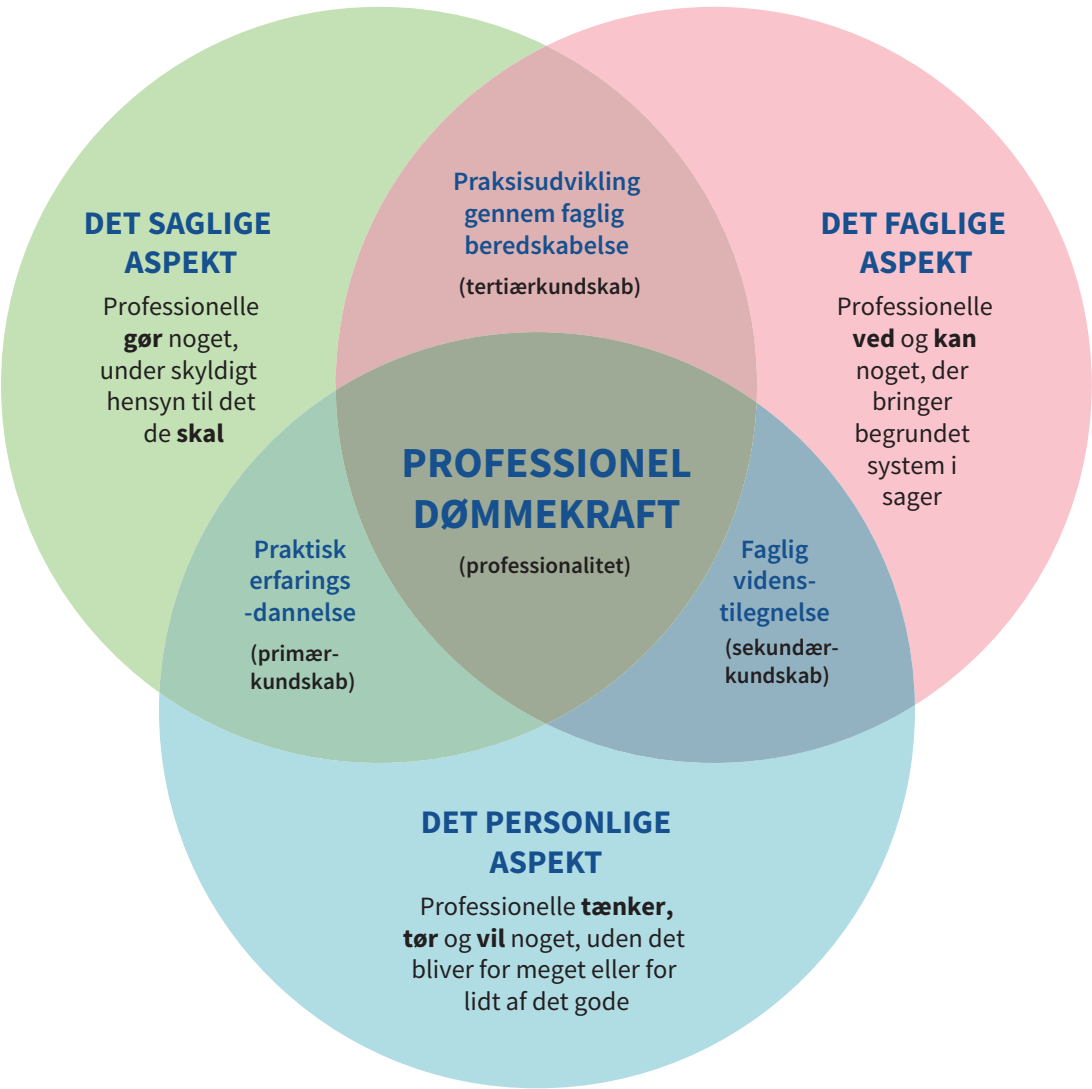


som: ”Det passer ikke så godt lige nu, kan I komme igen i morgen?”

– Mange tilsynssituationer indeholder et eller andet dilemma. Vi har talt om dilemmaerne og åbnet op for, at ting altid kan gøres på mange måder, og at et valg altid indebærer en risiko for, at noget vigtigt overses. Denne bevidsthed giver en frihed og gør, at tilsynskonsulenterne forhåbentlig bliver bedre til at håndtere de situationer, siger Carsten Pedersen.

På kurset har tilsynskonsulenterne også talt om deres egne magtpositioner i tilsynsbesøget.

– Det, at de er blevet bedre til at se dilemmaerne og magten, gør dem bedre til at kunne være i situationer med forskelligt på spil for de involverede. At udøve sin dømmekraft er også at formå at tøve en kende. Afveje modsatrettede hensyn. Måske tie og give mulighed for, at der kan ske noget nyt. Det, håber jeg, tilsynskonsulenterne har taget med sig fra kurset, og som dermed vil møde tilbud og plejefamilier, siger Carsten Pedersen.

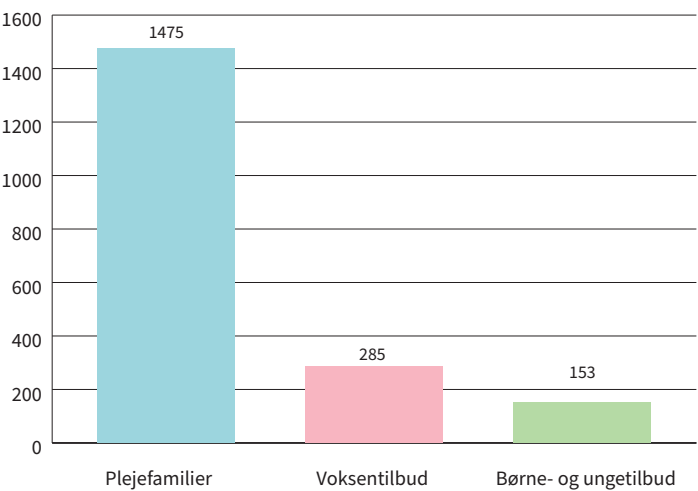


Professionalitetens treklange: Det saglige, det faglige og det personlige aspekt ved den professionelle dømmekraft.
Kilde: Carsten Pedersen: ”Om dømmekraften”, Akademisk Forlag, 2017, s. 125.

Socialtilsyn Syd 2019

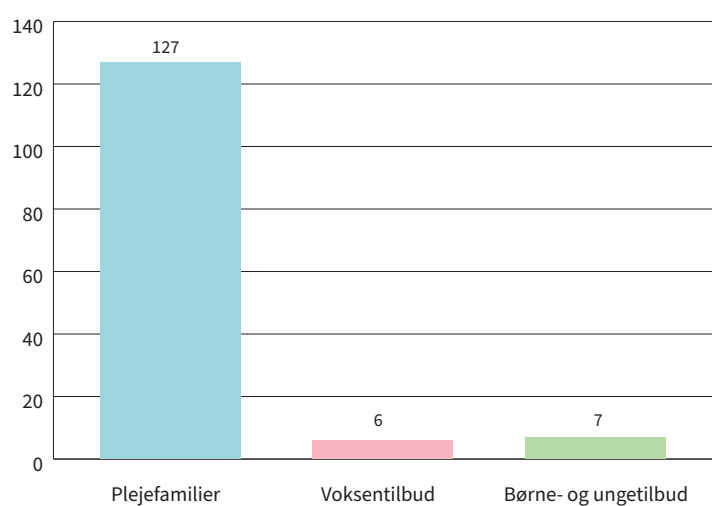
– fortalt med tal

Figur 1: Antal **plejefamilier og tilbud** i 2019



Figur 1 viser bestanden af plejefamilier, voksenteilbud og børne- og ungetilbud i Socialtilsyn Syd ved udgangen af 2019.

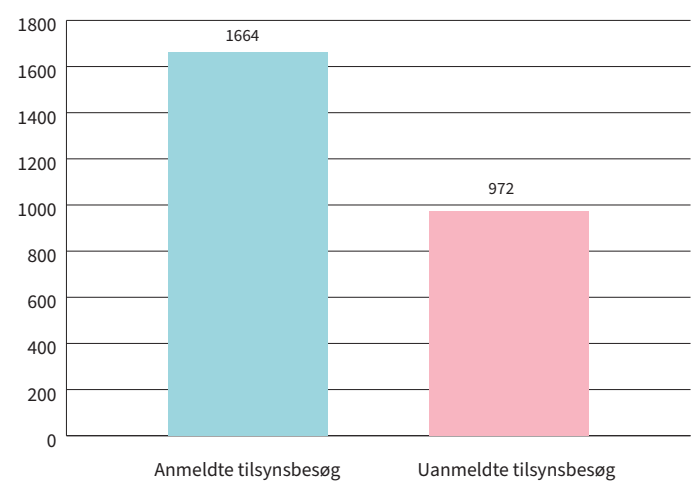
Figur 2: Antal **nye godkendelser** fordelt på tilbudstype for perioden 2016–2018



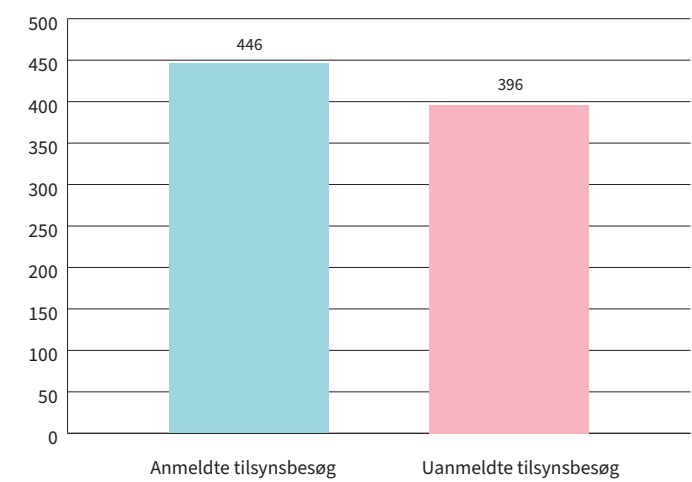
Figur 2 viser, hvor mange plejefamilier, voksenteilbud og børne- og ungetilbud Socialtilsyn Syd nygodkendte i 2019.

Ca. to ud af tre ansøgninger om at blive plejefamilie ender med at blive godkendt, mens næsten alle ansøgninger om oprettelse af tilbud ender med en godkendelse. Den primære årsag til denne forskel er, at en stor del af de ansøgere, der ønsker at blive plejefamilie, trækker deres ansøgning tilbage undervejs i ansøgningsprocessen. Derimod er det meget sjældent, at en ansøgning om godkendelse som tilbud trækkes tilbage.

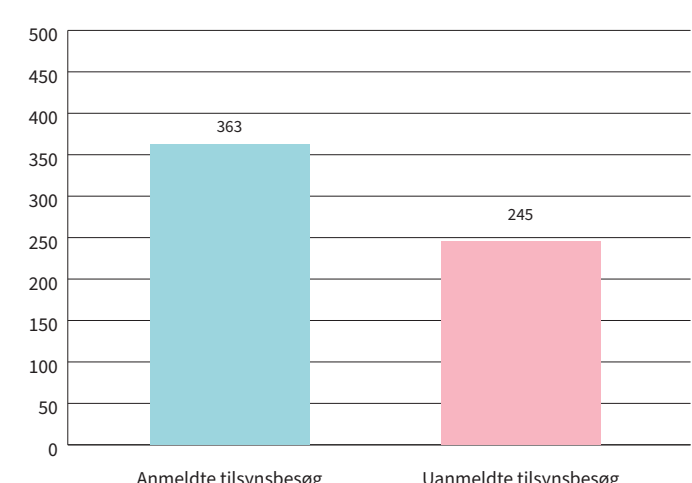
Figur 3: Antal gennemførte **anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos plejefamilier i 2019**



Figur 4: Antal gennemførte **anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos voksentilbud i 2019**

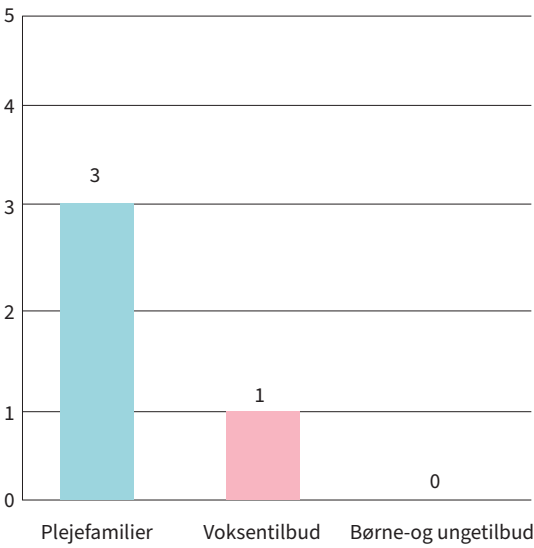


Figur 5: Antal gennemførte **anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos børne- og ungetilbud i 2019**



Figureerne 3, 4 og 5 viser Socialtilsyn Syds besøgsaktivitet i 2019 fordelt på tilbudstyper samt forholdet mellem anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg.

Figur 6: Antal **iværksatte skærpede tilsyn** fordelt på tilbudstype i 2019



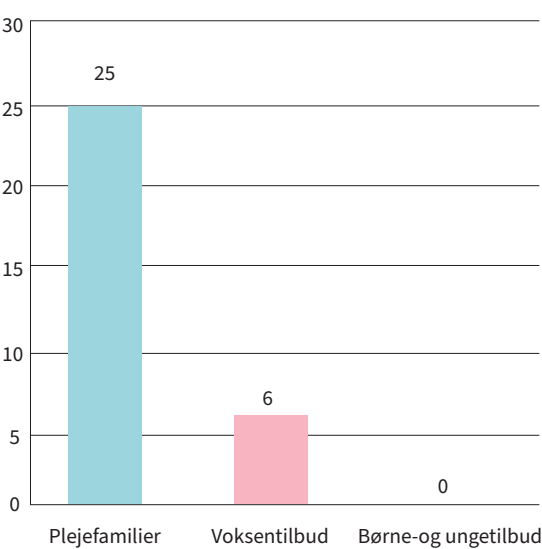
Figur 6 viser antallet af iværksatte skærpede tilsyn i Socialtilsyn Syd i 2019.

Tabel 1: **Baggrunden for skærpede tilsyn i 2019 i relation til kvalitetsmodellens 7 temaer**

	2019
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	0
Sundhed og trivsel	0
Organisation og ledelse/Familiestruktur og familiedynamik	1
Kompetencer	3
Fysiske rammer	0
Økonomi	0
Total	4

Tabel 1 viser, at de fire skærpede tilsyn har baggrund i to temaer i kvalitetsmodellen.

Figur 7: Antal **udstedte påbud** fordelt på tilbudstype for 2019



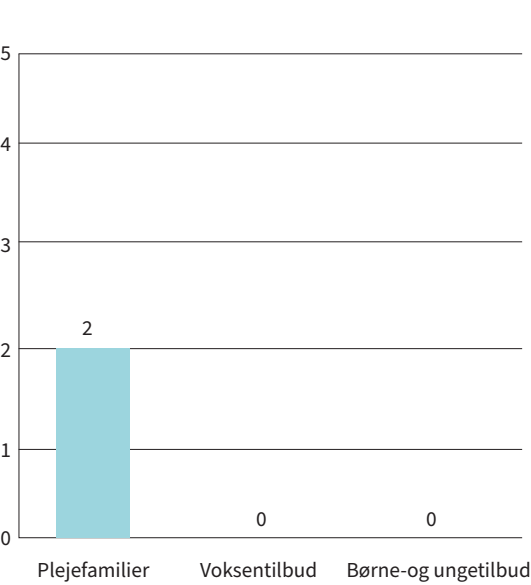
Figur 7 viser antallet af udstedte påbud i 2019 fordelt på tilbudstype.

Tabel 2: **Baggrunden for iværksatte påbud i 2019 i relation til kvalitetsmodellens temaer**

	2019
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	3
Sundhed og trivsel	6
Organisation og ledelse/Familiestruktur og familiedynamik	10
Kompetencer	20
Fysiske rammer	1
Økonomi	2
Total	42

Tabel 2 viser, hvilke temaer, de 31 påbud har baggrund i. Et påbud kan have baggrund i flere end et tema i kvalitetsmodellen. Et påbud kan optræde både som selvstændig sanktion og som element i et skærpet tilsyn

Figur 8: Antal tilbagekaldte godkendelser fordelt på tilbudstype for 2019



Figur 8 viser antallet af tilbagekaldte godkendelser fordelt på tilbudstype. Tabellen viser, at Socialtilsyn Syd i 2019 ikke har tilbagekaldt godkendelsen for tilbud, mens to plejefamilier har fået tilbagekaldt deres godkendelse.

Tabel 3: Baggrunden for tilbagekaldte godkendelser i 2019 i relation til kvalitetsmodellens temaer

	2019
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	2
Sundhed og trivsel	1
Organisation og ledelse/Familiestruktur og familiedynamik	1
Kompetencer	2
Fysiske rammer	0
Økonomi	0
Total	6

Tabel 3 viser baggrunden for de tilbagekaldte godkendelser. Ligesom ved skærpet tilsyn kan en tilbagekaldelse være begrundet i flere temaer i kvalitetsmodellen

Tabel 4: Sagsbehandlingstider ved behandling af ansøgning om godkendelse for plejefamilier i 2019

	2019
Gennemsnitlig sagsbehandlingstid	12 uger
1. kvartil ligger 25 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	8 uger
2. kvartil ligger 50 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	11 uger
3. kvartil ligger 75 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	14 uger

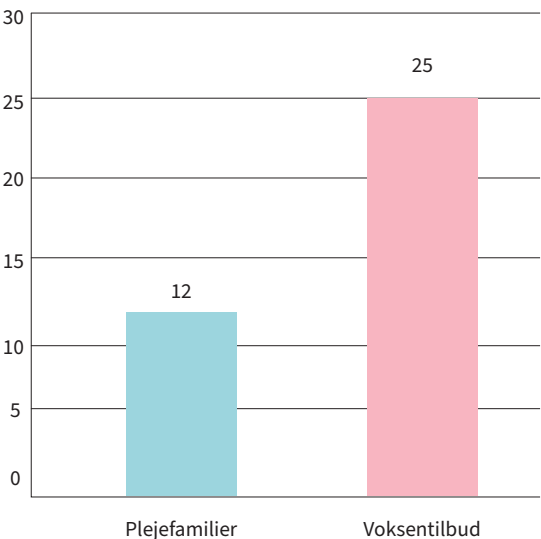
Tabel 4 viser den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for ansøgning om godkendelse for plejefamilier. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid tælles fra dagen, hvor Socialtilsyn Syd modtager en ansøgning, indtil ansøger(e) modtager en afgørelse af ansøgningen. En ansøgning afsluttes altid med en afgørelse fra socialtilsynet, medmindre ansøgningen trækkes tilbage undervejs i ansøgningsprocessen. Af samme årsag inkluderer opgørelsen af sagsbehandlingstider kun færdigbehandlede ansøgninger. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for en plejefamilieansøgning i Socialtilsyn Syd var i 2019 på 12 uger mod 11 i 2018.

Tabel 5: Sagsbehandlingstider ved behandling af ansøgning om godkendelse for voksentilbud og børne- og ungetilbud i 2019

	2019
Gennemsnitlig sagsbehandlingstid	14 uger
1. kvartil ligger 25 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	5 uger
2. kvartil ligger 50 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	8 uger
3. kvartil ligger 75 % af alle ansøgninger om nygodkendelse under en sagsbehandlingstid på:	16 uger

Tabel 5 viser den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for ansøgning om godkendelse for tilbud. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for tilbud er mere svingende end sagsbehandlingstiden for plejefamilier. Det at ansøge om godkendelse som tilbud er en meget håndholdt proces, der kan indeholde mange overvejelser og dialog om (justeringer af) målgrupper, fysiske rammer, tilsynsmæssig organisering mm.

Figur 9: Tid fra tilsynsbesøg til endelig afrapportering på Tilbudsportalen i 2019



Figur 9 viser det gennemsnitlige antal dage, der går, fra Socialtilsyn Syd har aflagt et tilsynsbesøg, til resultatet af tilsynsbesøget er offentliggjort på Tilbudsportalen.

Indtægter i 2019

Socialtilsyn Syd skal i hver årsrapport give en kort beskrivelse af indtægterne i det forgangne år. I nedenstående tabel fremgår indtægter i 2019 for Socialtilsyn Syd.

	Indtægter 2019
Indtægter fra plejefamilieområdet	27.215.000
Indtægter fra tilbudsområdet	23.830.000
Indtægter fra godkendelse af og tilsyn med BPA	79.000
Indtægter jf. § 3 i lov om socialtilsyn	1.204.000
Indtægter i alt	52.328.000

	Takster 2019
Grundtakst pr. år	
0–7 pladser	32.249
8–24 pladser	38.699
25–49 pladser	64.498
≥ 50 pladser	96.747

Nygodkendelser	
0–7 pladser	22.437
8–24 pladser	26.925
25–49 pladser	44.875
≥ 50 pladser	67.312

Væsentlige ændringer af eksisterende godkendelse	
0–7 pladser	8.295
8–24 pladser	9.954
25–49 pladser	16.591
≥ 50 pladser	24.886

Skærpet tilsyn pr. md.	
0–7 pladser	3.225
8–24 pladser	3.870
25–49 pladser	6.450
≥ 50 pladser	9.675

Takster for tilsyn med BPA-ordningen	
Grundtakst	8.448
Nygodkendelse	23.766

STS+ – vi kan mere, end vi skal

I lov om socialtilsyn har Folketinget – usædvanligt tydeligt i forhold til andre love om den offentlige velfærd – tilkendegivet, at socialtilsynene sideløbende med at være tilsynsmyndighed kan sælge deres viden. Når et sådant ”kan” formuleres i § 3 i loven, læser Socialtilsyn Syd det nærmest som et ”bør”. Derfor arbejder vi målrettet på at opsamle og omsætte viden og kompetencer fra vores tilsynsarbejde til andre områder, så det bliver så interessant, at nogen vil betale for det.

For tydeligt at skelne konsulentbistand og undervisning fra myndighedsudøvelse og vejledning betegner vi det STS+, når vi agerer som konsulenter med udgangspunkt i lov om socialtilsyn § 3.

STS+ tilbyder at løse opgaver inden for følgende områder:

- Kvalitetsvurdering af dagpleje, børnehaver og vuggestuer
- Certificering og kvalitetsvurdering af pleje hjem, herunder lovpligtige tilsyn
- Særlige udredninger i komplekse sager for tilbud eller myndighedsudøver
- Kvalitetsvurdering af danskuddannelse for voksne udlændinge, herunder lovpligtige tilsyn
- Kvalitetsvurdering af beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud (§ 103 og § 104)
- Seminarer, kurser og ad hoc-opgaver
- Overblik/opsamling af udførte tilsyn til en driftsherre – kommunal som privat

Se også STS+' hjemmeside for yderligere oplysninger

www.socialtilsynsydplus.dk



Socialtilsyn Syd 

Lindevej 5A · 5750 Ringe · 72 53 19 00 · socialtilsynsyd@fmk.dk · www.socialtilsynsyd.dk

Socialtilsyn Syd - finansieringsbehov for 2021

Socialtilsyn Syd

Lindevej 5A
Bygning 6 & 7
5750 Ringe

Tlf. 7253 1900
socialtilsynsyd@fmk.dk
www.socialtilsynsyd.dk
02-04-2020

Finansieringsmodel for Socialtilsynene

Det er kommunalbestyrelsen i Faaborg-Midtfyn Kommunes ansvar, at Socialtilsyn Syd har den nødvendige kapacitet til at indfri formålet med lov om socialtilsyn. Derfor er det tilsvarende kommunalbestyrelsen i Faaborg-Midtfyn Kommune, der ved den årlige budgetlægning beslutter, hvilket budget, Socialtilsyn Syd skal råde over for at kunne tilvejebringe den nødvendige tilsynskapacitet.

For at varetage dette ansvar på betryggende vis - og for at understøtte ensartethed på landsplan og samtidig sikre, at den finansiering, som Faaborg-Midtfyn vil opkræve, i hovedsagen svarer til den DUT-kompensation, der er aftalt mellem Staten og KL ved tilsynenes etablering - har styregruppen for socialtilsynene godkendt en fælles beregningsmodel som grundlag for opgørelsen af hvert enkelt tilsyns finansieringsbehov - og dernæst takstberegninger.

Beregningen tager udgangspunkt i antallet af tilbud og plejefamilier, der skal føres tilsyn med, sammenholdt med det gennemsnitlige tidsforbrug til at løse en række kerneopgaver i sammenhæng med tilsynene. Tidsestimatet for de fleste opgaver stammer fra DUT-forhandlingerne om lov om socialtilsyn i 2013. Styregruppen med repræsentanter fra KL, Socialstyrelsen samt forvaltningscheferne i de 5 tilsynskommuner har tidligere år foretaget mindre justeringer i modellen.

Modellen er overvejende en taksametermodel, hvor antallet af tilbud og plejefamilier, der skal føres tilsyn med, fastlægger, hvor stort finansieringsbehov, det enkelte tilsyn har – og dermed, hvor stort et budget, man kan råde over. For Socialtilsyn Syd er det ca. 70% af budgettet, som reguleres direkte ud fra, hvor mange tilsyn, der skal gennemføres. Modellen indeholder en mindre del rammefinansiering dels i forhold til lokalt betingede omkostninger, dels til håndtering af fælles faglige forhold som f.eks. whistleblower-ordningen. Disse budgetandele ændrer sig kun, hvis der enten lokalt eller i fællesskab blandt tilsynene træffes beslutning herom.

Socialtilsynene har fokus på løbende at tilpasse omkostningerne til de opgaver, der skal løses. Samtidig har de fem socialtilsyn fokus på, at de forventninger, der var og er til socialtilsynene i forlængelse af tilsynsreformen, skal indfries.

Finansieringsbehov i alt for Socialtilsyn Syd 2021

Med udgangspunkt i den godkendte finansieringsmodel har Socialtilsyn Syd i foråret 2020 opgjort finansieringsbehovet og de deraf afledte takster for 2021. Dette redegøres der for i de kommende afsnit. Dette notat vil – sammen med eventuelle kommentarer, der måtte komme hertil fra KKR i Syddanmark – indgå som grundlag for Faaborg-Midtfyn kommunalbestyrelses behandling af budget 2021.

Socialtilsyn Syds samlede budget for 2021 tager udgangspunkt i følgende forudsætninger om antal tilbud og plejefamilier:

Antal tilbud og plejefamilier	2020	2021
Antal tilbud (voksen)	296	286
Antal tilbud (børn og unge)	160	154
Total – tilbud	456	440
Antal plejefamilier	1450	1500

Sammen med modellens mange andre forudsætninger og Socialtilsyn Syds lokale driftsudgifter for 2021 – som er fratrasket den andel af faste udgifter, som salg af konsulentytelser skal medfinansiere - er Socialtilsyn Syds samlede finansieringsbehov 55,0 mio.

Mer- eller mindreforbrug fra tidligere år indarbejdes i det efterfølgende års drift, så taksterne ikke svinger unødigt som følge af almindelige driftsforskydninger. Det overførte mer/mindreforbrug fra regnskab 2019, som kunne påvirke finansieringsbehovet for 2021 er derfor 0 kr. Dette styringsrationale svarer til vilkårene i den mellemkommunale styringsaftale.

Socialtilsyn Syd har tidligere i forbindelse med den mellemkommunale dialog om Socialtilsyn Syds finansieringsbehov og takster for 2018 tilkendegivet at ville effektivisere med i alt 2 pct. – svarende til ca. 1 mio. Tilkendegivelsen blev givet som Socialtilsyn Syds bidrag til at realisere det generelle omprioriteringsbidrag, som kommunerne på det tidspunkt var underlagt for 2018 og 2019. Denne effektivisering er videreført i budgettet for 2020. I 2021 vil halvdelen af denne effektivisering midlertidigt blive brugt på at sikre Socialtilsyn Syd mod den nedgang der er konstateret over de senere år som følge af sammenlægning af flere tilbud, jf. nærmere herom nedenfor under "Takster på tilbudsområdet".

Med afsæt i modellens forudsætninger om ressourceforbrug til hhv. tilsyn med plejefamilier og sociale tilbud, skal det samlede finansieringsbehov fordeles på følgende måde mellem de to hovedområder:

Finansieringsbehov	2020	2021
Plejefamilieområdet – finansieres via én betaling pr. kommune fordelt efter objektive kriterier	28.400.000	29.300.000
Tilbudsområdet – finansieres via takst til tilbuddene	25.700.000	25.700.000
FINANSIERINGSBEHOV I ALT	54.100.000	55.000.000

Takster på tilbudsområdet

Det samlede finansieringsbehov til tilsyn med tilbudsområdet på 25,7 mio. indeholder skønnede indtægter på i alt ca. 2,1 mio., som vedrører betaling for nygodkendelser af tilbud og væsentlige ændringer i tilbuds godkendelsesgrundlag. Den direkte fakturering af disse særlige aktiviteter sikrer, at det ressourceforbrug, der benyttes hertil, ikke fragår den tilsynsopgave, som finansieres af alle andre tilbud via grundtaksterne. Der er ikke budgetteret med indtægter fra skærpet tilsyn, da Socialtilsyn Syd ikke ønsker at have en budgetforudsætning om at der skal træffes et vist antal afgørelser om skærpet tilsyn og idet posten i øvrigt er meget begrænset. Der er endvidere ikke budgetteret med indtægter fra særligt ressourcekrævende tilsynsopgaver og ekstra takst ved tilbud med flere end 2 afdelinger der ikke ligger på samme adresse, jf. bekendtgørelse om socialtilsyn § 31, stk. 4 og 5, da det ikke er muligt at gøre brug af disse bestemmelser med den aktuelle formulering samt praksis fra Ankestyrelsen.

Tilbuddenes årlige basistakst fastsættes og differentieres inden for 4 størrelseskategorier med udgangspunkt i tilsynsopgavens omfang. I forbindelse med praksisfastlæggelse af den fælles finansierings- og takstmodel, blev det i 2013 aftalt, at tilbud med mange pladser betaler en højere tilsynstakst end tilbud med færre pladser, idet man forudsatte, at tilsynsopgavens omfang ville være større for de største tilbud. Det er en del af tilsynenes fælles finansierings- og takstmodel, at fordelingen sker med en vægtning på 1, 1,2, 2 og 3 mellem de 4 kategorier.

Socialtilsyn Syd har de seneste år arbejdet med at undersøge forholdet mellem tilsynsopgavens omfang og tilbuddenes størrelse. Denne erfaringsopsamling og undersøgelse vil fortsætte i 2020, således at der tilvejebringes det bedst mulige grundlag for drøftelse om takster på tværs af de fem socialtilsyn samt for eventuelle justering i den gældende takstfastlæggelse hos Socialtilsyn Syd.

Til dækning af et finansieringsbehov på i alt 25,8 mio. blandt anslået 440 tilbud, opkræver Socialtilsyn Syd følgende:

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2020	2021
1-7 pladser	34.118	34.842
8-24 pladser	40.941	41.810
25-49 pladser	68.235	69.684
50+ pladser	102.353	104.526

Den samlede takst for 2021 for hvert tilbud opkræves i januar 2021.

Særligt på voksenområdet falder antallet af tilbud som Socialtilsyn Syd fører tilsyn med hvert år, som konsekvens af, at nogle kommuner sammenlægger en række typiske mindre tilbud til i et større tilbud med flere afdelinger – såkaldte centerkonstruktioner. Dette er på lidt længere sigt uholdbart ud fra et tilsynsfagligt perspektiv, da finansieringen og de deraf afledte takster, skal sikre at Socialtilsyn Syd til stadighed kan opfylde sin myndighedsforpligtelse over for et uændret antal afdelinger.

Som anført ovenfor giver den aktuelle lovgivning samt praksis fra Ankestyrelsen ikke rum for, at Socialtilsyn Syd kan pålægge de tilbud der som følge af sammenlægninger, eller andre forhold, medføre et forøget tidsforbrug. Det er forventningen, at der indføres hjemmel til at tilbud der grundet størrelse, eller andre forhold medfører et betydeligt forhøjet tidsforbrug vil kunne pålægges en tillægstakst, således det er de tilbud, der er særligt tidskrævende at føre tilsyn med, der bære omkostningerne herved.

Ved at reducere den hidtil indregnede besparelse med kr. 0,5 mio. kan Socialtilsyn Syd i det væsentlige dæmme op for nedgangen i takstindtægter. Dette medfører en generel takststigning på 2,1% - som dog samtidig netop pga. det faldende antal tilbud betyder et uændret niveau for den samlede takstbetaling fra tilbuddene til Socialtilsyn Syd. Denne midlertidige foranstaltning blev varslet i Socialtilsyn Syds finansieringsnotat for 2020. Det er forventningen at besparelsen kan indregnes igen når der er tilvejebragt den fornødne hjemmel til at pålægge tillægstakster for tilsynsarbejde med tilbud med flere afdelinger.

Takster for særlige ydelser

Nygodkendelser

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2020	2021
1-7 pladser	23.790	24.262
8-24 pladser	28.549	29.144
25-49 pladser	47.581	48.524

50+ pladser	71.372	72.786
-------------	--------	--------

Væsentlige ændringer

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2020	2021
1-7 pladser	8.795	8.877
8-24 pladser	10.554	10.652
25-49 pladser	17.591	17.753
50+ pladser	26.387	26.630

Taksten for skærpet tilsyn følger som udgangspunkt grundtaksen. Taksten for væsentlige ændringer og nygodkendelser stiger henholdsvis knap 1% og knap 2%, som en direkte konsekvens af det ovenfor anførte vedrørende den ordinære takst. Timepris for tillægstakster efter § 31, stk. 4 og 5 vil være 670 kr. i 2020.

Plejefamilieområdets finansiering – betaling pr. kommune

Som det fremgår ovenfor er plejefamilieområdets finansieringsbehov 29,3 mio., hvilket er godt halvdelen af Socialtilsyns Syds samlede finansieringsbehov. Fordelingen af det samlede finansieringsbehov for plejefamilieområdet sker efter kommunernes andel af 0-17 årige (oplysninger hentet hos Danmarks Statistik marts 2020).

Modsat tilbudsområdet dækker den samlede opkrævning på plejefamilieområdet også nygodkendelser og grundkurser, sagsbehandling af væsentlige ændringer i godkendelsesgrundlag, særligt ressourcekrævende tilsyn, samt skærpet tilsyn.

Som følge af lovændringen om omkategorisering til almen, forstærket eller specialiseret plejefamilier har Socialtilsyn Syd som forventet oplevet en markant stigning i antallet af ansøgninger fra plejefamilier om at blive løftet fra en kategori til en anden. Det forventes at antallet af disse ansøgninger vil finde tilbage til et mere stabilt leje i 2021, hvorfor der som følge heraf budgetteres med en reduktion i finansieringsbehovet – j.fr. beskrivelse heraf i sidste års notat.

Men sideløbende hermed har Socialtilsyn Syd oplevet en betydelig stigning i antallet af ansøgere, hvilket antageligt er en følge af afskaffelsen af kommunernes mulighed for at konkret godkende plejefamilier. Denne stigning i antallet af ansøgere betyder samtidig en stigning i det samlede antal plejefamilier. Da særligt nygodkendelsesprocessen af plejefamilier er ressourcekrævende betyder det at Socialtilsyn Syds samlede finansieringsbehov til plejefamilieområdet stiger knap en mio. – men dog ikke mere end at den samlede omkostning pr. plejefamilie er uændret.

Til dækning af det samlede finansieringsbehov på 29,3 mio. til at føre tilsyn med plejefamilier, opkræver Socialtilsyn Syd følgende:

Objektiv finansiering – Kommuner	2020	2021
Assens	945.793	960.315
Kerteminde	521.066	535.655
Langeland	199.559	199.744
Middelfart	892.660	920.507
Nordfyns	670.201	684.585
Nyborg	713.744	731.652
Odense	4.281.791	4.431.594
Svendborg	1.274.294	1.315.311
Ærø	93.181	94.837
Billund	637.373	661.285
Esbjerg	2.595.742	2.673.124
Fanø	69.603	73.528
Fredericia	1.181.114	1.205.487
Haderslev	1.248.573	1.276.440
Kolding	2.241.747	2.317.425
Sønderborg	1.626.598	1.657.545
Tønder	813.129	830.002
Varde	1.163.967	1.201.506
Vejen	1.044.501	1.061.826
Vejle	2.813.240	2.925.438
Aabenraa	1.333.519	1.367.179
Frederiksberg	2.073.210	2.146.367
Total	28.434.607	29.271.353

Finansieringsbehov pr. plejefamilie	2020	2021
Objektiv finansiering pr plejefamilie	19.556	19.514

I forhold til 2020 betyder finansieringsbehovet for 2021, at taksten pr. plejefamilie i praksis er uændret.

Hver kommunes bidrag til den objektive finansiering opkræves i januar 2021.

Takster på BPA-området

Foreninger og private virksomheder, der varetager eller ønsker at varetage arbejdsgiverfunktioner i ordninger med kontant tilskud til ansættelse af

hjælpere og borgerstyret personlig assistance efter §§ 95 og 96 i lov om social service skal være godkendt af det relevante socialtilsyn. For Socialtilsyn Syds vedkommende er der alene et mindre antal godkendelser på BPA-området (under 5), hvorfor dette ikke påvirker budgettet nævneværdigt.

Socialtilsyn Syd – intern budgetfordeling

Det samlede finansieringsbehov på 55,0 mio. forventes forbrugt ud fra følgende overordnede budgetterede udgiftsfordeling:

UDGIFTER	2020	2021
Lønninger, objektiv finansiering plejefamilier	19.300.000	19.300.000
Lønninger, tilbudsområdet	17.200.000	17.300.000
Lønninger, staben	7.400.000	8.000.000
Øvrige personaleomkostninger	2.400.000	2.500.000
Bygninger/IT (Incl. udbudsomkostninger vedr. IT)	4.500.000	4.500.000
Andre aktivitetsomkostninger	1.000.000	1.000.000
Budgetteret over/underskud	0	0
Overhead	2.300.000	2.400.000
UDGIFTER I ALT	54.100.000	55.000.000

1

Socialtilsyn Syd har desuden budgetteret med indtægter i 2021 på i alt 1,5 mio. fra salg af konsulenttydelser, jf. mulighederne i lov om socialtilsyn § 3. Således er Socialtilsyn Syds samlede driftsbudget tilsvarende større. Herunder er det sikret, at Socialtilsyn Syds omkostninger til lokaler, administration og overhead indregnes som omkostninger i forhold til Socialtilsyn Syds salg af konsulenttydelser svarende til disses andel af det samlede budget.

Perspektiver for kommende års finansieringsbehov

Socialtilsyn Syd forventer at der inden for de kommende år skabs hjemmel til at pålægge de tilbud der er betydeligt mere tidskrævende at føre tilsyn med en tillægstakst, hvorfor den midlertidige reduktion i effektiviseringen kan tilbageføres når der er et grundlag for at budgettere med effekten af denne hjemmel.

Peter Bjerregaard Andersen
Tilsynschef

¹ Alle beløb er opgjort i 2021 priser og der vil ske fremskrivning ift. gældende retningslinjer. Beløb vedrørende tidligere år er fremskrevet med KL's sædvanlige PL.

Nyhedsbrev - de særlige pladser

Til samarbejdspartnere

Nyhedsbrevet vil udkomme ca. en gang i kvartalet i 2020. Det vil give relevant information og seneste nyt om de særlige pladser i Region Syddanmark.

Status på pladserne

I marts 2020 fik Vejle sin 15. patient og derved fuld belægning. Der var fuld belægning i Vejle i 28 dage. Også i Esbjerg er god belægning. I en periode på 16 dage i april 2020, har der været 14 patienter indskrevet. Den højeste samlede belægning er 28. patienter, hvilket var tilfældet i en periode over marts og april 2020.

Den 13. maj 2020 er 26 patienter indskrevet på de særlige pladser i Region Syddanmark. Nedenfor er oversigter, der viser belægningen i 2020, i antal indskrevne og belægningsprocent. Begge er målt ved udgangen af måneden. Der kan således have været højere belægning i løbet af måneden.

Nyhedsbrev - de særlige pladser

De særlige pladser flytter til Odense

Det er blevet politisk besluttet, at de særlige pladser i Vejle til efteråret 2020 skal flytte til Odense og samtidig tilknyttes Psykiatrisk Afdeling Odense.

Arbejdet med personalet har været i gang længe fra afdelingsledelserne i Odense og Vejle, så man sikrer, at overgangen sker så gnidningsfrit som muligt for både medarbejdere og patienter.

På afdelingen i Vejle fortæller oversygeplejerske Peter Jezek, at man har gjort flere ting for at informere løbende om situationen og fortsat vil gøre det.

- Det påvirker naturligvis folk, når arbejdspladsen flytter. Vi har talt om det på personalemøder, og ved alle ansættelsessamtaler siden forslaget, er der blevet nævnt, at der er en reel mulighed for, at arbejdspladsen flytter til Odense.

- Vi har også talt med patienterne om det, men vi kommer til at tage flere snakke, når vi nærmer os flyttedatoen.

Trods arbejdet forventer han stadig, at nogle ikke vælger at flytte med arbejdet til Fyn.

- Vi har haft jurister med til personalemøderne, som har svaret på, hvordan man står, hvis man ikke ønsker at flytte med.

Odense glæder sig

Sonja Rasmussen, der er ledende overlæge på Psykiatrisk Afdeling Odense, har i fire måneder været tilknyttet afdelingen i Vejle, mens den nye permanente ledende overlæge blev ansat. Derfor er hun ikke et ukendt ansigt for medarbejderne, men både hun og oversygeplejerske Rikke Sveistrup vil mødes med de kommende medarbejdere flere gange.

- Vi kommer til et personalemøde, hvor vi kan få hilst ordenligt på hinanden og få stillet de spørgsmål, der måtte være. Derudover inviterer vi alle over og se de nye lokaler i afsnittet, der er under ombygning. Her har vi haft løbende dialog med ledelsen for de særlige pladser ift. indretningen.

- Derudover har vi gjort meget ud af at informere resten af personalet i Odense om, at der kommer nye kollegaer og en ny patientgruppe, forklarer Rikke Sveistrup.

Flytningen af de særlige pladser til Odense kan ifølge hende føre en masse godt med sig for afdelingen og også patienterne, pladserne er oprettet for.

- Vi synes da, det er relevant at have pladserne i Odense. Det kan måske også være lettere for nogle af borgerne i den østlige del af regionen at takke ja til et ophold, hvis det ligger tættere på. Vi er i hvert fald klar til at tage imod vores nye kollegaer og glæder os rigtig meget. Der kommer også nogle nye kompetencer som eksempelvis misbrugsbehandlingen, som vi måske kan lade os inspirere af i de andre afsnit, siger hun.

Pladserne bliver efter planen flyttet til Odense i starten af oktober 2020.

Nyhedsbrev - de særlige pladser

Patienterne på de særlige pladser - hvor kommer de fra, og vad udskrives de til?

Indskrivninger

Der har i alt været 48 indskrivninger til de særlige pladser (ikke unikke cpr.nr).

Nedenfor er en oversigt over, hvilke tilbud borgerne kommer fra ved indskrivning.

* I tabellen er angivet de tilbud, som borgeren er bevilget ved behandlingen af anmodningen i Visitationsforum. Dette selv om borgeren aktuelt havde ophold på Psykiatrisk Afdeling.

** Når Psykiatrisk Afdeling er angivet, har borgeren aktuelt ophold der og er uden andet tilbud, dvs. hjemløs. Af de 11 har 5 tidligere haft botilbud, som var opsagt, 2 tidligere haft egen bolig, som var opsagt, 2 kom fra et forsorgshjem, da egen bolig opsagt, og 2 var uden fast opholdssted.

Udskrivelser

Der har i alt været 22 udskrivelser fra de særlige pladser. Nedenfor er oversigt over hvilken form for udskrivelse, det har været:

* Hvis borgeren forlader tilbuddet og ikke ønsker at komme tilbage til de særlige pladser, udskrives borgeren af kommunen. Der er således ikke tale om en planlagt udskrivelse.** Tilfælde, hvor borgeren har trukket sit samtykke tilbage uden at forlade tilbuddet, og det har været muligt at planlægge udskrivelsen lidt.

Nyhedsbrev - de særlige pladser

Nedenfor uddybes de tilfælde, hvor borgeren er udskrevet af kommunen:

* Tilfælde hvor Visitationsforum har indstillet til fortsat visitation, fordi mindst 4 af de 6 visitationskriterier fortsat anses som opfyldt, og kommunen udskriver på baggrund af det/de kriterier som Visitationsforum har bemærket ikke længere har været opfyldt.

** Det kan fx være pga. at borgeren er blevet fængslet, afgang ved døden, fået en dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling eller udvisningsdom.

Herunder ses det tilbud, borgeren kommer til ved udskrivelse

* Det kan fx være udskrivelse til fængsel.

** Herunder til Retspsykiatrisk Afdeling.

*** Patienten forlod de særlige pladser uden kontakt i længere tid efterfølgende, hvorfor kommunen ikke kender opholdsstedet.

Nyhedsbrev - de særlige pladser

Opholdets varighed

Opholdet er midlertidigt og forventes at have en varighed på 3 -12 måneder. Erfaringen er dog, at borgere med meget komplicerede problemstillinger, fx kognitivt dårlige, psykisk syge eller misbrugende, kan have ophold på de særlige pladser i 12 -24 måneder. Dette skyldes bl.a., at alene stabilisering af tilstanden og relations skabelsen tager op til et halvt år, og at det først derefter kan arbejdes med den udviklende indsats.

Nedenfor er oversigt over, hvor langt forløb de borgere, som er udskrevet, har haft på de særlige pladser. Oversigten er opgjort i antal dage og hvilket år, patienten er udskrevet.

Nedenfor er oversigt over, hvor langt forløb de borgere, som stadig er indskrevet, har haft på de særlige pladser. Oversigten er opgjort i intervaller af antal indskrivningsdage.

Nyhedsbrev særlige pladser

Til samarbejdspartnere

Nyhedsbrevet vil udkomme ca. en gang i kvartalet i 2020. Det vil give relevant information og seneste nyt om de særlige pladser i Region Syddanmark.

Status på pladserne

Der er pr 14. februar 2020 indlagt 11 patienter på de særlige pladser i Vejle og én plads er reserveret, mens der er i Esbjerg er 12 indlagt. Endnu en er på vej til de særlige pladser, da vedkommende blev indstillet til visitation på mødet i uge 7. Ud over det afventer 1 anmodninger om indstilling til visitation, hvilket behandles i uge 8.

Belægningsprocenten for de særlige pladser i Region Syddanmark er stigende. Gennemsnitligt lå belægningen på 34 % i 2. kvartal af 2019, i 3. kvartal var tallet 54 % og i 4. kvartal af 2019 lå tallet på 63 %.

Ved udgangen af januar 2020 var den gennemsnitlige belægningsprocent 72 %.

Som nedenstående tabel også viser, er der også fremgang i antallet af anmodninger

Erfaringen er, at patienterne er indlagt i en længere periode. Af de patienter som pt. er indlagt, har flere været indlagt over et halvt år. Tabellen herunder viser antallet af sengedage for patienterne på de særlige pladser.

Nyhedsbrev særlige pladser

Særligt fokus på aktiviteter i hverdagen

Generelt har psykiatrisygehuset fokus brug af aktiviteter i dagligdagen. Det gælder også for de særlige pladser. Fremadrettet kan aktiviteterne blive et godt alternativ til at misbruge og hjælpe på psykiske symptomer.

På de særlige pladser i Vejle er der dagligt planlagt aktiviteter for patienterne. To gange i døgnet arrangerer personalet alt fra bagning og brætspil til aktivitet i hallen og filmaften. Ifølge Julie Sevelsted Frost og Trine Kjærhus Jensen, der er henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut på stedet, så er det vigtigt at have nogle både gode og meningsfulde aktiviteter, så man som patient oplever struktur under sit ophold og noget at stå op til.

- Når vi taler om fysisk aktivitet, behøver det ikke betyde hård træning i hallen i en time. Det kan også være, vi tager ud og handler, lægger puslespil eller spiller dart. Og de enkelte aktiviteter kan tilpasses de enkelte. Eksempelvis har vi på madholdet en, der er meget aktiv i madlavningen, mens en anden hjælper til med oprydningen, fordi det er det, den pågældende kan magte. Men vedkommende deltager, og det kan vi bruge i den fremtidige relation, forklarer Julie Sevelsted Frost og fortsætter.

- Forleden var jeg i biografen med to af de indlagte, og det giver nogle nye observationer for mig ift. hvordan vores patienter agerer i samfundet, og hvad der kan gøre dem oprørte - men også, hvad der kan få dem til at falde til ro.

- Samtalen flyder også på en anden måde, hvis man går en tur i skoven eller spiller badminton i hallen. Det er ikke så intimiderende som hvis man bare taler sammen på afsnittet. Vi træner patienterne i evnen til at samarbejde og indgå i sociale relationer. Det er rigtig vigtigt for at kunne have et godt liv efter tiden på de særlige pladser. De personalemæssige rammer gør det muligt at afsætte tid af til de mange aktiviteter - men de er vigtige, når man er på de særlige pladser så længe, supplerer Trine Kjærhus Jensen.

Ud over de fastlagte aktiviteter er der altid plads til, at man kan styrketræne, gå en tur eller spille et spil. De enkelte aktiviteter tilpasses den enkelte, og som et eksempel er det via et samarbejde med Vejle Kommune lykkes at få tilknyttet to fra de særlige pladser til svømmetræning. De mange aktiviteter er vigtige for at undgå brugen af tvang, hvilket i forvejen er lavt på de særlige pladser.

Aktiviteterne i Esbjerg minder så meget om en normal hverdag som muligt

I Esbjerg planlægger fysioterapeuterne hver dag aktiviteter, som patienterne kan deltage i. Derudover arrangerer personalet cykel- eller gåture i de flotte omgivelser ved afdelingen. Det fortæller fysioterapeut på afsnittet Rune Dalager.

-Vi kigger både på bevægelse som en måde hvorpå man får motion, men det er også en måde at få stimuleret sanser som duft- og synssansen. Og så arbejder vi meget med patienternes balancenerve - arbejdet med den kan skabe kropslig ro, hvilket kan hjælpe på stoftrang eller indre uro.

- Vi bruger alt fra madlavning til massage og lange gåture, men primært forsøger vi at have nogle aktiviteter der minder mest muligt om hverdagen. Derfor henter vi altid vores mad fra kantinen ned til afsnittet og sætter frem på bordet på samme måde, som vi ville gøre derhjemme.

- Det hele handler om at skabe nogle gode oplevelser, som man kan ty til senere i livet i stedet for at tage stoffer. På den måde bliver det lettere at mestre en hverdag, siger Rune Dalager.

Han mener desuden, at arbejdet med fysisk aktivitet kan være en nøgle til at gøre behandlingen med de psykiske symptomer lettere.

Nyhedsbrev særlige pladser

- Når vi går ture og folk bliver trætte, så ser man deres strategier på en hel anden måde. Vi opnår en helt anden relation igennem aktiviteter. Konflikter kommer sjældnere, og distancen bliver mindre mellem personale og patienter. På den måde kan det fysiske være en nøgle til at åbne op for behandlingen, siger Rune Dalager

Også i det vestjyske kan de mærke en glæde fra patienterne over eksempelvis at lave mad eller gå ture med personalet.

- Det er en stor succes. Nogen gange kan det være svært at få dem afsted, men når vi er i gang med aktiviteten, er de glade for det.

Afdeling: Administrationen, Ledelsessekretariatet
Journal nr.: 20/8215
Dato: 11. februar 2020
Udarbejdet af: Tórhild Højgaard
E-mail: Torhild.hojgaard@rsyd.dk
Telefon: 9944 4876

Oversigt over kommunernes brug af de særlige pladser

Tabellen nedenfor viser, hvem har anmodet visitationsforum om en indstilling til en særlig plads på psykiatrisk afdeling i Region Syddanmark. Opgørelsen er fordelt på kommuner og region.

Anmoder	2018	2019	2020
Kommune	27	29	3
Fredericia		3	
Fåborg-Midtfyn	3		
Kolding	1	2	1
Nyborg		1	
Odense	3	2	
Sønderborg	2	3	
Vejle	4	2	
Aabenraa	5	1	1
Vejen	1		
Assens	1	1	
Varde	1	1	
Middelfart	1		
Svendborg	1	3	
Esbjerg		6	
Haderslev		1	
Billund		1	
Fanø		1	
Langeland		1	1
Udenregional	3		
Nordfyns	1		
Region Syddanmark*		1	
Middelfart			
Anmodninger i alt pr. 10.02.2020	27	30	3

* Visitationsforum har behandlet én anmodning om indstilling fra Region Syddanmark. Den vedrørte en borger som Middelfart Kommune var handlekommune for.

Psykiatrien i Region Syddanmark

Af tabellen nedenfor fremgår antallet af modtagne anmodninger om indstilling til en særlige plads fordelt på år. Endvidere fremgår bl.a. hvor mange borgere visitationsforum har indstillet til en særlig plads. Det skal bemærkes, at visitationsforummets indstilling til en plads ikke betyder at borgeren er indlagt. Dette da borgeren kan nægte indlæggelse, lige som kommunen kan vælge ikke at visitere borgeren til en plads.

Antal anmodninger pr. 10.02.2020	2018	2019	2020
Afventer behandling			2
Afvist uden behandling	1		
Ikke indstillet	5	2	
Indstillet	19	28	1
Tilbagetrukket	2		
I alt	27	30	3

Tabellen nedenfor viser antal dage borgerne har været indskrevet på de særlige pladser, opgjort i tidsintervaller på 100 dage. Opgørelsen viser antal indskrivningsdage for udskrevne borgere samt for borgere som fortsat er indlagt.

Antal sengedage* pr. 10.02.2020	Borger er udskrevet	Borger er fortsat indlagt
0-99	7	7
100-199	6	3
200-299	4	9
300-399		2
400-499	1	
500-599	1	1
600-699		1
I alt	19	23

* Perioden som borgeren er visiteret til en særlig plads af kommunen.

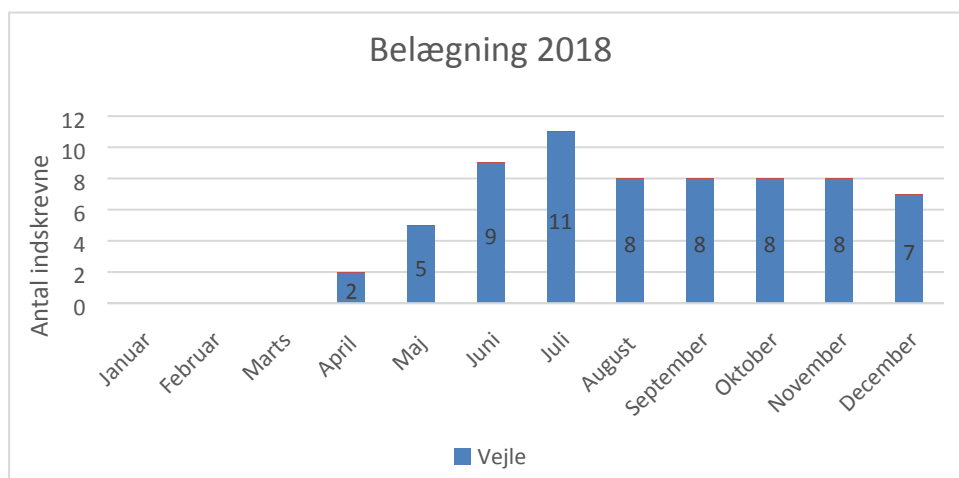
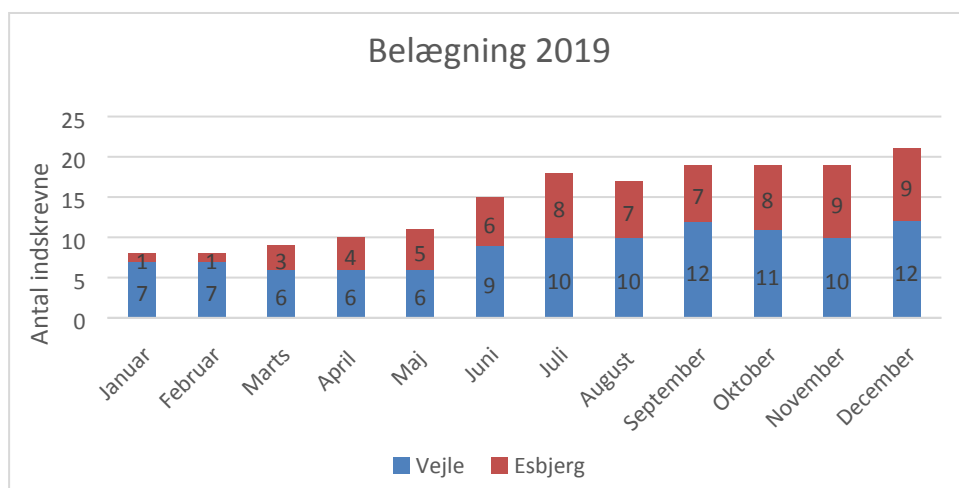
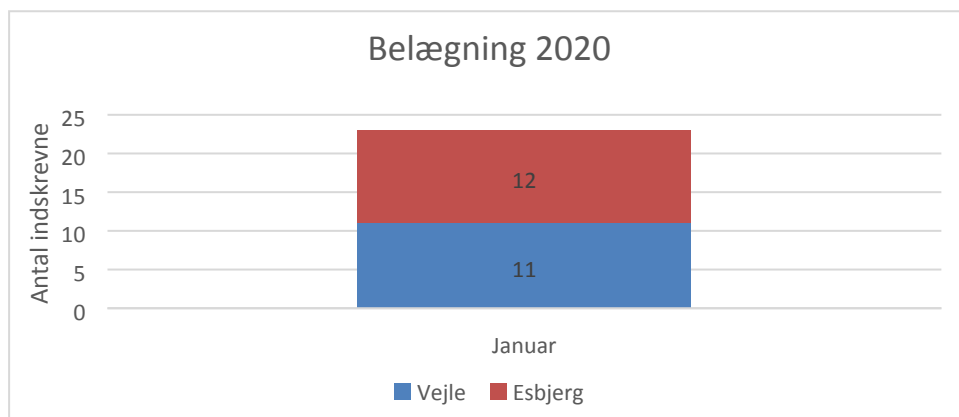
Belægningsprocenten for 2018 og 2019 fremgår af tabellen nedenfor.

Belægningsprocent*	2018	2019
De særlige pladser (år)	47%	49%
1. kvartal		36%
2. kvartal	29%	34%
3. kvartal	59%	54%
4. kvartal	51%	63%

* Belægningsprocenten er beregnet ud fra antallet sengedage/normerede dage (pr. kvartal)

I 2020 har belægningsprocenten for januar været 75% næsten hele måneden. Ved udgangen af januar 2020 faldt belægningsprocenten til 72%.

I tabellerne nedenfor ses antal indskrevne borgere opgjort ved udgangen af hver måned.



ASSENS KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	61.772,72	-	61.772,72
Februar	-	-	-	52.413,22	-	52.413,22
Marts	61.347,43	-	61.347,43	54.552,54	-	54.552,54
April	51.716,55	-	51.716,55	47.064,93	-	47.064,93
Maj	46.307,42	-	46.307,42	45.995,27	-	45.995,27
Juni	29.288,45	-	29.288,45	35.699,82	-	35.699,82
Juli	22.296,16	-	22.296,16	28.747,05	-	28.747,05
August	21.504,58	-	21.504,58	62.307,55	-	62.307,55
September	29.948,10	-	29.948,10	57.627,80	-	57.627,80
Oktober	28.628,80	-	28.628,80	51.878,39	-	51.878,39
November	28.628,80	-	28.628,80	50.140,20	-	50.140,20
December	32.718,63	-	32.718,63	47.198,64	-	47.198,64
I ALT	352.384,93			595.398,13		

Faaborg Midtfyn KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	77.656,58	-	77.656,58
Februar	-	-	-	65.890,43	-	65.890,43
Marts	76.500,22	-	76.500,22	68.579,84	-	68.579,84
April	64.490,51	-	64.490,51	59.166,92	-	59.166,92
Maj	57.745,33	-	57.745,33	57.822,22	-	57.822,22
Juni	36.522,69	66.249,00	102.771,69	44.879,45	-	44.879,45
Juli	27.803,31	151.983,00	179.786,31	36.138,89	-	36.138,89
August	26.816,21	198.747,00	225.563,21	78.328,93	-	78.328,93
September	37.345,27	11.691,00	49.036,27	72.445,86	-	72.445,86
Oktober	35.700,10	-	35.700,10	65.218,08	-	65.218,08
November	35.700,10	-	35.700,10	63.032,94	-	63.032,94
December	40.800,12	-	40.800,12	59.335,01	-	59.335,01
I ALT	868.093,87			748.495,14		

Kerteminde KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	35.633,38	-	35.633,38

Februar	-	-	-	30.234,39	-	30.234,39
Marts	35.263,49	-	35.263,49	31.468,44	-	31.468,44
April	29.727,50	-	29.727,50	27.149,24	-	27.149,24
Maj	26.618,25	-	26.618,25	26.532,22	-	26.532,22
Juni	16.835,47	-	16.835,47	20.593,32	-	20.593,32
Juli	12.816,19	-	12.816,19	16.582,63	-	16.582,63
August	12.361,18	-	12.361,18	35.941,90	-	35.941,90
September	17.214,65	-	17.214,65	33.242,40	-	33.242,40
Oktober	16.456,30	-	16.456,30	29.925,87	-	29.925,87
November	16.456,30	-	16.456,30	28.923,20	-	28.923,20
December	18.807,20	-	18.807,20	27.226,37	-	27.226,37
I ALT	202.556,53			343.453,36		

Langeland KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	18.826,20	-	18.826,20
Februar	-	-	-	15.973,75	-	15.973,75
Marts	18.764,35	-	18.764,35	16.625,74	-	16.625,74
April	15.818,55	-	15.818,55	14.343,77	-	14.343,77
Maj	14.164,05	-	14.164,05	14.017,78	99.225,00	113.242,78
Juni	8.958,46	-	8.958,46	10.880,08	119.070,00	129.950,08
Juli	6.819,73	-	6.819,73	8.761,11	123.039,00	131.800,11
August	6.577,61	-	6.577,61	18.989,20	119.070,00	138.059,20
September	9.160,23	-	9.160,23	17.562,97	83.349,00	100.911,97
Oktober	8.756,69	-	8.756,69	15.810,75	91.287,00	107.097,75
November	8.756,69	-	8.756,69	15.281,01	83.349,00	98.630,01
December	10.007,65	-	10.007,65	14.384,52	123.039,00	137.423,52
I ALT	107.784,02			1.022.884,87		

Middelfart KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	57.787,14	-	57.787,14
Februar	-	-	-	49.031,52	-	49.031,52
Marts	56.719,06	-	56.719,06	51.032,80	-	51.032,80
April	47.814,78	-	47.814,78	44.028,30	-	44.028,30

Maj	42.813,74	-	42.813,74	43.027,66	-	43.027,66
Juni	27.078,78	77.940,00	105.018,78	33.396,47	-	33.396,47
Juli	20.614,02	-	20.614,02	26.892,29	-	26.892,29
August	19.882,17	-	19.882,17	58.287,47	-	58.287,47
September	27.688,66	-	27.688,66	53.909,65	-	53.909,65
Oktober	26.468,90	-	26.468,90	48.531,20	-	48.531,20
November	26.468,90	-	26.468,90	46.905,15	-	46.905,15
December	30.250,17	-	30.250,17	44.153,38	-	44.153,38
I ALT	403.739,17				556.983,02	

Nordfyns KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	44.506,88	123.039,00	167.545,88
Februar	-	-	-	37.763,41	111.132,00	148.895,41
Marts	43.813,66	-	43.813,66	39.304,78	123.039,00	162.343,78
April	36.935,38	-	36.935,38	33.910,00	119.070,00	152.980,00
Maj	33.072,24	-	33.072,24	33.139,32	123.039,00	156.178,32
Juni	20.917,49	15.588,00	36.505,49	25.721,51	119.070,00	144.791,51
Juli	15.923,67	120.807,00	136.730,67	20.712,08	123.039,00	143.751,08
August	15.358,34	120.807,00	136.165,34	44.892,22	123.039,00	167.931,22
September	21.388,60	116.910,00	138.298,60	41.520,49	119.070,00	160.590,49
Oktober	20.446,37	120.807,00	141.253,37	37.378,07	119.070,00	156.448,07
November	20.446,37	116.910,00	137.356,37	36.125,71	-	36.125,71
December	23.367,28	120.807,00	144.174,28	34.006,34	-	34.006,34
I ALT	984.305,41				1.631.587,80	

Nyborg KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	48.027,80	-	48.027,80
Februar	-	-	-	40.750,86	-	40.750,86
Marts	47.548,42	-	47.548,42	42.414,16	-	42.414,16
April	40.083,83	-	40.083,83	36.592,61	-	36.592,61
Maj	35.891,39	-	35.891,39	35.760,96	-	35.760,96
Juni	22.700,53	-	22.700,53	27.756,32	51.597,00	79.353,32
Juli	17.281,04	-	17.281,04	22.350,60	123.039,00	145.389,60

August	16.667,51	-	16.667,51	48.443,62	123.039,00	171.482,62
September	23.211,81	-	23.211,81	44.805,15	119.070,00	163.875,15
Oktober	22.189,26	-	22.189,26	40.335,03	123.039,00	163.374,03
November	22.189,26	-	22.189,26	38.983,60	119.070,00	158.053,60
December	25.359,16	-	25.359,16	36.696,56	123.039,00	159.735,56
I ALT	273.122,19				1.244.810,28	

Odense KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	306.048,68	123.039,00	429.087,68
Februar	-	-	-	111.132,00	259.677,67	370.809,67
Marts	300.366,10	-	300.366,10	270.276,76	51.597,00	321.873,76
April	253.211,85	85.734,00	338.945,85	233.179,95	-	233.179,95
Maj	226.727,96	214.335,00	441.062,96	227.880,40	-	227.880,40
Juni	143.400,59	233.820,00	377.220,59	176.872,29	-	176.872,29
Juli	109.165,31	241.614,00	350.779,31	142.425,25	-	142.425,25
August	105.289,62	167.571,00	272.860,62	308.698,45	-	308.698,45
September	146.630,33	116.910,00	263.540,33	285.512,95	51.597,00	337.109,95
Oktober	140.170,85	120.807,00	260.977,85	257.027,90	123.039,00	380.066,90
November	140.170,85	120.807,00	260.977,85	248.416,14	119.070,00	367.486,14
December	160.195,25	120.807,00	281.002,25	233.842,39	186.543,00	420.385,39
I ALT	3.147.733,72				3.715.875,82	

Svendborg KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	87.834,12	-	87.834,12
Februar	-	-	-	74.525,92	-	74.525,92
Marts	87.131,52	-	87.131,52	77.567,80	-	77.567,80
April	73.452,81	-	73.452,81	66.921,24	119.070,00	185.991,24
Maj	65.770,25	-	65.770,25	65.400,30	-	65.400,30
Juni	41.598,28	-	41.598,28	50.761,28	79.380,00	130.141,28
Juli	31.667,16	-	31.667,16	40.875,19	123.039,00	163.914,19
August	30.542,88	-	30.542,88	88.594,59	123.039,00	211.633,59
September	42.535,17	-	42.535,17	81.940,49	178.605,00	260.545,49
Oktober	40.661,38	-	40.661,38	73.765,45	246.078,00	319.843,45

November	40.661,38	-	40.661,38	71.293,93	238.140,00	309.433,93
December	46.470,15	-	46.470,15	67.111,35	333.396,00	400.507,35
I ALT	500.490,96					2.287.338,65

Ærø KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	9.080,34	-	9.080,34
Februar	-	-	-	7.704,53	-	7.704,53
Marts	9.170,65	-	9.170,65	8.019,01	-	8.019,01
April	7.730,95	-	7.730,95	6.918,36	-	6.918,36
Maj	6.922,36	-	6.922,36	6.761,12	-	6.761,12
Juni	4.378,24	-	4.378,24	5.247,73	-	5.247,73
Juli	3.332,99	-	3.332,99	4.225,70	-	4.225,70
August	3.214,66	-	3.214,66	9.158,96	-	9.158,96
September	4.476,85	-	4.476,85	8.471,06	-	8.471,06
Oktober	4.279,63	-	4.279,63	7.625,92	-	7.625,92
November	4.279,63	-	4.279,63	7.370,41	-	7.370,41
December	4.891,01	-	4.891,01	6.938,01	-	6.938,01
I ALT	52.676,98					87.521,15

Billund KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	39.914,24	-	39.914,24
Februar	-	-	-	33.866,63	-	33.866,63
Marts	39.309,98	-	39.309,98	35.248,94	39.690,00	74.938,94
April	33.138,73	-	33.138,73	30.410,85	119.070,00	149.480,85
Maj	29.672,69	-	29.672,69	29.719,70	123.039,00	152.758,70
Juni	18.767,34	-	18.767,34	23.067,32	119.070,00	142.137,32
Juli	14.286,85	-	14.286,85	18.574,81	123.039,00	141.613,81
August	13.779,63	-	13.779,63	40.259,82	123.039,00	163.298,82
September	19.190,03	-	19.190,03	37.236,02	119.070,00	156.306,02
Oktober	18.344,66	-	18.344,66	33.521,05	123.039,00	156.560,05
November	18.344,66	-	18.344,66	32.397,93	119.070,00	151.467,93
December	20.965,32	-	20.965,32	30.497,25	123.039,00	153.536,25

I ALT	225.799,89	1.515.879,57
-------	------------	--------------

Esbjerg KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	173.350,94	-	173.350,94
Februar	-	-	-	147.085,65	-	147.085,65
Marts	172.238,32	-	172.238,32	153.089,14	27.783,00	180.872,14
April	145.198,76	-	145.198,76	132.076,91	119.070,00	251.146,91
Maj	130.012,15	-	130.012,15	129.075,16	123.039,00	252.114,16
Juni	82.229,91	-	82.229,91	100.183,34	170.667,00	270.850,34
Juli	62.598,44	-	62.598,44	80.671,98	246.078,00	326.749,98
August	60.376,01	-	60.376,01	174.851,82	246.078,00	420.929,82
September	84.081,93	-	84.081,93	161.719,17	238.140,00	399.859,17
Oktober	80.377,88	-	80.377,88	145.584,77	341.334,00	486.918,77
November	80.377,88	-	80.377,88	140.706,93	349.272,00	489.978,93
December	91.860,44	-	91.860,44	132.452,13	301.644,00	434.096,13
I ALT	989.351,72			3.833.952,93		

Fanø KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	5.102,26	-	5.102,26
Februar	-	-	-	4.329,19	-	4.329,19
Marts	5.048,46	-	5.048,46	4.505,89	-	4.505,89
April	4.255,90	-	4.255,90	3.887,44	-	3.887,44
Maj	3.810,77	-	3.810,77	3.799,09	15.876,00	19.675,09
Juni	2.410,23	-	2.410,23	2.948,71	119.070,00	122.018,71
Juli	1.834,82	-	1.834,82	2.374,43	123.039,00	125.413,43
August	1.769,67	-	1.769,67	5.146,44	123.039,00	128.185,44
September	2.464,52	-	2.464,52	4.759,90	119.070,00	123.829,90
Oktober	2.355,95	-	2.355,95	4.285,02	123.039,00	127.324,02
November	2.355,95	-	2.355,95	4.141,45	119.070,00	123.211,45
December	2.692,51	-	2.692,51	3.898,48	123.039,00	126.937,48
I ALT	28.998,77			914.420,28		

Fredericia KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	77.084,00	-	77.084,00
Februar	-	-	-	65.404,61	-	65.404,61
Marts	76.188,50	-	76.188,50	68.074,18	111.132,00	179.206,18
April	64.227,72	-	64.227,72	58.730,67	119.070,00	177.800,67
Maj	57.510,03	-	57.510,03	57.395,88	123.039,00	180.434,88
Juni	36.373,86	-	36.373,86	44.548,55	119.070,00	163.618,55
Juli	27.690,01	-	27.690,01	35.872,42	123.039,00	158.911,42
August	26.706,94	-	26.706,94	77.751,39	-	77.751,39
September	37.193,10	-	37.193,10	71.911,70	-	71.911,70
Oktober	35.554,63	-	35.554,63	64.737,21	-	64.737,21
November	35.554,63	-	35.554,63	62.568,18	-	62.568,18
December	40.633,87	-	40.633,87	58.897,52	-	58.897,52
I ALT	437.633,30			1.338.326,31		

Haderslev KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	83.724,13	-	83.724,13
Februar	-	-	-	71.038,66	-	71.038,66
Marts	83.071,68	-	83.071,68	73.938,20	-	73.938,20
April	70.030,32	-	70.030,32	63.789,82	31.752,00	95.541,82
Maj	62.705,72	-	62.705,72	62.340,05	123.039,00	185.379,05
Juni	39.660,03	-	39.660,03	48.386,03	119.070,00	167.456,03
Juli	30.191,64	-	30.191,64	38.962,53	123.039,00	162.001,53
August	29.119,75	-	29.119,75	84.449,02	123.039,00	207.488,02
September	40.553,27	-	40.553,27	78.106,28	119.070,00	197.176,28
Oktober	38.766,78	-	38.766,78	70.313,77	123.039,00	193.352,77
November	38.766,78	-	38.766,78	67.957,90	119.070,00	187.027,90
December	44.304,90	-	44.304,90	63.971,04	123.039,00	187.010,04
I ALT	477.170,87			1.811.134,42		

KOLDING KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	139.237,45	123.039,00	262.276,45
Februar	-	-	-	118.140,86	111.132,00	229.272,86

Marts	137.329,60	-	137.329,60	122.962,94	119.070,00	242.032,94
April	115.770,33	-	115.770,33	106.085,67	-	106.085,67
Maj	103.661,70	-	103.661,70	103.674,63	-	103.674,63
Juni	65.563,81	38.970,00	104.533,81	80.468,39	67.473,00	147.941,39
Juli	49.911,19	120.807,00	170.718,19	64.769,65	218.295,00	283.064,65
August	48.139,19	120.807,00	168.946,19	140.442,96	246.078,00	386.520,96
September	67.040,47	116.910,00	183.950,47	129.894,67	238.140,00	368.034,67
Oktober	64.087,15	120.807,00	184.894,15	116.935,34	246.078,00	363.013,34
November	64.087,15	116.910,00	180.997,15	113.017,41	238.140,00	351.157,41
December	73.242,45	120.807,00	194.049,45	106.387,05	246.078,00	352.465,05
I ALT	1.544.851,03			3.195.540,02		

Sønderborg KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	111.759,59	123.039,00	234.798,59
Februar	-	-	-	94.826,31	111.132,00	205.958,31
Marts	110.810,73	-	110.810,73	98.696,78	123.039,00	221.735,78
April	93.414,64	-	93.414,64	85.150,16	119.070,00	204.220,16
Maj	83.644,23	50.661,00	134.305,23	83.214,93	123.039,00	206.253,93
Juni	52.903,19	233.820,00	286.723,19	64.588,33	119.070,00	183.658,33
Juli	40.273,15	241.614,00	281.887,15	52.009,33	281.799,00	333.808,33
August	38.843,33	241.614,00	280.457,33	112.727,20	369.117,00	481.844,20
September	54.094,70	233.820,00	287.914,70	104.260,57	357.210,00	461.470,57
Oktober	51.711,67	241.614,00	293.325,67	93.858,70	369.117,00	462.975,70
November	51.711,67	120.807,00	172.518,67	90.713,95	357.210,00	447.923,95
December	59.099,06	120.807,00	179.906,06	85.392,06	369.117,00	454.509,06
I ALT	2.121.263,36			3.899.156,91		

Tønder KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	56.339,31	-	56.339,31
Februar	-	-	-	47.802,96	-	47.802,96
Marts	56.076,32	-	56.076,32	49.754,10	-	49.754,10
April	47.272,94	-	47.272,94	42.925,11	-	42.925,11
Maj	42.328,57	-	42.328,57	41.949,54	-	41.949,54

Juni	26.771,92	-	26.771,92	32.559,67	-	32.559,67
Juli	20.380,42	-	20.380,42	26.218,46	-	26.218,46
August	19.656,86	-	19.656,86	56.826,99	-	56.826,99
September	27.374,89	-	27.374,89	52.558,87	-	52.558,87
Oktober	26.168,95	-	26.168,95	47.315,18	-	47.315,18
November	26.168,95	-	26.168,95	45.729,88	-	45.729,88
December	29.907,37	-	29.907,37	43.047,06	-	43.047,06
I ALT	322.107,18				543.027,13	

Varde KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	75.138,43	-	75.138,43
Februar	-	-	-	63.753,82	-	63.753,82
Marts	74.666,99	-	74.666,99	66.356,01	-	66.356,01
April	62.945,07	-	62.945,07	57.248,33	-	57.248,33
Maj	56.361,53	-	56.361,53	55.947,23	-	55.947,23
Juni	35.647,46	105.219,00	140.866,46	43.424,16	-	43.424,16
Juli	27.137,03	120.807,00	147.944,03	34.967,02	-	34.967,02
August	26.173,59	85.734,00	111.907,59	75.788,98	-	75.788,98
September	36.450,34	-	36.450,34	70.096,67	-	70.096,67
Oktober	34.844,59	-	34.844,59	63.103,27	-	63.103,27
November	34.844,59	-	34.844,59	60.988,98	-	60.988,98
December	39.822,39	-	39.822,39	57.410,96	-	57.410,96
I ALT	740.653,59				724.223,85	

Vejen KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	64.247,41	-	64.247,41
Februar	-	-	-	54.512,95	-	54.512,95
Marts	63.597,79	-	63.597,79	56.737,97	-	56.737,97
April	53.613,62	-	53.613,62	48.950,41	-	48.950,41
Maj	48.006,07	-	48.006,07	47.837,90	-	47.837,90
Juni	30.362,81	-	30.362,81	37.130,00	-	37.130,00
Juli	23.114,03	-	23.114,03	29.898,69	-	29.898,69
August	22.293,42	-	22.293,42	64.803,66	-	64.803,66

September	31.046,66	-	31.046,66	59.936,44	-	59.936,44
Oktober	29.678,97	-	29.678,97	53.956,70	-	53.956,70
November	29.678,97	-	29.678,97	52.148,87	-	52.148,87
December	33.918,82	-	33.918,82	49.089,47	-	49.089,47
I ALT	365.311,17				619.250,47	

Vejle KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	172.118,84	123.039,00	295.157,84
Februar	-	-	-	146.040,23	111.132,00	257.172,23
Marts	169.429,83	-	169.429,83	152.001,06	123.039,00	275.040,06
April	142.831,17	97.425,00	240.256,17	131.138,17	119.070,00	250.208,17
Maj	127.892,19	62.352,00	190.244,19	128.157,75	123.039,00	251.196,75
Juni	80.889,08	-	80.889,08	99.471,28	119.070,00	218.541,28
Juli	61.577,72	35.073,00	96.650,72	80.098,60	123.039,00	203.137,60
August	59.391,53	120.807,00	180.198,53	173.609,05	123.039,00	296.648,05
September	82.710,91	116.910,00	199.620,91	160.569,74	119.070,00	279.639,74
Oktober	79.067,25	120.807,00	199.874,25	144.550,03	123.039,00	267.589,03
November	79.067,25	116.910,00	195.977,25	139.706,85	222.264,00	361.970,85
December	90.362,57	120.807,00	211.169,57	131.510,72	238.140,00	369.650,72
I ALT	1.764.310,50				3.325.952,33	

Aabenraa KOMMUNE	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar	-	-	-	88.487,64	134.946,00	223.433,64
Februar	-	-	-	75.080,42	222.264,00	297.344,42
Marts	87.711,92	-	87.711,92	78.144,93	246.078,00	324.222,93
April	73.942,10	42.867,00	116.809,10	67.419,16	238.140,00	305.559,16
Maj	66.208,36	27.279,00	93.487,36	65.886,90	246.078,00	311.964,90
Juni	41.875,37	-	41.875,37	51.138,96	238.140,00	289.278,96
Juli	31.878,10	-	31.878,10	41.179,31	246.078,00	287.257,31
August	30.746,33	-	30.746,33	89.253,77	246.078,00	335.331,77
September	42.818,51	38.970,00	81.788,51	82.550,16	238.140,00	320.690,16
Oktober	40.932,23	120.807,00	161.739,23	74.314,30	246.078,00	320.392,30
November	40.932,23	116.910,00	157.842,23	71.824,39	238.140,00	309.964,39

December	46.779,69	120.807,00	167.586,69	67.610,69	246.078,00	313.688,69
I ALT	971.464,84					3.639.128,63

Udenregional KOMMUNE		Patienter 2018	I alt 2018 kr.		Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Januar		-	-		123.039,00	123.039,00
Februar		-	-		111.132,00	111.132,00
Marts		-	-		123.039,00	123.039,00
April		-	-		119.070,00	119.070,00
Maj		89.631,00	89.631,00		19.845,00	19.845,00
Juni		116.910,00	116.910,00		-	-
Juli		120.807,00	120.807,00		-	-
August		120.807,00	120.807,00		-	-
September		116.910,00	116.910,00		-	-
Oktober		120.807,00	120.807,00		-	-
November		198.747,00	198.747,00		-	-
December		120.807,00	120.807,00		-	-
I ALT		1.005.426,00			496.125,00	



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

Samlet oversigt over økonomien på de særlige psykiatripladser

Dato: 30.01.2020

Kontaktperson: Camilla Milland

Telefon: 2133 9184

E-mail: cfm@haderslev.dk

Kommune	Tompladsafregning 2018	Patienter 2018	I alt 2018 kr.	Tompladsafregning 2019	Patienter 2019	I alt 2019 kr.
Assens Kommune	352.384,92	0	352.384,92	595.398,13	0	595.398,13
Billund Kommune	225.799,89	0	225.799,89	384.714,56	1.131.165,00	1.515.879,56
Esbjerg Kommune	989.351,72	0	989.351,72	1.670.847,94	2.163.105,00	3.833.952,94
Fanø Kommune	28.998,78	0	28.998,78	49.178,30	865.242,00	914.420,30
Fredericia Kommune	437.633,29	0	437.633,29	742.976,31	595.350,00	1.338.326,31
Faaborg Midtfyn Kommune	439.423,86	428.670,00	868.093,86	748.495,15	0	748.495,15
Haderslev Kommune	477.170,87	0	477.170,87	806.977,43	1.004.157,00	1.811.134,43
Kerteminde Kommune	202.556,53	0	202.556,53	343.453,36	0	343.453,36
Kolding Kommune	788.833,04	756.018,00	1.544.851,04	1.342.017,02	1.853.523,00	3.195.540,02
Langeland Kommune	107.784,01	0	107.784,01	181.456,88	841.428,00	1.022.884,88
Middelfart Kommune	325.799,18	77.940,00	403.739,18	556.983,03	0	556.983,03
Nordfyns Kommune	251.669,40	732.636,00	984.305,40	428.980,81	1.202.607,00	1.631.587,81
Nyborg Kommune	273.122,21	0	273.122,21	462.917,27	781.893,00	1.244.810,27
Odense Kommune	1.725.328,71	1.422.405,00	3.147.733,71	2.801.313,16	914.562,67	3.715.875,83
Svendborg Kommune	500.490,98	0	500.490,98	846.591,66	1.440.747,00	2.287.338,66
Sønderborg Kommune	636.506,37	1.484.757,00	2.121.263,37	1.077.197,91	2.821.959,00	3.899.156,91
Tønder Kommune	322.107,19	0	322.107,19	543.027,13	0	543.027,13
Varde Kommune	428.893,58	311.760,00	740.653,58	724.223,86	0	724.223,86
Vejle Kommune	365.311,16	0	365.311,16	619.250,47	0	619.250,47
Vejle Kommune	973.219,50	791.091,00	1.764.310,50	1.658.972,32	1.666.980,00	3.325.952,32
Ærø Kommune	52.676,97	0	52.676,97	87.521,15	0	87.521,15
Aabenraa Kommune	503.824,84	467.640,00	971.464,84	852.890,63	2.786.238,00	3.639.128,63
Udenregional Kommune	0,00	1.005.426,00	1.005.426,00	0,00	496.125,00	496.125,00
Samlet	10.408.887,00	7.478.343,00	17.887.230,00	17.525.384,48	20.565.081,67	38.090.466,15

Samråd og Tilsyn

Årsrapport 2019

Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere i Syddanmark og Det kriminalpræventive tilsyn

Februar 2020



Region Syddanmark

1. Indledning	3
2. Samrådets medlemmer ved udgangen af 2019	3
3. Samrådets kompetence.....	4
4. Samrådet og Det kriminalpræventive tilsyn i 2019	4
5. Foranstaltninger mv. i 2019	7
6. Anvendelsen af Samrådets udtalelser	9
7. Økonomi	9
8. Studietur mv.....	9
9. Afsluttende bemærkninger.....	10

1. Indledning

Alle kommunerne i Syddanmark har sammen med regionen nedsat et Samråd for udviklingshæmmede lovovertrædere. Samrådet udtaler sig vejledende om sanktionsformer og retsfølger for udviklingshæmmede lovovertrædere til politi og statsadvokaturer. Samarbejdet har fungeret siden 2007.

Regionen organiserer og udfører derudover det kriminalpræventive tilsyn med udviklingshæmmede med dom på vegne af kommunerne i Region Syddanmark, med undtagelse af Faaborg-Midtfyn og Vejle kommuner, der som udgangspunkt selv fører det kriminalpræventive tilsyn. Tilsynet har til formål at sikre, at den domfældte overholder dommens vilkår, ikke begår ny kriminalitet samt sætte en positiv udvikling i gang. Der er aftalt retningslinjer for tilsynets tilrettelæggelse, gennemførelse samt samarbejdsformen med kommunerne.

Der har også i 2019 været et fælles Samråd for udviklingshæmmede lovovertrædere og et fælles tilsyn for målgruppen administreret i regionalt regi.

Overordnet vurdering af 2019:

Der ses igen en stigning i såvel antal sager forelagt Samrådet som antal domfældte i tilsyn.

Også i 2019 har der efter sekretariatets vurdering været et rigtig fint samarbejde med kommuner, politi, statsadvokaturer og botilbud. Det er ligeledes vurderingen, at samarbejdspartnerne både efterspørger og værdsætter Samrådets og de tilsynsførendes betydelige kendskab og erfaring på området.

2. Samrådets medlemmer ved udgangen af 2019

- Anette Løwert, psykiater, Vejle Sygehus
- Lone Hjerrild Møller, psykolog, Børne- og Ungdomspsykiatri Odense - Universitetsfunktion
- Sven Rode, fagchef for psykiatri og handicap, Tønder Kommune
- Anne Grode, institutionschef, Kriminalforsorgen
- Sanne Carstensen, afdelingsleder, Specialcenter Syddanmark, afd. Midgaardhus, Region Syddanmark
- Anne-Grethe Westh (næstformand), socialfaglig konsulent, Region Syddanmark
- Lea Friberg (formand), jurist, Region Syddanmark

Elisabeth Høltzermann er sekretær for Samrådet, Region Syddanmark

Sven Rode og Sanne Carstensen er i 2019 indtrådt i Samrådet i stedet for de tidligere medlemmer Bodil Nissen, Myndighedschef, Esbjerg Kommune og Mette Drejer, afdelingsleder, Specialcenter Syddanmark, afd. Fuglemajgård, Region Syddanmark.

3. Samrådets kompetence

Samrådets opgave er uændret at afgive vejledende udtalelser til anklagemyndighederne og statsadvokaterne om retsfølger over for udviklingshæmmede lovovertrædere.

Ved nye sigtelser udtaler Samrådet sig om, hvorvidt sigtede tilhører målgruppen, samt hvilken foranstaltning, og evt. vilkår, der vurderes at være mest hensigtsmæssig i forhold til at minimere risikoen for ny kriminalitet. I forbindelse med ophør af en eventuel længstetid for foranstaltningen og ved den årlige opfølgning udtaler Samrådet sig om, hvorvidt en idømt foranstaltning bør opretholdes, ændres (lempes/skærpes) eller ophæves. Endvidere foretages en vurdering af den praktiske mulighed for fuldbyrdelse af domme til målgruppen, herunder anbringelses- og sikkerhedsmæssige problemer.

Herudover har formanden rent praktisk en vejledningsfunktion på området over for relevante parter.

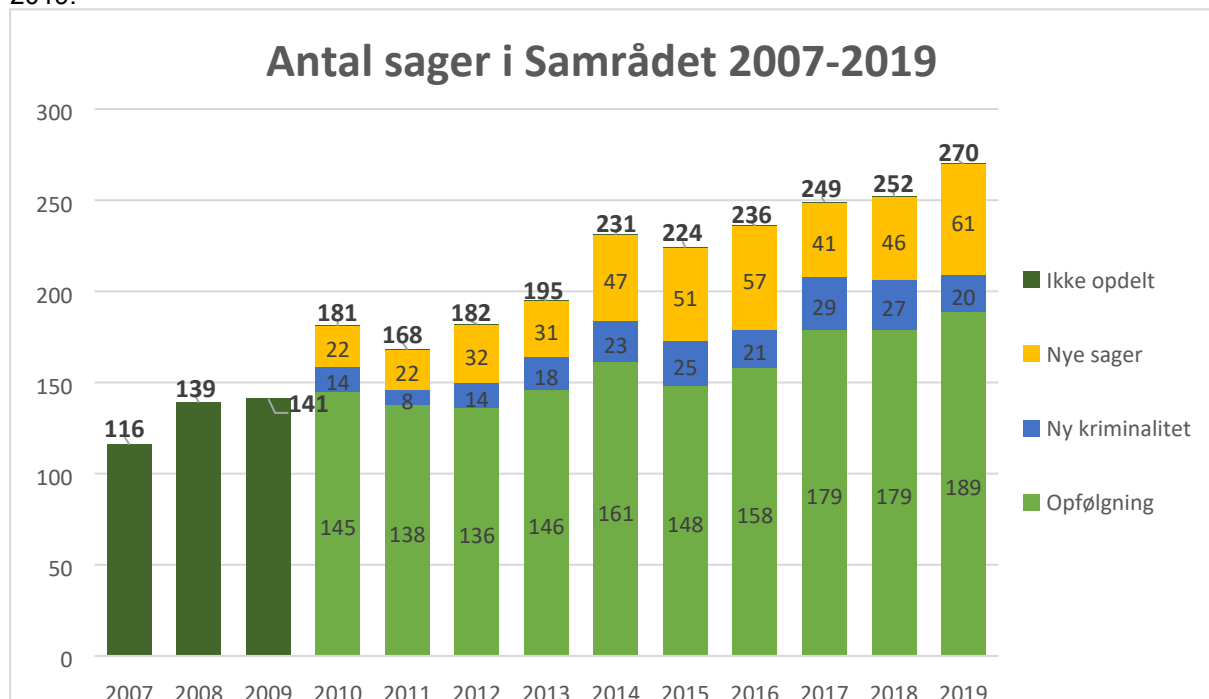
4. Samrådet og Det kriminalpræventive tilsyn i 2019

Samråd:

Samrådet har i 2019 behandlet 270 sager mod 252 sager i 2018. Der har dermed været en stigning i antal sager i Samrådet på 7 % i 2019 i forhold til 2018. Hertil kommer drøftelse af fx domme og andre afgørelser af betydning for Samrådets arbejde.

Der afholdes møde i Samrådet hver måned undtagen i juli. I 2019 har der således været 11 møder.

Diagrammet viser antallet af sager, som Samrådet har behandlet pr. år i perioden 2007 (opstartsår) til 2019:



Som det fremgår af ovenstående diagram, fordeler sagerne sig på:

- 61 nye sager. Det vil sige sager, hvor borgeren endnu ikke har en dom (2018: 46)
- 20 sager med ny kriminalitet i en eksisterende sag (2018: 27) og
- 189 opfølgningssager (2018: 179)

Efter et fald i 2017 i antal helt nye sager, der forelægges Samrådet, var der i 2018 en stigning på ca. 12 %. Denne stigning er fortsat i 2019, hvor antallet af nye sager, der forelægges Samrådet er steget med 32 % i forhold til 2018. Det kan være vanskeligt at sætte fingeren på, hvad der præcist er årsagen til denne stigning. Der kan være tale om nye sager, der er forelagt Samrådet flere gange, før sagen kommer for retten, fx fordi der er kommet flere kriminelle forhold til i løbet af anklagemyndighedens sagsforberedelse, og det derfor er påkrævet med en ny vurdering fra Samrådet i forhold til formålstjenlig foranstaltning. Der har ligeledes været en del sager i årets løb, hvor kriminaliteten er foretaget for år tilbage, hvorfor det også kan være nærliggende at antage, at i hvert fald en andel af stigningen er et resultat af en afvikling af en sagspukkel hos anklagemyndighederne.

Antallet af sager, der behandles i Samrådet, er større end antal domfældte i tilsyn, jf. diagrammet nedenfor. Forskellen skyldes bl.a., at der er borgere, der fortsat afventer dom, og borgere, der får ophævet sin dom. Der er også tilfælde, hvor en sag bliver behandlet i Samrådet flere gange i løbet af et år fx både som årlig opfølgning og som følge af ny kriminalitet.

Der skal hvert år følges op på en idømt foranstaltning, så et stigende antal domfældte i tilsyn vil typisk resultere i et stigende antal sager, der skal behandles i Samrådet. Derimod vil en stigning i antal samrådsager ikke nødvendigvis straks medføre en stigning i antal borgere, der er undergivet et kriminalpræventivt tilsyn. Det skyldes, at der ofte går op til flere måneder fra Samrådets udtalelse, til der falder dom, ligesom der vil være borgere, der bliver frifundet eller idømmes almindelig straf, fordi de falder (lige) uden for Samrådets målgruppe. Det kan i den forbindelse oplyses, at der i skrivende stund er 43 borgere, hvis sag har været behandlet i Samrådet, men hvor der endnu ikke er faldet dom.

Tilsyn:

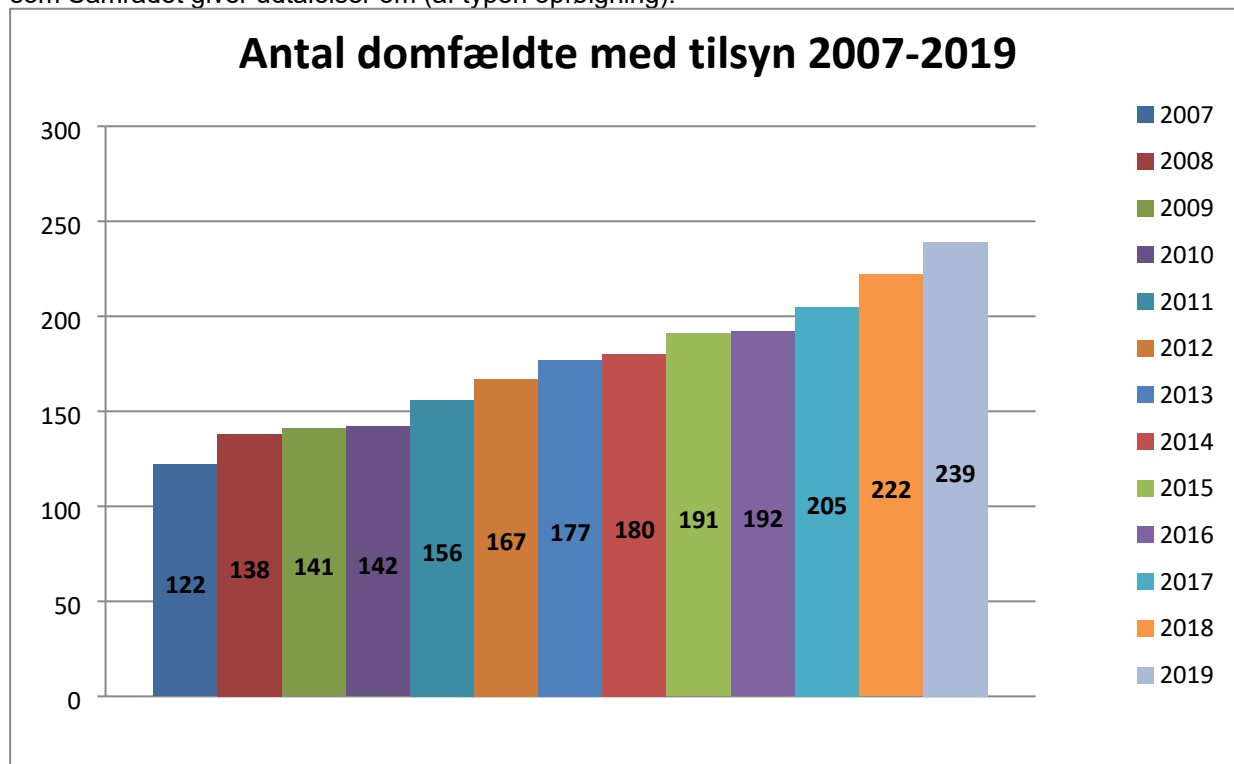
Det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn udføres af fire tilsynsførende (samlet 3,6 årsværk). I forbindelse med statsadvokatens årlige opfølgning indhenter Samrådet en udtalelse hos de tilsynsførende, som danner grundlag for Samrådets anbefaling.

Der er fortsat 6-7 møder om året og løbende sparring mellem tilsynsførende og samrådssekretariatet for at sikre erfaringsudveksling, et ensartet tilsyn, kvalitet i udtalelser mv.

Der er ligeledes tæt samarbejde mellem de tilsynsførende og den domfældtes handlekommune samt øvrige relevante samarbejdsparter, fx botilbud, psykiatrien, egen læge, pårørende mv.

Pr. 31. december 2019 var der i alt 239 personer med dom (2018: 222), heraf 223 borgere med dom under det fælleskommunale tilsyn (2018: 205) og 16 borgere under tilsyn af Vejle og Faaborg-Midtfyns kommuner (2018:17). Der har således igen i 2019 været en stigning på ca. 8 %. Det vurderes fortsat, at stigningen er udtryk for, at de seneste års stigende antal sager, der er behandlet i Samrådet er på vej igennem retssystemet og resulterer i flere foranstaltningsdomme.

Diagrammet viser status for antal domfældte, der pr. 31. december føres tilsyn med i Syddanmark, og som Samrådet giver udtalelser om (af typen opfølgning):



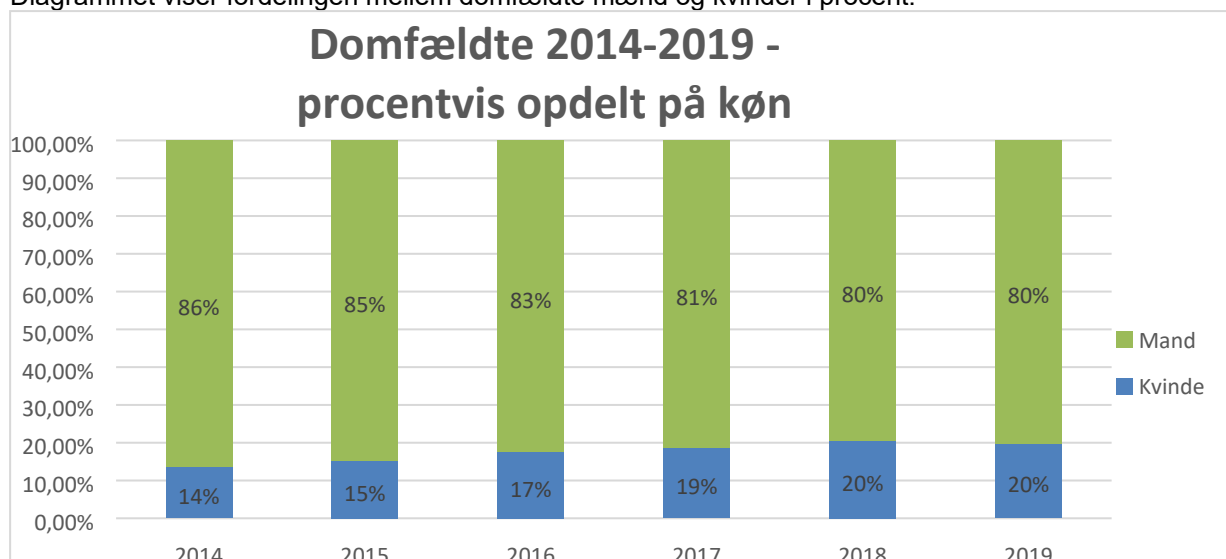
I løbet af et år er der domme, der udløber eller ophæves, ligesom der kommer nye domfældte til. Det betyder, at der i årets løb er flere borgere i berøring med det kriminalpræventive tilsyn, end der fremgår af ovenstående status. Der har således i 2019 været i alt 273 forskellige borgere, der har været undergivet et kriminalpræventivt tilsyn, heraf 254 under det fælleskommunale tilsyn.

Gruppen af udviklingshæmmede med dom findes at have ændret sig over årene, fx er det vurderingen, at der blandt de domfældte er færre med middelsvær/svær retardering, og dermed flere placeret i området for lettere mental retardering, heraf flere med et funktionsniveau øverst i området. Der ses ligeledes flere domfældte med anden etnisk baggrund end dansk end tidligere.

Som det fremgår af nedenstående diagram, er der også sket ændringer i forhold til kønsfordelingen, idet der ses en stigning i antallet af domfældte kvinder.

Uagtet at stigningen umiddelbart kan synes beskeden, er der dog fra 2014 til 2019 sket en forholdsmæssig stigning fra 14 % til 20 % i andelen af udviklingshæmmede kvinder med dom, som skal ses i sammenhæng med stigningen i det samlede antal.

Diagrammet viser fordelingen mellem domfældte mænd og kvinder i procent:



5. Foranstaltninger mv. i 2019

Pr. 31. december 2019 fordelte de 239 domfældte sig således i forhold til foranstaltningstype:

- **39 personer** (2018: 31 personer og 2017: 28 personer) med dom til tilsyn af kommunen, således at domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde. (*Foranstaltningstype 5*).

Der er typisk tale om førstegangs ildspåsættelse af mindre farlighed, mindre alvorlig vold, trusler, tyverier, færdselsforseelser, mindre hærværk og lempelse af hårdere foranstaltninger.

- **162 personer** (2018: 153 personer og 2017: 139 personer) med dom til tilsyn af kommunen, således at domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde, og således at tilsynsmyndigheden kan træffe bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. (*Foranstaltningstype 4*).

Der er typisk tale om ildspåsættelse af skure, skoler, eller eget værelse, seksuelle overgreb over for børn, søskende og voksne, herunder voldtægt og blufærdighedskrænkelser, vold, mange forskellige kriminelle forhold, gentagne tyverier, røveri, trusler med knive eller lignende, besiddelse af børnepornografi, stoffer eller våben og lempelse af hårdere foranstaltninger.

- **19 personer** (2018: 18 personer og 2017: 17 personer) med dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap. (*Foranstaltningstype 3*).

Der er typisk tale om ildspåsættelse af stor farlighed, meget grove voldstilfælde, der typisk også indebærer frihedsberøvelse, røveri og lempelse af hårdere foranstaltninger.

- **15 personer** (2018: 15 personer og 2017: 16 personer) med dom til anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap, således at domfældte efter bestemmelse fra kommunen kan overføres til sikret afdeling. (*Foranstaltningstype 2*).

Der er typisk tale om ildspåsættelse kobimeret med meget grov vold, mange brandstiftelser, hyppigt gentaget vold udført på mange måder, fx med spark, slag mv., seksuelle overgreb i gentagelsestilfælde, røveri med skydevåben og lempelse af en foranstaltning for drab.

- 4 personer (2018: 4 personer og 2017: 4 personer) med dom til anbringelse i sikret afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap. (*Foranstaltningstype 1*).

Der er typisk tale om drab, brandstiftelse eller meget grov vold.

Nogle af dommene (ca. 25 %, og oftest ved dom til tilsyn samt tilsyn med mulighed for anbringelse) er suppleret med særlige vilkår som fx:

Psykiatrisk behandling (bredt)
Sexologisk behandling
Behandling mod misbrug af stoffer
Behandling mod alkoholmisbrug
Behandling mod patologisk spillelidenskab
Forbud mod ophold, hvor der er børn u/18 år

Vilkår anvendes typisk efter tilsynsmyndighedens vurdering. Tilsynet har ingen magtbeføjelser i forhold til vilkår, som må søges gennemført med motivering.

Kriminalitet (hovedforbrydelsen) blandt de 239 domfældte (tallene for 2018 er anført i parentes, i alt 222):

2 (2)	manddrab
19 (21)	brandstiftelse
2 (3)	seksuel omgang/anden kønslig omgang/overgreb/krænkelser mod mindreårig
1 (2)	seksuel/anden kønslig omgang med mindreårige søskende
7 (5)	seksuelt overgreb/anden kønslig omgang/krænkelser/voldtægt/forsøg på voldtægt
9 (7)	blufærdighedskrænkelser
52 (48)	vold, vold af særlig farlig karakter og uagtsomt manddrab
86 (76)	vold/trusler om vold mod medarbejder
7 (6)	trusler
18 (16)	røveri
16 (21)	tyveri, brugstyveri, bedrageri, dokumentfalsk, hæleri m.v.
7 (6)	overtrædelse af færdselsloven
2 (2)	besiddelse af børnepornografi
5 (3)	besiddelse mv. af euforiserende stoffer
3 (3)	besiddelse af våben
3 (1)	andet

Domfældte får ofte dom for mere end et kriminelt forhold, og ikke sjældent er der tale om blandingskriminalitet, hvor der i samme sag er flere kriminelle forhold af forskellige typer. Ovenstående kategorisering af hovedforbrydelsen indeholder således en vis subjektiv afvejning af hvilken kriminalitet, der er grovest. Således er det i tilfælde af vold, hvor der både er tale om vold mod

medarbejdere og mod andre, og hvor det ikke er indlysende, hvem der har været udsat for den hårdeste vold, statistisk valgt at lade hovedforbrydelsen tælle med som vold mod medarbejdere.

Ændringer i fordelingen på kriminalitetstyper kan bl.a. forklares ved, at der er personer, hvor dommen er ophævet eller udløbet, at der er kommet nye personer med dom, samt at der er allerede domfældte, der er blevet dømt for en anden type kriminalitet.

Langt den største andel af hovedkriminaliteten vedrører fortsat voldskriminalitet, herunder særligt vold/trussel om vold mod medarbejdere, som er steget med ca. 13 %. Hovedparten af de berørte medarbejdere er ansatte på botilbud, men der kan også være tale om hjemmevejledere, kommunale sagsbehandlere, politiassistenter mv.

Der ses ikke én enkelt forklaring på stigningen i voldskriminalitet, men en lang række forskellige faktorer, der samlet kan bidrage til en forklaring, fx ses der fortsat en tendens til, at flere voldsepisoder anmeldes, ligesom der er kommet et øget fokus på arbejdsmiljø på botilbud, således at episoder med udadrettet adfærd i højere grad karakteriseres som vold mod medarbejder. En del episoder sker endvidere i forbindelse med overgange (mellem sektorer, kommuner, ung/voksen, botilbud mv).

6. Anvendelsen af Samrådets udtalelser

Samrådet afgiver udtalelse til statsadvokaterne og anklagemyndighederne. Samrådets sekretariat kan konstatere, at der er en høj grad af overensstemmelse mellem Samrådets udtalelser og modtagernes vurderinger. Hvis der er forskelle, drejer det sig typisk om sager, der ligger lige på grænsen mellem to foranstaltningstyper, eller at en anbefaling om et vilkår ikke bliver fulgt.

Samrådets anbefalinger samt tilsynsførendes udtalelse indgår i væsentlig grad som grundlag for rettens afgørelse og ses ofte citeret i kendelser og domme.

7. Økonomi

Samråd:

I 2019 var udgiften til Samrådet abonnementsfinansieret med 0,85 kr. pr. indbygger (mod 0,84 kr. i 2018) betalt af alle kommuner i Region Syddanmark.

Samrådsmedlemmerne, bortset fra formand og næstformand (samlet 1,2 årsværk) var ulønnede.

Tilsyn:

Det kriminalpræventive tilsyn afregnes konkret pr. borger, der er i tilsyn.

Årstaksten for et kriminalpræventivt tilsyn i 2019 var 9.432 kr. (2018: 9.247 kr.) for tilsyn med en borger i kommunale og regionale tilbud og 18.710 kr. (2018: 18.343 kr.) for tilsyn med en borger i private tilbud eller i egen bolig. Prisforskellen er begrundet i, at tilsynet er mere omfangsrigt, når borgeren er i privat regi.

8. Studietur mv.

I forbindelse med juni måneds samrådsmøde holdt Samrådet et fællesmøde med Senioranklager ved Statsadvokaten i Viborg, Malene Christensen og de tilsynsførende. Mødet, som blev holdt på Specialcenter Syddanmark afd. Kompasrosen, indledtes med, at en beboer på Kompasrosen viste rundt i botilbuddet. Derefter holdt Malene Christensen et oplæg efterfulgt af dialog, fælles faglige drøftelser og gensidig sparring. Alt i alt en fagligt berigende dag med vigtige perspektiver fra både borgerens vinkel og statsadvokaturen.

9. Afsluttende bemærkninger

Samarbejdet med kommuner, politi og statsadvokaturer har også i 2019 været fuldt tilfredsstillende for Samrådets og de tilsynsførendes arbejde, og det vurderes også, at der fortsat fra samarbejdsparternes side er høj tilfredshed med både Samrådets og de tilsynsførendes opgaveløsning. Dette skal sandsynligvis ses i lyset af den konstruktion, der er valgt i Syddanmark, hvor ekspertisen i Syddanmark er samlet i et fælles Samråd, og at de tilsynsførende har stor erfaring kombineret med, at et stort antal borgere hvert år går gennem såvel Samrådets som de tilsynsførendes hænder.

Der har ligeledes fortsat været et godt og tæt samarbejde mellem ledere og medarbejdere på botilbuddene, de tilsynsførende og Samrådet.

Sekretariatet bliver jævnligt anmodet om rådgivning og sparring fra anklagemyndigheden, statsadvokaten og kommuner, herunder kommuner fra dele af landet, hvor der ikke er etableret et Samråd. Ligeledes har flere kommuner uden for Region Syddanmark forespurgt til muligheden for at blive tilknyttet det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn, og det er oplevelsen, at disse kommuners kendskab til foranstaltningsområdet er yderst begrænset.

Det er sekretariatets opfattelse, at eksistensen af et Samråd har stor betydning for domfældte udviklingshæmmedes retssikkerhed. Samrådets helhedsorienterede og kvalificerede udtalelser findes således at medvirke til både, at borgeren kan idømmes den foranstaltning, der konkret er den mest hensigtsmæssige til at imødegå risikoen for ny kriminalitet, og til at en foranstaltning ikke udstrækkes længere end hensynet til retssikkerheden tilsiger.

Hjemmeside:

På Samrådets hjemmeside: www.samraadsyddanmark.dk findes vedtægt for Samrådet, årsrapporter, tilsynsnotat, navnelister, mødedatoer, tidsfrister for anmodninger til og svar fra Samrådet, takster mv.

24. februar 2020
Lea Friberg
Samrådsformand



Oversigt over tilbud, hvor den faktiske belægningsprocent afviger 5 %-point eller mere fra den budgetterede belægningsprocent

Driftsherre	Tilbud	Hovedmålgruppe	Normering	Budgetteret belægning	Gns. Belægningsprocent 1. kvartal 2020	Beskriv, om der er udfordringer med belægningen. Herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning 1. kvartal 2020.	Vurderer kommunen/regionen, at afvigelsen, mellem budgetteret belægning og faktisk belægning, medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten? - Angiv forventet efterregulering.
Assens	Assens Misbrugscenter	Personer med misbrug	100	95	79,1	Assens Misbrugscenter er et ambulant tilbud og underbelægningen i 1. kvartal 2020 forventes på nuværende tidspunkt at blive udjævnet i løbet af året.	På nuværende tidspunkt forventes der ingen konsekvens for taksten
Assens	Erhvervs- og aktivitetstilbud	Udviklingshæmmede	121	98	87,0	Borgere som modtager erhvervs- og aktivitetstilbud i anden kommune forventes at blive hjemtaget til tilbuddene i egen kommune	
Billund	Café Himmelblå	Udviklingshæmmede		95	80,7		
Billund	Specialbørnehaven Sommerfuglene	Førskolebørn med behov for specialpædagogisk bistand til FSL (§20, stk. 3, andet punktum)	9	98	126,7	Til budget 2021 laves der 12 pladser og så passer det. Overbelægningen vil påvirke taksten minimalt, da der sker en tildeling pr. barn.	
Esbjerg	Akut og Korttidsanbringelser	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	9	90	117,0	Belægningen er faldet betydeligt i marts	Ingen bemærkninger
Esbjerg	Botilbuddet Bøge Allé 123, 125, 127	Udviklingshæmmede	22	99	93,1	Belægningen har været stigende i de første tre måneder af 2020 og forventes at udligne sig på niveauet fra marts måned for resten af året. Ved det niveau afviger belægningen med +5%	Der forventes ikke en efterregulering i 2021.
Esbjerg	Botilbuddet Kornvangen 1	Udviklingshæmmede	10	75	83,0	Botilbuddet Kornvangen 1 har i 1. kv. 2020 haft en belægning lidt over det budgetterede. Det forventes umiddelbart at fortsætte i resten af året. Tilbuddet er dog forholdsvis lille, så få borgere kan ændre på belægningsprocenten	Det er pt. for tidligt at vurdere, om der kommer en efterregulering i 2021 på dette tilbud.
Esbjerg	Dagcenter for Misbrug	Personer med misbrug	68	100	107,0	Belægningen ligger lidt over den budgetterede belægning, og som det ser ud nu er tendensen nedadgående. Det forventes at hvis udviklingen forbliver sådan resten af året, at det ikke giver anledning til bekymring	Der forventes ikke en efterregulering i 2021.
Esbjerg	Motivationshuset	Personer med misbrug	41	100	138,0	Motivationshuset og opgangsfællesskabet skal ses i sammenhæng. Der kigges på nuværende tidspunkt på initiativer der skal sænke belægningen på motivationshuset. Desuden har belægningen i 1. kv. været faldende for motivationshuset, og det forventes at fortsætte	Der kan forventes en efterregulering i 2021, men omfanget kan endnu ikke gøres op på nuværende tidspunkt
Esbjerg	Naturværkstedet	Udviklingshæmmede	23	100	112,0	Tilbuddet skal ses i sammenhæng med centrets øvrige §104 tilbud. Samlet set for alle aktivitetstilbuddene her belægningen ikke overskredet de 5%.	Der forventes ikke en efterregulering i 2021.
Esbjerg	Opgangsfællesskabet	Personer med misbrug	12	70	51,5	Motivationshuset og opgangsfællesskabet skal ses i sammenhæng. Der kigges på nuværende tidspunkt på initiativer der skal sænke belægningen på motivationshuset. Desuden har belægningen i 1. kv. været stigende for opgangsfællesskabet, og det forventes at fortsætte	Der kan forventes en efterregulering i 2021, men omfanget kan endnu ikke gøres op på nuværende tidspunkt
Esbjerg	Opvækstmiljøer	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	32	95	87,6	Der er fokus på området. Da tilbuddene er små fysiske enheder, er disse særligt følsomme for tomme pladser	Det vurderes ikke at få indflydelse på taksten, da tilbuddene er en del af en centerstruktur.
Faaborg-Midtfyn	Bo & Aktiv	Udviklingshæmmede/ Handicappede børn og unge	96,16	98	91,7	Aflastningstilbuddet Lunden benyttes ikke pt., da det er blevet omdannet til at kunne afhjælpe OUH i tilfælde af mangel på kapacitet for coronapatienter. Det er endnu usikkert, hvordan dette vil påvirke når året er omme.	
Faaborg-Midtfyn	Døgntilbud, psykiatri	Sindslidende	39	98/100	92,7	Der forventes ikke at være udfordringer med belægningen.	

Driftsherre	Tilbud	Hovedmålgruppe	Normering	Budgetteret belægning	Gns. Belægningsprocent 1. kvartal 2020	Beskriv, om der er udfordringer med belægningen. Herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning 1. kvartal 2020.	Vurderer kommunen/regionen, at afvigelsen, mellem budgetteret belægning og faktisk belægning, medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten? - Angiv forventet efterregulering.
Faaborg-Midtfyn	Forebyggelse, Træning og Rehabilitering	Fysisk handicappede	12	98	112,0		
Faaborg-Midtfyn	Socialfaglige område	Fysisk handicappede/Udviklingshæmmede	107	100	88,0	Der forventes ikke at være udfordringer med belægningen.	
Haderslev	Bostedet Catharinahjemmet	Udviklingshæmmede	9	99,5	85,0	Herudover ydes støtte til en borger. Det medfører ingen regulering.	
Haderslev	Nybo - dagtilbud	Senhjerneskedede		81,0	88,0		
Haderslev	Nybo - døgn	Senhjerneskedede	7	98	71,0	To midlertidige pladser - besættes snart	Nej
Haderslev	Nybo - døgn	Senhjerneskedede		98,0	72,0	Der har ikke været tilgang på midlertidige pladser.	
Haderslev	Ungekollektivet	Udviklingshæmmede	15	90	78,0	Belægning øges	Nej
Haderslev	Værksteder	Udviklingshæmmede	160	99,0	105,7	Der er ingen udfordringer	Der medfører ingen efterregulering
Kolding	Ryttermarksvej, Socialpsykiatri-døgntilbud	Sindslidende	12	96	72,0	I gennem 1. kvartal 2020 har belægningen på Ryttermarksvej været lavere end forventet. Der arbejdes på at bringe belægningen op samtidig med, at det overvejes en omlægning af tilbuddet	Det er endnu for tidligt at sige, om det får en indflydelse på taksten, men der er en forhøjet risiko for at det vil ske, hvis de iværksatte tiltag ikke lykkes efter hensigten.
Kolding	Tinghøj	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	16/28	90/98	114/121	Tinghøj og Netværket har i 1. kvartal 2020 haft en ekstremt høj belægning. Den høje belægning forventes dog ikke at fortsætte året ud.	Det er endnu for tidligt at sige, om det får en indflydelse på taksten, men pt. forventes det ikke at have indflydelse på taksterne fremadrettet.
Nyborg	Juulskov Huset	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	8	98	126,2	Der er ikke udfordringer med belægningen	Der foretages ressourcefordeling jf. belægningsprocenten. Der forventes ikke ekstraordinære efterreguleringer.
Nyborg	Nyborgværkstedet	Udviklingshæmmede	63	98	84,3	Der er udfordringer med belægningen.	Der foretages ressourcefordeling jf. belægningsprocenten. Der forventes ikke ekstraordinære efterreguleringer.
Nyborg	Rusmiddelcenter Nyborg	Personer med misbrug	105	98	71,1	Der er udfordringer med belægningen.	Der foretages ressourcefordeling jf. belægningsprocenten. Der forventes ikke ekstraordinære efterreguleringer.
Nyborg	Ådalens Børnehus	Handicappede børn og unge	10	100	140,7	Der er ikke udfordringer med belægningen	Der foretages ressourcefordeling jf. belægningsprocenten. Der forventes ikke ekstraordinære efterreguleringer.
Odense	Krisecenter Odense	Voldsramte kvinder	15	90	78,97	Underbelægning på godt 11 procentpoint. Ingen initiativer igangsat	Der vil kunne ske en efterregulering af taksten. Dog tidligst i 2022
Odense	St. Dannesbo	Hjemløse og personer med sociale problemer	51	90	96,57	Overbelægning på godt 6 procentpoint. Ingen initiativer igangsat	Der vil kunne ske en efterregulering af taksten. Dog tidligst i 2022
Odense	St. Dannesbo	Hjemløse og personer med sociale problemer	10	70	79,89	Overbelægning på knap 10 procentpoint. Ingen initiativer igangsat	Der vil kunne ske en efterregulering af taksten. Dog tidligst i 2022
Odense	St. Dannesbo	Hjemløse og personer med sociale problemer	3	80	96,7	Overbelægning på godt 16 procentpoint. Ingen initiativer igangsat	Der vil kunne ske en efterregulering af taksten. Dog tidligst i 2022
Region Syddanmark	Autismecenter Syddanmark: Bihuset aflastning og døgn	Handicappede børn og unge	30	96,0	79,0	Der er lav belægning både på aflastningstilbuddet og døgnpladserne. Økonomien er tilpasset belægningen.	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Autismecenter Syddanmark: Teglgårdsparken døgn	Personer med udviklingsforstyrrelser (Autismespektret/ADH D/DAMP)	11	98	81,8	Der er to ledige pladser i 1. kvartal 2020. Den ene er belagt, men indflytning afventer pga. COVID-19 situationen. Økonomien er tilpasset belægningen.	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Autismecenter Syddanmark: Æblehaven døgn	Udviklingshæmmede	13	98	108,0	Overbelægningen vedr. en ekstra plads	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi: Center for Høretab	Andet på det sociale område; Børn og unge med behov for specialundervisning FSL (§20, stk. 3, første punktum); Handicappede børn og unge; Fysisk handicappede	48	92,8	84,7	Efterspørgslen er lidt faldende fra det nye skoleår 2020/21. Økonomien er tilpasset belægningen.	Der forventes ingen efterregulering

Driftsherre	Tilbud	Hovedmålgruppe	Normering	Budgetteret belægning	Gns. Belægningsprocent 1. kvartal 2020	Beskriv, om der er udfordringer med belægningen. Herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning 1. kvartal 2020.	Vurderer kommunen/regionen, at afvigelsen, mellem budgetteret belægning og faktisk belægning, medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten? - Angiv forventet efterregulering.
Region Syddanmark	Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi: Møllebakken undervisning	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	8	98	92,0	Efterspørgslen er faldende fra det nye skoleår 2020/21. Økonomien er tilpasset belægningen.	Der forventes ingen efterregulering
Region Syddanmark	Handicapcenter Fyn: Børnehusene Stjernen aflastning og døgn	Handicappede børn og unge	24	95,8	97,4	.	Situationen kan fremadrettet blive kritisk, men pt. forventes der ingen efterregulering
Region Syddanmark	Handicapcenter Fyn: Nordlys dag	Udviklingshæmmede	44	75	70,0	Tilbuddet vedr. kun dagtilbudspladser. Økonomien er tilpasset belægningen	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Specialcenter Syddanmark: Elevhjemmet døgn	Handicappede børn og unge	21	38,4	46,3	Belægningen er vigende i 2. halvår. Der arbejdes på tilpasninger i forhold hertil	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Specialcenter Syddanmark: Fuglemajgård døgn	Udviklingshæmmede	11	98	85,0	Der forventes fuld belægning fra 3. kvartal 2020	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Specialcenter Syddanmark: Midgaardhus dag og døgn	Udviklingshæmmede	22	98	91,6	Økonomien er tilpasset belægningen	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Specialcenter Syddanmark: Møllebakken døgn	Socialt truede (adfærdsvanskelige) børn og unge	8	125	158,7	Der er løbende stor efterspørgsel efter pladser	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Region Syddanmark	Specialcenter Syddanmark: Østruplund dag og døgn	Udviklingshæmmede	59	98	107,1	Overbelægningen vedr. to ekstra pladser	Der forventes ingen efterregulering pga. den samlede økonomiske enheds økonomi
Svendborg	Cafe Aroma	Sindslidende	24	100	78,4	Der er kapacitetstilpasset den lavere belægning og der er derfor ikke behov for yderligere initiativer	Der er kapacitetstilpasset og der forventes ingen regulering
Svendborg	Forsorgscenter Sydfyn	Hjemløse og personer med sociale problemer	17/7	50/95/97	106,6/93,6	Efterforsorg med 7 pladser og herberg med 2 pladser er ikke fuldt udnyttet i 1. kvartal 2020. Der er kapacitetstilpasset den højere/lavere belægning og der er derfor ikke behov for yderligere initiativer	Der er kapacitetstilpasset og der forventes ingen regulering
Svendborg	Grønnemoseværkstederne	Udviklingshæmmede	25/33/57	99/100	95,4/133,4/81,3	Der er kapacitetstilpasset den lavere/højere belægning og der er derfor ikke behov for yderligere initiativer	Der er kapacitetstilpasset og der forventes ingen regulering
Svendborg	Ryttervej	Udviklingshæmmede		99/99	100,0	Ryttervej har samlet set 100% belægning, men langt flere er på høj takst end i takstberegning.	
Svendborg	Skovsbovej	Sindslidende		99/100	100,0	Skovsbovej har samlet set 100% belægning, men langt flere er på høj takst end i takstberegning.	
Sønderborg	botilbud Damgade 3	Udviklingshæmmede	5	100	87,0	Budget og forbrug er tilpasset belægningen	Det vurderes ikke, at afvigelsen medfører en efterregulering af underskud eller overskud.
Sønderborg	Botilbud Elmbjergvej	Sindslidende	14	98	71,0	Budget og forbrug er tilpasset belægningen	Det vurderes ikke, at afvigelsen medfører en efterregulering af underskud eller overskud.
Sønderborg	Botilbud Hertughaven	Sindslidende	24	98	91,0	Budget og forbrug er tilpasset belægningen	Det vurderes ikke, at afvigelsen medfører en efterregulering af underskud eller overskud.
Sønderborg	Botilbus Nørrebo	Udviklingshæmmede	10	100	80,0	Budget og forbrug er tilpasset belægningen	Det vurderes ikke, at afvigelsen medfører en efterregulering af underskud eller overskud.
Tønder	Solgården	Personer med misbrug/Sindslidende	26	98	107,0	Når der er udsving i belægningen reguleres områdets budget.	Der forventes ikke en efterregulering, der har betydning for taksten, idet den samlede efterregulering samlet set forventes mindre end 5% for alle takster under ét på rammeaftaleområdet.
Varde	Lunden, Rehabilitering	Senhjerneskedede	10,00	98	103,2	Korte rehabiliteringsophold som varierer meget	
Varde	Østervang § 108	Udviklingshæmmede	10,00	100	93,4	Ledig plads i januar og februar. Er besat pr. 1/3	
Vejen	Dagcenter Kærhøj, Kærhøjparken	Udviklingshæmmede	28	100	105,0	Budgetterne reguleres løbene	Nej

Driftsherre	Tilbud	Hovedmålgruppe	Normering	Budgetteret belægning	Gns. Belægningsprocent 1. kvartal 2020	Beskriv, om der er udfordringer med belægningen. Herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning 1. kvartal 2020.	Vurderer kommunen/regionen, at afvigelsen, mellem budgetteret belægning og faktisk belægning, medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten ?- Angiv forventet efterregulering.
Vejen	Holtegården	Sindslidende	22	89,5	111,0	Budgetterne reguleres løbene	Basistakten for 2021 forventes at falde, da der mindst forventes 22 borgere med 100% belægning pr. 2021
Vejen	Holtegården	Sindslidende	21	100	110,0	Nej	Nej
Vejen	Lille Veum - Dagcenter	Udviklingshæmmede	43	100	105,0	Budgetterne reguleres løbene	Nej
Vejen	Værkstedet Elmegade, Elmegade 12, Vejen	Udviklingshæmmede	24	100	108,0	Budgetterne reguleres løbene	Nej
Vejle	Bifrost	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	58	100	65,0	Vi arbejder med løbende tilpasning og ændring af tilbuddene så de passer til efterspørgslen både intern og mellemkommunalt	Der bliver ikke nogen efterregulering
Vejle	Bofællesskabet Ved Sønderåen	Sindslidende	16	98	82,0	Der er udfordringer med belægning af et-rums boliger. Der pågår i øjeblikket et arbejde med at vurdere boligernes eghed til andre formål.	Centerets budget- og takstberegning er baseret på normerede pladser. Ved hhv. over- og underbelægning sker der automatisk regulering af centerets økonomi på takst- og personaniveau, hvorfor det vurderes ingen konsekvenser at have for taksten, såfremt centerets samlede økonomi ikke udviser et mer- eller mindreforbrug der overstiger 5%
Vejle	Børne- og Unge Center Vejle Fjord	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	43	95	96,0	Ingen udfordringer	Der bliver ikke nogen efterregulering
Vejle	Center for beskyttet beskæftigelse (CFBB)	Udviklingshæmmede/Sindslidende	255,8	98	87,0	Der er pt. underbelægning på knap 20 pladser. Udviklingen følges nøje.	Centerets budget- og takstberegning er baseret på normerede pladser. Ved hhv. over- og underbelægning sker der automatisk regulering af centerets økonomi på takst- og personaniveau, hvorfor det vurderes ingen konsekvenser at have for taksten, såfremt centerets samlede økonomi ikke udviser et mer- eller mindreforbrug der overstiger 5%
Vejle	Fårupgaard Ungecenter	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	41	95	87,0	Vi arbejder løbende med tilpasning	Der bliver ikke nogen efterregulering
Vejle	Postens Vej Bofællesskab	Udviklingshæmmede	144,36	98	104,5	Den relative høje belægningsprocent skyldes en meget høj belægning på § 104 - Bakkevænget.	Centerets budget- og takstberegning er baseret på normerede pladser. Ved hhv. over- og underbelægning sker der automatisk regulering af centerets økonomi på takst- og personaniveau, hvorfor det vurderes ingen konsekvenser at have for taksten, såfremt centerets samlede økonomi ikke udviser et mer- eller mindreforbrug der overstiger 5%
Vejle	RusmiddelCenter Vejle	Personer med misbrug	230	98	104,4	Tallet er baseret på tallene fra 2019 og er opgjort pr. 31.12.19.	
Vejle	Sukkertoppen	Sindslidende	57	85/98	91,3	Opgørelsen er inkl. akutpladser. Pt. er der ikke mange indskrevet på akutpladserne. Sukkertoppen oplyser at dette skyldes covid-19 situationen. Borgerne tør ikke lade skal indskrive til akutdagene.	Centerets budget- og takstberegning er baseret på normerede pladser. Ved hhv. over- og underbelægning sker der automatisk regulering af centerets økonomi på takst- og personaniveau, hvorfor det vurderes ingen konsekvenser at have for taksten, såfremt centerets samlede økonomi ikke udviser et mer- eller mindreforbrug der overstiger 5%
Vejle	Udviklingscentret Skansebakken	Udviklingshæmmede	63,54	98	103,9		Centerets budget- og takstberegning er baseret på normerede pladser. Ved hhv. over- og underbelægning sker der automatisk regulering af centerets økonomi på takst- og personaniveau, hvorfor det vurderes ingen konsekvenser at have for taksten, såfremt centerets samlede økonomi ikke udviser et mer- eller mindreforbrug der overstiger 5%
Vejle	Ungdomspensionen Brummersvej	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	14	95	92,5	Driftsoverenskomsten er opsagt med institutionen pr. 31. maj, og der er ved løbende at finde nye steder til børnene	Der bliver ikke nogen efterregulering

Driftsherre	Tilbud	Hovedmålgruppe	Normering	Budgetteret belægning	Gns. Belægningsprocent 1. kvartal 2020	Beskriv, om der er udfordringer med belægningen. Herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning 1. kvartal 2020.	Vurderer kommunen/regionen, at afvigelsen, mellem budgetteret belægning og faktisk belægning, medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten ?- Angiv forventet efterregulering.
Vejle	Vejle Krisecenter	Voldsramte kvinder	9	63	53,3	Marts måneds belægningsprocent var meget lav, om det er Corona eller det skyldes andre forhold, kendes endnu ikke. Udviklingen følges nøje.	
Ærø	Bofælleskabet Plantagevej	Udviklingshæmmede	16	94	88,0	Der er to åbne pladser, men det vurderes ikke at være en udfordring og ingen initiativer er derfor igangsat	Umiddelbart vurderes det ikke at få betydning for efterreguleringen af taksten
Ærø	Bofællesskabet Østersøen	Andet på det sociale område	8	98	50,0	Visitationen er midlertidigt stoppet, da tilbuddets fremtid er ved at blive klarlagt	Det kommer an på, hvad der beslutes i forhold til bostedet
Aabenraa	Bostedet Møllemærsk	Udviklingshæmmede	46	100	95,0	Ingen initiativer igangsat	Mindre efterregulering. Skønnes at holdes inden for de 5%
Aabenraa	Botilbuddet Bjerggade 4 F-G	Sindslidende	14	100	88,5	Ingen initiativer igangsat	Mindre efterregulering. Skønnes at holdes inden for de 5%
Aabenraa	Botilbuddet Sønderskoven	Senhjerneskedede	12	100	91,6	Ingen initiativer igangsat	Mindre efterregulering. Skønnes at holdes inden for de 5%
Aabenraa	Børnehuset Lille Kolstrup	Handicappede børn og unge	Aflastning 10 - tillægstakst 2,5	85	80,0	Belægningspct. i 1. kvartal er lav, da Aflastningstilbuddet ikke er brugt fuldt ud i marts måned pga COVID19	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Børnehuset Lille Kolstrup (tilføjet på belægningsoversigten)	Handicappede børn og unge	Special børnehaven 12	95	117,0	Belægningspct. i 1. kvartal er høj, men det udlignes efter sommerferien hvor flere starter i skole	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Børneinstitutionen Posekær	Handicappede børn og unge	21	95	107,0	Belægningspct. i 1. kvartal er høj, men der er en del som fraflytter i løbet af året pga alder.	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Dagcenter Kliplev	Senhjerneskedede	8	100	118,0	Ingen initiativer igangsat	Ja, der forventes en efterregulering
Aabenraa	Dagcenter Møllemærsk	Udviklingshæmmede	5	100	150,0	Ingen initiativer igangsat	Ja, der forventes en efterregulering
Aabenraa	Rønshoved Skolehjem	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	Bo-del 12	95	79,7	Belægningspct. i 1. kvartal er lav, da tilbuddet har den store søgning p.t.	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Rønshoved Skolehjem (tilføjet på belægningsoversigten)	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	Udsigten 5	95	191,7	Belægningspct. i 1. kvartal er høj, vi er ved at kigge på om budgettet skal genberegnes, da der er stor søgning på tilbuddet.	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Rønshoved Skolehjem (tilføjet på belægningsoversigten)	Børn og unge med behov for ophold på døgninstitutioner og hos plejefamilier	Ungdomshyblerne 6	95	72,6	Belægningspct. i 1. kvartal er lav, da tilbuddet har den store søgning p.t.	P.t. vurderes det ikke at have betydning.
Aabenraa	Skovbogård	Personer med udviklingsforstyrrelser (Autismespektret/ADHD/DAMP)	41	100	118,0	Ingen initiativer igangsat	Ja, der forventes en efterregulering

Formændene for de administrative styregrupper

Henrik Aarup-Kristensen (Nordjylland)
Jesper Thyrring Møller (Midtjylland)
Lise Plougmann Willer (Syddanmark)
Vini Lindhardt (Sjælland)
Henrik Abildtrup (Hovedstaden)

**Socialstyrelsen**

Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: +45 72 42 37 00
info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Sagsnr.:
2019 - 8418

Dato:
13. maj 2020

Kære alle

Som nævnt på vores dialogmøder i november 2019 har Socialstyrelsen haft en særlig opmærksomhed på området for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, fordi styrelsen har konstateret en bevægelse i den tilbudsstruktur, der blev afrapporteret på den centrale udmelding fra 2014.

Denne bevægelse omfatter to tilbud i Nordjylland og to tilbud i Syddanmark. Et tilbud i hver af de to regioner er lukket (Rehabiliteringscenter Strandgården og Solskrænten), og ét tilbud i hver af de to regioner har fra 2020 et reduceret finansieringsgrundlag (Hjerneskadecenter Nordjylland og Hjerneskadecenter Odense), idet et antal kommuner har trukket sig fra tidligere aftaler om finansiering. Derudover har styrelsen konstateret, at Københavns Kommune har besluttet at hjemtage sundhedsydelser til sine borgere med erhvervet hjerneskade fra den 1. februar 2020, hvilket kan have en afledt effekt på tilbud, der også leverer sociale indsatser til målgruppen.

På den baggrund har styrelsen rettet henvendelse til formændene for de administrative styregrupper i henholdsvis Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden. Socialstyrelsen vil gerne takke for de modtagne besvarelser, som aktuelt ikke giver anledning til yderligere tiltag i regi af den nationale koordinationsstruktur.

For så vidt angår besvarelserne om de to lukkede tilbud, kan styrelsen konstatere, at der i Nordjylland og Syddanmark er taget initiativ til at opjustere antallet af pladser til målgruppen på henholdsvis Neurocenter Østerskoven og Kingstrup. Socialstyrelsens besøg på disse to tilbud i efteråret 2019 gav ikke anledning til yderligere bekymring.

For så vidt angår besvarelserne om de to tilbud med et ændret finansieringsgrundlag, kan styrelsen konstatere, at de to tilbud ikke er lukningstruede, og at de derfor fortsat vil være tilgængelige. Socialstyrelsens besøg på de to tilbud i efteråret 2019 gav ikke anledning til yderligere bekymring. Socialstyrelsen vil dog i efteråret 2020 følge op på situationen på de to tilbud efter implementeringen af de nye finansieringsgrundlag.

For så vidt angår besvarelsen om Københavns Kommunes hjemtagning af sundhedsydelser, kan styrelsen konstatere, at Københavns Kommune ønsker at etablere et tilbud i egen kommune med forløb efter sundhedsloven, og at de tilbud, som Københavns Kommune benytter, ligger uden for geografien Region Hovedstaden. Socialstyrelsen har dog noteret sig, at Center for Hjerneskade (og Hjerneskadecenter Virum for børn og unge) ligger inden for hovedstadsregionens geografiske afgrænsning.

Side 2

Socialstyrelsen ser frem til en fortsat dialog om området for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Venlig hilsen

Henrik Frostholm
Kontorchef

Til KL

Finansieringsformen på Kofoedsminde

KKR Syddanmark ønsker med denne henvendelse at gøre opmærksom på de u hensigtsmæssigheder, der er ved den nuværende afregningsmodel på de sikrede pladser på Kofoedsminde.

Ved den nuværende afregningsmodel finansierer alle landets kommuner de sikrede pladser på Kofoedsminde fordelt efter indbyggertal. Den enkelte kommune har samme udgift til pladserne uafhængig af, om de har borgere på stedet. Den objektive finansiering til pladserne på Kofoedsminde er over årene steget betragteligt, og den objektive finansiering beløber sig i 2020 til ca. 275,6 mio. kr. (inkl. efterreguleringer fra tidligere år). Dette giver en udgift på ca. 47,5 kr. pr. borger. Til sammenligning var den objektive finansiering i 2017 på ca. 138 mio. kr. (inkl. efterreguleringer fra tidligere år), hvilket giver en udgift på ca. 24,2 kr. pr. borger.

Det er vores oplevelse, at den objektive finansiering medfører en u hensigtsmæssig incitamentsstruktur ift. borgerne med type 2 domme, da det skaber et økonomisk incitament til at vælge objektivet finansierede pladser på Kofoedsminde frem for takstfinansierede pladser. Det medfører en risiko for, at Kofoedsmindes sikrede pladser sander til.

Vi mener, at der i højere grad bør være et økonomisk incitament for kommunerne i at arbejde for, at borgerne, via en målrettet og forebyggende indsats, gøres i stand til at kunne rummes i åbne afdelinger. Der er på nuværende tidspunkt intet økonomisk incitament til at arbejde for at borgeren kan udsendes fra Kofoedsmindes sikrede afdelinger til mere åbne afdelinger. Rent økonomisk er det tværtimod en fordel at borgeren forbliver på den objektive finansierede plads længst muligt.

Der er ganske få tilbud med objektiv finansiering på det specialiserede socialområde. På børne- og ungeområdet er de sikrede institutioner delvis objektivt finansierede. Pladserne var indtil 1. juli 2010 100 procent objektivt finansieret sådan, at hver kommune blev opkrævet efter en fordelingsnøgle. Regeringen ændrede imidlertid finansieringsmodellen fra 1. juli 2010 således, at finansieringen deles op i to, hvoraf den ene del fortsat baseres på objektiv finansiering, og den anden del baseres på kommunernes faktiske forbrug af sikrede pladser ud fra en fastsat årlig grundtakst. Årsagen til ændringen var blandt andet at give kommunerne et større incitament til at forebygge alvorlig kriminalitet.

Dato: 20. maj 2020

Sags ID: SAG-2020-02012
Dok. ID: 2921137

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 2

Vi mener, at der også i forhold til Kofoedsminde bør ses på en justering af finansieringsformen, således, at pladserne i højere grad finansieres af de kommuner, der anvender pladserne. Særligt i forhold til type 2-dømte, hvor kommunerne har muligheden for- og som udgangspunkt skal- visitere borgeren til en åben afdeling.

Vi er opmærksomme på, at KL er i dialog med Social- og Indenrigsministeriet omkring udfordringer på Kofoedsminde. Vi mener, at det er vigtigt, at der snarest ses på justeringer af den nuværende finansieringsform på Kofoedsminde, og vi stiller os naturligvis gerne til rådighed for en videre dialog om den rejste problemstilling.

Dato: 20. maj 2020

Sags ID: SAG-2020-02012
Dok. ID: 2921137

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Haderslev Kommune
Gåskærgade 26-28
6100 Haderslev

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 2 af 2

Med venlig hilsen



HP Geil
Formand KKR Syddanmark



Johannes Lundsryd Jensen
Næstformand KKR Syddanmark

Part	Svar	Tema	Bemærkninger (svar høringspart)
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er enige i, at uddannelse af peers er en god ide. Kommunerne kan se mange perspektiver i peers, som går på tværs og vejleder patienter i forbindelse med ind- og udskrivning og på denne måde støtter borgerene. Der er klare samarbejdsfordele på dette område mellem region og kommuner. Det fremgår dog ikke tydeligt, hvordan kommunerne inddrages som samarbejdspartner under første anbefaling, herunder hvorledes kommunerne inddrages i forhold til indholdet af uddannelsen. Da det muligvis vil kræve ressourcer for kommunerne at indgå i dette samarbejde, er det væsentlig, at det fremgår tydeligt, hvordan kommunerne inddrages som samarbejdspartner.	1 - Patienter og pårørende	Den konkrete udmøntning af anbefalingerne i planen - herunder anbefaling omkring peers - sker efter den politiske godkendelse af planen. Her vil en række af anbefalingerne kræve realisering i tæt samarbejde med kommuner og andre, hvor det konkrete indhold udformes.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne finder det yderst positivt, at antallet af patientstyrede pladser øges og permanentliggøres. Det vil være betydningsfuldt med flere patientstyrede indlæggelses muligheder, som også vil være befordrende for det pædagogiske og motiverende samarbejde mellem patient/borger som til stadighed finder sted i socialpsykiatrien og i den primære sektor. Man har dog i kommunerne erfaringer med, at det primært er ressourcestærke patientgrupper, som profilerer af patient-empowerment. Kommunerne gør derfor opmærksom på, at sårbare patienter i psykiatrien med samtidig misbrug og/eller sociale problemer derfor risikerer at blive tabt ved anvendelse af denne tilgang til den sårbare patientgruppe.	1 - Patienter og pårørende	I de lokale patient- og pårørenderåd skal det løbende drøftes, hvordan ordningen fungerer, herunder hvilke patienter der har gavn af anbefalingen. Det præciseres i anbefalingen
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne finder, at det er god ide at udvikle og udbrede digital kontakt med psykiatrien. Det er nævnt, at der er brug for en videreudvikling af regionens digitale systemer. Set fra kommunal vinkel er det nødvendigt, at udviklingen sker med øje for snitflader og i samarbejde med kommunerne med henblik på at sikre, at udstyr og forbindelser kan interageres.	1 - Patienter og pårørende	Den konkrete anbefaling læner sig op ad Region Syddanmarks Digitaliseringsstrategi. Der er stor opmærksomhed på snitfladen til kommunerne på dette område.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Flere meningsfulde aktiviteter under indlæggelse ses som en god ide. Det er kommunes anbefaling, at der bør være et fokus på at målrette aktiviteterne, så de kan føres videre efter indlæggelse. Foruden de fysiske aktiviteter bør der ligeledes være aktiviteter, som sigter mod job og uddannelse. Eksempelvis med fokus på at forbedre eller vedligeholder kompetencer. Meningsfyldte aktiviteter bidrager med at bevare ADL kompetencer og ligger godt i tråd med den måde kommunerne arbejder på. En del af aktiviteterne kunne lægges i civilsamfundet. På den måde bliver overgangen til hverdagen efter udskrivelsen ikke for stor.	1 - Patienter og pårørende	Det kan have relevans for den konkrete udmøntning og tilrettelæggelse af anbefalingen. Men, det er også vigtigt at have øje for, at patienterne også efterspørger "alm aktivitetstilbud" - og som en del af deres faktiske behov. Mht aktiviteter der sigter mod job og uddannelse vil det være relevant at samarbejde med kommunerne herom. Det konkrete indhold vil udformes når anbefalingen udmøntes- Anbefalingen præciseres jf. dette og andre høringssvar.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	I forbindelse med anbefalingen systematisk undervisning af personale i god kommunikation med patienterne er det for kommunerne væsentligt, at der imellem region og kommuner er et fælles sprog, da dette er en væsentlig faktor for det tværsektorielle samarbejde og for patienterne.	1 - Patienter og pårørende	Et fælles sprog understøttes af og udvikles i sammenhæng med de mange tværgående initiativer i planen og i øvrigt.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er enige i vigtigheden af oprettelsen af et center for inddragelse af pårørende, da dette vil skabe en bedre dialog mellem psykiatrien og de pårørende.	1 - Patienter og pårørende	Region Syddanmark er glad for at kommunerne er enige i anbefalingen om etablering af center for pårørende inddragelse.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne vil gerne gøre opmærksom på, at pårørende også er unge under 18 med forældre, som er ramt af psykisk sygdom, hvilket ikke fremgår tydeligt af planen.	1 - Patienter og pårørende	Region Syddanmark er enig i dette, og har derfor præciseret anbefaling 8 ift særlig opmærksomhed på børn med psykisk syge forældre.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Selvom det flere steder er adresseret, kunne kommunerne ønske sig et mere gennemgående fokus på borgere med både misbrug og en psykiatrisk lidelse, i psykiatriplanen. Dette skal ses i lyset af, at vi ved, at det er en meget sårbar gruppe af borgere, der ofte er svingdørspatienter i behandlingspsykiatrien.	2- Lighed i sundhed	Det er vurderingen, at indsatsen overfor borgere med psykiske lidelser og misbrug er tilstrækkeligt nævnt i planen. Herunder indgår en styrket indsats rettet mod denne gruppe borgere i anbefaling 20.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne finder det positivt, at regionen med psykiatriplanen ønsker at mindske ulighed i sundhed. Fokus på somatiske sygdomme og aftale med praktiserende læger om årlige somatiske helbredsundersøgelser og medicinhåndtering er yderst positivt. Kommunerne anbefaler, at det tydeliggøres, at direkte henvisning af patienter til rygestopkurser i kommunerne sker via Very Brief Advice -metoden, som også er udbredt på det somatiske område.	2- Lighed i sundhed	Region Syddanmark er glad for kommunernes opbakning til planens adressering af ulighed i sundhed. Med hensyn til tilbud/henvisning af patienter til rygestopkurser er vi også enige om vigtigheden af dette. Psykiatrisygehuset har igangværende initiativer i forhold til rygestop.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er enige i, at ansættelsen af forløbskoordinatorer har haft en positiv indflydelse på at skabe sammenhæng i arbejdet for de udsatte borgere med dobbelte udfordringer og diagnoser. Det er kommunernes opfattelse, at det i høj grad er samarbejdspersoner, der gør en forskel	2- Lighed i sundhed	Taget til efterretning.

	og bygger bro til kommunerne. Derfor ser vi positivt på, at regionen ikke ændre på dette.		
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Regionen foreslår at understøtte, at almen praksis sammen med regionen og kommunerne afsøger muligheder for at styrke den sundhedsfaglige rådgivning og sammenhængende behandling også på de kommunale botilbud og for patienter i eget hjem, der modtager støtte efter serviceloven. Kommunerne finder, at det er en god idé, men at der skal fokus på og dialog om eventuelle økonomiske konsekvenser. Kommunerne opfordrer igen på denne baggrund til, at Model til vurdering af opgaveflytning (jf. Sundhedsaftale 2015-2018) anvendes ved eventuelle opgaver, der flyttes fra region til kommuner på sundhedsområdet.	2- Lighed i sundhed	Psykiatrien har generelt fokus på godt samarbejde, men kommentarerne vedkommer primært den primære sektor. Herudover indgår det i anbefaling 11, at psykiatriske patienter tilbydes en årlig somatisk helbredsundersøgelse i almen praksis.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Der er i kommunerne gode erfaringer med at anvende frivillige peers som brobyggere til bl.a. almen praksis. Det kan fremhæves, at frivillige peers ligeledes kan inddrages i forbindelse med anbefaling 11.	2- Lighed i sundhed	Region Syddanmark opruster med denne plan netop anvendelsen af peers og er opmærksomme på forslaget.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Der gøres opmærksom på en tastefejl under anbefaling 12, hvor der står 2019-2010. Men ikke der menes 2019-2020.	2- Lighed i sundhed	taget til efterretning

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er enige i, at det er vigtigt, at lærernes kompetencer i forhold til at kunne spotte elever med behov for særlig opmærksomhed styrkes, og at undervisningen af lærerne, om mental trivsel blandt unge, i grundskolens ældste klasser derved videreføres for at sikre den bedst mulige overgang fra grundskolen til voksenlivet. Kommunerne anbefaler dog, at man arbejder henimod samme kompetenceudvikling af lærerne, som underviser de lavere klassetrin i grundskolen. Lærerne vil derved besidde de rette redskaber til at kunne registrere og håndtere tegn på mental mistrivsel hos de yngste elever på et tidligere tidspunkt og kan derfor igangsætte den bedst mulige indsats, når barnets mentale mistrivsel opstår i en tidligere alder.	2- Lighed i sundhed	Region Syddanmark er enige i dette og har præciseret anbefaling 13 i planen således, at også de lavere klassetrin inkluderes
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Det er vigtig viden, der har vist sig i analysen og gennemgangen af sager om borgere med misbrug, psykiatri og kriminel adfærd, at de ikke er tilstrækkeligt psykiatrisk behandlet. Det er en analyse, som man i praksis i kommunerne længe har haft en antagelse om, men som ikke har været tilstrækkeligt dokumenteret. Kommunerne indgår gerne i et samarbejde om at se på fælles indsatser i forhold til at sikre, at disse borgere kommer til behandling, og vi kan i endnu højere grad bidrage til motivering til behandling.	3- Sammenhæng og forebyggelse	I psykiatriplanen er tilføjet anbefaling 17 om et pilotprojekt for mennesker med svær psykisk sygdom og misbrug. Derudover er der en række anbefalinger i planen og allerede igangsatte aktiviteter i psykiatrien, der understøtter indsatsen over for denne målgruppe.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Selv om Psykiatriplanen primært beskriver den regionale indsats vedrørende udvidelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, så er det uklart, hvordan dette skal honoreres i kommunen. Der er fra kommunerne en forventning om, at flere udskrivningsaftaler medfører mere arbejde til kommunerne. Derfor er der en bekymring for, at kommunerne ikke involveres i, det praktiske arbejde om, hvordan dette kommer til at foregå. Kommunerne savner derfor en dialog	3- Sammenhæng og forebyggelse	De aftalemæssige rammer er angivet i eksisterende lovgivning. De løbende udfordringer bør drøftes lokalt i de enkelte samordningsfora, hvis der opstår tvivlsspørgsmål.

	omkring muligheden for konkrete aftaler og forventningsafstemning mellem regionen og kommunerne.		
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Såvel forebyggelse som sammenhæng er vigtige faktorer, hvis vi i fællesskab skal lykkes. Kommunerne finder det positivt, at regionen vil arbejde med de udfordringer, der er med behandlingen af svær psykisk sygdom og samtidig kriminell adfærd. Det er borgere, som også kommunerne kender og meget gerne vil samarbejde om. Der er fra kommunal side støtte til, at vi i fællesskab forsøger at tænke nye tanker, og kommunerne er åbne for nye organisationsformer og eventuelle fælles ansættelser og fælles drift. Kommunerne anbefaler eksempelvis, at man styrker samarbejdet mellem de psykiatriske sygehuse og de kommunale arbejdsmarkedsområder. Her vil samarbejdet med den decentrale lokalpsykiatri blive et godt udgangspunkt for en bedre sammenhængskraft mellem psykiatrien og kommunen.	3- Sammenhæng og forebyggelse	Det er meget positivt at kommuners ønsker og ambitioner i så høj grad flugter med regionens
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er enige med regionen i, at Satspulje projekterne skal evalueres, og det på baggrund af evalueringerne skal drøftes, hvorvidt de skal videreføres efter projektperioden og i hvilken form. Derudover er der ligeledes behov for en afklaring og synliggørelse af de kommunale ressourcetræk, som det vil medføre at permanentgøre Satspulje projekter.	3- Sammenhæng og forebyggelse	Planen er nu justeret således, at det nu fremgår, at der udføres en evaluering og afklaring af mulig videreførsel sammen med kommunerne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Regionen ønsker at nedsætte en tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe, der skal udarbejde forlag til, hvordan udeblivelser fra aftaler kan reduceres mest muligt. Kommunerne imødeser et sådant samarbejde med en positiv indstilling, idet det i disse drøftelser vil være relevant at drøfte gensidig understøttelse mellem sektorer ved udeblivelser i de kommunale indsatser – f.eks. i jobcenter og misbrugsbehandling.	3-Sammenhæng og forebyggelse	Det er meget positivt at kommuners ønsker og ambitioner i så høj grad flugter med regionens
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Der bør fremgå tydeligere, at kommunerne, ligesom almen praksis, skal tænkes ind i behandlingsplanen for den enkelte patient, så de kommunale tilbud, der er til rådighed, ligeledes inddrages i behandlingsplanen. På den måde kan relevante kommunale medarbejdere ved behov tidligere inddrages i borgernes forløb, og man kan derved skabe bedre sammenhæng og et tættere samarbejde på tværs af regionen, almen praksis og kommunerne.	3-Sammenhæng og forebyggelse	Region Syddanmark er meget enig i, at kommune og almen praksis er en helt central samarbejdspart. Samarbejdet med kommunerne understøttes af flere af planens anbefalinger.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Det er positivt, at man fra regionens side vil stille specialistrådgivning til rådighed. Det er der et ønske om at gøre brug af i kommunen.	3-Sammenhæng og forebyggelse	Anbefaling 19 er præciseret, så den også omhandler rådgivning til kommunen.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Det vurderes at være en god ide at bygge videre på de erfaringer, som skabes gennem projektet Sammen om Psykiatri og andre erfaringer og undersøgelser for at understøtte de mest sårbare borgere. Der kan f.eks. arbejdes med fælles drift af specifikke løsninger, fælles ansættelser eller lignende, som kan løfte borgernes psykiske og fysiske sundhed.	3-Sammenhæng og forebyggelse	Det er meget positivt at kommuners ønsker og ambitioner i så høj grad flugter med regionens

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne er generelt enige i regionens betragtninger om, at det er vigtigt at sætte fokus på sammenhæng og forebyggelse for borgere med psykiatiske sygdomme. Kommunerne er dog bekymrede for de økonomiske aspekter af at videreføre alle de oplyste projekter uden en nærmere analyse af konsekvenserne heraf. Desuden er det kommunernes vurdering, at det vil sende et stærkere signal til borgerne i Syddanmark, at regionen og kommunerne inden individuelle udmeldinger om projekternes videreførelse er enige om, hvilke projekter der skal videreføres. Beslutningerne om videreførelse af konkrete projekter skal bero på evalueringer af projekternes værdi for borgerne, den faglige kvalitet og tage hensyn til den bedst mulige anvendelse af de tværsektorielle midler.	3- Sammenhæng og forebyggelse	Det er præciseret i afsnittet "Sammenhæng og forebyggelse" at de dele er psykiatriplanen, der forudsætter tværsektorielt samarbejde håndteres og aftales i de formaliserede samarbejdsfora (DAK, PSOF mv.)
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Det er vigtigt, at regionen vil sætte ekstra fokus på at give borgerne den bedste behandling og ønsker at udvikle og forske.	4 - Bedre behandling - forskning, kvalitet, udvikling	Det er positivt, at kommunerne er enige i, at forskning og udvikling vigtig
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne ser frem til, at mennesker med spiseforstyrrelser behandles i mere egnede rammer. Spiseforstyrrelser kræver en høj grad af specialisering både på det psykiatiske område og det somatiske område. Dette kalder på koordinering og sammenhæng og faglig udvikling af området. Kommunerne opfordrer til, at den terapeutiske del af behandlingen vægtes endnu højere end i dag.	4 - Bedre behandling - forskning, kvalitet, udvikling	Det er positivt, at kommunerne er enige i værdien af et styrket samarbejde på spiseforstyrrelsesområdet.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Mental mistrivsel blandt børn og unge er et stort problem og et problem, som også fylder meget i kommunerne. Kommunerne hilser derfor regionens forslag om at forske i direkte årsagssammenhæng mellem risikofaktorer og mental mistrivsel velkomment. Kommunerne anbefaler dog i den forbindelse, at der også sættes fokus på, hvad der sker nationalt på dette område, så der sikres sammenhæng mellem regionale og nationale initiativer.	4 - Bedre behandling - forskning, kvalitet, udvikling	Det er positivt at kommunernes ønsker og ambitioner, flugter med regionens

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne hilser udviklingen af nye telepsykiatriske og velfærdsteknologiske løsninger velkomne, men bemærker, at det ved udvikling af disse er vigtigt at have teknologiske løsninger, der tager hensyn til anvendelse efter udskrivelse, hvis det er nødvendigt, og som kan fungere i overensstemmelse med kommunernes muligheder på området.	4 - Bedre behandling - forskning, kvalitet, udvikling	Det er positivt at kommunernes hilser udviklingen af nye telepsykiatriske og velfærdsteknologiske løsninger velkomne.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne har ingen interesse i, at borgere er indlagt længere end nødvendigt, og er derfor enige i at færdigbehandlede ikke skal være indlagt. Der kan dog være forskel på, hvornår Psykiatrien definere borgene som færdigbehandlede, og hvordan kommunerne oplever borgerne. Ofte opleves det, at borgere, som udskrives som færdigbehandlede, stadigvæk ses som meget vanskelige at rumme i de botilbud, de kommer fra. Kommunerne opfordrer til en drøftelse af definitionen færdigbehandlet på tværs af sektorer, således at samarbejdet mellem sektorerne styrkes i overgangen for borgeren.	5 - Kapacitet og organisering	Det er vigtigt med et godt samarbejde omkring færdigbehandlede patienter. Evt problemstillinger bør løbende bringes op i relevante samarbejdsfora
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Opjusteringen af retspsykiatriske pladser anerkendes af kommunerne som en nødvendighed, idet denne borgergruppe desværre er i vækst.	5 - Kapacitet og organisering	Region Syddanmark er meget positive overfor at kommunernes ønsker flugter med regionens.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Initiativet om at skabe 50 ekstra sengepladser hilses velkommen.	5 - Kapacitet og organisering	Det korrekte antal ekstra sengepladser der tilvejebringes er ca. 28 - idet nogle af de nævnte sengepladser er en konvertering af eksisterende til hhv. spiseforstyrrelsesafsnit og det retspsykiatriske afsnit

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Det bifaldes, at der ses på behovet og mulighederne for en yderligere styrkelse af det nære sundhedsvæsen gennem evt. flere satellitfunktioner. Der kan med fordel tænkes i fælles lokaler i kommunen. Dette vil øge tilgængeligheden til behandling, ligesom fagprofessionelle på tværs af sektorer vil få bedre mulighed for videndeling, koordinering og samarbejde på tværs. Der skal her dog vurderes på ressourcebehovet for de deltagende kommuner.	5 - Kapacitet og organisering	Det er positivt, at kommunerne bakker op om initiativet.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Den kommunale socialpsykiatri har i stor grad samme udfordringer med at rekruttere SSA og sygeplejersker til socialpsykiatrien. Det kunne være spændende, hvis Psykiatrien inviterer kommunerne ind i det strategiske partnerskab, så der i stedet for konkurrence om medarbejderne opstår et samarbejde om rekruttering.	6 - Fastholdelse, rekruttering og komp.udvikling	Kommunerne vil blive inviteret med i dialogen, hvilket nu fremgår af anbefaling 35.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne finder det positivt, at der sættes fokus på den recoverybaserede indsats. Da kommunerne i stor grad arbejder recoverybaseret, vil det være med til at fremme samarbejdet mellem sektorerne til gavn for borgerne.	6 - Fastholdelse, rekruttering og komp.udvikling	Det er meget positivt at kommunernes ønsker og ambitioner i så høj grad flugter med regionens
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Psykiatriplanen afspejler, at patienter og pårørende har været inddraget i processen for udarbejdelse af planen, hvilket kommunerne finder positivt. Psykiatriplanen understøtter Sundhedsaftalens visioner om at samarbejde om forebyggelse, bedre overgange og fokus på at øge sammenhængene til uddannelses- og arbejdsmarkedsområderne. Dog opfordrer kommunerne til, at sammenhængene mellem Sundhedsaftalen og psykiatriplanen fremhæves yderligere i psykiatriplanen, så det fremgår tydeligere, hvordan de to understøtter hinanden. Det anderkendes også, at beskrivelsen favner bredt og har fokus på både borgere, pårørende, faglighed samt organisatoriske tiltag.	Generelt	Planen fremhæver at Sundhedsaftalen udgør den overordnede ramme for det tværsektorielle samarbejde.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Kommunerne anerkender ligeledes, at det af psykiatriplanen fremgår, at borgere med psykisk sygdom behandles som ligeværdige partnere med indflydelse på egen behandling, og at borgerne tilbydes en sammenhængende, tilstrækkelig og rettidig indsats af høj faglig kvalitet.	Generelt	Region Syddanmark er glad for de syddanske kommuners opbakning.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	38 anbefalinger er dog mange anbefalinger, når der som beskrevet er tale om fokusområder, og det stiller store krav til fortsat fokus på inddragende processer i forhold til, at alle anbefalinger kan opnå den nødvendige opmærksomhed, så det brede fokus ikke kommer til at stå i vejen for at sikre opnåelse af succeskriterierne. Det er derfor uklart for kommunerne, hvad der i planen er vigtigt, og der er derfor behov for en tydeligere prioritering af indsatserne i planen. En prioritering af anbefalinger kan med fordel have blik for prioriteringerne i Sundhedsaftale 2019-2023.	Generelt	En konkret implementeringsplan med prioritering af indsatserne vil blive udarbejdet primo 2020.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Derudover er der mange anbefalinger, der vedrører kommunerne og kræver kommunal involvering. Kommunerne er opmærksomme på, at mange af anbefalingerne indbefatter kommunal medfinansiering, og har derfor en forventning om, at de anbefalinger og tiltag, der er tværsektorielle, løses og prioriteres i fællesskab med kommunerne og andre berørte parter. Kommunerne savner i denne forbindelse effektvurderinger og vurdering af potentialet for anbefalingerne i et langsigtet perspektiv. Dette er særligt henset til, at anbefalingerne vil medføre øgede økonomiske udgifter, også for kommunerne, hvilket kræver besparelser på andre områder. Kommunerne opfordrer til, at Model til vurdering af opgaveflytning (jf. Sundhedsaftale 2015-2018) anvendes ved eventuelle opgaver, der flyttes fra region til kommuner på sundhedsområdet. På den måde sikres det, at der indgår grundige beregninger af de økonomiske konsekvenser for den kommunale økonomi.	Generelt	Hvor det er relevant vil den konkrete udmøntning af anbefalingerne pågå i dialog med relevante parter.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat på vegne af de 22 syddanske kommuner	Derudover har Regeringen i forbindelse med økonomaftalerne for 2020 løftet sløret for en kommende 10-års plan for psykiatrien, ligesom der er nye tanker om de særlige pladser i psykiatrien. Man savner i kommunerne et indblik i, hvordan Psykiatriplan 2020-2024 harmonerer med disse overordnede politiske planer.	Generelt	Psykiatriplanen vil blive suppleret med yderligere nationale initiativer i planperioden, hvilket fremgår på side 7.
--	--	----------	---