

Årsrapport 2022

Socialtilsyn Syd

Socialtilsyn Syd 

Socialtilsyn Syd

Østerågade 40
5672 Broby
72 53 19 00
socialtilsynsyd@fmk.dk
www.socialtilsynsyd.dk

Marts 2023
Oplag: 3.000 stk.



Forord 4

Af tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen

Kan byggeri af en motocrossbane begrundes socialfagligt?
- 11 måneder med en **ny lov om socialtilsyn** 6

Generelle overvejelser om kvalitet
– set fra Socialtilsyn Syd og fra fire tilbud 12

Socialpædagogisk opholdssted: Kvalitet er relationer og forventninger..... 14

Botilbud: Man skal have interesse for det her 'mærkelige' felt 17

Plejemor: Jeg suger til mig, alt det jeg kan..... 20

Plejeforældre: Start med at anerkende et plejebarns forældre 22

Læringsmiljøet i plejefamilier og tilbud under lup 24

Det **særlige fokus** kan højne den tilsynsfaglige kvalitet 27

Faglige klynger på tilbudsområdet giver mening 30

Dialogmøder med plejefamilier blev en succes 32

Er I tilbud bange for socialtilsynet eller for jeres egen skygge?
- Socialtilsyn Syds **årsmøde 2022**..... 36

Socialtilsyn Syd er flyttet til **Broby** 42

Socialtilsyn Syd – **fortalt med tal** 44

Socialtilsyn Syd – **indtægter i 2022** 51

STS+ – Vi kan mere, end vi skal 52

Vi er landet godt i tilsynsopgaven

Af tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen



I en årsrapport retter man i sagens natur blikket bagud. Det kan forekomme unødvendigt – og måske ligefrem hasarderet, hvis man er på vej fremad i fuld fart. Men enhver, der kører på motorvej, ved også, at kørslen især i tæt trafik glider bedst, hvis man regelmæssigt orienterer sig bagud og tager bestik af det, man ser, i forhold til den videre kørsel. Tilsvarende er det at skrive årsrapport både tankevækkende og givtigt, fordi det ansporer én til at dvæle ved det særlige i året, der er gået.

Og sagt sådan lidt friskt er det mest særlige for 2022 i Socialtilsyn Syd, at der ikke er taget de store ryk. Siden 2014 har vi i årsrapport efter årsrapport berettet om opbygning af både tilsynsfaglighed og organisationen bag. Heroverfor er denne årsrapport nok i højere grad præget af at blive udgivet af en konsolideret organisation – om end og selvfølgelig med et stadigt behov for at udvikle sig i forhold til de fordringer, vi står overfor internt, og dem vi møder fra vores omverden.

For at tage omverdenen først. Der er kommet to politiske aftaler i 2022, som har relevans for os, og som har påvirket vores retning. Den ene aftale Et liv med lige muligheder var den tidligere, socialdemokratiske regerings bestræbelser på at sætte både kurs for og fart på en specialeplanlægning på socialområdet. Den anden var aftalen Styrket undervisning til anbragte børn og unge. Artiklerne i årsrapporten om et nyt initiativ i Socialtilsyn Syd om organisering i faglige

klynger og om, at tilsynskonsulenterne i efteråret 2022 satte læringsmiljøet under lup både på tilbudsområdet og på plejefamilieområdet, er afsmitninger fra disse to aftaler. Endelig har vi (selvfølgelig) også taget bestik af, at Socialtilsyn Syd siden 1. juli 2022 har fungeret som specialtilsyn for kost- og efterskoler, der benyttes til anbringelser efter serviceloven. I skrivende stund skal jeg ikke gøre mig kyndig på, hvordan SVM-regeringen forvalter de nævnte politiske aftaler. Men det skader nok ikke, at vi i 2022 har varmet op og haft fokus på specialeplanlægning og læringsmiljø.

2022 er også brugt på at tage bestik, af hvordan Socialtilsyn Syd bedst samarbejder med Socialstyrelsen med afsæt i styrelsens styrkede mandat for vejledningsfunktionen overfor socialtilsynene.

Socialstyrelsen har i 2022 etableret en mere fintmasket projektorganisation med både mødepligt for socialtilsynene og hyppigere møder mellem auditkontoret og de fem socialtilsyn i forskellige fora. Uagtet det lidt større ressourceforbrug er den foreløbige erfaring herfra, at Socialstyrelsen gør sig umage med både at dagsordensætte relevante tilsynsfaglige problemer og med at afvikle møderne ressourcebevidst og kompetent.

Socialstyrelsen har det seneste års tid – jf. ovenfor om de relevante tilsynsfaglige problemer – udgivet to centrale vejledninger til forståelse af tilsynsopgaven. Den ene om, hvordan

socialtilsynene går til opgaven med at understøtte kvalitet gennem dialog samtidig med, at man er tilsynsmyndighed. Den anden om, hvordan tilsynet laver forskellig tilsynsintensitet baseret på risikovurderinger af tilbud og plejefamilier.

Netop for at etablere tillid til Socialtilsyn Syd som myndighed – hvilket er en central forudsætning for, at plejefamilier og tilbud overhovedet tør åbne sig for en lærende dialog – har Socialtilsyn Syd gennem flere år søgt at være tydelig om egen myndighedsrolle. ”Vi spørger, før vi skyder,” har jeg lidt bramfrit skrevet i forord til flere tidligere årsrapporter. Socialstyrelsens nye vejledning om socialtilsynenes dialogforpligtelse tilbyder begreber, som bedre understøtter en dialogbaseret tilgang til tilsynsopgaven.

Socialstyrelsens vejledning om risikobaseret tilgang er offentliggjort sideløbende med, at Socialtilsyn Syd i 2022 af egen drift igangsatte et internt arbejde om en varierende tilsynsintensitet baseret på en organisatorisk kategorisering af tilbud og plejefamilier. Jeg noterer med tilfredshed, at den allerede tilrettelagte tilgang i Socialtilsyn Syd i hovedtræk flugter med Socialstyrelsens vejledning. Hen over årsskiftet 2022/23 foretages den interne driftsoplægning sådan, at tilsynspraksis flugter med vejledningen, og jeg forventer at kunne fortælle mere herom i årsrapporten for 2023.

I forordets opsamling af samspillet med omverdenen kan det også nævnes, at pr. 1. februar 2022 trådte en justeret lov om socialtilsyn i kraft. Et særligt fokus var, at socialtilsynene fik ’større muskler’ i det økonomiske tilsyn – især med private tilbud. Omhyggelige læsere af tidligere årsrapporter vil kunne spore en vis betænkelighed fra min side ved billedligt talt at skulle leve op til at være sådan en ’muskelstærk udsמידer’. I denne årsrapport giver vi fra Socialtilsyn Syd en foreløbig melding om, at der i 2022 har været ’ro ved døren’ og dermed ikke rigtig brug for den nye udsמידerfunktion.

Hermed er det så tid at vende blikket mod, hvad vi – uagtet at 2022 har været et år uden de helt store omvæltninger – har fundet værd at fremhæve i årsrapporten.

Som man kan læse i artikler fra både plejefamilie- og tilbudsområdet, har vi med stor iver og

glæde efter år med coronaisolation afviklet dialogmøder med både plejefamilier og døgntilbud. Det er altid både bøvlet, begejstrende og lærerigt at mødes med plejefamilier og tilbudsfolk uden at være på tilsynsbesøg. Så herfra en stor tak for engagement til at møde op og samtale med os om tilsynspraksis – det vil vi gerne fortælle om og gentage i de kommende år.

Flere artikler handler om, at tilsynspraksis hele tiden udvikles. Andre handler om tilbud og plejefamilier, der er i stand til at holde et højt fagligt niveau gennem flere år. I sidstnævnte forsøger vi – med fare for at blive skudt i skoene, at vi træder ud over at være uvildige og have et helt neutralt tilsyn – til almindelig inspiration og opbyggelighed at indkredse det særlige, som tilsyneladende kendetegner nogens opgavevaretagelse. Og selv om det i høj grad peger indad på tilbuddene og plejefamilierne selv – og ikke på noget særligt, som Socialtilsyn Syd gør – bliver jeg i godt humør af at læse om alt det engagement, den samvittighedsfuldhed og vedholdenhed, der stilles op med overfor udsatte borgere.

Fra de indre linjer kan man også læse, at Socialtilsyn Syd som led i en national specialisering af tilsynsopgaven pr. 1. juli 2022 har overdraget en større gruppe af tilbud til tilsynene i Region Midtjylland og Hovedstaden og ganske lidt til Region Sjælland og Nordjylland – og modsvarende har Socialtilsyn Syd modtaget nogle få tilbud fra andre socialtilsyn. Endelig er der også en lille note – og lidt på billedsiden – som viser, at Socialtilsyn Syd i 2022 har indgået i en kommunal ’lokalokabale’, hvor vi af hensyn til kommunekassen er flyttet fra et privat lejemål i Ringe til en kommunal administrationsbygning i Broby. Uagtet, at det jo altid kommer ubelejligt at flytte, giver det anledning til at rydde op og ud, både i ophobet skrammel og i dårlige vaner. At lokalerne så også er mere velegnede end de gamle – og at samarbejdspartnere godt kan finde til Broby frem for til Ringe – gør, at det også kan være et om end lille symbol på, at Socialtilsyn Syd nu er landet godt i tilsynsopgaven.

Rigtig god læselyst
Peter B. Andersen
Tilsynschef

Kan en **ny motocrossbane** begrundes socialfagligt?

Ny lov om socialtilsyn har intensiveret Socialtilsyn Syds tilsyn med alt fra større vedligeholdelsesarbejder til private tilbuds bestyrelsessammensætning. På andre områder er lovens ånd og bogstav ved at blive kørt i gang i samarbejde med de øvrige socialtilsyn.

1. februar 2022 trådte den nye lov om socialtilsyn i kraft. Den nye lov og en ny bekendtgørelse har givet de fem socialtilsyn flere beføjelser, en ny – skærpet – rolle på visse tilsynsområder og en ny opgavefordeling for en række af de specialiserede tilbud. Nedenfor gennemgås, hvordan nogle af de vigtigste af disse elementer i loven har ført til ændring af Socialtilsyn Syds praksis, og hvordan andre er i proces.

Det økonomiske tilsyn

De nye beføjelser i loven retter sig primært mod det økonomiske tilsyn med private sociale tilbud. Helt overordnet har ændringerne i loven endnu ikke givet anledning til, at Socialtilsyn Syd har taget de nye muligheder i brug, f.eks. afgørelser om skift af revisor eller vurderinger på Tilbudsportalen om, at et tilbud er ”uforholdsmæssigt dyrt sammenholdt med tilbuddets kvalitet”. Socialtilsyn Syd har fra lovens vedtagelse givet udtryk for, at man vil være forsigtig i det skøn, man i forlængelse af de nye beføjelser skal udøve. Men Socialtilsyn Syd er samtidig gået aktivt ind i det samarbejde på tværs af socialtilsynene, der – forhåbentlig – vil give et større overblik over, hvad der kan ligge til grund for disse skøn i fremtiden i de enkelte socialtilsyn.

Dette gælder ikke mindst det samarbejde, der – organiseret af Socialstyrelsen – blandt andet handler om at udarbejde nationale statistikker over tilbuds omkostninger, der kan bruges til en sammenligning af tilbuddenes pris og kvalitet.

Lidt flere detaljer om de enkelte elementer i loven:

- **Godkendelse af større vedligeholdelsesarbejder og forbedringer af fysiske rammer i private tilbud.**

Her har Socialtilsyn Syd sammen med de øvrige socialtilsyn udarbejdet et ansøgningsskema til de tilbud, der står over for større vedligeholdelsesarbejder. Skemaet har i udkastform været brugt på en håndfuld tilbud. Hovedformålet med skemaet er at give Socialtilsyn Syd mulighed for at vurdere, om et vedligeholdelsesarbejde er ordentligt socialfagligt begrundet, og om budgettet ser så fornuftigt ud, at tilbuddet ikke risikerer at knække halsen på at sætte arbejdet i gang. Altså 1) er den ny motocrossbane til gavn for borgerne, og 2) sætter tilbuddet en fremtidig eksistens på spil ved investeringen?



Endnu har Socialtilsyn Syd ikke trukket i håndbremsen i forhold til ansøgninger.

- **Vurdering af private tilbuds udgifter til lederløn og offentliggørelse på Tilbudsportalen.**

Socialtilsyn Syd har endnu ikke markeret på Tilbudsportalen, at en lederløn på et privat tilbud er uforholdsmæssigt høj. Socialtilsyn Syd forsøger at indhente erfaringer, blandt andet ved at udarbejde en statistik over niveauet. Indtil videre har der været dialog med et par tilbud – men der er intet, der har resulteret i en vurdering af, at lederlønnen 'stak af'.

- **Muligheden for at træffe afgørelse om, at et privat tilbud skal udpege en anden revisor.**

Socialtilsyn Syd har – set i bakspejlet – ikke haft tilsyn med et privat tilbud, hvor man gerne ville have haft muligheden for at træffe en sådan afgørelse. Og Socialtilsyn Syd er i 2022 ikke stødt på tilbud, hvor der har været brug for at tage denne mulighed i anvendelse. Der har været fælles drøftelser i netværket af økonomimedarbejdere i de fem socialtilsyn af, hvad der skulle til for at benytte muligheden – hvilket betyder, at der er et fagligt forum at drøfte enkeltsager i, hvis de skulle opstå.

- **Muligheden for at bemærke i tilsynsrapporten og på Tilbudsportalen, hvis socialtilsynet vurderer, at et tilbud er uforholdsmæssigt dyrt sammenholdt med dets kvalitet. Herunder, at private tilbud – til brug for denne vurdering – skal indberette to nye nøgletal til socialtilsynet.**

Socialtilsyn Syd deltager i et samarbejde med de øvrige socialtilsyn organiseret af Socialstyrelsen, blandt andet med det formål at få udarbejdet nationale statistikker over omkostningerne for de enkelte sociale tilbud til brug for en sammenligning af pris og kvalitet på tværs af tilbuddene. For Socialtilsyn Syd er det vigtigt, at de nationale statistikker grupperes omkring tilbudstyper, herunder måske også størrelse og grad af specialisering.

Socialtilsyn Syd har endnu ikke selv markeret på Tilbudsportalen, at et konkret tilbud er fundet uforholdsmæssigt dyrt. Dette skyldes ikke kun de manglende nationale statistikker, men også at Socialtilsyn Syd ud fra sine egne statistikker ikke har fundet belæg for at sige, at enkelte tilbud er uforholdsmæssigt dyre.

De to nye nøgletal skal indrapporteres til Socialtilsyn Syd i forbindelse med regnskab 2022.

Krav til virksomhedsform mm.

Den nye lov om socialtilsyn stiller nye krav til virksomhedsformen og til bestyrelsernes sammensætning i private sociale tilbud. Begge dele giver socialtilsynene nye opgaver.

- **Det er ikke længere muligt at oprette et privat tilbud som personligt ejet virksomhed, og der er frist 1. januar 2025 for at ændre virksomhedsform.**

Socialtilsyn Syd har været i dialog med de under 10 tilbud, der ved lovens ikrafttrædelse var personligt ejede. To har allerede ændret virksomhedsform, og resten kender fristen. Socialtilsyn Syd godkender ikke nye tilbud, der oprettes som personligt ejede.

- **Visse private tilbud skal oplyse ejerforhold.**

Der er oprettet nye felter på Tilbudsportalen til formålet.

- **Visse personer må ikke udgøre et flertal i en bestyrelse for et privat tilbud.**

- **Tilbuddets medarbejdere skal have mindst én repræsentant i bestyrelsen.**

- **Flertallet af bestyrelsens medlemmer skal være uafhængige af tilbuddets leder.**

I forbindelse med indhentelse af oplysninger til brug for indikator 8.c i kvalitetsmodellen har Socialtilsyn Syd i brev den 21. marts 2022 oplyst om ændringerne og om tilbuddenes frist for implementering.

Socialtilsyn Syd har derudover – i forbindelse med tilbuddenes orientering om indtræden af nye medlemmer i bestyrelsen – påset, at der var overensstemmelse med den nye bestemmelse om flertallets uafhængighed af leder.

- **Socialtilsynet kan i forbindelse med, at der træffes afgørelse om, at et tilbud skal lukke, samtidig træffe afgørelse om, at tilbuddets**

leder i en periode på fem år ikke må være leder eller bestyrelsesmedlem i sociale tilbud.

Bestemmelsen har endnu ikke været anvendt af Socialtilsyn Syd.

Apropos private tilbuds bestyrelser

Indikator 8.c i kvalitetsmodellen handler om, at socialtilsynet skal vurdere om et tilbud har en aktiv og kompetent bestyrelse. Til brug for denne vurdering gør Socialtilsyn Syd følgende:

- **Indhenter bestyrelsesreferater årligt.**
- **Indhenter bestyrelsesmedlemmers CV med henblik på vurdering af økonomiske, organisatoriske og faglige kompetencer.**
- **Følger op på tilbud, der har kvalitetsmangler vedr. 8.c. Hvis f.eks. et tilbud ikke har fremsendt bestyrelsesreferater, vurderes bestyrelsen i vidt omfang inaktiv. Her anmoder Socialtilsyn Syd typisk om f.eks. årshjul og redegørelse for kommende års aktiviteter.**

Skærpet tilsyn uden påbud

Socialtilsynet kan træffe afgørelse om skærpet tilsyn, ”hvis konkrete forhold (...) skaber bekymring for tilbuddets kvalitet, eller hvis socialtilsynet ud fra en samlet vurdering (...) finder, at tilbuddet ikke længere har den fornødne kvalitet.”

Socialtilsyn Syd har ikke fundet anledning til at tage denne mulighed i brug i 2022.

Specialistfunktioner i de fem socialtilsyn

En række tilbud flyttede pr. 1. juli 2022 socialtilsyn i forlængelse af ny lov og ny bekendtgørelse. Socialtilsyn Syd sagde farvel til i alt 114 tilbud, der indgår i koncerner eller koncernlignende konstruktioner. 89 af disse blev overdraget til Socialtilsyn Midt, og 25 af disse blev overdraget til Socialtilsyn Hovedstaden.

Socialtilsyn Syd fik til gengæld opgaven med at føre tilsyn med fem kostskoler, der tidligere

Disse tilbud kom til og disse tilbud gik

89



Gik fra Socialtilsyn Syd:

89 koncerner og koncernlignende tilbud til Socialtilsyn Midt

25



25 koncerner og koncernlignende tilbud til Socialtilsyn Hovedstaden



1 sikret institution til Socialtilsyn Øst



2 BPA-virksomheder til Socialtilsyn Nord

5



5 kostskoler



1 skibsprojekt

Kom til Socialtilsyn Syd:

har ligget under andre socialtilsyn (pladser på efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdelinger, når skolen har flere end otte pladser til anbringelse). Hertil kommer opgaven med at føre tilsyn med pladser på skibsprojekter, hvor Socialtilsyn Syd overtog et enkelt.

Socialtilsyn Syd tager denne omrokering til efterretning og er i fuld gang med den specialisering ift. tilsyn med kostskoler og skibsprojekter, der var hensigten med de nye bestemmelser (se artiklen om de nye specialistfunktioner s. 27).

Tillægstakster til tilbud

Socialtilsyn Syd har endnu ikke gjort brug af at pålægge tilbud tillægstakster ud fra en ressourcebetragtning. I begyndelsen af 2022 skrev Socialtilsyn Syd ud til alle tilbud med mindst to afdelinger og gjorde opmærksom på de nye muligheder i loven og orienterede samtidig om, at socialtilsynet i 2022 ville lave en opgørelse over ressourceforbruget i forbindelse med tilsynet. Tilsynskonsulenterne har i løbet af året derfor registreret, hvor meget tid der er brugt på forberedelse, tilsynsbesøg, befordring og afrapportering for alle tilbud med to eller flere afdelinger.

På baggrund af denne tidsregistrering lægger Socialtilsyn Syd sig i begyndelsen af 2023 fast på, hvordan der kan opkræves en tillægstakst for de tilbud, der har været 'særligt ressourcekrævende'.

Tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen gentog denne intention på Socialtilsyn Syds årsmøde for sociale tilbud, men han understregede samtidig, at: "tillægstaksterne er uvedkommende for de fleste tilbud, hvor arbejdets omfang kan rummes indenfor grundtaksten. Men på f.eks. tilbud med mange afdelinger er det kun rimeligt, at disse betaler en tillægstakst for det merarbejde, som reelt udføres."

Nye indikatorer om brug af vikarer

Socialtilsyn Syd har noteret sig den nye indikator 9.d ift. tilbuds brug af ikke-fastansatte medarbejdere – og den justerede 10.b om det samme.

Indholdet i de to indikatorer fører ikke til en praksisændring hos Socialtilsyn Syd, der til stadighed har fokus på alle typer af ansatte medarbejdere uanset det formelle ansættelsesforhold.

Afrapportering

Frem til 1. februar 2022, hvor den nye lov om socialtilsyn trådte i kraft, fik tilbud et besøgsnotat og plejefamilier en kvitteringsskrivelse, når de havde haft tilsynsbesøg af Socialtilsyn Syd. Fra 1. februar 2022 får både tilbud og plejefamilier – som loven nu byder – en tilsynsrapport. Socialtilsyn Syd har valgt at bibeholde sin praksis med at udsende tilsynsrapporter for tilbud på afdelingsniveau. Alle tilsynsrapporter indeholder oplysninger om typen af tilsyn, om besøgets særlige fokus (hvis der har været et sådant) og temavurderingerne for alle kvalitetsmodellens syv temaer. Tilbud og plejefamilier har mulighed for at kommentere det faktuelle indhold i tilsynsrapporten.

Socialstyrelsens rolle styrkes

Socialstyrelsen har med den nye lov om socialtilsyn fået styrket sin rolle, og dette har udmøntet sig i et nyt organisatorisk setup, der blev iværksat 1. april 2022 efter en præsentation i styregruppen for socialtilsynene, hvor KL og de fem tilsynskommuner deltog.

Væsentlige elementer i den nye model er en chefgruppe med de fem socialtilsynschefer og en række udviklings- og implementeringsgrupper, der på forskellige måder arbejder fagligt med at udvikle den tilsynsmæssige praksis.

Socialtilsyn Syd hilser den nye – og endnu meget grønne – samarbejdsmodel velkommen. Samarbejdet har sat fokus på socialtilsynenes dialogforpligtelse og på en nærmere indkredsning af det risikobaserede tilsyn. Efter Socialtilsyn Syds mening er det en fornuftig prioritering – som også kan omfatte tilgangen til kvalitetsmodellen og afrapporteringen fra tilsynsbesøgene.

**Generelle
overvejelser
om kvalitet**
– set fra
Socialtilsyn Syd
og fra fire tilbud

Som i alle årene efter tilblivelsen af de fem socialtilsyn skal socialtilsynene også i årsrapporten for 2022 komme med deres ”generelle overvejelser om kvaliteten i de tilbud, der er omfattet af socialtilsynet, herunder den faglige og organisatoriske udvikling i tilbuddene”. Helt generelt – og når Socialtilsyn Syd henholder sig til de kvalitetsmodelbeskrivelser og tilsynsrapporter, der er udarbejdet i det forgangne år – har langt de fleste tilbud og plejefamilier i 2022 haft en tilstrækkelig god kvalitet. De nye værktøjer og beføjelser, som Socialtilsyn Syd og de øvrige socialtilsyn har fået med den nye lov om socialtilsyn, der trådte i kraft 1. februar 2022, har ikke rokket ved dette billede.

Som også tidligere beskrevet gøres det opdrag, socialtilsynene har fået om at komme med generelle overvejelser om kvaliteten i tilbud og plejefamilier, hvert år til genstand for drøftelse i Socialtilsyn Syd. Socialtilsyn Syd har i forbindelse med denne årsrapport valgt at gå i dialog med nogle tilbud for at indkredse, hvordan tilbud og plejefamilier selv opfatter begrebet kvalitet. Og for samtidig at få nogle bud på, hvad hemmeligheden er bag, at nogle tilbud og plejefamilier år efter år formår at opretholde god kvalitet.

Socialtilsyn Syd har derfor besøgt to plejefamilier og to tilbud – et offentligt og et fondsejet – for at få deres egen vurdering af, hvad god kvalitet er, og få deres egen beskrivelse af, hvordan de arbejder med at fastholde kvaliteten.

Faglig nysgerrighed, tydelighed, nærvær og en positiv tilgang

Spørgsmålene, de fire sociale tilbud har fået stillet, er meget enkle: Hvordan arbejder I med jeres kvalitet? Hvordan vedligeholder I kvaliteten og sørger for, at I bliver ved med at have et højt niveau af kvalitet?

De fire tilbud er ikke valgt, fordi de er de bedste målt på kvalitetsmodellens indikatorer, kriterier og temaer, hverken ud fra et øjebliksbillede eller ved at granske deres tilsynsrapporter fem år tilbage. Der er mange andre tilbud, der på samme måde leverer kvalitet. De er alene valgt, fordi det altid er relevant at høre, hvordan andre – gode – plejefamilier og tilbud arbejder. Hvad de selv lægger vægt på, og hvad de mener, årsagen er til, at det lykkes for dem at levere kvalitet så stabilt.

Der er selvfølgelig store forskelle i de fire tilbuds svar – alene fordi tilbuddene er meget forskellige. Men der er også forbavsende mange ligheder.

Alle siger på hver deres måde, at det er helt afgørende, at de kan ’tåle’ at være meget tæt på de mennesker, de arbejder med. En plejemor siger, at hvis hun ikke er ærlig, kærlig og oprigtig, så bliver hun hurtigt sparket til hjørne af sine plejebørn. En ansat på et botilbud for voksne med døvblindhed, hjerneskade/udviklingshæmning og andre udfordringer fortæller, hvordan hun og kollegerne skal kunne være i den tætte fysiske kontakt og hele tiden være nærværende og opfange beboernes behov. Hvis man ikke synes, det er spændende, skal man ikke være der.

Faglig nysgerrighed er en anden ting, tilbuddene selv nævner igen og igen. Nysgerrighed i situationen: Hvorfor kører mit plejebarn mon maden ud over kanten af tallerkenen? Nysgerrighed ift. nye metoder og deres implementering. Og nysgerrighed ift. behov, man kan se, vil opstå, når en målgruppe ældes.

Tydelighed er en tredje fællesnævner. Hvad er det for plejebørn eller borgere, vi er bedst til? Hvad magter vi – og hvilke plejebørn eller borgere må vi sige farvel til, fordi det er bedst for alle parter? Men også tydelighed over for rådgivere. Er handleplansmålene realistiske? Hvilken ’vare’ er det, de køber hos os?

I forskellige varianter dukker udtrykket ’en positiv tilgang’ op; hvad enten det handler om at affinde sig med de kommunale kurser, der nu en gang bliver udbudt, eller om at passe på sine medarbejdere, sine kolleger eller sig selv.

... Og så måske det allervigtigste. Flere af tilbuddene sagde lidt beskedent: ”Det her er, hvad der virker for os. Det er ikke sikkert, andre tilbud kan bruge det til noget.”

Det, tænker Socialtilsyn Syd, kan andre tilbud nu godt.

Socialpædagogisk opholdssted: Kvalitet er relationer og forventninger

Morsbøl Kollegiet fungerer som en udvidet familie. Kvaliteten i arbejdet med de unge ligger i relationen. Samtidig har tilbuddet en meget bevidst holdning til målgruppen og til de resultater, som den enkelte unge, rådgiveren, familien og opholdsstedet sammen skal arbejde henimod.

Forleden fik en af de ansatte kørt sin lille hundehvalp ihjel. Som det mest naturlige tog en anden medarbejder med tre af de unge fra opholdsstedet ud til hende med blomster – ud fra den tankegang, at de unge på Morsbøl Kollegiet skal kunne mærke, at de ansatte er ganske almindelige mennesker, der også oplever sorg og tab.

Personalet på tilbuddet kender hinanden – og hinandens familier – godt. Mange af de ansatte bor i nærområdet og har været opmærksomme på opholdsstedet – f.eks. som rådgivere – før de har ringet og budt sig til. I det daglige føler de et lige så stort ansvar for, at tingene fungerer på Morsbøl Kollegiet, som at de fungerer i deres eget hjem.

Et godt arbejdsmiljø med nærværende og stabile medarbejdere er selvfølgelig en kvalitet i sig selv. Men grunden til, at Morsbøl Kollegiet leverer kvalitet år efter år, er, at den gode kultur ikke stopper ved medarbejderne. Den opmærksomhed, glæde og forventning til en god omgangstone, de ansatte har, smitter af på de unge. På Morsbøl Kollegiet siger alle ”tak for mad” og ”tak for turen”, man tager skoene af, når man kommer ind, og der er ikke snak i krogene.

Eller rettere: Når der indimellem er nogen, der taler grimt, bliver det stoppet med det samme.

- I og med, at vi giver noget af os selv, er det nemmere at stille krav og have forventninger til de unge. Vi er ikke bare på arbejde, og når de kan mærke, at vi tør blive i relationen, kan vi også bedre gøre opmærksom på de ting, der udfordrer hos de unge, siger Lotte Junker, der har været på Morsbøl Kollegiet i seks år, og som er uddannet socialrådgiver.

Ikke en universel opskrift

Den gode omgangstone udarter sig ikke til rygklapperi kollegerne imellem. Der er plads til at være uenige – men på en ordentlig måde. Og fordi de kender hinanden så godt, kan de tage meget af det i opløbet, der kunne udvikle sig. De kan spørge: ”Skal jeg ikke lige tage over her?” hvis en kollega er ved at male sig selv op i et hjørne i en situation med en ung. Der er tid og plads til at læsse af, til at passe på hinanden og til at tale højt om det, der indimellem går galt.

Kan den familiære omgangsform være en hindring for den professionelle tilgang til de unge? På Morsbøl Kollegiet mener man nej. Eller rettere: Den særlige måde, kulturen og



professionalismen væver sig ind og ud af hinanden på, virker på Morsbøl Kollegiet – uden at hverken leder eller de ansatte forsøger at gøre det til en universel opskrift.

Det professionelle starter ved visitationen og den bevidste holdning til, hvilke unge Morsbøl Kollegiet kan hjælpe. Nemlig unge, der trods deres ofte meget store udfordringer er med på, at der skal ske en forandring, og som er med på, at Morsbøl Kollegiet stiller krav. Indimellem er opholdsstedet nødt til at sige farvel til en ung på den konto, men det er sjældent. Til gengæld har Morsbøl Kollegiet ofte samtaler med rådgiverne om, hvordan kommunens handleplansmål hænger sammen med det arbejde med delmål, som Morsbøl Kollegiet omhyggeligt dokumenterer.

- Langt hen ad vejen leverer vi den vare, som kommunerne efterspørger. Men vi må heller ikke sætte barren for højt. Vi har nogle gode samtaler med rådgiverne, men der er ingen tvivl om, at deres mål ofte er højere end det, vi vurderer realistisk. Vi bidrager med vores input til rådgivernes perspektiv. Det er også en del af at være ordentlig, siger Dorthe Christensen.

På den måde kan et handleplansmål om egen bolig og et selvstændigt voksenliv nogle gange veksles til et mål om et flexjob og et liv, hvor en ung er glad og ikke havner i det forkerte selskab.

- Vi prøver at ruste dem til det, de kommer ud til. Vi kan godt lave en 'fiktiv' hyggejul med dem, mens de bor her. Men mange af dem kommer jo til at sidde alene juleaften, når de flytter ud – så det er bedre at hjælpe dem til at lære at hygge sig alene juleaften, siger socialpædagog Bente Holm, der har været på Morsbøl Kollegiet i fem år.

Familiær forhandling om økonomi

Det hører også med til billedet, at nogle unge kommer fra Morsbøl Kollegiet med en større klarhed over, at de kan hjælpes bedre i et andet tilbud. For opholdsstedet er det også kvalitet. Ligesom det er kvalitet aldrig at være bleg for at ringe til en rådgiver, når en situation spidser til, og der er brug for rådgiverens input og sparring.

Morsbøl Kollegiet er et lille fondsejet tilbud med en aktiv bestyrelse. Og en leder, der gerne vil faglig udvikling og kompetenceløft, men som samtidig er klar over, at der er ”en elregning og nogle træpiller, der skal betales.” Fremfor at sende nogle få på kursus ud af huset, inviteres kursusholdere indenfor, for det er næsten lige så billigt. Så kan de unge også komme med til førstehjælp og brandbekæmpelse, så alle får en god oplevelse. Når medarbejderne har ønsker om videreuddannelse, har leder og medarbejder en åben samtale om, hvordan de kan få det til at hænge sammen: Noget tilskud fra Morsbøl Kollegiet, noget bruttolønsordning, noget af den ansattes egen lomme. Noget fritid og noget arbejdstid.

Den 'familiære' forhandling om økonomi og tid lægges åbent frem – også for de unge, fordi det ruste dem til en fornuftig tilgang til deres eget liv og deres egne penge.

”

- I og med, at vi giver noget af os selv, er det nemmere at stille krav og have forventninger til de unge. Vi er ikke bare på arbejde, og når de kan mærke, at vi tør blive i relationen, kan vi også bedre gøre opmærksom på de ting, der udfordrer hos de unge.

Lotte Junker, pædagog



Botilbud: Man skal have interesse for det her mærkelige felt

Kvaliteten ligger i medarbejdernes nysgerrighed, tålmodighed og nærvær over for borgerne, i en organisatorisk fleksibilitet, der tager det psykiske arbejdsmiljø alvorligt, og i en konstant fokusering på faglig udvikling.

Nogle gange stopper en nyansat pædagog efter få uger på Æblehaven. Mødet med målgruppen bliver simpelthen for voldsomt. Andre gange går det modsat. En pædagogstuderende sværger, at praktiktiden på Æblehaven bare skal overstås. Alligevel bliver hun hængende, fordi målgruppen er kommet ind under huden.

Begge eksempler viser, at ikke alle har dét, der skal til for at holde af arbejdet med mennesker, der er så udfordrede som Æblehavens beboere. Ikke alene har de medfødt eller erhvervet døvblindhed eller blindhed. De har også enten udviklingshæmning eller en medfødt eller

”

Mange kan komme med en forventning om at kunne udvikle borgerne. Men hos os handler det om at vedligeholde borgernes ressourcer og livskvalitet.

Afdelingsleder Pia Annette Staugaard

erhvervet hjerneskade, og de kan desuden have andre komplekse handicaps eller psykiske lidelser som autisme, angst og manier.

Både ledelse og medarbejdere på Æblehaven er derfor meget opmærksomme på, hvilke personlige og faglige kompetencer ansøgere til et job på tilbuddet har.

Pædagog Anita Bødskov, der har arbejdet 20 år på Æblehaven, siger: ”De skal have interesse for, at det her ’mærkelige’ felt kan være spændende. At den kommunikative kontakt med borgerne er anderledes. De skal kunne være i at have meget fysisk kontakt og at hjælpe med personlig pleje. De skal være tålmodige – ting tager tid. De skal være nærværende og kunne kommunikere på helt andre måder, end de er vant til.”

Afdelingsleder Pia Annette Staugaard med 13 års erfaring på Æblehaven tilføjer: ”Mange kan komme med en forventning om at kunne udvikle borgerne. Men hos os handler det om at vedligeholde borgernes ressourcer og livskvalitet.”

For at lodde ansøgernes overskud og overblik, bliver de i ansættelsessamtalen præsenteret for cases fra praksis med indbyggede udfordringer. Hvad ville de f.eks. gøre, hvis de er optaget af én borger og samtidig står med en anden foran sig, der ikke er i stand til at behovsudsætte? Alle nyansatte får desuden otte oplæringsvagter, hvor de går sammen med det faste personale. Det er her, nye medarbejdere indimellem selv kommer og siger, at det så alligevel ikke går.

I balance med målgruppen

De, der bliver, indgår i en medarbejdergruppe,

der bestræber sig på at se bag om adfærden hos borgere, der har meget anderledes måder at udtrykke deres behov på. Æblehaven benytter bl.a. Dansk pædagogisk udviklingsbeskrivelse, der hjælper til at vurdere borgernes reelle alder på forskellige områder og hjælper til at få øje på deres stærke sider.

At levere fornøden kvalitet og blive ved med det handler dermed om – som tilbud, som leder og som medarbejdere – at være i balance med en målgruppe, der er totalt afhængig af Æblehavens kvalitet for at leve et så værdigt liv som muligt. Hvad enten det består i hver dag at guides til at ligge i sin foretrukne stilling på en sofa og – måske – finde tilfredsstillelse i den vante lugt i fællesstuen, eller det består i at sidde på gulvet og rive karton i stykker, som giver genkendelighed og tryghed i hverdagen.

Alligevel er der dage, som for medarbejderne kan være ekstra krævende. Hvor høje følelsesmæssige krav fra en borger, der måske samtidig udviser grænseoverskridende adfærd, rammer hårdt, fordi medarbejderen har været tæt på den pågældende borger over længere tid. Dette registreres det i Safetynet, så Æblehavens arbejdsmiljørepræsentant kan se, om der er behov for en ny pædagogisk tilgang eller nye hjælpemidler til en konkret borger.

- Det har vi vedvarende fokus på. Vi taler hele tiden om, hvordan vi har det, og hvordan vi handler i pressede situationer. Også i MUS-samtalerne. Jeg er meget opmærksom på, hvornår noget er dråben, der får bægeret til at flyde over. Og vores arbejdsgange er meget fleksible. Hvis man møder ind og siger, at man er nødt til at



have en pause fra det, man egentlig skulle have lavet, så er vi opmærksomme på at tage hensyn til det, siger leder Pia Annette Staugaard.

Rammer til at nørde igennem

Æblehaven hører organisatorisk under Autismecenter Syddanmark i Region Syddanmark. Her er der blevet udviklet seks kerneværdier, som også Æblehaven skal arbejde efter. Samtidig opsøger Æblehaven viden i de nationale faglige fællesskaber, der er for sociale tilbud, som arbejder med døvblinde. Alt dette giver kvalitet. Det betyder også noget, at tilbuddet organisatorisk og fagligt er indrettet, så medarbejdernes *drive* bliver værdsat. Når to medarbejdere har været på KRAP-kursus og foreslår en ny måde at implementere KRAP-skemaerne i praksis, modtages det med tak. Når en medarbejder har fundet en demenskonference, hun synes, er relevant, fordi Æblehavens borgere bliver ældre og ældre, vurderes den faglige relevans altid. Når forflytningsvejlederen tager

efteruddannelse, fordi han kan se, at flere og flere borgere vil få behov for hjælp til at 'forflytte sig', bliver det bakket op. Når to medarbejdere bruger ti timer med lukkede øjne for at udvikle taktiltegnet for at se fjernsyn til en borger med en synsrest, får de rammer til at nørde igennem.

Der er én ting, som Æblehaven ikke er herre over. Det viste sig tydeligt under og efter coronakrisen, og som mange andre sociale tilbud også oplever: Rekrutteringsproblemer. Æblehaven slog for nylig en stilling op, hvor der kun kom få ansøgere. Tidligere kom der mange, mange flere.

- Det vil selvfølgelig ikke være særlig rart, hvis rekrutteringsproblemerne bliver så store, at det går ud over borgerne. Det ville jeg blive rigtig ked af, siger Pia Annette Staugaard, mens de tre medarbejdere nikker rundt om bordet.

Indtil videre er det ikke situationen.

Plejemor: Jeg suger til mig, alt det jeg kan

Hvad enten et plejebarn gør noget tilsyneladende provokerende, eller en kommune udbyder et kursus, der ikke virker særligt relevant, går Anette Emilie Mohr til det på samme måde: Med åbenhed og nysgerrighed. Og så danser hun hver morgen i sit køkken.

Man skal kunne være i det.

Så enkelt kan man sammenfatte den livsfilosofi, den 60-årige Anette Emilie Mohr lever efter i sin dagligdag som plejemor. At møde et plejebarns vredesudbrud uden fordømmelse men med ægte interesse for, hvad der ligger bag lige netop dette vredesudbrud. At kunne tolerere den manglende feedback fra kommunen på en grundig og vel-overvejet statusbeskrivelse og nå til at tænke, at kommunen gør sit bedste og ikke har ressourcer til mere. At kunne acceptere og endda forstå, at nogle bekendtskaber falder fra, når man siger ja til endnu et plejebarn.

Den 60-årige plejemor, der bor i den lille landsby Ødis udenfor Vamdrup, åbnede for mange år siden sit hjem for andre børn end sine egenfødte. Først ferie børn gennem Red Barnet, siden plejebørn i aflastning og døgnpleje. I dag har hun tre børn og unge boende. Et tidligere plejebarn på 24 år, et plejebarn på 16 år og et barn, der er ved at overgå fra aflastning til døgnpleje.

Anette Emilie Mohr nyder sit liv som plejemor. Hun leverer uden store armsving år efter år den fornødne kvalitet – og lidt til – fra et ganske almindeligt parcelhus med hund, katte og kanin. Det vigtigste for hende i arbejdet med plejebørnene – ud over at læse alt det, hun kan få fingre i af god faglitteratur – er at åbne sit sind. Se, at børnene gør det så godt, som de kan. Møde dem dér, hvor de er, og anerkende, at de har det, som de har det.

Et eksempel: Et plejebarn spiser kun det, der ligger inde midt på tallerkenen men øser

alligevel mere og mere op, så maden køres ud over kanten. Meget ender i skraldespanden, også barnets yndlingsmad. Anette Emilie Mohr er ikke meget for madspild. Alligevel holder hun sine følelser indenbords og nøjes med at observere, indtil hun kan mærke, at barnet og hun har fået oparbejdet den nødvendige tillid til, at hun nysgerrigt og åbent kan spørge hvorfor.

At kunne være i det handler derfor også om at vide, hvornår man skal handle – og hvornår man ikke skal.

- Vi ved jo næsten altid, hvornår vi kan starte et skænderi. Vil man have en konflikt, eller vil man hellere sidde roligt og spise, spørger Anette Emilie Mohr retorisk.

Gider ikke brokke sig

Samme positive sind, nysgerrighed og manglende fordømmelse er Anette Emilie Mohrs tilgang til forældre og de kommuner, hun har børn fra. Tag nu de obligatoriske kurser. Det er ikke altid, de lige er inden for skiven i forhold til de udfordringer, Anette Emilie Mohrs plejebørn har.

- Men jeg kommer til de kurser, der er. Suger til mig, alt det jeg kan. For det kan jo være, jeg får et barn senere hen med den udfordring. Eller kan genkende noget fra et barn, jeg tidligere har haft. Og kommunerne udbyder jo de her kurser efter den bedste mening og ud fra, hvem de kan få til at holde oplæg. Det er aldrig skidt at komme på kursus, siger hun.

Den erfarne plejemor kan da godt blive skuffet, når hun ikke får en tilbagemelding på en

statusbeskrivelse, hun har gjort sig umage med. Hun kan også godt 'øffe' over, at hun gerne ville have mere i vederlag. Men hun har for længe siden besluttet, at hun ikke gider sidde og brokke sig. Hun vidste, hvad hun gik ind til, da hun blev plejefamilie, og vil hellere lægge energien i at passe på sine plejebørn.

For Anette Emilie Mohr handler kvalitet også om at være tilfreds med sit arbejde. Ligesom det handler om kvalitet at sørge for at få klarhed over aftaler og forventninger mellem hende og de anbringende kommuner. F.eks. fra starten at få styr på, hvilke beslutninger hun selv må tage uden at skulle ringe til kommunen. Hvis hun er i tvivl, skriver hun, og hvis de ikke svarer, ringer hun. Ligesom hun rykker kommunen, hvis de på grund af sagsbehandlerskift aflyser statusmøder. Det handler om at gå til kommunen med respekt og forvente, at respekten er gensidig.

... Og så danser Anette Emilie Mohr hver morgen i sit køkken. 10-15 minutter med høj musik og de store armsving, der ikke er så mange af, når hun



skal beskrive sin indsats som plejemor. Dansen og armene op over hovedet giver ilt til hjernen, og det er næsten umuligt ikke at blive i godt humør, siger hun.

På falderebet har Anette Emilie Mohr et ønske til Socialtilsyn Syd: Kunne socialtilsynet ikke sørge for, at alle plejefamilierne hvert år kom på en slags opfriskningskursus? Det ville være en god ide, "så vi kan bevare kvaliteten i vores arbejde med børnene."



Plejeforældre: Start med at anerkende plejebarnets forældre

Ægteparret Iwers har fundet deres egen opskrift på, hvordan de bedst leverer kvalitet for de unge, de har boende. 'Usynlig skak' er en af ingredienserne.

Ægteparret Connie Havgård Iwers og Knud Martin Frederik Iwers står solidt plantet i deres rolle som plejefamilie. Når de ser tilbage på deres udvikling, kan de se, at det kvalitetsprodukt, de leverer i dag, har været mange år undervejs. 27 et halvt år, for at være helt nøjagtig.

- Vi startede som eftermiddagsfamilie for et par børn. Først efter to år blev vi døgnplejefamilie. Nogle af vores nye kolleger brækker halsen på at få for store opgaver ind fra en start, hvor de ikke ved, hvad deres familie kan magte. Nu er vores egne børn for længst flyttet hjemmefra. Det betyder, at vi har ro i maven, fordi vores plejebørn ikke længere skal sidde med nogle børn, de sammenligner sig selv med, siger Connie Havgård Iwers.

I dag kan plejeforældrene koncentrere sig fuldt og helt om deres fire plejebørn, og de er så erfarne, at de uden at blinke sætter nogle rammer op, som de ved, gør plejebørnene trygge. Der skal kun plejebørn med, når de tager i sommerhus! Ikke noget med at blande egne børn og deres ny familier ind i det. Kun plejebørn, når de holder julehygge den 23. december! Så kan plejebørnene komme og gå i stuen, som de nu kan rumme det hele. Ingen fotografer indendørs på den rummelige gård i Sønderballe Hoved tæt ved Haderslev! Plejebørnene skal ikke være utrygge ved, om deres billeder havner på de sociale medier – så hellere fryse med anstand ude i haven, mens der tages billeder.

Spiller usynlig skak

63-årige Connie Havgård Iwers og 69-årige Knud Martin Frederik Iwers er enige om tilgangen til

det at være plejefamilie. Connie fører ordet, mens Knud går lidt til og fra. Tømrer- og snedkerforretningen skal stadig passes. For dem begge er der tre-fire punkter, der gør, at 24 ud af de 25 plejebørn, der har været gennem deres hænder, er kommet fra plejeforældrene med det, de havde brug for.

For det første starter Connie og Knud Iwers altid med at anerkende et plejebarns forældre. Altid.

- Når et barn mærker, at vi anerkender deres forældre og siger til dem, at deres mor og far er søde, og bare har brug for hjælp til at passe dem, så falder børnene til ro. Alle, der har sat børn i verden, vil jo deres børn. Selvfølgelig har vi stået i en situation, hvor vi har tænkt, hvordan forældrene kunne gøre noget så uretfærdigt. Men når vi fastholder, at det er afmagt – ikke ond vilje – så klarer vi det, siger Connie Iwers.

Hun og hendes mand fastholder også altid over for børnene, at de er plejeforældre, og at plejebørnene har deres egne forældre. Det kan man lige så godt sige ligeud, så de kan vænne sig til det – for det skal der nok være nogle andre, der vil minde børnene om.

For det andet skal man som plejeforældre altid være ærlig, kærlig og oprigtig. Det er i hvert fald den måde, der virker for plejeforældrene i Sønderballe Hoved. For hvis ikke de er ærlige, mærker et plejebarn det lynhurtigt og sparker plejeforældrene til hjørne.

- Den dag, jeg ikke kan indfri det, så stopper jeg som plejemor, siger Connie Iwers nøgternt.



For det tredje spiller ægteparret noget, de med et smil kalder 'usynlig skak', når de overvejer, hvordan de skal tackle en given situation – det være sig med et plejebarn, en rådgiver eller en forælder. De sætter sig og snakker situationen igennem strategisk. Hvis de nu 'trækker' sådan eller sådan, hvad gør den anden part så? På den måde finder de nogle veje frem, der holder – uanset hvor kringledede de kan se ud.

Skrives med blyant

Samme overvejelser gør plejeforældrene sig også, når de forholder sig til plejebørnenes handleplansmål, som de i øvrigt er blevet gjort bekendt med, fordi de altid får en ordentlig overlevering fra den anbringende kommune. Plejeforældrene hænger sig ikke i, hvordan den lige vej frem mod at indfri et handleplansmål ser ud. For hvad nu hvis plejebarnet lægger al sin energi et andet sted? Så hjælper det jo ikke at blive ved med at tæske rundt i, at handleplansmålet er, at den unge lærer at gå på e-Boks.

- Den facon har kommunerne købt, når de køber en plads hos mig, og jeg lægger ikke skjul på det. Men vi kommer alligevel altid i mål, selvom

vi kommer en anden vej end den direkte, siger Connie Iwers.

- Det er derfor, handleplansmålene burde skrives med blyant, så de kan rettes til løbende, kommer det stilfærdigt fra ægtemanden.

For det fjerde bruger plejeforældrene rigtigt mange kræfter på at få et nyt plejebarn godt integreret i plejefamilien for at sikre sig, at de ikke overser noget ved indskrivningen – heller ikke i de faglige mål for opgaven. De bruger også mange ressourcer på at opbygge en relation til det nye plejebarn. Ressourcer, der altid viser sig at være godt givet ud.

Begge plejeforældre er tilfredse med forholdet til 'deres' kommuner og føler, de bliver anerkendt som professionelle. Deres input bliver hørt i kommunerne, og de tropper altid op på de kommunale kurser, uanset kursets indhold.

- Vi gider ikke brokke os. Hvis der var noget at brokke sig over, så var vi ikke plejeforældre, siger de samstemmende.

Læringsmiljøet i plejefamilier og tilbud under lup

Socialtilsyn Syd har i 2022 taget forskud på en planlagt ny indikator til vurdering af, hvordan plejefamilier og tilbud understøtter børns og unges læring i relation til dagtilbud, skolegang eller uddannelse.

Anbragte børn og unges skolegang er kommet i stadigt stigende fokus de senere år. I 2022 har det udmøntet sig dels i en politisk aftale om at styrke undervisningen for anbragte og udsatte børn og dels i, at Socialstyrelsen har arbejdet med at formulere en ny indikator i tema 1 (Uddannelse og beskæftigelse) rettet mod at vurdere læringsmiljøet i plejefamilier og sociale tilbud.

Socialtilsyn Syd har i 2022 brugt dette afsæt til at gennemføre en stikprøve på en række sociale tilbud og plejefamilier for at vurdere disses pædagogiske indsats for at styrke børnenes og de unges skolegang og læring. Erfaringerne fra stikprøven vil blive brugt, når Socialtilsyn Syd i de kommende år – også i kraft af den nye indikator – vil skærpe og videreudvikle dette tilsynsmæssige fokus.

At Socialtilsyn Syd med den nye lov om socialtilsyn fra 1. februar 2022 har fået ansvaret for at føre det sociale tilsyn med samtlige af landets kostskoler, efterskoler og frie fagskoler med anbragte børn og unge, giver Socialtilsyn Syd endnu et incitament til en specialisering af tilsynspraksis ift. denne del af kvalitetsmodellen.

Sociale tilbud vægter skolegang

I oktober og november 2022 gennemførte tilsynskonsulenter fra Socialtilsyn Syd i forbindelse med anmeldte tilsynsbesøg på ni forskellige børne- ungetilbud et mindre interview

om tilbuddenes indsats for at støtte børnenes og de unges skolegang og læring. Svarene viste, at tilbuddene på hver deres måde og ud fra hver deres målgruppe arbejder bevidst på at skabe både struktur, døgnrytme og motivation, så børnene og de unge kommer i skole og får lyst til at lære.

”Dette indgår som en fast del af den indsatsplan, som er udarbejdet sammen med den unge. Det er en del af vores opgave med de unge at gøre dem klar til at bo selv og herved også passe deres uddannelse eller skole. Det drøftes løbende på p-møder og med den unge, hvordan de støttes bedst i at fastholde deres tilknytning til skole og uddannelse. (...) Vi arbejder meget med den unges motivation,” siger et tilbud.

”Det vigtigste er, at der er en fast rytme, fra de står op, til de er i skolen. Samt at de unge og vi kender deres dag i skolen,” siger et andet tilbud.

”Der er tæt kontakt med lærere, psykologer og sagsbehandlere... Vi forsøger at bruge læring i dagligdagsopgaver (...) hvor det kan puttes ind,” siger et tredje.

At understøtte skolegang og læring kan – viser de alsidige svar – antage mange former lige fra at understøtte børnenes og de unges hygiejne til at afsætte tid hver dag i sommerferien til at læse med dem. Mange af tilbuddene prioriterer



”

Det afhænger af plejebørnenes alder. Med de store skal vi gøre det realistisk. Hvis de drømmer om at blive ingeniør, skal vi ikke skyde det ned men se, hvad der kan lade sig gøre, og tale om, hvordan vejen er derhen.

Plejeforælder

desuden daglig kontakt mellem tilbuddets pædagoger og skolens lærere samt fokus på lektielæsning. Tilbuddene oplyser herudover, at mange af børnene og de unge starter med minuspoint, fordi de har mange skift i både døgntilbud og skole samt lange perioder med skolevægning i bagagen. Og så vurderer et par af tilbuddene i øvrigt, at skolens indsats efter deres vurdering ikke altid hjælper. ”Lærerne mener ikke, at børnene skal presses,” siger et tilbud, mens et andet tilbud fortæller: ”Vores oplevelse er, at specialklasselever nogle gange får for høje karakterer for opgaver, der ikke er løst godt. Dette hjælper dem ikke, men er en bjørnetjeneste.”

Rutiner i plejefamilien er understøttelse

12 plejefamilier fik i oktober og november 2022 et tilsynsbesøg, hvor tilsynskonsulenten – ud over det øvrige tilsynsfokus – havde medbragt en interviewguide om, hvordan plejefamilierne understøtter plejebørnenes læring. Ingen af de plejebørn, der var omfattet af spørgeskemaet, havde problemer med skolefravær. Mange af plejefamilierne fortalte, hvordan de prioriterer en hverdag med meget struktur, fokus på plejebørnenes nattesøvn og på at hjælpe dem til en god start på dagen.

”Nattesøvn er helt fast. Dette er der arbejdet meget med,” fortæller en plejemor.

”Vi guider F gennem morgenen, de morgener, hvor han ikke gider afsted. Vi får ham op, spiser morgenmad, snakker lidt om dagens program. Og når så han først er i gang, så vil han gerne afsted,” hedder det i et andet interview.

”Vi øver med dem, at skoletasken er deres ansvar; så er vi fælles om at hjælpe dem med det, indtil de er store nok. Nu kan vi se ved de store, at det har virket., De laver strukturer for sig selv, som vi har øvet med dem undervejs,” siger et tredje sæt plejeforældre.

Også kontakten til skolen og opmærksomhed på lektielæsning og skolemæssig læring er noget af det, der fylder i de 12 plejefamilier. ”Vi skrev til læreren, som ikke var opmærksom på hendes udfordring. Men det er læreren blevet nu og vil få vores plejebarn i et ekstra matematikforløb,” som en plejeforælder siger. ”Familien køber opgavebøger, til når de er på camping”, skriver en tilsynskonsulent under besøget i en plejefamilie.

Mange af de 12 plejeforældre omtaler vigtigheden af at tale med plejebørnene om deres drømme for fremtiden.

Som en plejeforælder siger: ”Det afhænger af plejebørnenes alder. Med de store skal vi gøre det realistisk. Hvis de drømmer om at blive ingeniør, skal vi ikke skyde det ned men se, hvad der kan lade sig gøre, og tale om, hvordan vejen er derhen.”



Det **særlige fokus** kan højne den tilsynsfaglige kvalitet

Socialtilsyn Syd har med den nye lov om socialtilsyn fået til opgave at føre et specialiseret tilsyn med henholdsvis kostskoler og skibsprojekter. Den opgave tages meget alvorligt.

I 2022 er der en række sociale tilbud, der har holdt flyttedag tilsynsmæssigt. Socialtilsyn Syd har med reformen af lov om socialtilsyn afgivet tilsynet med de koncernlignende tilbud, der ligger i Region Syddanmark, og har til gengæld fået opgaven med at føre tilsyn med alle opholdssteder, der har skibsprojekter tilknyttet, og efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdelinger, når skolen har flere end otte pladser til anbringelse.

2022 er blandt andet gået med at læse sig ind på det særlige ved kostskoler og skibsprojekter: At mange af kostskolerne f.eks. både har anbragte børn og dagbørn, ligesom nogle har efterskoler og kollegier tilknyttet. Og at skibsprojekter faktisk er en svær størrelse lovgivningsmæssigt, og at der herudover er en masse krav fra Søfartsstyrelsen at forholde sig til. Med til opgaven hører det derfor at være meget præcis med, hvad socialtilsynets opgave omfatter – og hvad

den ikke omfatter. De første tilsynsbesøg er også overstået, og med de erfaringer i baghånden giver den nye systematik allerede god mening.

For eksempel førte Socialtilsyn Syd tidligere kun tilsyn med en enkelt kostskole – mod seks i dag.

- De unge, der anbringes på kostskoler, tilhører en højt specialiseret målgruppe, fordi de kan stille op til lidt mere skole end mange andre anbragte. Kostskolerne har derfor et særligt fokus på læringsmiljøet. Som anbringelsestilbud er de en meget lille del af viften af tilbud, og de ville let drukne i andre anbringelsestyper. Derfor er det godt, kostskolerne nu kommer under samme tilsyn. Det hører vi også kostskolerne selv give udtryk for, siger tilsynskonsulent Dorthe Vinggaard Jespersen.

Fået trackingudstyr

Som uddannet folkeskolelærer med erfaring med specialundervisning har Dorthe Vinggaard Jespersen særlige forudsætninger for at løfte den nye tilsynsopgave. Det samme har tilsynskonsulent – og tidligere leder af stor specialskole – Kent Bagge Mikkelsen, der har ansvaret for at få den nye tilsynsopgave ift. skibsprojekter på skinner.

- Det giver en mere systemiseret måde at tænke tilsynsfaglighed på, når man får ansvaret for alle tilbud af den samme type, siger han.

Socialtilsyn Syd fik i 2021 – altså før lovens ikrafttræden – tilsynet med et enkelt skibsprojekt og fik med lovens vedtagelse et mere. Så *alle* skibsprojekter er en overkommelig størrelse – der er nemlig kun de to. Til gengæld er der en del at læse op på, når man overtager det tilsynsfaglige ansvar for flydende tilbud, der tilbringer mange måneder til havs – det ene tilbud ovenikøbet i Middelhavet.

For Kent Bagge Mikkelsen har der især været to elementer, der adskiller sig, når der føres tilsyn med et skibsprojekt.

Det ene er, at selvom man som tilsynskonsulent selvfølgelig skal følge kvalitetsmodellen, så giver modellen kun mening, hvis man tænker

skibsprojektets særegenhed ind. F.eks. at en kahyt på tre gange to meter ikke ligner et hjem. Ligesom der er nogle andre betingelser for ens privatliv, hvis der kun er en glasfibervæg mellem to kahytter. Og hvad betyder det for fællesskabet og for muligheden for at trække sig tilbage, at der på et skib i høj søgang er opgaver, der bare SKAL løses?

Det andet er, hvordan man fører uanmeldte tilsynsbesøg på sejlskibe, der tilbringer meget tid på havet. Her har Kent Bagge Mikkelsen både tænkt nyt og meget praktisk og fået et *tracking-værktøj*, så han altid vil kunne se, hvor skibene er, og hvilke ruter de har planlagt.

- Det skal i fremtiden være en del af automatikken, at jeg får adgang til at kunne *tracke* skibsprojekterne. Ud fra det vil vi som organisation kunne planlægge, hvor et uanmeldt tilsynsbesøg mest hensigtsmæssigt kan udføres. For i fremtiden er det ikke kun skibsprojekternes landbaser men også deres skibe til søs, der skal have uanmeldt besøg, siger Kent Bagge Mikkelsen.

Udveksler erfaringer

Da Dorthe Vinggaard Jespersen overtog tilsynet med de seks kostskoler, besluttede hun, at hendes første besøg hos dem alle skulle være uanmeldt, så hun kunne få et 'råt' øjebliksbillede af dagligdagen, bygningerne og eleverne. Hun brugte samtidig ressourcer i starten på at fortælle tilbuddene om Socialtilsyn Syds måde både at føre tilsyn og at afrapportere på.

- I overleveringsfasen har det også været værdifuldt at mødes med det socialtilsyn, der tidligere har haft flest kostskoler i sin portefølje og udveksle erfaringer med dem om opgaven, siger Dorthe Vinggaard Jespersen og tilføjer:

- Jeg synes, det giver god mening tilsynsfagligt at samle opgaven. Man bliver klogere af at have tilsyn med flere tilbud af samme slags, og det særlige fokus kan højne den tilsynsfaglige kvalitet.



”

**Jeg synes, det giver god mening
tilsynsfagligt at samle opgaven. Man bliver
klogere af at have tilsyn med flere tilbud
af samme slags, og det særlige fokus kan
højne den tilsynsfaglige kvalitet.**

Tilsynskonsulent Dorthe Vinggaard Jespersen



Faglige klynger på tilbudsområdet giver mening

I 2022 blev tilsynskonsulenterne opdelt i tre klynger: Tilbud for voksne under psykiatrien m.m., tilbud for voksne med funktions- eller udviklingshæmning og tilbud på børne- ungeområdet. Opdelingen er sket med fokus på målgrupper og metoder.

Kodeordet for den nye organisering af tilbudsområdet i Socialtilsyn Syd er øget specialisering. Ikke fordi tilsynskonsulenterne skal konkurrere med videnscentre eller højere læreanstalter om forståelsen af de enkelte målgrupper, men så Socialtilsyn Syd kan opbygge vidensmiljøer omkring forskellige faglige domæner og målgrupper og på den måde understøtte tilsynskonsulenterne bedre i forhold til den vifte af metoder, der knytter sig til arbejdet med

disse borgere. Den øgede specialisering og den deraf følgende videreuddannelse vil betyde, at tilsynskonsulenterne vil kunne finpudse de tilsynsfaglige redskaber, der knytter sig til de enkelte målgrupper. Det kan dreje sig om alt fra måden at kommunikere med borgerne på til dialogen om kvalitetsudvikling, hvor det f.eks. bliver mere oplagt at formidle ideer fra et tilbud til et andet.



”

Nu var tiden kommet til at videreudvikle vores risikobaserede tilgang, så tilsynskonsulenterne kan koncentrere sig om tilbud, der fagligt hænger bedre sammen, og så de både kan udvikle deres specialefaglighed og videreudanne sig inden for klyngen.

*Afdelingsleder i Socialtilsyn Syd
Allan Vestergaard Johansen*

Flere samtidige tendenser har ført til, at Socialtilsyn Syd i 2022 nu organiserer sig efter vidensmiljøer eller domænefaglighed. F.eks. det politiske udspil *Et liv med ligeværdige muligheder – en styrket specialisering for børn, unge og voksne med handicap eller sociale problemstillinger*. Men der er også fundet god inspiration i Socialstyrelsens Faglig vejledning om det *risikobaserede socialtilsyn*, hvor kravet til tilsynskonsulenternes faglige kompetencer og deres evne til at udfordre tilbuddene på eksempelvis deres pædagogiske tilgang fremhæves.

- Vores ”basistilsynsfaglighed” var i orden. Nu er tiden kommet til at videreudvikle vores risikobaserede tilgang, så tilsynskonsulenterne kan koncentrere sig om tilbud, der fagligt hænger bedre sammen, og så de både kan udvikle deres specialefaglighed og videreudanne sig inden for klyngen. Hermed får de en højere grad af viden om, hvad de skal have øje på i deres tilsyn, siger afdelingsleder på tilbudsområdet, Allan Vestergaard Johansen.

De tre faglige klynger er henholdsvis klyngen for børn og unge, klyngen for voksne under psykiatrien, herunder kvindekrisecentre, herberg og misbrugscentre, og klyngen for voksne med funktionshæmning/udviklingshæmning og alle øvrige tilbud for voksne.

Og så er tilsynsfagligheden jo en dynamisk størrelse. Socialtilsyn Syd understreger, at socialtilsynet altid vil kunne støde på ting ’derude’, der går på tværs af den nye specialisering og skal håndteres på tværs af denne. Samtidig har socialtilsynet varslet et rotationsprincip, hvor de enkelte tilsynskonsulenter på lang sigt kan skifte klynge, så en eventuel ”hjemmebaneblindhed” undgås.



Dialogmøder med plejefamilier blev en succes

Plejefamilierne er glade for, at bolden er givet op til en ny tradition, hvor Socialtilsyn Syd og plejefamilierne mødes til gensidig informationsudveksling om aktuelle emner.

Socialtilsyn Syd inviterede hen over efteråret 2022 alle generelt godkendte plejefamilier i regionen til dialogmøde med socialtilsynet. Fire ens møder fire forskellige steder i regionen, så ingen havde for langt at køre. Godt 100 plejefædre og -mødre satte en formiddag af til at møde frem, og at dømme efter tilkendegivelserne fra plejefamilierne var der stor tilfredshed med, at de – endelig – fik mulighed for at få en dialog med socialtilsynet. Samme tone blev slået an fra Socialtilsyn Syd, da leder for familieplejeafdelingen Niels Vingum Haugaard i sin velkomst sagde, at ”I får mulighed for at være nysgerrige på vores perspektiver, og vi er meget interesserede i at høre, hvad der rører sig hos jer.”

Allerede i Socialtilsyn Syds status over tilsynsarbejdet anno 2022 var der stof til dialog. F.eks. da koordinator Lars Dahmann fortalte om intentionerne bag den øgede brug af uanmeldte tilsynsbesøg. Og tilføjede, at uanmeldte tilsynsbesøg eller hyppige tilsynsbesøg i den samme plejefamilie ikke behøver være udtryk for noget dramatisk – men måske alene skyldes et nyt plejebarn eller en flytning, som socialtilsynet godt lige vil følge til dørs.

Mange plejefamilier var meget forstående over for, at socialtilsynet også kommer uanmeldt. Flere sagde endda, at det var betryggende, fordi et uanmeldt besøg giver et mere ’rent’ billede af hjemmet og plejefamilien. Andre gav udtryk for, at et tilsynsbesøg ’i utide’ satte gang i en masse spekulationer og også kunne bryde plejefamiliens rutiner totalt.

Koordinator Lars Dahmann mindede deltagerne om, at socialtilsynet forventer, at plejefamilien siger fra over for et uanmeldt tilsynsbesøg, hvis besøget af den ene eller anden grund falder meget uheldigt. Hvilket fik endnu en plejeforælder til at udtrykke ros over en tilsynskonsulent for at være meget lydhør over for et bestemt plejebarns skrøbelighed om morgenen. Med andre ord et emne, der kalder på dialog – præcis som det var hensigten.

Socialtilsyn Syd havde to dagsordensatte emner herefter. Nemlig en kort orientering om reglerne for plejefamiliers brug af magt, og en gennemgang af Socialtilsyn Syds praksis ved bekymring om kvaliteten i en plejefamilie, herunder brugen af sanktioner.

Forståeligt dilemma

Chefjurist i Socialtilsyn Syd Sissel Schmidt, oplyste om reglerne for brug af magt i familieplejeanbringelser.

Almene og forstærkede plejefamilier har ikke mulighed for at benytte det, der i voksenansvarsloven kaldes magtanvendelser. Indgreb, hvor de anvender magt, fordeler sig derfor i to bunker: I den ene kommer de indgreb, som Socialtilsyn Syd vurderer, er udtryk for omsorg eller pædagogik, hvad enten denne omsorg eller pædagogik er hensigtsmæssig eller ej. I den anden bunke kommer de indgreb eller handlinger, der ligger på den forkerte side af straffeloven.

Specialiserede plejefamilier har i visse tilfælde hjemmel i voksenansvarsloven til henholdsvis fysisk guidning (§ 6) eller afværgehjælp (§ 8) og skal indberette disse magtanvendelser. Herudover gælder de samme regler som i de almene og de forstærkede plejefamilier.

Både drøftelserne undervejs og de efterfølgende evalueringer af dialogmødet viste, at emnet optager plejefamilierne. Eller rettere: At der er stor usikkerhed blandt de almene og forstærkede plejefamilier om, hvor grænsen mellem den (lovlige) omsorg og de (ulovlige) handlinger går. Sissel Schmidt understregede, at også Socialtilsyn Syd har skullet finde sine tilsynsfaglige ben i spændet mellem omsorg og magt – og at der nok stadig er behov for at kommunikere reglerne klarere ud.

- Tag et lille barn, der ikke vil have flyverdragt på, eller den 16-årige, der er på vej ud ad døren med bilnøglerne i hånden. Vi som socialtilsyn er optaget af, om I forsøger at løse situationen med omsorg men i sidste ende kan blive nødt til at holde barnet eller den unge for at være ansvarlige plejeforældre. Eller om I er unødigt hårde og alt for hurtigt skrider til at bruge indgreb, der er pædagogisk uhensigtsmæssige eller ligefrem ulovlige. Vi forstår det dilemma, I kan stå i, og vi lover, at vi tilgår sådanne situationer undersøgende, sagde Sissel Schmidt.

Hun understreger Socialtilsyn Syds bekymring for, at man som plejefamilie undlader at sætte magt bag ord i situationer, der er ved at løbe alvorligt af sporet. Manglende indgriben kan i sådanne tilfælde tolkes som omsorgssvigt af Socialtilsyn Syd.



Vi har undersøgelsespligt

På dialogmøderne satte Socialtilsyn Syd brugen af sanktioner i relief. Koordinator på plejefamilieområdet Karina Andersen, fortalte, hvordan Socialtilsyn Syd er det socialtilsyn i landet, der bruger lov om socialtilsyns mulighed for sanktioner mod plejefamilier mest aktivt. 27 gange blev det til i 2021, svarende til i 1,8 procent af alle Socialtilsyn Syds plejefamilier. Samtidig understregede hun, at antallet af sanktioner ikke vurderes som højt, og at en afgørelse – til forskel fra en ”løsrevet” kritisk bemærkning fra en tilsynskonsulent – øger plejefamiliens retssikkerhed, fordi afgørelsen kan påklages.

Langt fra alle bekymringer ender med en sanktion. For at betrygge plejefamilierne i, at der er systematik i processen fra en bekymring til en eventuel sanktion, redegjorde Karina Andersen for Socialtilsyn Syds proces, efter at socialtilsynet får en bekymring. Problematikken afdækkes gennem tilsynsbesøg, interviews med relevante personer og eventuelt observationer i plejefamilien. Og nok så vigtigt: Plejefamiliens eget perspektiv på de nye oplysninger, der ligger til grund for bekymringen, vil altid blive inddraget.

Processen kan ende med, at socialtilsynet vurderer, at kvaliteten er fornøden – men at der eventuelt skal være intensiveret tilsyn i en periode. Eller at kvaliteten ikke er fornøden, hvorefter en ny proces indledes med høring, agterskrivelse, afgørelse med klagevejledning – og eventuelt en

behandling i Ankestyrelsen. Under alle faser kan processen stoppe, hvis socialtilsynet vurderer, at der ikke længere er grundlag for vurderingen af den manglende kvalitet.

”Vurderer I de anmeldelser, der ligger til grund for jeres bekymring? F.eks. hvis den kommer fra en far, der beskylder os for noget, der ikke er hold i,” lød spørgsmålet fra en plejeforælder.

Til det var svaret, at socialtilsynet som myndighed har pligt til at undersøge, når der kommer en indberetning. Men at Socialtilsyn Syd altid er opmærksom på kilderne til de nye informationer.

Fleere plejefamilier gav udtryk for, at de var trygge ved Socialtilsyn Syds ageren – herunder en plejefamilie, der selv havde prøvet at være ’under bekymring’. ”I gør det eneste rigtige. Triangulering. I gjorde det godt i vores sag,” lød det.

Helt overordnet var plejefamilierne i evalueringen af dialogmødet ret entydige. Indholdet på dialogmødet var lige i øjet, og man vil gerne have mere af det samme i fremtiden. Som en plejeforælder skrev: ”Længere tid for en gensidig dialog. Vi er sultne efter kontakt”.



Dialogmøder i 2023 for plejefamilier

I 2023 er der planlagt fire dialogmøder, alle i juni måned.

- 1. juni i Ringe
- 2. juni i Aabenraa
- 12. juni i Middelfart
- 16. juni i Vejle

Alle dialogmøder starter kl. 9 (med mulighed for morgenmad kl. 8.30). Det formelle program slutter kl. 13, og herefter er der – frem til 14 – mulighed for at netværke.

Invitationer til dialogmøderne med information om temaer på mødet sendes ud senere, men reserver allerede nu en af dagene.

Når Socialtilsyn Syd har en **bekymring** om kvaliteten

Socialtilsyn Syd har i 2022 udarbejdet en fast praksis for den skriftlige orientering, en plejefamilie får, når socialtilsynet går i gang med en undersøgelse af plejefamiliens kvalitet på baggrund af en bekymring.

Plejefamilien får en orientering om, at undersøgelsen går i gang, og hvilke oplysninger bekymringen bygger på – f.eks. tilsyn, underretning eller udtalelser.

Herudover oplyses plejefamilien om, hvor mange måneder undersøgelsen forventeligt vil strække

sig over, og hvor mange tilsynsbesøg den formentlig vil omfatte. Ligesom der står, hvad tilsynene kan omfatte ud over interview med plejefamilien selv – f.eks. observation af samspil med plejebørnene og indhentelse af oplysninger fra relevante parter.

Endelig gøres opmærksom på, at Socialtilsyn Syd – når undersøgelsen er færdig – vil foretage en vurdering af plejefamiliens kvalitet i forhold til dens godkendelse.





Er I bange for socialtilsynet eller for jeres **egen skygge?**

Socialtilsyn Syds årsmøde 2022 for sociale tilbud bød på en dialog om (manglende) brug af magtanvendelser, brugen af vikarer, Socialtilsyn Syds rolle i kvalitetsudvikling på tilbuddene og ordet 'problematisk'.

Over for en sal summende fyldt med repræsentanter for omkring 100 sociale tilbud bød tilsynschef i Socialtilsyn Syd Peter Bjerregaard Andersen, velkommen til en dag med dialog og refleksion – noget, der i årsmøderegi har været underskud på siden 2019.

Herefter gennemgik tilsynschefen et par af de emner, de seneste års corona-aflyste årsmøder ikke har kunnet gennemgå, men som har været beskrevet i årsrapporterne for 2019 og 2020. F.eks. den forståelse af begrebet 'magtanvendelse', som Socialtilsyn Syd efterhånden står tilsynsfagligt stabilt på og gerne vil være tydelig og åben omkring: At reglerne om magtanvendelse sætter en ramme for, hvad der overhovedet skal registreres og indberettes som magtanvendelse, at overdreven brug af magt kan være omsorgssvigt, men at manglende eller tøvende brug af magt også kan være det. "Vi har eksempler på tilbud, hvor vi tænker: hvorfor bruger I ikke magtanvendelse kvalificeret? Er I bange for socialtilsynet eller for jeres egen skygge? Brug magtanvendelser, men brug dem forstandigt," sagde tilsynschefen.

Peter Bjerregaard Andersen gik videre til den

tilsynsfaglige vurdering af tilbuddenes måde at håndtere folketingsvalget 2019 på i relation til de borgerrettigheder, svært udfordrede borgere på sociale tilbud skal støttes i at udleve. "Langt de fleste af jer håndterede det samvittighedsfuldt," sagde tilsynschefen.

Også kvalitetsmodellen og afrapporteringen, der blev behandlet grundigt i årsrapporten for 2020, fik ord med på vejen. Herunder at et tilbud altid kan bede om sin kvalitetsmodelbeskrivelse – men altså ikke automatisk får den. "Hvis vi påbyder jer noget, skal vi nok lade jer det vide," lød det fra tilsynschefen. Også ordene 'positiv' og 'problematisk' blev kommenteret. "Jeg ved, at nogle af jer har stødt jer på ordet 'problematisk'. Men vi bruger det, fordi vi gerne vil være så tydelige som muligt over for jer," sagde han.

Den efterfølgende dialog med tilbuddene i salen viste, at ikke alle var uforbeholdent vilde med Socialtilsyn Syds måde at afrapportere på. Som en sagde: "Jeg har aldrig mødt nogen, der ikke er ved at dø over ordet 'problematisk. Hvorfor holder I stædigt fast i det?" Og et andet udsagn: "Når I nu alligevel producerer en hele rapport, hvorfor så ikke sende den ud? Det er jo ikke





sådan, at I sender papiret anbefalet. Jeg har f.eks. opdaget ændringer i rapporten, som jeg ikke var opmærksom på via besøgsnotatet”.

Tilsynschefen kvitterede ved at sige, at bemærkningerne gav stof til eftertanke. Eftertanke i forhold til bl.a. den indsats, som Socialstyrelsen det kommende års tid sætter i gang, om hvordan socialtilsynene afrapporterer mest hensigtsmæssigt fra tilsynsarbejdet. Derefter kom han med et beroligende budskab om noget andet, nemlig de planlagte tillægstakster. ”Ro på. Tillægstaksterne er uvedkommende for de fleste tilbud, hvor arbejdets omfang kan rummes indenfor grundtaksten. Men på f.eks. tilbud med mange afdelinger er det kun rimeligt, at disse betaler en tillægstakst for det merarbejde, som reelt udføres.”

Blinde pletter

Hvordan kan ansatte i den sociale sektor med – formodentlig – gode intentioner, alligevel 40–50 år efter være ude for, at deres arbejde giver anledning til en statsministeriel undskyldning? Kan pilen om nogle årtier pege på Socialtilsyn Syd eller ansatte på nutidens sociale tilbud, og vil en statsminister om 50 år stå og undskylde det, disse mennesker gjorde i 2020’erne? Er

det forfængelighed eller faglig ærekærhed at beskæftige sig med risikoen for om 50 år at blive genstand for en undskyldning?

Denne ’faglige forfængelighed’ kombineret med et ønske om allerede nu at sætte lys på, hvad vi kan ændre frem for blot at vente på at blive udskammet i fremtiden, var udgangspunktet for punktet ’Blinde pletter’, der ud over ovenstående spørgsmål fra Peter Bjerregaard Andersen også bød på tanker fra historiker og leder af Danmarks Forsorgsmuseum Sarah Smed og tilbudsleder i Sønderborg Kommune Steen Boris Hansen.

For Sarah Smed var det vigtigt at understrege, at den praksis i datiden, der handlede om vanrøgt, svigt og overgreb, og som har ført til undskyldninger i nutiden, heller ikke var lovlig på det givne tidspunkt. Og så kom hun med denne pointe: At man kan blive suget ind i en kultur og blive en del af de blinde pletter, selvom man ikke ønsker det.

Steen Boris Hansen kom i sit oplæg ind på de 40.000 børn, der har behov for psykiatrien, men som langt fra alle får det bedre, fordi psykiatrien ikke magter dem alle. ”Jeg tror, vi bliver bedømt hårdt om 50 år,” sagde han. Han pegede også



”

Nogle gange tror jeg, vi glemmer, hvor langt vi er kommet. Vi har fået lavet en kvalitetsmodel. De fleste af os er glade for tilsynsbesøg, og der ER dialog. Derfor gælder det også om at italesætte det gode.

Direktør i Landsforeningen for sociale tilbud, Mads Roke Clausen

på, at der er pædagoger, der hellere lader noget gå galt for en borger end bruger den magt, der ligger i pædagogrollen. Samtidig sagde han: ”Så vi skal alle sige tak til psykolog Dorthe Birkelund for hendes fokus på forråelse.”

Oplæggene blev afløst af gruppedrøftelser, hvis nedskrevne hovedpointer blev ’kastet op’ på den store tavle og fik kommentarer fra oplægsholderne. Som f.eks. Sarah Smed: ”Vi skal blive ved med at have et rum, der kan skabe nogle passende forstyrrelser – ellers ender man med at blive forvaklet”. Eller Steen Boris Hansen: ”Jeg startede som vikar på Sølund i 1986. Der skylder jeg nok nogle undskyldninger.”

Vikarfokus

Udgangspunktet for at tale om vikarer var nye og opdaterede indikatorer (9.d, 10.a og 10.b) i Socialstyrelsens kvalitetsmodel, der trådte i kraft 1. februar 2022. De sætter fokus på brugen af ikke-fastsatte medarbejdere, deres andel af medarbejderskaren og deres kompetencer.

Afdelingsleder i Socialtilsyn Syd Allan Vestergaard Johansen sagde tydeligt, at de nye indikatorer som sådan ikke ændrer Socialtilsyn

Syds tilsynspraksis meget, fordi Socialtilsyn Syd hele tiden har haft fokus på tilbuddenes brug af vikarer. ”Vi er ikke optaget af de ansættelsesretlige forhold, men vi skal sikre os, at tingene fungerer i virkeligheden gennem kompetente og stabile medarbejdere. Derfor er vi nysgerrige, og I kan forvente, at vi stiller mange flere spørgsmål omkring jeres praksis. Hvilke møder er vikarerne med til, er de med i overlap, er de en løsning eller en nødløsning,” sagde han.

Distriktsleder Kasper Sauer fra Altid Vikar gav et indblik i, hvordan et vikarbureau ser på den gældende markedssituation. ”I den perfekte verden er der ikke brug for os. Men det er ikke det, vi hører. Vi hører: ’rekrutteringskrise, problemer med personaleudskiftning og problemer med at få vagtplanen til at hænge sammen,” sagde han og fortalte, at Altid Vikar har cirka 1000 ansatte i den pædagogiske, psykiatriske og sundhedsfaglige verden.

Kasper Sauer var ikke blind for, at der er forbehold over for vikarbureauer. For hvordan kan de rekruttere, når tilbuddene ikke kan? Kasper Sauer gav selv en del af svaret: Et vikarbureau tilbyder fleksibilitet, og fleksibilitet avler



arbejdsglæde. Og så gav han bolden op til dialog med de mange tilbud i salen med en bemærkning om, at ”lige nu er vikarer et nødvendigt supplement for de fleste af jer.”

Salen kvitterede blandet på, at nogen kan lave forretning på, at andre har svært ved at få vagtplanerne til at hænge sammen. En syrlig kommentar gik på, at man som områdeleder da godt kunne tænke sig at have samme millionoverskud som Altid Vikar. En anden advarede om, at mange vikarer dobbeltjobber, og at selvom ansvaret ligger hos tilbudslederen, er det svært at vide, om en vikar kommer lige fra et andet job. Men der var også en positiv kommentar: ”Når vi bruger et bureau, bruger vi mindre tid. Timeprisen er måske større, men tiden kan vi spare,” lød det. En tilbudsleder spurgte socialtilsynet, om der er en grænse for, hvor meget ansvar man kan give en vikar. ”Vi er ikke stødt på den grænse endnu, men vi vil altid være nysgerrige,” lød svaret fra Allan Vestergaard Johansen.

Kvalitetsudvikling – værdien af dialog

”I skal ikke se en pistolmunding, når vi kommer ind ad døren. For det er en anelse svært at sige noget fornuftigt, når man har en pistol rettet mod sig.”

Så firkantet rammede tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen årsmødets sidste punkt ind – nemlig dilemmaet mellem, at socialtilsynet på den ene side er kontrolmyndighed og på den anden skal støtte kvalitetsudviklingen på tilbuddene gennem dialog. Socialtilsyn Syd har i alle årene forsøgt at adressere dette dilemma ved at opbygge en kultur blandt tilsynskonsulenterne, så man ”spørger først og skyder senere” – altså at man er åben og nysgerrig og først tager den røde pen frem, hvis der er grund til det. Sagt på forvaltningssprog handler det om proportionalitet og muligheden for en ordentlig høring.

Allerede her kom den første kommentar: ”Du spurgte tidligere, om vi var bange for vores egen skygge. Men vi bliver aldrig nogensinde ligestillet med socialtilsynet. Når først I har skrevet noget et sted, så når det langt ud.”

Her bemærkede tilsynschefen først, at tilbuddene forhåbentlig oplever tilsynsførende, som rent faktisk spørger nysgerrigt og åbent, før de haler deres skydevåben frem, og han opfordrede tilbudslederne til at være åbne og tydelige, hvis det ikke er den tilgang, de oplever. Derefter tyede

han til Grundtvigs ord om, at ”der godt kan være lige værd på borg og i hytte”. Hans forhåbning er, at hvis tilsynskonsulenterne optræder åbent, tydeligt og lige værdigt, så opstår der en tillid, som kan lægge grunden for en kvalitetsudviklende dialog.

Direktør i Landsorganisationen for sociale tilbud (LOS), Mads Roke Clausen, sagde i sit oplæg, at uden de sociale tilsyn ville man se et pres på pris og kvalitet. Han så årsmødet som starten på en langvarig dialog om en fælles forståelse af, hvad kvalitet er, og hvordan tilbuddene kan levere den. For en organisation som LOS indbefatter en dialog om kvalitet en samtale om forskelle socialtilsynene imellem om, hvad der er god kvalitet, var hans budskab.

Formand for Foreningen af døgn- og dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD), Charlotte Møller Pedersen, der også er forstander for Dannevirke, fortalte om en FADD-undersøgelse fra 2021. 53 af 110 institutioner svarede her blandt andet på, hvad der for dem gav kvalitet, når socialtilsynet var på besøg. Særligt to svar var relevante for årsmødets fokus på dialog. Nemlig 1) at tilsynskonsulenten har indblik i, erfaring med og mestrer den åben, nysgerrig og spørgende samtaleteknik, og 2) at tilsynskonsulenten ser og italesætter udviklingspotentialer.

Tilsynskonsulent i Socialtilsyn Syd Kirsten Færing sagde i sit oplæg, at dialogen om kvalitetsudvikling giver en anden type kontakt, end når en tilsynskonsulent kun har ’kontrol- og myndighedskasketten’ på. Dialogen om kvalitetsudvikling er mere undersøgende og afdækkende. Men, sagde hun, for hende er der magt hos begge parter – for tilbuddet har magten til at kvalitetsudvikle. Så for Kirsten Færing er tilbud og tilsynskonsulenter ligeværdige i dialogen. ”Ikke ligestillede, det sidste afhænger af vores positioner. Og jo mere bekymring, der er omkring kvaliteten, jo sværere bliver dialogen, for der er noget på spil for begge parter. Men det betyder bare, at vi skal være bedre til dialogen,” sagde hun og tilføjede, at ”dialog er besværlig og spændende på samme tid.”

Efter en dialog i grupper kom der en række kommentarer fra salen. Igen var de blandede. ”Vi kan mærke, at tilsynet det sidste år er blevet mere dialogbaseret. Men jeres skriftlige materiale er ikke,” sagde én. En anden: ”Før i tiden havde vi to konsulenter ude, den ene så vi på, og den anden



Årsmøde 2022 i streger

Man kan referere et årsmøde i ord. Det gør Socialtilsyn Syd hvert år i årsrapporten. Men man kan også vælge at få årsmødet illustreret i streger og tegninger. Derfor inviterede Socialtilsyn Syd tegner Michael Eriksen til at overvære årsmøde 2022 og tegne, hvad han så og hørte. Mange årsmødedeltagerne fulgte med, efterhånden som illustrationen tog form – andre kan se resultatet på disse sider.

skrev. Nu sidder personen foran computeren, og det er interview, ikke dialog.” En tredje: ”Vores erfaring fra tilsynsbesøg er, at I også godt selv ved, at det er et udviklingspunkt.” En fjerde: ”Jeg vil gerne anerkende jer for den svære opgave at have magten og at signalere dialog.” Og en femte: ”Lad dog være med at komme uanmeldt i en juleferie. Der er det svært for os at komme med alt det, vi gerne vil vise jer.”

Fra Socialtilsyn Syd kom der et par reaktioner. Tilsynskonsulent Kirsten Færing fortalte, at der i hendes optik er stor forskel på de skriftlige afrapporteringer og møderne ude på tilbuddene ift. dialogforpligtelsen. ”Men jeg lytter,” tilføjede hun. Ift. uanmeldte besøg i juleferien sagde tilsynschef Peter Bjerregaard Andersen, at det ville Socialtilsyn Syd blive ved med – det er en

del af tilsynsforpligtelsen. ”Men det er ikke dér, vi laver dialog om kvalitetsudvikling. Det gør vi på et anmeldt besøg. Her skal vi måske ramme-sætte dialogen omkring kvalitetsudviklingen tydeligere.”

Direktør i LOS Mads Roke Clausen kom ikke med det sidste ord på årsmødet. Men alligevel kan hans ord fint afrunde et årsmøde, hvor der var lagt op til dialog mellem socialtilsyn og sociale tilbud:

”Nogle gange tror jeg, vi glemmer, hvor langt vi er kommet. Vi har fået lavet en kvalitetsmodel. De fleste af os er glade for tilsynsbesøg, og der ER dialog. Derfor gælder det også om at italesætte det gode. Vi skal retfærdiggøre modellen, for ellers kan vi risikere en model, der er billigere.”

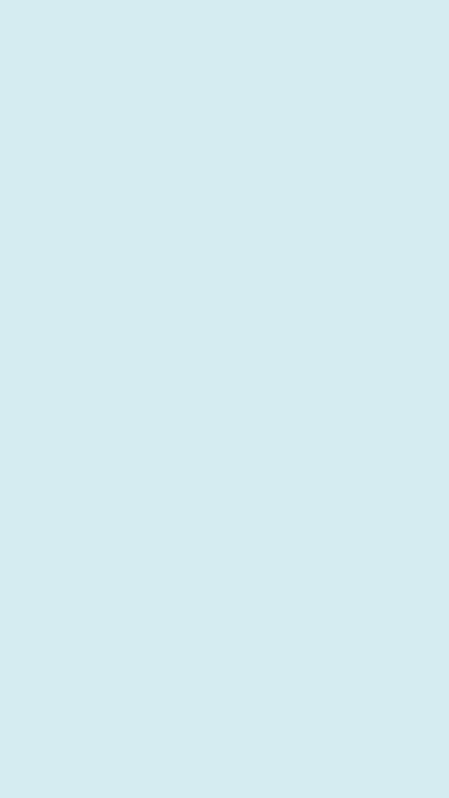
Socialtilsyn Syd er flyttet til **Broby**

Den 1. september flyttede Socialtilsyn Syd ind i det, der oprindeligt var Broby Kommunes rådhus på Østerågade i Broby. Flytningen var en del af en 'lokale-kabale' i Fåborg Midtbyg Kommune. Siden kommunalreformen i 2007 havde kommunens familieafdeling holdt til i det gamle rådhus, men den skulle flytte sammen med resten af socialforvaltningen i Gisleve. Det efterlod et tomt rådhus – som Socialtilsyn Syd nu har lokaler i.

Flytningen var – som de fleste flytninger – ubejleglig. Men når det så er sagt, er der fordele ved de nye lokaler. En af dem er fine mødefaciliteter, herunder for tilbud og plejefamilier, der kommer på besøg i Socialtilsyn Syd. En anden er, at alle medarbejdere nu "bor" på samme etage og tættere, hvilket især knytter tilsynskonsulenter og stabsfunktioner tættere sammen.

Flytningen giver dog anledning til et hjertesuk. I Ringe var der rigtig mange hvide flader og vægge, der på et tidspunkt gav Socialtilsyn Syd en god ide: Hvad med at købe nogle af de mange billeder, der bliver produceret på værkstederne rundt omkring på de sociale tilbud? Og hvad med at få plejebørn til at tegne tegninger til socialtilsynet? Og så hænge dem op i forbindelse med afholdelse af en fernisering?

Ideen blev realiseret, og i dag er Socialtilsyn Syd i besiddelse af en række skønne billeder og tegninger – men har kun plads til få af dem på væggene. Så ferniseringen er lagt i mølposen – desværre.

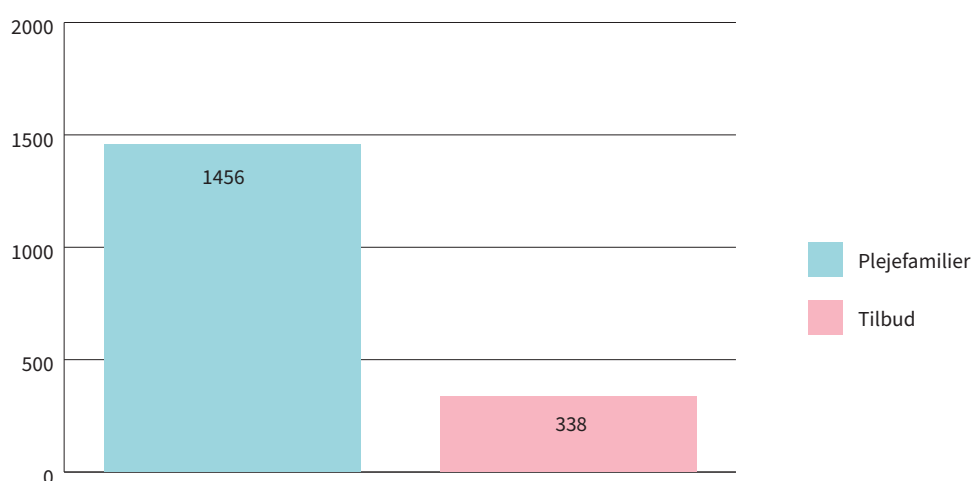




Socialtilsyn Syd – fortalt med tal

Tilbudsporteføljen

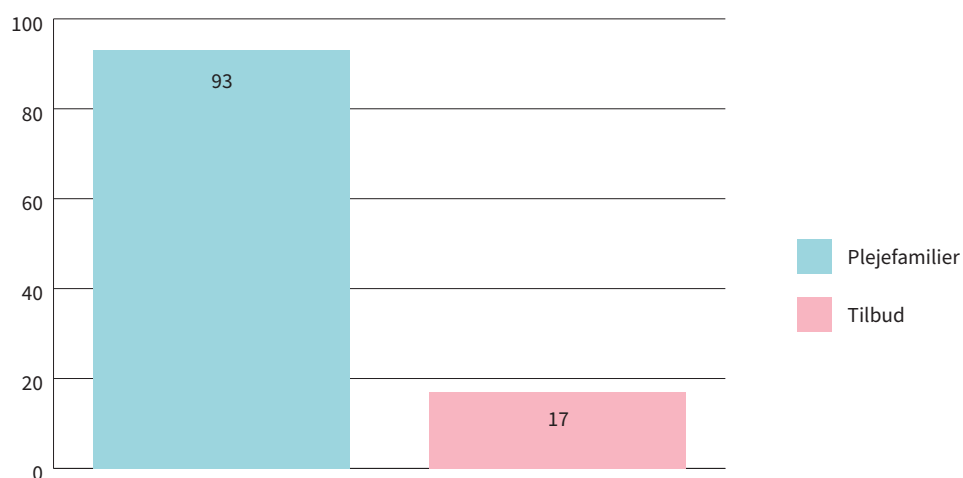
Figur 1: Antal **plejefamilier og tilbud** og tilbud i 2022.



Figur 1 viser porteføljen af plejefamilier og tilbud i Socialtilsyn Syd ved udgangen af 2022.

Nygodkendelser

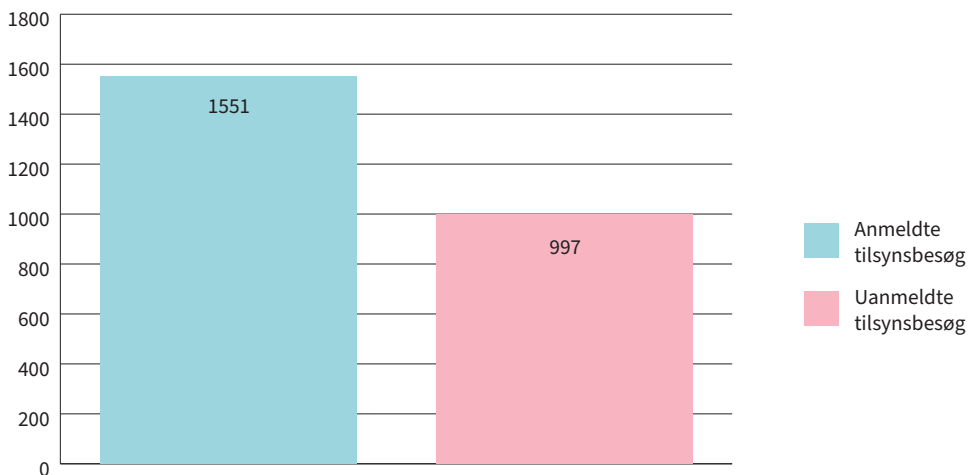
Figur 2: Antal **nye godkendelser** fordelt på plejefamilier og tilbud i 2022.



Figur 2 viser, hvor mange plejefamilier og tilbud Socialtilsyn Syd nygodkendte i 2022.

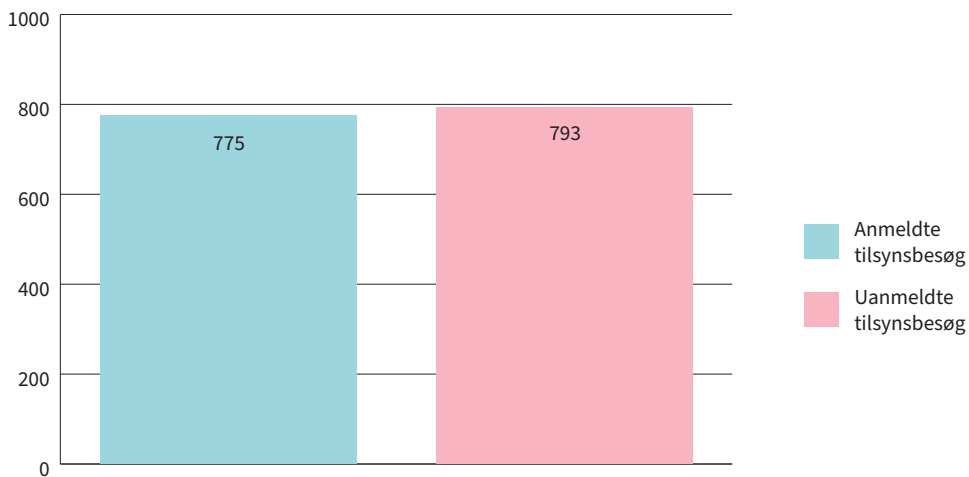
Tilsynsaktiviteter

Figur 3: Antal **gennemførte** anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos plejefamilier i 2022.



Figur 3 viser, hvor mange anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos plejefamilier, Socialtilsyn Syd udførte i 2022.

Figur 4: Antal **anmeldte og uanmeldte** tilsynsbesøg hos tilbud i 2022.

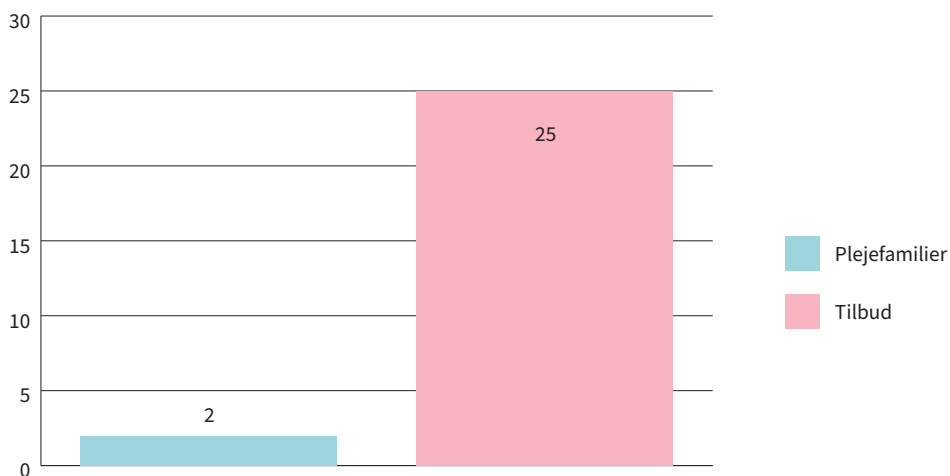


Figur 4 viser, hvor mange anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg hos tilbud, Socialtilsyn Syd udførte i 2022.

Sanktioner

Påbud

Figur 5: Antal **udstedte påbud** fordelt på plejefamilier og tilbud i 2022.



Figur 5 viser antallet af udstedte påbud for plejefamilier og tilbud i 2022.

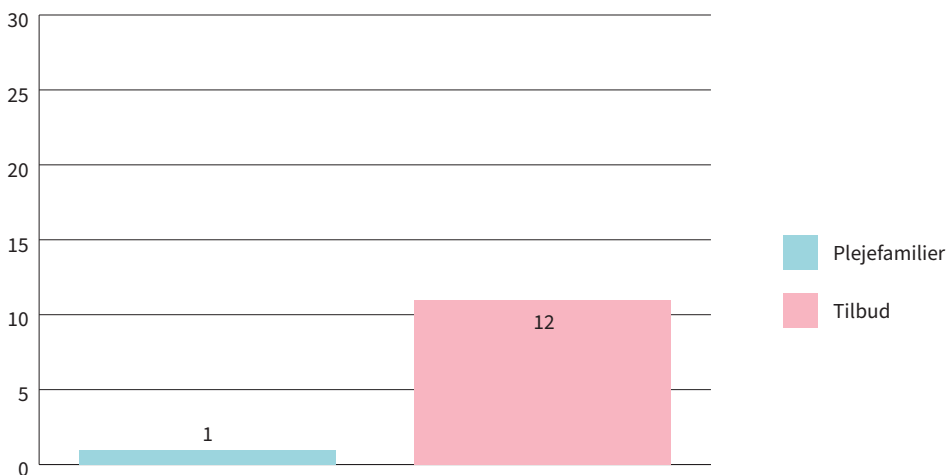
Tabel 1: **Baggrunden for iværksatte påbud** i relation til kvalitetsmodellens temaer i 2022.

Type	2022
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	2
Sundhed og trivsel	12
Organisation og ledelse/ Familiestruktur og familiedynamik	10
Kompetencer	14
Fysiske rammer	0
Økonomi	13
Total	51

Tabel 1 viser fordelingen af iværksatte påbud i 2022 i plejefamilier og tilbud i relation til kvalitetsmodellens temaer. Ingen påbud begrundes i temaerne Uddannelse og beskæftigelse, Fysiske rammer og Selvstændighed og relationer.

Skærpede tilsyn

Figur 6: Antal **iværksatte skærpede tilsyn** fordelt på plejefamilier og tilbud i 2022.



Figur 6 viser udviklingen i antal iværksatte skærpede tilsyn for plejefamilier og sociale tilbud i 2022.

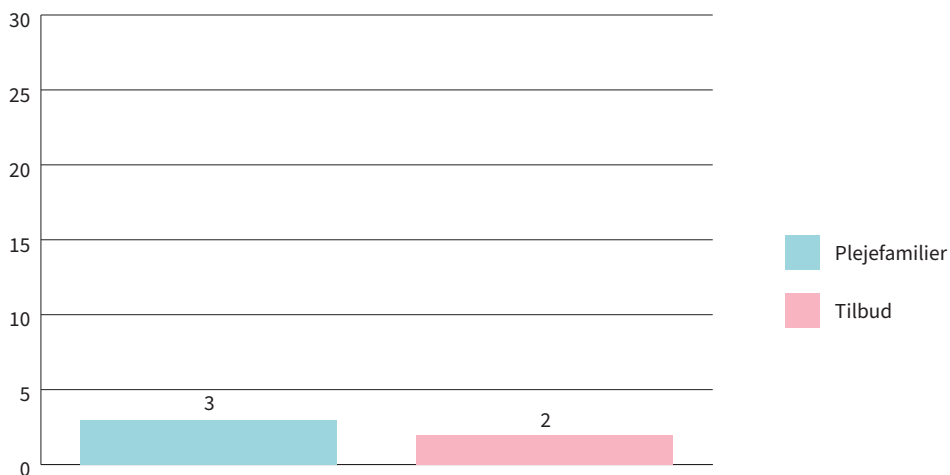
Tabel 2: **Baggrund for skærpede tilsyn** i relation til kvalitetsmodellens temaer i 2022.

Type	2022
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	1
Sundhed og trivsel	5
Organisation og ledelse/ Familiestruktur og familiedynamik	4
Kompetencer	6
Fysiske rammer	0
Økonomi	6
Total	22

Tabel 2 viser fordelingen af iværksatte skærpede tilsyn i 2022 i plejefamilier og tilbud i relation til kvalitetsmodellens temaer. Ingen skærpede tilsyn begrundes i Uddannelse og beskæftigelse, Fysiske rammer og Selvstændighed og relationer.

Tilbagekaldte godkendelser

Figur 7: Antal **tilbagekaldte godkendelser** fordelt på plejefamilier og tilbud i 2022.



Figur 7 viser antal tilbagekaldte godkendelser for plejefamilier og tilbud i 2022.

Tabel 3: **Baggrunden for tilbagekaldte godkendelser** i relation til kvalitetsmodellens temaer i 2022.

Type	2022
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	0
Sundhed og trivsel	2
Organisation og ledelse/ Familiestruktur og familiedynamik	5
Kompetencer	1
Fysiske rammer	0
Økonomi	0
Total	8

Tabel 3 viser fordelingen af tilbagekaldte godkendelser i 2022 for plejefamilier og tilbud i relation til kvalitetsmodellens temaer. Tilbagekaldelserne har kun været begrundet i tre temaer: Sundhed og trivsel, Organisation og ledelse/Familiestruktur og familiedynamik og Kompetencer.

Skærpet tilsyn uden påbud

Socialtilsyn Syd har ikke fundet anledning til at tage denne sanktionsmulighed i brug i 2022.

Sagsbehandlingstider

Tabel 4: Sagsbehandlingstider ved behandling af ansøgning om godkendelse for plejefamilier i 2022.

Type	2022
Gennemsnitlig sagsbehandlingstid	11 uger
Gennemsnitlig sagsbehandlingstid på fast-track nygodkendelser	5 uger
80% af alle ansøgninger om nygodkendelse ligger under en sagsbehandlingstid på	14 uger

Tabel 4 viser den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for ansøgning om godkendelse for plejefamilier.

Tabel 5: Sagsbehandlingstider ved behandling af ansøgning om godkendelse for tilbud i 2022.

Type	2022
Gennemsnitlig sagsbehandlingstid	11 uger
80% af alle ansøgninger om nygodkendelse ligger under en sagsbehandlingstid på	13 uger

Tabel 5 viser den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for ansøgning om godkendelse for tilbud.

Afrapportering

Tabel 6: Den gennemsnitlige tid opgjort i antal dage fra tilsynsbesøg til endelig afrapportering i 2022.

Type	2022
Plejefamilier	3 dage
Tilbud	4 dage

Tabel 6 viser, hvor mange dage der går fra et tilsynsbesøg til den endelige afrapportering for henholdsvis plejefamilier og tilbud i 2022.

Socialtilsyn Syd

– indtægter i 2022

Socialtilsyn Syd skal i hver årsrapport give en kort beskrivelse af indtægterne i det forgangne år. I nedenstående tabel fremgår Socialtilsyn Syds indtægter i 2022.

	Indtægter i kr.
Indtægter fra plejefamilieområdet	30.664.000
Indtægter fra tilbudsområdet	26.429.000
Indtægter jf. § 3 i lov om socialtilsyn	1.192.000
Indtægter i alt	58.285.000

	Takster i kr.
Grundtakst pr. år	
0-7 pladser	35.672
8-24 pladser	42.806
25-49 pladser	71.334
≥ 50 pladser	107.015

Nygodkendelser	
0-7 pladser	24.664
8-24 pladser	29.597
25-49 pladser	49.329
≥ 50 pladser	73.993

Væsentlige ændringer af eksisterende godkendelse	
0-7 pladser	8.910
8-24 pladser	10.692
25-49 pladser	17.820
≥ 50 pladser	26.730

Skærpet tilsyn pr. md.	
0-7 pladser	3.567
8-24 pladser	4.281
25-49 pladser	7.133
≥ 50 pladser	10.702

STS+ vi kan mere, end vi skal

STS+ tilbyder at løse opgaver inden for følgende områder:

- Kvalitetsvurdering af dagpleje, børnehaver og vuggestuer; herunder tilsyn med SEL § 32
- Kvalitetsvurdering af plejehjem, herunder lovpligtige tilsyn og tilsyn med hjemmeplejegrupper
- Særlige udredninger i komplekse sager for tilbud eller myndighedsudøvere
- Kvalitetsvurdering af beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud (SEL § 103 og § 104)
- Bistand til kommuner, der skal godkende egne tilbud efter SEL § 103 og § 104
- Seminarer, kurser og ad hoc-opgaver, herunder oplæg om tilsynsarbejdet til medarbejdere, bestyrelser mv.
- Overblik/opsamling ift. kvalitet på egne tilbud til en driftsherre – kommunal som privat
- Sagkyndige vurderinger i forbindelse med fondsansøgninger
- Konkret support i forbindelse med indtastning i Tilbudsportalen

Se også Socialtilsyn Syds hjemmeside under STS+ for yderligere oplysninger
www.socialtilsynsyd.dk



Socialtilsyn Syd 

Østerågade 40 · 5672 Broby · 72 53 19 00 · socialtilsynsyd@fmk.dk · www.socialtilsynsyd.dk

Socialtilsyn Syd - finansieringsbehov for 2024

Socialtilsyn Syd

Østerågade 40
5672 Broby

Tlf. 7253 1900
socialtilsynsyd@fmk.dk
www.socialtilsynsyd.dk
09-05-2023

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 den tilsynsopgave, 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 2024

Med udgangspunkt i den godkendte finansieringsmodel har Socialtilsyn Syd i foråret 2023 opgjort finansieringsbehovet og de deraf afledte takster for 2024. 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 2024.

Socialtilsyn Syds samlede budget for 2024 tager udgangspunkt i følgende forudsætninger om antal tilbud og plejefamilier:

Antal tilbud og plejefamilier	2023	2024
Antal tilbud (voksen)	233	230
Antal tilbud (børn og unge)	107	110
Total – tilbud	340	340
Antal plejefamilier	1500	1450

Sammen med modellens mange andre forudsætninger og Socialtilsyn Syds lokale driftsudgifter for 2024 – som er fratrukket den andel af faste udgifter, som salg af konsulentydelse skal medfinansiere - er Socialtilsyn Syds samlede finansieringsbehov 56,3 mio.

I lighed med bilag 10 i rammeaftalen indeholdes mer- eller mindreforbrug fra tidligere år på op til 5 pct. i det efterfølgende års drift, så taksterne ikke svinger unødigt som følge af almindelige driftsforskydninger.

Af regnskab 2022 fremgår dog et større mindreforbrug opstået ved stor omkostningstilbageholdenhed i både 2021 og 2022 grundet dels i forventet indtægtstab som følge af aflevering af tilbud til andre socialtilsyn og dels forventet mer-omkostninger i 2022 til ombygning og flytning af lokaler fra Ringe til Nr.Broby. De 3,0 mio. i mer-omkostninger er fejlagtigt ikke bogført i 2022 med afholdt via udlæg fra kommunekassen.

Fradrages mindreforbruget på 7,9 mio. dels de 3 mio. til de af kommunekassen afholdte mer-omkostninger i forbindelse med flytningen og dels de 5 pct. i overførsel af mindreforbrug på 2,75 mio. til 2023 efterlader det et mindreforbrug på i alt 2,15 mio. der efter aftale med forretningsudvalget fordeles over de kommende 2 år for at reducere udsving i takstniveauet – jf. tabellen nedenfor.

Mindreforbrug 2021 & 2022	7,9 mio.
Flytteomkostninger 2022	3,0 mio.
5 % overførsel til 2023	2,75 mio.
Takstreduktion 2024	1,15 mio.

Takstreduktion 2025	1,0 mio.
---------------------	----------

Det overførte mer/mindreforbrug fra regnskab 2022, som påvirker finansieringsbehovet for 2024 er derfor 1,15 mio.kr. således at det opgjorte finansieringsbehov på 56,3 mio. i forhold til takstberegningen udgør 55,1 mio.

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 (i forhold til takstberegningen)	2023	2024
Plejefamilieområdet – finansieres via én betaling pr. kommune fordelt efter objektive kriterier	32.7000.000	31.600.000
Tilbudsområdet – finansieres via takst til tilbuddene	23.300.000	23.500.000
FINANSIERINGSBEHOV I ALT	56.000.000	55.100.000

Takster på tilbudsområdet

Det samlede finansieringsbehov til tilsyn med tilbudsområdet er på niveau med 2023. Finansieringsbehovet indeholder skønnede indtægter på i alt ca. 3 mio., som vedrører betaling for nygodkendelser af tilbud og væsentlige ændringer i tilbuds godkendelsesgrundlag samt tillægstakster.

Typer af takster	2022 ¹	2023 ²	2024
Samlede basistakster	23.846.859	20.566.848	20.552.069
Takstopkrævning fra nygodkendelse og væsentlige ændringer	3.727.246	2.217.557	1.939.086
Tillægstakster, forventede		1.000.000	1.000.000
	27.574.105	23.784.405	24.038.074

Bestemmelsen om tillægstakster er revideret med virkning fra 1. februar 2022. Det er herefter Socialtilsyn Syds forventning, at der i de tilfælde hvor tilsyn med et tilbud er særligt ressourcekrævende kan opkræves en tillægstakst, jf. bekendtgørelse om socialtilsyn § 25, stk. 4. 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

¹ Tallene for 2022 indeholder indtægter fra koncerner der pr. 1. juli 2022 blev overdraget til socialtilsyn Midt og Socialtilsyn Hovedstaden som led i specialisering af socialtilsynene.

² Tillægstakster for 2023 er justeret op i forhold til budgetteret jf. nedenfor

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

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 vægning på 1, 1,2, 2 og 3 mellem de 4 kategorier.

Til dækning af et finansieringsbehov på i alt 23,5 mio. blandt anslået 340 tilbud, opkræver Socialtilsyn Syd følgende:

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2023	2024
1-7 pladser	39.081	38.158
8-24 pladser	46.897	45.790
25-49 pladser	78.161	76.317
50+ pladser	117.242	114.475

Taksten for driftsorienteret tilsyn falder 2,4%

Socialtilsyn Syd har pt. lovforslag i høring om ændret tilsyn på kost- og efterskoler j.fr. § 66, stk. 1, nr. 8 i lov om social service, som i højere grad sidestiller disse tilbud med andre døgntilbud. Derfor er der ikke for 2024 opgjort en reduceret takst for disse tilbud.

Den samlede takst for 2024 for hvert tilbud opkræves i januar 2024.

Ved lov om ændring af lov om socialtilsyn og lov om social service vedrørende styrkelse af socialtilsynet og styrkelse af det økonomiske tilsyn med socialt tilbud blev bestemmelsen om socialtilsynenes adgang til at opkræve tillægstakster hvor tilsyn med et tilbud er særligt ressourcekrævende ændret således, at denne adgang nu ikke længere er "undtagelsesvis".

Primo 2022 blev der sendt orientering om denne ændring til tilbud med flere afdelinger, da det er Socialtilsyn Syds vurdering, at det typisk vil være ved tilbud med flere afdelinger, at tilsynet vil være særligt ressourcekrævende. Ved beregningen af finansieringen for 2023, blev der budgetteret med indtægter fra tillægstakster på 0,5 mio. Det forventes, at opkrævningen af tillægstakster vil ende på et niveau mellem 0,9 og 1,0 mio. Afvigelsen mellem det oprindeligt forudsatte og det forventede niveau for 2023 skyldes blandt andet, at flere tilbud end forudsat har organiseret sig med flere afdelinger, og dermed er særligt ressourcekrævende i

forhold til tilbud med én afdeling. Det enkelte tilbud vil derfor ikke blive opkrævet væsentligt mere end forudsat ved budgetteringen, men flere tilbud vil blive opkrævet en tillægstakst.

Niveauet for forventet tillægstakster på 0,9 – 1,0 mio. i 2023 er videreført i beregningen af finansieringen for 2024.

Takster for særlige ydelser

Nygodkendelser

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2023	2024
1-7 pladser	27.035	26.183
8-24 pladser	32.441	31.419
25-49 pladser	54.069	52.365
50+ pladser	81.104	78.548

Væsentlige ændringer

Takstkategori	Tilsyn med døgntilbud	
	2023	2024
1-7 pladser	7.712	7.506
8-24 pladser	9.254	9.008
25-49 pladser	15.425	15.013
50+ pladser	23.137	22.519

Taksten for skærpet tilsyn følger som udgangspunkt grundtaksen. Taksten for nygodkendelser falder i 2024 med 3,2%. Taksten for væsentlige ændringer falder med ca. 2,7%.

Timepris for tillægstakster efter § 25, stk. 4 vil være 577 kr. i 2024.

Plejefamilieområdets finansiering – betaling pr. kommune

Som det fremgår ovenfor, er plejefamilieområdets finansieringsbehov 31,6 mio. Fordelingen af det samlede finansieringsbehov for plejefamilieområdet sker efter kommunernes andel af 0-17 årige (oplysninger hentet hos Danmarks Statistik februar 2023).

Modsat tilbudsområdet dækker den samlede opkrævning på plejefamilieområdet også nygodkendelser og grundkurser, sagsbehandling af væsentlige ændringer i godkendelsesgrundlag, særligt ressourcekrævende tilsyn, samt skærpet tilsyn.

Plejefamilieområdet bærer en del af de faste omkostninger i Socialtilsyn Syd. Dette betyder, at der trods en nedgang i antallet af plejefamilier og dermed er samlet reduceret finansieringsbehov til plejefamilieområdet med ca. 1,1 mio., er finansieringsbehovet pr. plejefamilie uændret.

Til dækning af det samlede finansieringsbehov på 31,6 mio. til at føre tilsyn med plejefamilier, opkræver Socialtilsyn Syd følgende:

Objektiv finansiering – Kommuner	2023	2024
Assens	1.061.157	1.018.029
Kerteminde	595.874	574.123
Langeland	215.357	211.123
Middelfart	1.049.898	1.017.774
Nordfyns	753.352	729.566
Nyborg	809.377	775.945
Odense	4.990.561	4.840.545
Svendborg	1.521.140	1.487.546
Ærø	107.017	104.606
Billund	734.015	709.690
Esbjerg	2.999.105	2.882.335
Fanø	77.481	73.899
Fredericia	1.334.922	1.281.137
Haderslev	1.405.251	1.360.643
Kolding	2.593.423	2.508.888
Sønderborg	1.813.979	1.759.955
Tønder	905.929	877.620
Varde	1.320.353	1.283.303
Vejen	1.181.682	1.141.747
Vejle	3.371.675	3.271.582
Aabenraa	1.519.287	1.459.643
Frederiksberg	2.353.829	2.252.661
Total	32.714.663	31.622.360

Finansieringsbehov pr. plejefamilie	2023	2024
Objektiv finansiering pr. plejefamilie	21.810	21.808

Hver kommunes bidrag til den objektive finansiering opkræves i januar 2024.

Socialtilsyn Syd – regnskab

Det samlede finansieringsbehov på 55,9 mio. for 2024 forventes at svare til de samlede budgetterede udgifter hvorfor der ikke budgetteres med overførsel af mer- eller mindreforbrug.

Tidligere års indtægter og udgifter:

	2022	2023 (budget)
Indtægter	60,1 mio.	57,2 mio.
Udgifter	57,9 mio.	57,2 mio.
Mer- Mindreforbrug	2,2 mio.	0,0 mio.

Driften i 2022 har medført et overskud på kr. 2,2 mio, hvilket hovedsagligt skyldes, at der over en længere periode har været vakante stillinger, samtidig er i forbindelse med genbesættelse af andre stillinger sket genbesættelse til lavere lønniveau. Videre har en tydelig udmelding fra departementet medført at flere ansøgninger om ændringer i godkendelsesgrundlaget skal betragtes som væsentlig hvorfor der skal pålignes en takst. Dette kombineret med en stigning i antallet af ændringsansøgninger har der været en ikke forventet stigning i indtægter fra behandling af ændringsansøgninger.

Som bilag er vedlagt regnskabsudskrift i 2022-priser fra Prisme.

Socialtilsyn Syd har desuden budgetteret med indtægter i 2024 på i alt 1,5 mio. fra salg af konsulentydelse, 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 konsulentydelse svarende til disses andel af det samlede budget. ³

Peter Bjerregaard Andersen
Tilsynschef

³ Alle beløb er opgjort i 2024 priser og der vil ske fremskrivning ift. gældende retningslinjer. Beløb vedrørende tidligere år er fremskrevet med 3,1 % i henhold til KL's sædvanlige PL-fremskrivning.

Struktur og tekst	U/I	Forbrug	Opr. budget	Korr. budget	Restkorr. budget	Formel
06 Fællesudgifter og administration m.v.	U	55.375.487	54.087.304	59.875.168	4.499.681	92
	I	-57.556.048	-54.087.304	-54.087.304	3.468.744	106
50 Administrationsbygninger	U	2.090.308	1.383.684	1.137.684	-952.624	184
650016 Lindevej 5, Ringe - Socialtilsyn Syd	U	2.090.308	1.383.684	1.137.684	-952.624	184
000 Budgetkonto	U			-246.000	-246.000	
700 Grunde og bygninger	U	2.090.308	1.383.684	1.383.684	-706.624	151
51 Sekretariat og forvaltninger	U	53.285.179	52.703.620	58.737.484	5.452.305	91
	I	-57.556.048	-54.087.304	-54.087.304	3.468.744	106
651025 Socialtilsyn Syd	U	53.285.179	52.703.620	58.737.484	5.452.305	91
	I	-57.556.048	-54.087.304	-54.087.304	3.468.744	106
01 Fælles	U	16.693.293	15.058.834	21.092.698	4.399.405	79
	I	-425.430			425.430	
000 Budgetkonto	U		525.051	6.528.051	6.528.051	
003 Socialtilsyn	U	16.693.293	14.533.783	14.564.647	-2.128.646	115
	I	-425.430			425.430	
02 Objektiv finansiering	U	20.009.233	19.983.083	19.983.083	-26.150	100
	I	-30.663.701	-28.339.974	-28.339.974	2.323.727	108
003 Socialtilsyn	U	20.009.233	19.983.083	19.983.083	-26.150	100
	I	-30.663.701	-28.339.974	-28.339.974	2.323.727	108
03 Institutionsområdet	U	16.582.653	17.661.703	17.661.703	1.079.050	94
	I	-26.422.423	-25.747.330	-25.747.330	675.093	103
003 Socialtilsyn	U	16.582.653	17.661.703	17.661.703	1.079.050	94
	I	-26.422.423	-25.747.330	-25.747.330	675.093	103
20 Socialtilsyn Syd Plus	I	-44.494			44.494	
002 Øvrig administration	I	-44.494			44.494	
Total ('Udgift')	U	55.375.487	54.087.304	59.875.168	4.499.681	92
Total ('Indtægt')	I	-57.556.048	-54.087.304	-54.087.304	3.468.744	106
Total ('Netto')	N	-2.180.561		5.787.864	7.968.425	-38

Socialdirektørforum (Møde i Socialdirektørforum den 10. marts 2023)

10-03-2023 10:00 - 11:00

Milling Hotel Park, Viaduktvej 28, 5500 Middelfart

Information: Medlemmer

Pia Mejborn, Billund Kommune,
Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune,
Mette Heidemann, Fredericia Kommune,
Siggi W. Kristoffersen, Faaborg-Midtfyn Kommune,
Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune,
Thomas Reintoft, Kolding Kommune,
Henrik Mott Frandsen, Middelfart Kommune,
Mogens Bak Hansen, Nordfyns Kommune,
René Junker, Odense Kommune,
Christian Schacht-Magnussen, Region Syddanmark
Claus Sørensen, Svendborg Kommune,
Claus Fjeldgaard, Varde Kommune,
Morten Oldrup, Vejen Kommune,
Kimma Vingaard Thomsen, Ærø Kommune,
Karen Storgaard Larsen, Aabenraa Kommune,

KKR og sociale sekretariat

Laila Løhde Møller, KL
Mai-Britt Wismann, Sociale sekretariatet
Bodil Larsen-Ledet, Sociale sekretariatet

Afbud

Anne Mette Lund, Vejle Kommune,
Klaus Liestmann, Sønderborg Kommune,
Grethe H. Nielsen, Tønder Kommune,
Bettina Brøndsted, Kerteminde Kommune,
Trine Birgitte Nanfeldt, Fanø Kommune,
Torben Kelm Danielsen, Nyborg Kommune,
Torben Lønberg, Langeland Kommune,
Michael Bjørn, Assens Kommune,

Indhold

Beslutning for Punkt 1: Godkendelse af referat	1
Punkt 1: Godkendelse af referat	1
Beslutning for Punkt 2: Samarbejde mellem Socialdirektørforum og Psykiatrisygehusene	1
Punkt 2: Samarbejde mellem Socialdirektørforum og Psykiatrisygehusene	1
Beslutning for Punkt 3: Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet	1
Punkt 3: Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet	2
Beslutning for Punkt 4: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet	2
Punkt 4: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet	2
Beslutning for Punkt 5: Høring vedr. fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark	3
Punkt 5: Høring vedr. fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark	3
Beslutning for Punkt 6: Fællesmøde mellem Børne- og ungeområdet og Socialdirektørforum	4
Punkt 6: Fællesmøde mellem Børne- og ungeområdet og Socialdirektørforum	4
Beslutning for Punkt 7: Orienteringer	5
Punkt 7: Orienteringer	5
Beslutning for Punkt 8: Eventuelt	6
Punkt 8: Eventuelt	6

Beslutning for Punkt 1: Godkendelse af referat

Godkendt.

Punkt 1: Godkendelse af referat

Baggrund

Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 20. januar 2023.

Indstilling

Det indstilles til Socialdirektørforum, at

- godkende referat fra møde i Socialdirektørforum den 20. januar 2023.

Beslutning for Punkt 2: Samarbejde mellem Socialdirektørforum og Psykiatrisygehusene

Oprettelsen af et samarbejdsforum og rammen som beskrevet i vedhæftede bilag blev godkendt.

Punkt 2: Samarbejde mellem Socialdirektørforum og Psykiatrisygehusene

Baggrund

På møde i Socialdirektørforum den 20. januar 2023 hvor psykiatridirektør Charlotte Josefsen deltog, blev det besluttet, at undersøge hvordan der kan organiseres en fast løbende koordinering mellem socialområdet og psykiatriområdet. Koordineringen bl.a. aktuel, når der sker ændringer i organiseringen, der har konsekvenser på tværs af sektorerne. Et oplæg til dette samarbejde ses i vedhæftede dokument: Samarbejdsforum mellem Psykiatrien og Socialdirektørforum.

Indstilling

Det indstilles til Socialdirektørforum, at

- godkende oprettelsen af et samarbejdsforum og
- godkende rammen for samarbejdet som beskrevet i vedhæftede bilag

Beslutning for Punkt 3: Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet

Udfordringerne på psykiatriområdet set fra socialområdet blev drøftet. Følgende emner er nævnt:

- STIME
- Fremskudt Funktion
- Botilbudsteam
- Ulighed i sundhed

- Forløb på tværs

Punkt 3: Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet

Baggrund

Socialdirektørforum og psykiatrisygehusene har aftalt at arbejde med at tegne et fælles billede af: Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet (udfordringsbilledet). Udfordringsbilledet skal danne udgangspunkt for en fælles dagsorden i forhold til samarbejdsfladerne mellem socialområdet og sundhedsområdet herunder i den nye organisering i sundhedsklynger på sundhedsområdet.

Forretningsudvalget lægger op til en drøftelse af udfordringerne og Socialdirektørforum opfordres til at vælge 2-3 emner, der vurderes at være de vigtigste emner. Beskrivelsen af udfordringsbilledet og de udvalgte emner arbejdes der herefter videre med i samarbejde med psykiatrisygehusene.

Bilag: 20230307 Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- drøfte udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet og
- beslutte hvilke 2-3 udfordringer der skal arbejdes videre med.

Beslutning for Punkt 4: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 4: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet

Baggrund

Social- og boligstyrelsen udsendte d. 27. september 2022 to Centrale Udmeldinger til landets kommunalbestyrelser. Én vedr. punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og én vedr. tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab. Social- og boligstyrelsen kan udsende Centrale Udmeldinger på målgrupper og særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommuner eller regioner for at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Social- og boligstyrelsen udsendte de Centrale Udmeldinger fordi de er bekymrede for, hvorvidt kommuner og regioner i tilstrækkelig grad koordinerer og samarbejder om at anvende og dermed opretholde det fornødne udbud af højt specialiserede punktskrifts- tegnsprogsindsatser.

Efter afrapportering til Social- og boligstyrelsen vil der følge en dialog mellem styrelsen og kommunalbestyrelserne med henblik på at kortlægge, hvorvidt der på regionalt og

nationalt plan er en tilstrækkelig koordinering om at anvende og dermed opretholde højt specialiserede indsatser til målgrupperne.

Status

Kommunikationscentrene i Syddanmark har via spørgeskemaer svaret på de spørgsmål Social- og boligstyrelsen stiller i de centrale udmeldinger. Sekretariatet arbejder med at få udarbejdet et udkast til besvarelse af de to centrale udmeldinger. Der er i hele processen et nødvendigt fokus på dialog og koordinering med sekretariaterne fra de fire andre KKR-områder, så det sikres, at rapporterne er afstemt med blik for den samlede nationale tilbudsstruktur. I den forbindelse har KL's Koordinationsforum en særlig rolle i forhold til at koordinere besvarelserne fra de 5 regioner. Denne koordinering sker på møde i Koordinationsforum den 14. april 2023.

Status: Der er modtaget besvarelser fra ni af 11 kommunikationscentre på de centrale udmeldinger. Der er pågår aktuelt proces med opfølgende spørgsmål til nogle af besvarelserne.

Frem til afleveringen af besvarelserne til Styrelsen senest 1. juli 2023 er der følgende skridt:

- Status på processen behandles i Socialdirektørforum 10. marts
- Udkast til besvarelse kvalificeres på tværs af sekretariaterne 20. marts (møde for sekretariaterne)
- Uge 12 afrapporteringer sendes til kommentering i kommunerne/kommunikationscentrene
- Uge 13 kommentarer indarbejdes i afrapporteringer
- Afrapporteringerne behandles i Koordinationsforum
- Tilretning af rapporter efter behandling i Koordinationsforum
- Afrapportering behandles i Forretningsudvalget i 1.maj
- Afrapporteringerne behandles i Socialdirektørforum 16. maj
- Afrapporteringerne behandles i K22 juni
- Politisk godkendelse i KKR 20. juni
- Afrapportering viderefremmes til Socialstyrelsen med forbehold for godkendelse i kommunerne

Indstilling

Det indstilles til Socialdirektørforummet, at

- tage orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 5: Høring vedr. fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 5: Høring vedr. fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Baggrund

Region Syddanmark har udsendt høringsmateriale i forbindelse med en omorganisering i Børne- og ungdomspsykiatrien.

Baggrunden bag omorganiseringen er, at Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er udfordret på en række områder - først og fremmest i forhold til stigende efterspørgsel efter udredning og behandling samt mangel på speciallæger. Konsekvenserne af de udfordringer som børne- og ungdomspsykiatrien står med er bl.a., at det ikke er muligt at overholde udredningsretten. Ventetiden er for mange også steget markant de seneste år.

Region Syddanmark vurderer, at udfordringerne dels er vedvarende dels er af en sådan alvorlighed, at der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling.

Regionsrådet besluttede i maj 2022 at igangsætte en proces, der skulle munde ud i forslag til håndtering af de aktuelle udfordringer, herunder den fremtidige organisering af området.

Processen har bl.a. indeholdt en række dialogmøder med kommuner, patientforeninger, patienter og pårørende samt De praktiserende lægers organisation (PLO) foruden drøftelser internt i Psykiatrisygehuset.

På den baggrund har Region Syddanmark på regionsrådets møde den 23. januar 2023 besluttet, at sende udkast til en fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark i bred offentlig høring:

Høringsfristen er den 27. marts 2023 kl. 12.00.

Hørings svar

På baggrund af input fra kommunerne er der udarbejdet et høringssvar vedr. ny organisering Børne og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i samarbejde mellem Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat.

Indstilling

Det indstilles, at

- Socialdirektørforum tager orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 6: Fællesmøde mellem Børne- og ungeområdet og Socialdirektørforum

Mødet med repræsentanter fra børne- og ungeområdet udskydes til efteråret.

Punkt 6: Fællesmøde mellem Børne- og ungeområdet og Socialdirektørforum

Baggrund

I samarbejde med Børne- og Kulturchefforeningen syd (BKF-syd) er dato for fællesmøde mellem Børne- og ungeområdet og Socialdirektørforum fastlagt til den 16. maj 2023. Et eksisterende møde i Socialdirektørforum omlægges derfor til et fysisk møde og forlænges. Comwell i Middelfart er booket fra kl. 9 – 15.

Forretningsudvalget opfordrer medlemmerne i Socialdirektørforum til at videresende den udsendte kalenderinvitationen til kolleger fra Børne- og ungeområdet i egen kommune.

Ud fra input fra BKF arbejdes der på et program med temaer af fælles interesse:

- Mental sundhed for børn og unge
- Psykiatriplanen
- Hovedloven

Desuden vil der være oplæg om:

- Børnehusets perspektiver på barnets lov
- Behandlingsprojektet Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- tage orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 7: Orienteringer

Orienteringerne blev taget til efterretning.

Punkt 7: Orienteringer

Baggrund

Dialogmøde med styrelsen

Det halvårige dialogmøde om NATKO mellem Socialstyrelsen, (fremover Social- og Boligstyrelsen) og de syddanske kommuner blev afholdt i januar 2023. Fra Syddanmark deltog René Juncker og Rolf Dalsgaard Johansen. Social- og Boligstyrelsen informerede om status på de aktuelle centrale udmeldinger og aktuelle forløbsbeskrivelser samt om en kommende undersøgelse af Tilbudsstrukturen hvor styrelsen i den forbindelse inviterer rammeaftalesekretariatene til at indgå i et samarbejde om at finde relevante tilbud for NATKOs målgrupper til undersøgelsen. Syddanmark accepterede invitationen og deltager gerne.

Bilag: Referat fra dialogmøde om NATKO med Syddanmark den 17. januar 2023.

Dimensionering af pædagoguddannelser

KKR Syddanmark skal sammen med regionsrådet årligt indstille antallet af uddannelsespladser på pædagoguddannelsen til Forsknings- og Uddannelsesministeriet samt fordelingen af studerende på de tre specialeretninger. KKR besluttede på mødet den 7. februar at oprette 1.205 studiepladser fordelt med 42 pct. På dagtilbudsområdet, 39 pct. på social og specialpædagogik og 19 pct. på skole og fritidspædagogik.

Vedlagt som bilag er sagsfremstilligen fra møde i KKR Syddanmark: dimensionering af pædagoguddannelsen

Indstilling

Det indstilles til Socialdirektørforum, at

- tage orienteringerne til efterretning.

Beslutning for Punkt 8: Eventuelt

Intet til eventuelt.

Punkt 8: Eventuelt

-

UDVIKLINGEN PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Tak for invitationen!

Lise Willer

- Direktør for Borger og Arbejdsmarked i Esbjerg Kommune
- Formand for socialdirektørerne i Syddanmark
- Medlem af Ekspertudvalget nedsat af Regeringen og KL

Afrapportering

Aftalt med KKR at se på:

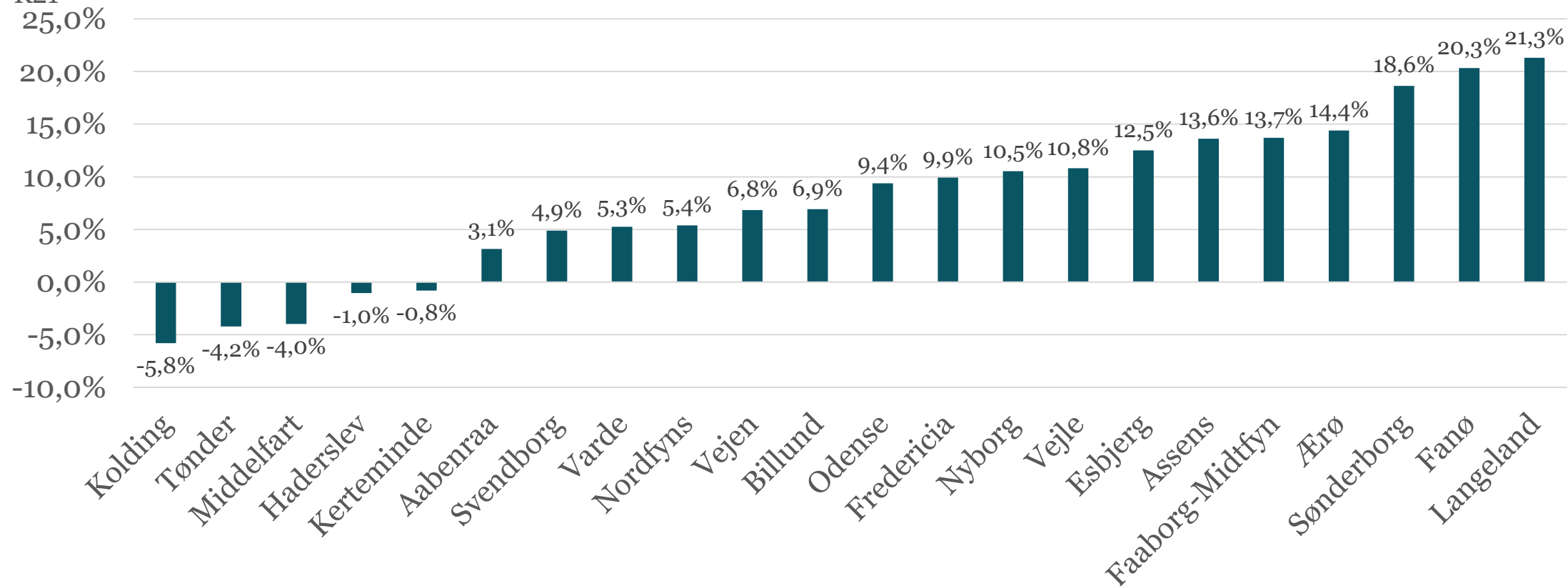
- Fælles dataunivers
- Analyse af udviklingen – hvad driver udgifterne?
- Målrettet benchmarking
- Incitamentsstruktur- og muligheder



Udgiftsvækst - specialiserede voksenområde 2018-2021 – Syddanske kommuner

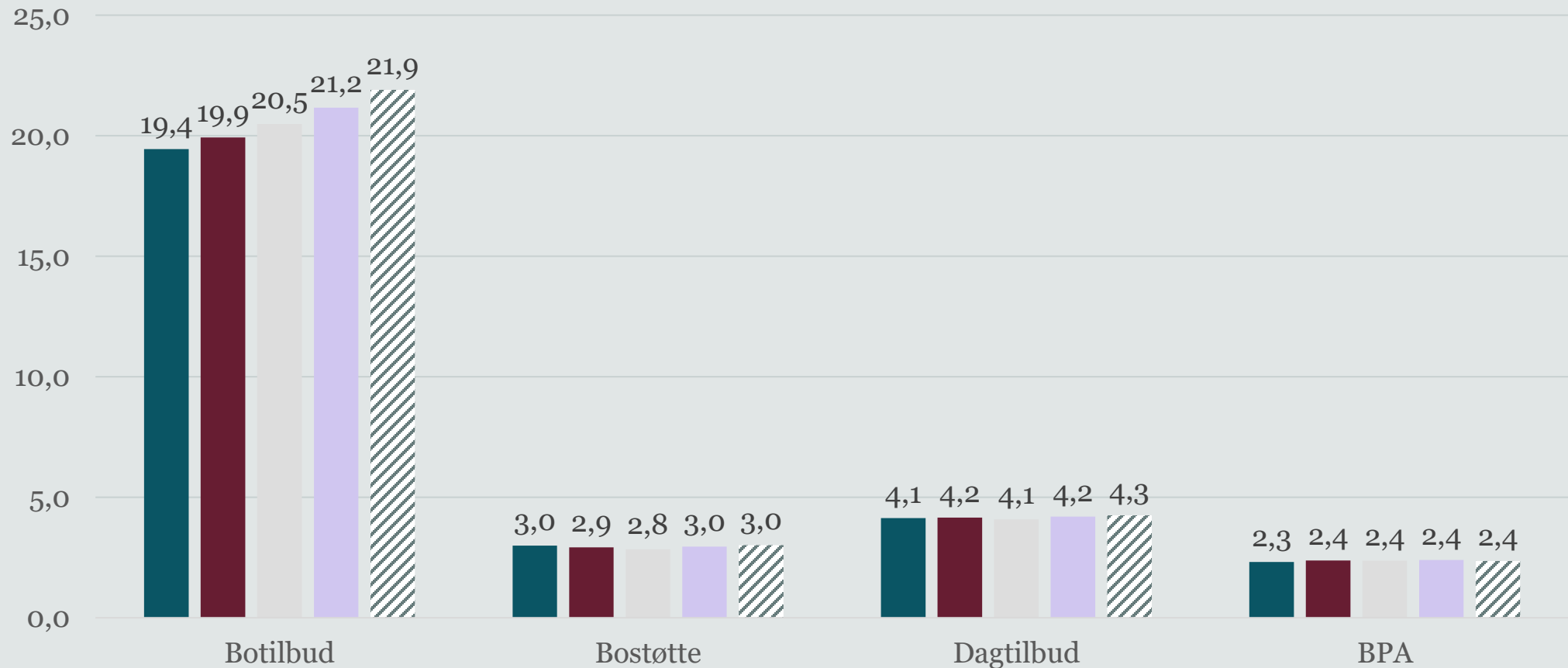
Udgiftsudvikling R18-

R21



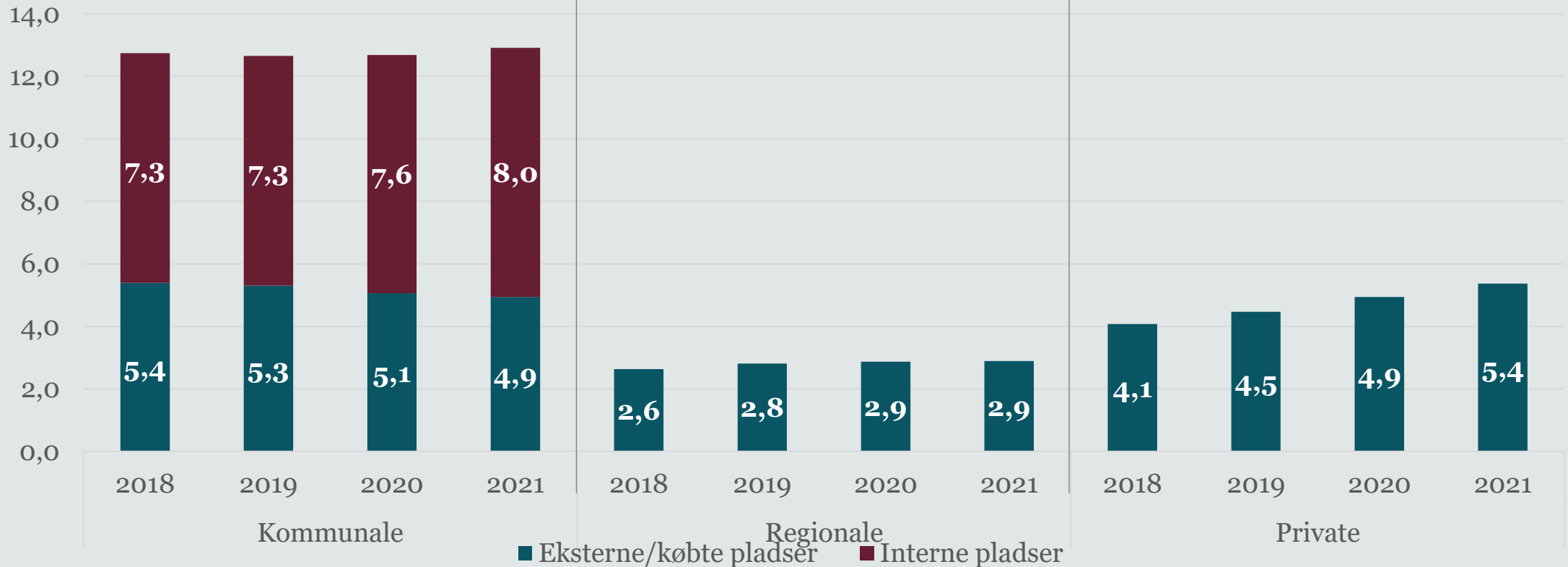
Udgiftsvæksten kan helt overvejende tilskrives botilbud

Mia. kr. 23 pl



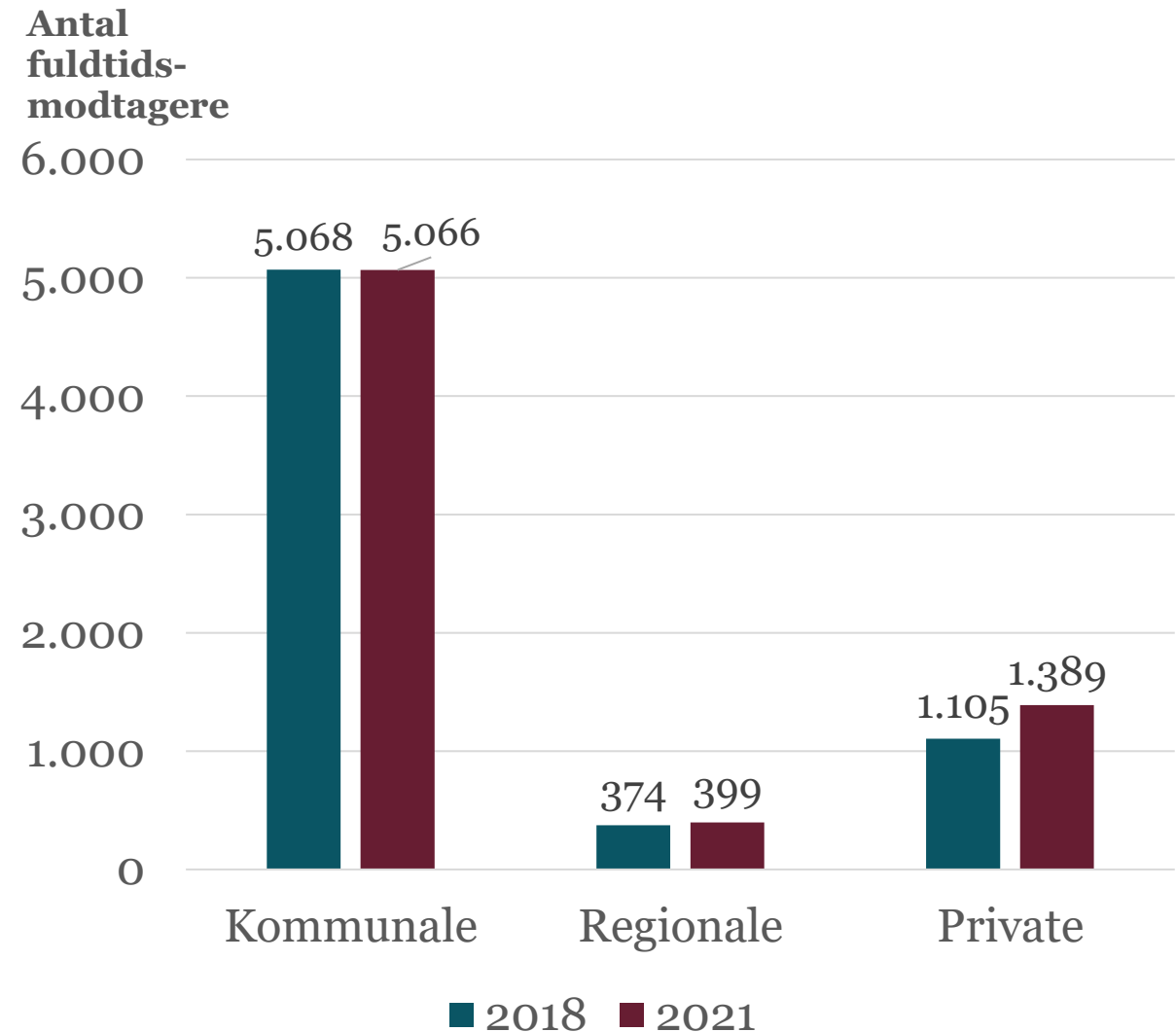
Udgiftsvæksten på botilbud skyldes i høj grad stigende udgifter til private botilbud

Mia. kr. (22 pl)



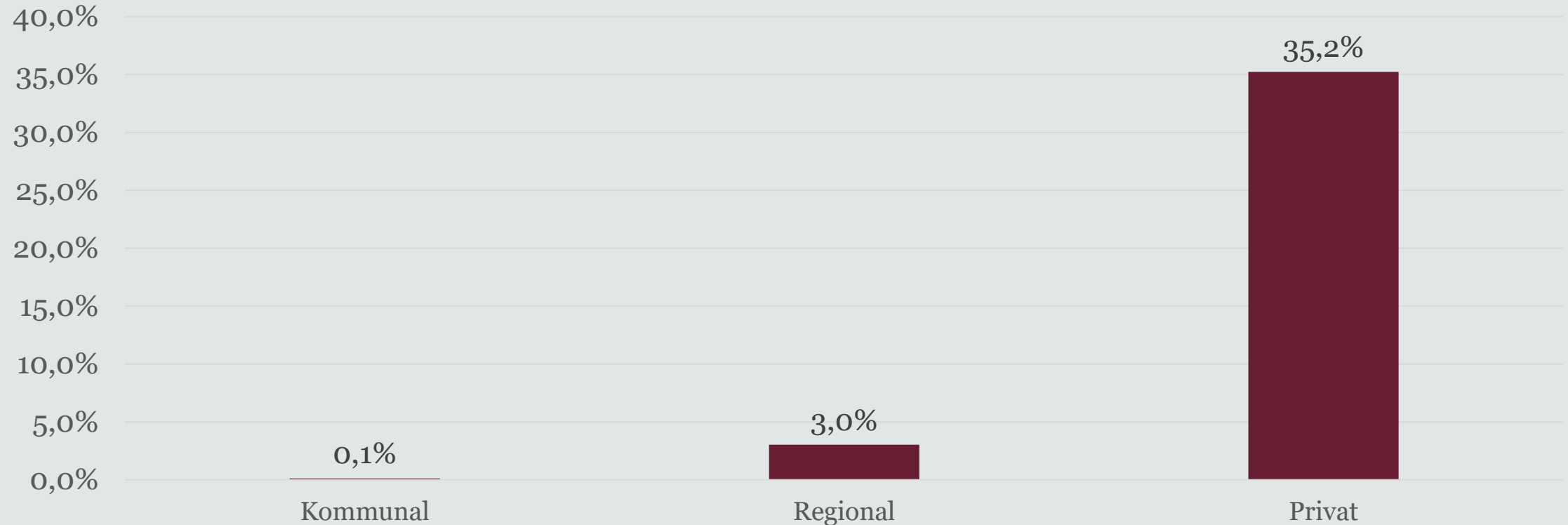
Antallet af modtagere af private tilbud stiger

- Hovedparten af borgerne er i kommunale tilbud
- Men væksten er størst i de private tilbud



De private tilbud er steget mest i pris i Syddanmark

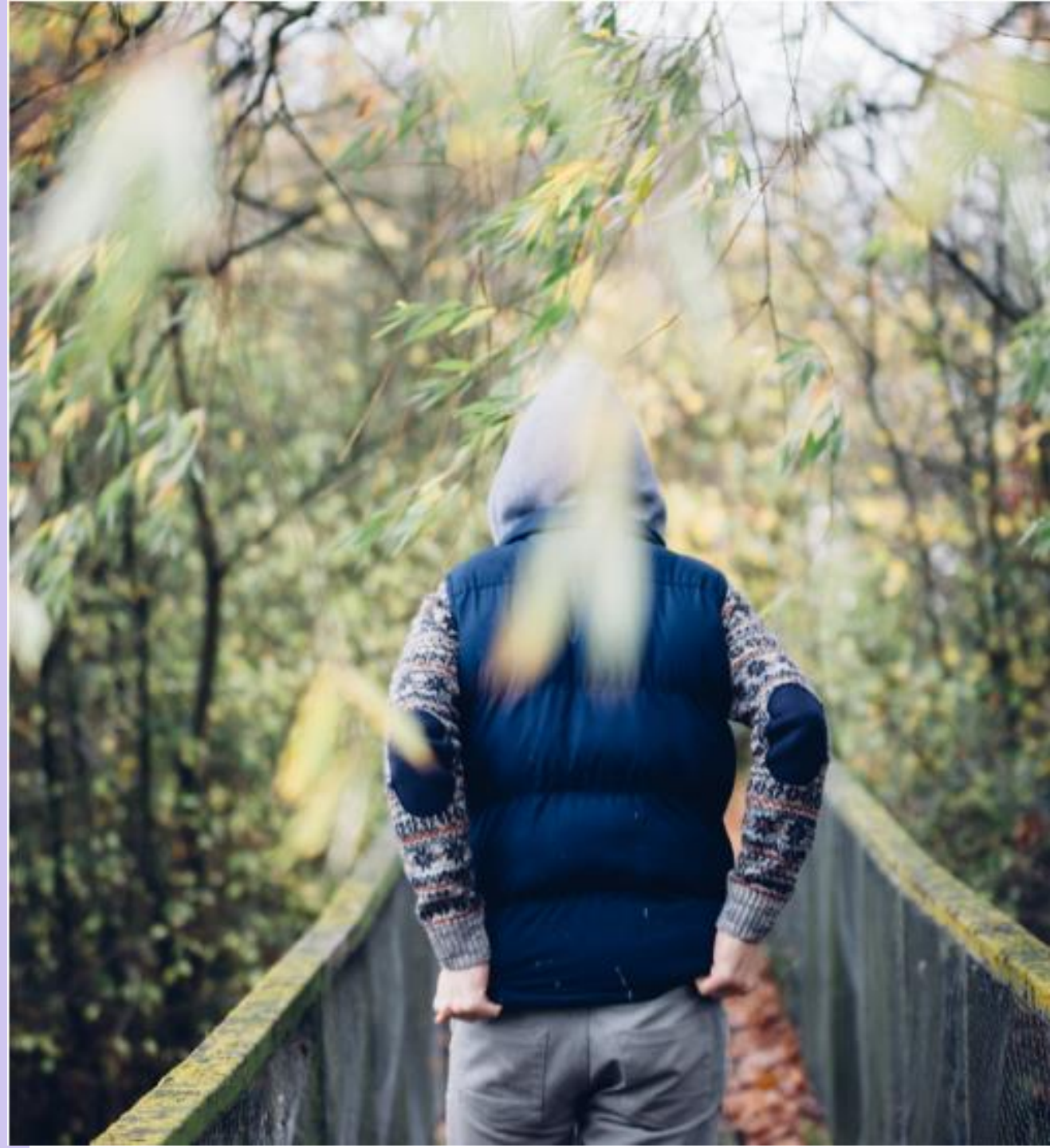
Udvikling i gennemsnitlig årspris



Note: Figuren omfatter kun kommuner i Region Syddanmark

Hvad kan vi gøre på den korte bane?

- **Tiltag der skaber besparelser på botilbud (lavere serviceniveau)**
- **Drøfte om der er villighed til loft over taksterne**
- **Udbyg den kommunale og/eller regionale kapacitet – der er behov, men også som et tiltag mod at placere i privat regi.**



K22 har spurgt

- **Kapacitet til særlige målgrupper** - er der bestemte målgrupper, hvor vi i fællesskab skal se på om nye tilbud er nødvendige?
- Hvordan kan **relationen til de private tilbud** styrkes med sigte på reduktion af takster?
- **Stigende takster** i de kommunale og regionale tilbud – kan vi gøre noget selv?



Kapacitet til særlige målgrupper

Relationen til de private tilbud

Stigende takster

Kapaciteten skal udbygges:

- Socialdirektørforum kommer med oplæg i efteråret om at udbygge kapaciteten i Syddanmark
- Der er brug for politisk pres mod Christiansborg for at skabe mere smidighed i mulighederne for at bygge udenfor anlægsrammen, på tværs af kommuner etc.

Kapacitet til særlige målgrupper

Relationen til de private tilbud

Stigende takster

- Gået i dialog med LOS
- Standardkontrakter
- Opfølgning og forhandling

Kapacitet til særlige målgrupper

Relationen til de private tilbud

Stigende takster

- Holder taksterne i ro i kommunale tilbud i Syddanmark

- Regionale tilbud har hævet taksten lidt

- Private tilbud – stor stigning

De mange tilsyn på Socialområdet driver udgifterne op

- Socialtilsynet; Krav til faglighed og ledelse
- Magtanvendelsesreglerne; teknologi og fornuftige løsninger kan ikke anvendes, da det er i strid med magtanvendelsesreglerne og borgerens retssikkerhed
- Arbejdstilsynet og Socialtilsynets påbud harmonerer ikke altid

- Tilsyn og styrelser contra kommunal økonomi
- Udfordret kapacitetsplanlægning
=> det politiske råderum mindskes



Indspark

- Ønsker:
 - Bedre rammer for prioritering – inkl. klar arbejdsdeling med tilsynene
 - Bedre muligheder for kapacitetsplanlægning, fx:
 - Opblødning af paragrafferne på botilbudsområdet – boligen/tilbuddet skal passe til borgerens behov, ikke omvendt
 - Sociale byggerier løftes ud af anlægsrammen?
 - Smidigere lovgivning = mulighed for at kommuner kan bygge i fællesskab
- De private tilbud som en del af rammeaftalen?
- Loft over taksterne – en etisk diskussion
- Hvad kan vi gøre lokalt?

- Tilsyn og styrelser contra kommunal økonomi
- Udfordret kapacitetsplanlægning
=> det politiske råderum mindskes



Udfordringer på psykiatriområdet set fra socialområdet

Børn, unge og voksne med sindslidelser er i deres behandlingsforløb ofte i kontakt med både kommune og psykiatrien. Medarbejdere i både kommune og psykiatri fungerer som vigtige aktører i borgerens behandlings- og støtteforløb, hvorfor et godt samarbejde mellem de to sektorer er af stor betydning for borgerens forløb.

Den nye 10-årige psykiatriplan skal løfte den samlede psykiatri og understøtte en større sammenhæng for borgere med psykiske vanskeligheder. Planen indebærer blandt andet, at kommuner og regioner skal samarbejde om at udvikle og implementere en fælles strategi for psykiatriområdet. Der skal også etableres fælles mål og handleplaner, der sikrer at borgere med psykiske udfordringer får en sammenhængende og koordineret indsats. Desuden skal der etableres tværfaglige teams og netværk, der kan sikre en helhedsorienteret indsats for borgere. Samlet set skal psykiatriplanen medvirke til at sikre, at alle borgere med psykiske lidelser får den hjælp og støtte, de har brug for, og at behandlingen og omsorgen bliver mere effektiv og sammenhængende.

Grundlaget for samarbejdet i Region Syddanmark er blandt andet de regionale samarbejdsaftaler, hvor der på nogle områder også er udarbejdet lokale aftaler mellem kommuner og psykiatridelinger. Der arbejdes kontinuerligt med samarbejdet mellem de to sektorer, og der har de seneste år været gennemført en række projekter i Region Syddanmark, f.eks. "Sammen om psykiatri", "Fremskudt Funktion" og "Tilbage til skole", der alle har til formål at sikre mere sammenhængende, forebyggende, koordinerede og helhedsorienterede indsatser for de fælles borgere.

Socialdirektørforum i Syd besluttede i november 2022 at udarbejde dette notat om udfordringsbilledet på socialområdet. Et af formålene med notatet er, at det sammen med den nye psykiatriplan skal danne grundlag for det strategiske samarbejde mellem socialområdet og psykiatrien i Syddanmark, herunder i forhold til den nye organisering på sundhedsområdet.

I dette notat beskrives udfordringsbilledet set med et kommunalt perspektiv, derefter er der

- beskrevet en række forslag til områder, hvor der i fællesskab kan arbejdes videre i Region Syddanmark
- oplistet forslag til indsatser set med et patient-/organisations-/foreningsperspektiv

Til sidst i notatet er oplistet Social direktørforums forslag til prioritering af den fælles indsats.

Kommunalt perspektiv - Dobbeltpres, manglende kapacitet og øget behov for kommune støtte.

De lange ventetider på psykiatrisk behandling og udredning, der kan have store personlige konsekvenser for den enkelte borger, ligger et pres på den kommunale sektor. De kommunale medarbejdere skal håndtere borgere, der venter på udredning og ofte får det dårligere og et lavere funktionsniveau. Kommunerne har ofte hverken redskaber eller tilbud, der kan give borgerne den relevante støtte og hjælp, før der er sket psykiatrisk udredning og behandling.

Kommunerne oplever at stå i et dobbeltpres: På den ene side har flere med psykiske vanskeligheder behov for hjælp og støtte fra kommunen, og deraf stigende udgiftspres. På den anden side modtager den enkelte patient mindre behandling og udskrives tidligere fra psykiatrisk indlæggelse.

Kommunerne oplever derfor parallelt med opgavevæksten en opgaveglidning. Kommunerne står med et stort ansvar for mennesker med svære psykiske vanskeligheder, som ikke altid er færdigbehandlet, når de udskrives fra den regionale psykiatri, og som har et massivt behandlings- og støttebehov.

Kommunerne kan og skal ikke stå alene med patienter med svære psykiske vanskeligheder, der ikke er tilstrækkeligt behandlet.

Omvendt skal det sikres, at kommunerne har de rette tilbud, så behandlingspsykiatrien kan udskrive færdigbehandlede patienter til en social indsats, der forebygger genindlæggelser og sikrer udvikling hos den enkelte borger.

Fælles for både kommuner og psykiatrien er, at de oplever en mangel på ressourcer som fx tid, personale og økonomi. Samtidig opleves en stigende grad af kompleksitet, og at flere borgere har brug for hjælp fra de to sektorer – dette kalder på et øget behov for samarbejde og koordinering.



Samarbejdet kan blive udfordret af, at der i de kommunale og regionale tilbud til borgere med psykiske lidelser kan være forskellige tilgange til og tolkninger af, hvordan borgeren får den bedste behandling. Et eksempel på dette kan være, at kommunerne oplever, at Psykiatrien ofte har den tilgang, at for at få ro på borgeren, bør kommunen give et døgntilbud. Omvendt kan kommunerne ønske sig at borgeren er indlagt i længere tid, og at borgere med udadreagerende adfærd kan indlægges. Det er heller ikke ukendt, at psykiatrien gerne vil definere, hvilken indsats en borger skal modtage og i visse tilfælde peger på valg af leverandør.

Udfordringer i samarbejdet kan bekæmpes ved ledelsesmæssigt at skabe et godt fundament for samarbejdet på tværs af de to sektorer. Dette for det første ved at medarbejderne får et godt kendskab til hinandens lovgivning og forståelsesmæssige rammer for at udføre opgaverne. For det andet ved, at der er klare aftaler og rammer, der sikrer et styrket samarbejde om de borgere, hvor der er behov for samtidige indsatser og koordinerede indsatser – herunder aftaler for, hvem der gør hvad i det tværsektorielle samarbejde.¹

¹ Ovenstående udarbejdet efter inspiration fra https://www.kl.dk/media/17563/kl01s109-priv-smn-personal-user-shell-folders-desktop-kl-indspil-_styrket_indsats_til_mennesker_med_psyk.pdf

Psykiatriplan 2020-2024 adresserer flere af ovenstående problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde, blandt andet

- Permanentgørelse af fremskudt funktion og fælles sparringspulje på børne- og ungeområdet
- Videreføre undervisning for lærere i grundskolen om mental trivsel blandt unge
- Der tages hånd om patienter, der har gentagne udeblivelser, men som fortsat har et behandlingsbehov
- En aktør har det fulde ansvar for patient/borger, indtil ansvaret er fuldt ud overdraget og bekræftet af anden aktør
- Mennesker med svær psykisk sygdom, som samtidig er hjemløse ved indlæggelse i døgnpsykiatrien, bør ikke udskrives til gaden eller lignende
- Pilotprojekt for mennesker med misbrug og svær psykisk sygdom
- Permanentgørelse af styrket samarbejde med institutioner for unge borgere under 20 år
- Integreret og fælles samarbejde og kompetenceudvikling i forhold til de mest sårbare borgere

Hvor kan man med fordel øge samarbejdet mellem sektorerne i Syddanmark

De forebyggende indsatser, udeblivelser og den fælles kompetenceudvikling, der blandt andet er en del af psykiatriplan 2020-2024, foreslår kommunerne i Sydmark særlig prioriteret i det fremtidige samarbejde mellem de to sektorer.

- To forebyggende indsatser har haft en veldokumenteret effekt i arbejdet med børn og unge i mistrivsel. For det første er der gode resultater med Region Syddanmarks Fremskudt funktion. For det andet har Region Hovedstaden gode resultater med det tværsektorielle samarbejde STIME. Et forslag er med afsæt i disse to projekter, evt. med et mere udbygget samarbejde end de eksisterende STIME tiltag, at sætte målrettet ind med forebyggende indsatser i Region Syddanmark.
- Der er desuden en række målgrupper med særligt komplekse problemstillinger, der kalder på højt specialiseret indsats, og høj grad af koordination og samarbejde. Disse målgrupper er blandt andet borgere med dobbelt og trippel-diagnoser, stærkt udadreagerende borgere, borgere med hjemløshed, borgere med svære spiseforstyrrelser og borgere med svær autisme. For disse målgrupper kan der udvikles fælles kompetenceudvikling på tværs af region, almen praksis og kommuner.
- Udeblivelser i lokalpsykiatrien: Der anbefales et fælles arbejde på tværs af sektorer, hvor det afdækkes, hvilke muligheder der er for at sikre mere stabilt fremmøde for den enkelte borger. Som eksempel kan nævnes udekørende teams fra lokalpsykiatrien samt understøttende personale fra den kommunale side. Der er igangsat pilotprojekt i Kolding om udeblivelser, og når erfaringerne foreligger, vil de kunne inddrages i det videre arbejde.

Der er gennemført flere veldokumenterede og evidensbaserede projekter, der med fordel kunne inspirere til at løfte indsatsen for den enkelte patient/borger, sikre koordination og samarbejde, samt skabe bedre overgange mellem behandlingspsykiatri og kommune. Som eksempel på dette kan fremhæves:

- Etablering af botilbudsteams. Esbjerg og Vejle er aktuelt i gang med pilotprojekter i samarbejde med psykiatrien i regions syd, der skal forebygge genindlæggelse, sikre bedre koordinering og øget kendskab. Det foreslås, at der arbejdes med, hvordan botilbudsteams kan udbredes til de øvrige kommuner i Region syd, samt om der kan

ske udbygning af indsatsen, så også "sengepsykiatrien" kan behandle borgere udenfor de psykiatriske afdelinger.

Derudover peges på følgende fælles interesseområder: Gennemsnitsalderen for borgere på voksensocialområdet stiger, og flere får flere somatiske vanskeligheder. Primært en økonomisk udfordring, da det fagligt og menneskeligt er en god udvikling. Det foreslås, at de to sektorer sammen kan sætte fokus på dette i højere grad.

Organisationer, foreninger, patienter og pårørende

45 organisationer og foreninger, der repræsenterer arbejdsgivere, personalegrupper, patienter, brugere og pårørende indenfor psykiatrien udarbejdede i 2021 i fællesskab 8 forslag til, hvad en 10-årig psykiatriplan bør adressere². Elementer fra de 8 forslag er oplyst nedenfor. Der angives i oplægget en række handlingsforslag, der direkte adresserer samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og kommune, og som kan indgå i de videre lokale drøftelser mellem kommunerne og region Syddanmark. Mere viden om de 8 handlingsforslag kan findes på <http://psykiatriliancen.dk/psykiatriloeftet/>

Løft socialpsykiatrien, så borgere med behov for social støtte hurtigt modtager en fagligt specialiseret, tilstrækkelig og stimulerende indsats	Løft behandlingspsykiatrien, så kvaliteten styrkes, og alle, der har behov, kan (for)blive indlagt	Løft indsatsen for borgere med behov for en samlet misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling	Et løft, så alle berørt af psykisk sygdom oplever, at hjælpen er koordineret mellem sektorer
Løft støtten til pårørende til mennesker ramt af psykisk sygdom	Løft den tidlige og forebyggende indsats for alle borgere med psykisk sygdom	Et løft så alle børn, der har behov, får en systematisk og effektiv tidlig indsats	Løft mulighederne for psykiatrisk forskning

Forslag til prioritering i samarbejdet mellem Kommuner og Regions psykiatrien

Med afsæt i dette notat foreslår Socialdirektør forum, at de første drøftelser mellem Socialdirektør forum og Regionspsykiatrien omhandler, hvordan vi kan bygge videre på de gode erfaringer fra eksisterende og igangværende samarbejder både lokalt og på landsplan.

Målet er, at der sættes en retning for, hvad vi i fællesskab skal arbejde med for at løfte kvaliteten og effekten af indsatserne/behandlingen på tværs af kommuner og regionen.

Socialdirektør forum foreslår, at der først skal ske en drøftelse af:

1. Stime – Model for Syddanmark, oplæg til fælles drøftelse igangsættes

I senere faser, når erfaringerne fra Kolding, Vejle og Esbjerg foreligger, at der arbejdes med:

2. Udeblivelser i lokalpsykiatrien
3. Botilbudsteam

² Psykiatriløftet. Danmarks løfte til mennesker ramt af psykisk sygdom og deres pårørende, maj 2021

April 2023

I en senere fase, kan der arbejdes med:

4. Fremskudt Funktion – er der behov for en revidering af indsatsen

5. Andet?

Besvarelse fra kommunerne i Syddanmark på Social- og Boligstyrelsens centrale udmelding for punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse

19. april

2023

Social- og Boligstyrelsen udsendte den 27. september 2022 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser vedr. punktskriftsindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse, fordi de er bekymrede for, hvorvidt kommuner og regioner i tilstrækkelig koordinerer og samarbejder om anvendelse og dermed opretholde det fornødne udbud af højt specialiserede punktskriftindsatser til målgruppen.

Det er denne Centrale Udmelding, der er baggrunden for nærværende notat.

INDHOLD

1. KONKLUSION	1
2. INDLEDNING	2
2.1 Social- og boligstyrelsens definition af indsatsen/målgruppen	2
2.2 Proces og metode	2
3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER	3
3.1 Formål med beskrivelsen	3
3.2 De syddanske kommuners koordination og samarbejder om højt specialiserede punktskriftindsatser	3
4. TEMA 2: FREMADRETTET TILRETTELÆGGELSE AF INDSATSEN	4
4.1 Formål med beskrivelsen	4
4.2 De syddanske kommuners fremadrettede faglige tilrettelæggelse og organisering af indsatsen	4

1. KONKLUSION

Det generelle billede i kommunerne i Syddanmark er, en stor tilfredshed med de eksisterende og velfungerende samarbejder såvel kommunalt, regionalt og med de landsdækkende institutioner. Fire kommunikationscentre løser opgaven for kommunerne i Syd- og Sønderjylland og ét center løser opgaven for kommunerne på Fyn og omkringliggende øer. Koordination i forbindelse med overgange løses i alle centre af synskonsulenten, der afholder overgangsmøder med involverede institutioner/skoler, relevante fagpersoner og forældre.

Socialdirektørforum finder der aktuelt er tilstrækkelig gad af koordination og samarbejde i forhold til anvendelse og opretholdelse af det fornødne udbud af højt specialiserede punktskriftindsatser. Der henvises til relevante landsdækkende tilbud, hvis barnet/den unge har behov for indsatsen.

Målgruppen for punktskriftindsatser er meget lille og derfor er det nødvendigt med en samlet koordineret indsats, der sikrer et fagligt miljø med kritisk masse. På nationalt plan skal de lokale/regionale indsatser og praksis kunne suppleres med ydelser fra en eller flere højt specialiserede leverandører, der i samarbejde med de lokale aktører kan bidrage til udredning, afprøvning, tildeling og undervisning af børn, unge og voksne. Tilbuddet skal kunne levere undervisningsforløb for blinde, pårørende og fagpersoner.

KL's koordinationsforum følger løbende udviklingen i kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud, som er helt eller delvist objektivt finansierede.

Socialdirektørforum i Syddanmark ser frem til den videre dialog med Socialstyrelsen.

2. INDLEDNING

Social- og Boligstyrelsen udsendte d. 27. september 2022 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser vedr. punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse. Social- og Boligstyrelsen kan udsende Centrale Udmeldinger på målgrupper og særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordinati- on eller planlægning på tværs af kommuner eller regioner for at sikre det fornødne udbud af højt specialise- rede indsatser og tilbud.

Social- og Boligstyrelsen udsendte den Centrale Udmelding vedr. punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, forbi de er bekymrede for, hvorvidt kommuner og regioner i tilstrækkelig grad koordinerer og samarbejder om at anvende og dermed opretholde det fornødne udbud af højt specialise- rede punktskriftindsatser.

Efter afrapportering til Social- og Boligstyrelsen vil følge en dialog mellem styrelsen og kommunalbestyrel- serne med henblik på at kortlægge, hvorvidt der på regionalt og nationalt plan er en tilstrækkelig koordine- ring om at anvende og dermed opretholde højt specialiserede punktskriftindsatser til målgruppen.

Nærværende afrapportering samler besvarelser for kommunerne i Syddanmark.

2.1 Social- og Boligstyrelsens definition af indsatsen/målgruppen

Indsatsen/målgruppen beskrives i den Centrale Udmelding som *punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse*. Social- og Boligstyrelsen angiver i den Centrale Udmelding, at:

Den centrale udmelding omfatter børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og deraf manglende læsesyn. Det er børn og unge med isoleret synsnedsættelse og således uden yderlige funktionsned- sættelser. De højt specialiserede punktskriftindsatser kræver koordinering og planlægning på tværs af kommunerne, regionerne og landsdækkende.

2.2 Proces og metode

Social- og Boligstyrelsen har anmodet om, at kommunerne i Syddanmark dels beskriver deres koordination og samarbejde på tværs af regioner og på landsplan, dels at de beskriver den fremadrettede tilrettelæggel- se af punktskriftindsatser. For at kunne beskrive dette arbejde bedst muligt har kommunikationscentrene, der løser opgaverne for kommunerne via spørgeskema svaret på styrelsens spørgsmål. Efterfølgende har der været dialog med kommunale chefer, med fokus på anmodningens tema 2: Forslag til fremadrettede indsatser.

Efter besvarelse af spørgeskemaerne og dialogen med de kommunale chefer har der været følgende proces:

- Udkast til afrapportering på Social- og Boligstyrelsens Centrale Udmelding er sendt til kommentering ved kommunikationscentrene i Syddanmark
- Afrapporteringen er behandlet i Socialdirektørforum i maj 2023 og K22 i juni 2023
- Afrapporteringen er godkendt i KKR Syddanmark 20. juni 2023

Nedenfor beskrives koordination og samarbejde i Syddanmark samt fremadrettede tilrettelæggelse af ind- satsen med udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens Centrale Udmelding og de to temaer heri.

3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER

3.1 Formål med beskrivelsen

Social- og Boligstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Hvordan koordinerer og samarbejder kommunerne i regionen samt på tværs af regioner og på landsplan om højt specialiserede punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse?

Herunder også:

- 1) Hvordan koordineres i forbindelse med forskellige overgange i barnet og den unges liv (fx mellem førskoletilbud og skole, mellem skole og ungdomsuddannelse mv.)?*
- 2) Hvordan koordineres punktskriftindsatser og kapacitet med det stedlige kommunikationscenter og det relevante landsdækkende tilbud (fx i forbindelse med forskellige overgange)?*

Hvilke formelle samarbejdsaftaler eller lignende eksisterer der aktuelt for varetagelsen af højt specialiserede punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse?

3.2 De syddanske kommuners koordination og samarbejder om højt specialiserede punktskriftindsatser

I Syddanmark løser kommunikationscentrene opgaverne i forhold til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse. Der er indgået formelle samarbejdsaftaler for de centre der løser opgaven for flere kommuner. Kommunikationscentre i Syddanmark, der løser opgaver i forhold til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse:

- Pædagogisk Enhed ved Esbjerg Kommune, der løser opgaven for Esbjerg, Varde, Vejen, Billund og Fanø kommuner
- Hjernecenter Syd og Tale, Høre, Syn i Aabenraa. Der løser opgaven for Aabenraa, Tønder, Sønderborg og Haderslev kommuner
- CSV i Vejle/Kolding der løser opgaven for de to kommuner
- CKV (Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi), der løser opgaven for de Fynske kommuner.

Generelt opleves målgruppen for indsatserne meget lille.

Indlæring og undervisning varetages af hjemkommunen. Supplerende vejledning og rådgivning varetages af kommunikationscentrene.

Kommunikationscentrene i Jylland introducer Braille for familien, barnet og relevante fagpersoner omkring barnet og henviser til kursusforløb på og i samarbejde med Synscenter Refsnæs og IBOS. Målgruppen for forløbene er både elever, forældre og undervisere/støttepersoner. I forhold til førpunkt/begynderpunkt er der indledt et samarbejde med LEGO Foundation om brug af LEGO Braille Bricks. Kommunikationscentrene har kendskab til en national netværksgruppe for småbørn med blindhed, som Synscenter Refsnæs er tovholder for. Endvidere afholdes der i Syddanmark årligt en computer camp for skolebørn fra hele landet med blindhed. Fokus på campen er anvendelse af IT og punktapparater.

På Fyn, supplerer CKV med undervisning, vejledning og rådgivning. Den består af synstimulering, taktil træning, førpunkt, begynder punkt, punktskrift som anvendt praksis, udredning af færdigheder og læringspo-

tentiale samt undervisning i punktskriftapparater mv. Ydelserne leveres af synskonsulenter inden for målgrupperne småbørn, indskoling, mellemtrin, udskoling og ungdomsuddannelse samt af blindekonsulent og IT-konsulenter, der introducerer til LEGO Braille Bricks, Perkinsmaskinen og de elektroniske punktskriftapparater.

Koordination i forbindelse med overgange løses på alle centre af synskonsulenten, der afholder overgangsmøder med involverede institutioner/skoler, relevante fagpersoner og forældre.

Der henvises til relevante landsdækkende tilbud, hvis barnet/den unge har behov for indsatsen.

4. TEMA 2: FREMADRETTET TILRETTELÆGGELSE AF INDSATSEN

4.1 Formål med beskrivelsen

Social- og Boligstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Hvordan vil kommunerne tilrettelægge den fremadrettede punktskriftindsats til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, så der sikres en tilstrækkelig grad af koordination og samarbejde i forhold til anvendelse og opretholdelse af det fornødne udbud af højt specialiserede punktskriftindsatser? Herunder også:

- 1) *Hvordan sikres det fremadrettet, at der på tværs af kommunerne i regionen er det fornødne udbud af højt specialiserede punktskriftindsatser?*
- 2) *Hvordan sikres det fremadrettet at børn og unge med alvorlig synsnedsættelse i alle dele af landet imødekommes i deres behov for undervisning og fastholdelse i brug af punktskrift.*

Hvilke konkrete tiltag påtænker kommunerne i regionen og/eller på tværs af regionerne at iværksætte for at sikre, at der er de fornødne højt specialiserede punktskriftindsatser til stede til målgruppen?

Hvilke eventuelle udfordringer oplever kommunerne i regionen i forhold til punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse, som ikke er beskrevet i den centrale udmelding? Herunder også:

- 1) *Hvilke forslag har kommunerne i regionen på at løse disse øvrige udfordringer?*
- 2) *Hvilke tiltag har kommunerne i regionen selv mulighed for at iværksætte?*

Nedenfor følger de syddanske kommuners svar på anmodningen om beskrivelse af tema 2.

4.2 De syddanske kommuners fremadrettede faglige tilrettelæggelse og organisering af indsatsen

Det generelle billede i kommunerne i Syddanmark er, en stor tilfredshed med de eksisterende og velfungerende samarbejder såvel kommunalt, regionalt og med de landsdækkende institutioner. Generelt oplever centrene en stor tilfredshed med de ydelser centrene leverer og der er fokus på at fastholde dialog med de pårørende.

Målgruppen for punktskriftindsatser er meget lille og derfor er det nødvendigt med en samlet koordineret indsats, der sikrer et fagligt miljø med kritisk masse. På nationalt plan skal de lokale/regionale indsatser kunne suppleres med ydelser fra en eller flere højt specialiserede leverandører, der i samarbejde med de lokale aktører kan bidrage til udredning, afprøvning, tildeling og undervisning af børn, unge og voksne. Tilbuddet skal kunne levere undervisningsforløb for blinde, pårørende og fagpersoner.

Besvarelse fra Kommunerne i Syddanmark på Social- og Boligstyrelsens centrale udmelding for tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab

19. april

2023

Social- og Boligstyrelsen udsendte den 27. september 2022 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser vedr. tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab, fordi de er bekymrede for, hvorvidt kommuner og regioner i tilstrækkelig koordinerer og samarbejder om anvendelse og dermed opretholde det fornødne udbud af højt specialiserede tegnsprogsindsatser til målgruppen.

Det er denne Centrale Udmelding, der er baggrunden for nærværende notat.

INDHOLD

1. KONKLUSION	1
2. INDLEDNING	2
2.1 Social- og Boligstyrelsens definition af indsatsen/målgruppen	2
2.2 Proces og metode	2
3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER	3
3.1 Formål med beskrivelsen	3
3.2 De syddanske kommuners koordination og samarbejde om højt specialiserede tegnsprogsindsatser	3
4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER	4
4.1 Formål med beskrivelsen	4
4.2 De syddanske kommuners fremadrettede tilrettelæggelse og organisering af indsatsen	4

1. KONKLUSION

Generelt vurderes målgruppen at være meget lille.

Dog oplever Fredericia Kommune og omkringliggende kommuner at familier med et barn/ung med varigt høretab flytter til området for at give barnet/den unge mulighed for at gå i skole på Fredericiaskolen (CFH) og samtidigt bo hjemme.

Opgaverne omkring børn og unge med varigt høretab varetages af PPR-ene som samarbejder med de højt specialiserede tilbud CFH Fredericiaskolen og Center For Døve samt Høreklivkerne på AUH og OUH.

Det er vigtigt at fastholde specialiserede tilbud til målgruppen og at tilbuddene fortsat kan tilrettelægge indsatserne og tilpasse kapaciteten. Der er i de syddanske kommuner ingen planer om at ændre på tilrettelæggelsen af indsatserne for børn og unge med tegnsprogsbehov.

Socialdirektørforum finder der aktuelt er tilstrækkelig grad af koordination og samarbejde i forhold til anvendelse og opretholdelse af det fornødne udbud af højt specialiserede tegnsprogsindsatser. Der henvises til relevante lands-/landsdelsdækkende tilbud, hvis barnet/den unge har behov for indsatsen.

Socialdirektørforum følger belægningen på Fredericiaskolen og det tilhørende elevhjem tæt.

KL's koordinationsforum følger løbende udviklingen i kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud, som er helt eller delvist objektivt finansierede.

Socialdirektørforum i Syddanmark ser frem til den videre dialog med Socialstyrelsen.

2. INDLEDNING

Social- og Boligstyrelsen udsendte d. 27. september 2022 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser vedr. tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab. Social- og Boligstyrelsen kan udsende Centrale Udmeldinger på målgrupper og særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommuner eller regioner for at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Social- og Boligstyrelsen udsendte den Centrale Udmelding vedr. tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab, forbi de er bekymrede for, hvorvidt kommuner og regioner i tilstrækkelig grad koordinerer og samarbejder om at anvende og dermed opretholde det fornødne udbud af højt specialiserede tegnsprogsindsatser.

Efter afrapportering til Social- og Boligstyrelsen vil følge en dialog mellem styrelsen og kommunalbestyrelserne med henblik på at kortlægge, hvorvidt der på regionalt og nationalt plan er en tilstrækkelig koordination om at anvende og dermed opretholde højt specialiserede tegnsprogsindsatser til målgruppen.

Nærværende afrapportering samler besvarelser for kommunerne i Syddanmark.

2.1 Social- og Boligstyrelsens definition af indsatsen/målgruppen

Indsatsen/målgruppen beskrives i den Centrale Udmelding som *tegnprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab*. Social- og Boligstyrelsen angiver i den Centrale Udmelding, at:

Den centrale udmelding omfatter børn og unge med varigt høretab med behov for højt specialiserede tegnsprogsindsatser, der ikke profiterer af høreteknologi og Cochlear Implant (CI), og som derfor har eller kunne have stor gavn af at have dansk tegnsprog som første- eller andetsprog. De højt specialiserede tegnsprogsindsatser kræver koordinering og planlægning på tværs af kommunerne og regionerne samt landsdækkende koordinering.

2.2 Proces og metode

Social- og Boligstyrelsen har anmodet om, at kommunerne i Syddanmark dels beskriver deres koordination og samarbejde på tværs af regioner og på landsplan, dels at de beskriver den fremadrettede tilrettelæggelse af punktskriftindsatser. For at kunne beskrive dette arbejde bedst muligt har kommunikationscentre via spørgeskema svaret på styrelsens spørgsmål. Endvidere har der været dialog med ledelsen af Center for Høretab, Fredericiaskolen (CFH), der løser opgaven for de fleste af kommunerne. Efterfølgende er der afviklet dialogmøder med deltagelse af kommunale chefer, hvor der var fokus på anmodningens tema 2: Forslag til fremadrettede indsatser.

Efter besvarelse af spørgeskemaerne og dialogmødet har der været følgende proces:

- Udkast til afrapportering på Social- og Boligstyrelsens Centrale Udmelding er sendt til kommentering kommunikationscentre i Syddanmark
- Afrapporteringen er behandlet i Socialdirektørforum og K22
- Afrapporteringen er godkendt i KKR Syddanmark 20. juni 2023

Nedenfor beskrives koordination og samarbejde i Syddanmark samt den fremadrettede tilrettelæggelse af indsatsen med udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens Centrale Udmelding og de to temaer heri.

3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER

3.1 Formål med beskrivelsen

Social- og Boligstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Hvordan koordinerer og samarbejder kommunerne i regionen samt på tværs af regioner og på landsplan om højt specialiserede tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab? Herunder også:

- 1) Hvordan koordineres i forbindelse med forskellige overgange i barnet og den unges liv (fx mellem førskoletilbud og skole, mellem skole og ungdomsuddannelse mv.)?*
- 2) Hvordan koordineres tegnsprogsindsatser og kapacitet med det stedlige kommunikationscenter og det relevante landsdækkende tilbud (fx i forbindelse med forskellige overgange)?*

Hvilke formelle samarbejdsaftaler eller lignende eksisterer der aktuelt for varetagelsen af højt specialiserede tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab?

3.2 De syddanske kommuners koordination og samarbejde om højt specialiserede tegnsprogsindsatser

Generelt vurderes målgruppen meget lille.

Fredericia Kommune og omkringliggende kommuner oplever at familier med et barn/ung med varigt høretab flytter til området for at give barnet/den unge mulighed for at gå i skole på Fredericiaskolen (CFH) og samtidigt bo hjemme.

Opgaverne omkring børn og unge med varigt høretab varetages af PPR-ene som samarbejder med de højt specialiserede tilbud CFH Fredericiaskolen og Center For Døve samt Hørelinikerne på AUH og OUH.

Overgange i barnets og den unges liv vurderes for elever, der er indskrevet på CFH i forbindelse med konferencer, revisitationsmøder eller ved behov. Ved overgang til ungdomsuddannelse samarbejdes med STU konsulent.

4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER

4.1 Formål med beskrivelsen

Social- og Boligstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Hvordan vil kommunerne tilrettelægge den fremadrettede tegnsprogsindsats, så der sikres en tilstrækkelig grad af koordination og samarbejde i forhold til anvendelse og opretholdelse af det fornødne udbud af højt specialiserede tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab? Herunder også:

- 1) Hvordan sikres det fremadrettet, at der på tværs af kommunerne i regionen er det fornødne udbud af højt specialiserede tegnsprogsindsatser?*
- 2) Hvordan sikres det fremadrettet, at børn og unge med et varigt høretab i alle dele af landet imødekommes i deres behov for undervisning og fastholdelse i brug af tegnsprog?*

Hvilke konkrete tiltag påtænker kommunerne i regionen og/eller på tværs af regionerne at iværksætte for at sikre, at der er de fornødne højt specialiserede tegnsprogsindsatser til stede til målgruppen?

Hvilke eventuelle udfordringer oplever kommunerne i regionen i forhold til højt specialiserede tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab, som ikke er beskrevet i den centrale udmelding? Herunder også:

- 1) Hvilke forslag har kommunerne i regionen på at løse disse øvrige udfordringer?*
- 2) Hvilke tiltag har kommunerne i regionen selv mulighed for at iværksætte*

Nedenfor følger de syddanske kommuners svar på anmodningen om beskrivelse af tema 2.

4.2 De syddanske kommuners fremadrettede tilrettelæggelse og organisering af indsatsen

Det er vigtigt at fastholde specialiserede tilbud til målgruppen og at tilbuddene fortsat kan tilrettelægge indsatserne og tilpasse kapaciteten. Der er i de syddanske kommuner ingen planer om at ændre på tilrettelæggelsen af indsatserne for børn og unge med tegnsprogsbehov.

Socialssekretariat regnskab 2022, godkendt budget 2023 og budgetforslag 2024

	Budget 2022 Godkendt	Regnskab 2022	Budget 2023 Godkendt	Forventet regnskab 2023	Budget 2024 Forslag	Forventet regnskab 2024	Budget 2025 Forslag	Forventet regnskab 2025
Løn	1.250.000	1.382.127	1.300.000	1.400.000	1.450.000		1.450.000	
Efteruddannelse	25.000	0	25.000	0	25.000		25.000	
Tjenestekørsel	45.000	23.124	45.000	25.000	30.000		30.000	
Øvrige personale udgifter	0	0		0	0		0	
Personaleudgifter i alt	1.320.000	1.405.251	1.370.000	1.425.000	1.505.000		1.505.000	
Særlige fælleskommunale initiativer:								
Øvrige aktiviteter	480.000	20.148	450.000	15.000	313.101		313.101	
Sammen om psykiatri		135.777		85.000	0		0	
Klimasekretariatet	700.000	700.000	700.000	852.000	0		0	
Indberetningssystemet KIR	0	59.009	70.000	70.000	70.000		70.000	
Netværk for botilbudsledere	0	0		0	0		0	
Rejser og repræsentation	0	0		0	0		0	
Fælleskommunal mødevirksomhed	300.000	187.628	317.800	317.800	317.800		317.800	
Kontorhold, konsulentbistand m.m.	210.000	20.760	210.000	40.000	100.000		100.000	
Materiale og aktivitetsudgifter i alt	1.690.000	1.123.322	1.747.800	1.379.800	800.901		800.901	
Udgifter til IT	5.000	10.612	5.000	5.000	15.000		15.000	
Inventar	30.000	0	10.000	0	10.000		10.000	
Kapacitetsudgifter i alt	35.000	10.612	15.000	5.000	25.000		25.000	
Husleje m.m.	52.800	65.125	65.000	66.020	68.000		68.000	
Grunde og Bygninger i alt	52.800	65.125	65.000	66.020	68.000		68.000	
Overførsel til kommunaldirektørkredsen	100.000	100.000	0	0	100.000		100.000	
Udgifter i alt	3.197.800	2.704.310	3.197.800	2.875.820	2.498.901		2.498.901	
Kommunebetaling	-2.497.800	-2.498.901	-2.497.800	-2.498.901	-2.498.901		-2.498.901	
Indtægter i alt	-2.497.800	-2.498.901	-2.497.800	-2.498.901	-2.498.901		-2.498.901	
Regnskabs resultat	-700.000	-205.409	-700.000	-376.919	0		0	
Overførsler tidligere år	1.528.000	1.528.000	1.322.591	1.322.591	945.672		945.672	
Overførsel til efterfølgende år	828.000	1.322.591	622.591	945.672	945.672		945.672	

Kommunaldirektørkredsen Regnskab 2022, godkendt budget 2023 samt budgetforslag 2024

Kommunaldirektørkredsen	100.000	101.955	50.000	50.000	100.000		100.000	
Udgifter i alt	100.000	101.955	50.000	50.000	68.000		68.000	
Kommunebetaling	-100.000	-100.000	0	0	-68.000		-68.000	
Indtægter i alt	-100.000	-100.000	0	0	-68.000		-68.000	
Regnskabs resultat	0	-1.955	-50.000	-50.000	0		0	
Overførsler tidligere år	360.000	360.000	358.045	358.045	308.045		0	
Overførsel til efterfølgende år	360.000	358.045	308.045	308.045	308.045		0	

Opdateret 14.04.2023

Årsrapport 2022

Indledning

Hovedopgaven for Fælleskommunalt Socialsekretariat er at understøtte og koordinere processen i forhold til Rammeaftalen. Rammeaftalen har til formål at sikre koordinering og styring af det Specialiserede Social- og Specialundervisningsområde i Region Syddanmark. Derudover er Socialsekretariatets formål at løse opgaver, udarbejde analyser, oplæg m.v. for Kommunekontaktrådet (KKR) i Syddanmark, Socialdirektørkredsen og kredsen af kommunaldirektører.

Kommunerne samarbejder både tværkommunalt og med regioner og private udbydere om, inden for Servicelovens rammer, at levere højt specialiserede tilbud til borgerne. Det sker formelt set gennem kommunernes rammeaftalesamarbejde. I Syddanmark koordineres samarbejdet gennem Socialdirektørforum, hvor alle kommuner og Region Syddanmark er repræsenteret på direktørniveau. Socialdirektørforum betjenes af Fælleskommunalt Socialsekretariat.

Sekretariatet har løbende kontakt til direktører, fagchefer, stabs- og fagmedarbejdere hos de 22 syddanske kommuner og Region Syddanmark. Derudover udvikles og vedligeholdes diverse samarbejdsnetværk med de syddanske kommuner, Region Syddanmark og med øvrige samarbejdspartnere (eksempelvis KKR-sekretariatet, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, KL og de fælleskommunale socialsekretariater i landets andre regioner).

Via ovenstående opgaver sikrer Socialsekretariatet en rød tråd mellem de politiske målsætninger og ønsker for området og det administrative arbejde. Fælleskommunalt Socialsekretariat refererer overordnet til Socialdirektørforum, der består af socialdirektørerne i de 22 kommuner i Syddanmark samt Region Syddanmark.

Fælleskommunalt Socialsekretariat deler kontorfaciliteter med Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og samarbejdet mellem de to sekretariater er derfor tæt.

Væsentligste resultater i 2022

Rammeaftale for det specialiserede social- og specialundervisningsområde 2023-2024

Sekretariatet har i 2022 udarbejdet Rammeaftale 2023-2024 for det specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Rammeaftalerne udarbejdes 1. og 3. år i den kommunale valgperiode og godkendes af kommunalbestyrelserne og Regionsrådet.

Rammeaftalen sætter i udviklingsdelen fokus på tre temaer, der sætter retning for faglig udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud. Aftalen indeholder også en styringsdel, der beskriver rammerne for køb og salg af pladser på tværs af kommuner og region, herunder hvordan taksterne for tilbuddene udregnes samt andre regler for køb og salg af tilbud og ydelser. Den lovgivningsmæssige ramme er beskrevet i Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde.

Rammeaftale 2023-2024 fastholder de tre indsatsområder fra Rammeaftale 2021-2022:

1. Tværsektoriel kobling til andre sektorområder
2. Styring og kapacitet
3. Kvalitet i indsatserne

Den videre proces med prioritering og implementering af handlinger/indsatser koordineres gennem Socialdirektørforum. Dette arbejde fortsætter ind i 2023.

Socialdirektørforum nedsatte i september en strategisk arbejdsgruppe med følgende formål:

- *at støtte Socialdirektørforum i det videre arbejde med at identificere konkrete indsatser og andre strategiske arbejdsopgaver, som udspringer af Socialdirektørforums arbejde. Herunder særligt i forhold til opgaver omkring faglige og udviklingsmæssige opgaver på socialområdet i tilknytning til de økonomiske vinkler.*

Sekretariatet varetager sekretariatsfunktionen for gruppen på samme måde som for Økonomisk arbejdsgruppe.

Aktiviteter 2022

Enkeltstående arrangementer på specialiserede socialområde

I foråret 2022 blev der afviklet fællesmøde mellem Socialdirektørforum og Sundhedsstrategisk Forum og i tre temadage i efteråret 2022 med fokus på centrale emner inden for det specialiserede socialområde.

Tema	Målgruppe	Dato	Afholdt af
Samarbejde og Mental trivsel i Syddanmark	Direktører for socialområdet og sundhedsområdet	1. april	Socialdirektørforum og Sundhedsstrategisk Forum
Takstindberetning og borgerens egenbetaling	Medarbejdere og ledere fra kommunerne	1. september	Socialdirektørforum
Workshops om Takstindberetning og borgerens egenbetaling	Medarbejdere og ledere fra kommunerne	10. oktober	Socialdirektørforum
Netværksmøde om spiseforstyrrelse	Medarbejdere og ledere fra kommunerne	17. november	Socialdirektørforum

Det er oplevelsen, at der har været stor opbakning til temadagene, og at udbyttet har været stort for deltagerne.

På temadagen om takstindberetning og borgernes egenbetaling var der over 100 deltagere. Temadagen var således prioriteret i mange kommuner og med deltagelse fra forskellige afdelinger i kommunerne. Som opfølgning på temadagen blev der efterfølgende afholdt workshops, hvor det var muligt at komme mere i dybden med takstberegning og beregning af borgernes egenbetaling.

På netværksmødet om spiseforstyrrelser deltog af omkring 100 interesserede fagfolk fra kommuner og region. Temaet for dagen var samarbejde. Samarbejde mellem myndighed og udfører, samarbejde mellem udfører og borger og samarbejde mellem region og kommune (kommunernes egen forberedelse heraf). På netværksmødet præsenterede tre kommuner hvordan de arbejder og samarbejder om og med borgere med spiseforstyrrelse. Der var stor tilfredshed med dagen og interesse for flere netværksmøder.

Socialsekretariatets placering

Socialsekretariatet følger med Sundhedssekretariatet og KKR-sekretariatet i forhold til formandskabet for KKR Syddanmark og flyttede pr. 1. marts 2022 fra Haderslev til Middelfart. Den nye placering betyder kontorfællesskab mellem Socialsekretariatet og Sundhedssekretariatet. Der er ugentlige koordinationsmøder med henholdsvis KKR-sekretariatet og Sundhedssekretariatet og månedlige koordineringsmøder på tværs af alle tre sekretariater.



Samarbejdsaftale vedr. voksne med erhvervet hjerneskade



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Samarbejdsaftale – Voksne med erhvervet hjerneskade

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
1.1	Formål og målgruppe	3
1.2	Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger	3
1.3	Principper og understøttende samarbejdsstrukturer	3
1.4	Begrebsafklaring og definitioner	4
2	Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar	5
2.1	Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner	5
2.2	Opgaver og ansvar hos øvrige aktører	8
2.2.1	Foreningsejede specialsygehuse	8
2.2.2	Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud	8
2.2.3	Rådgivende organer	8
2.2.4	Patientorganisationer	8
3	Genoptræningsplanen	9
3.1	Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner	9
3.2	Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner	9
4	Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering	10
4.1	Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer	10
4.2	Almen genoptræning	11
4.2.1	Basalt niveau	11
4.2.2	Avanceret niveau	11
4.3	Specialiseret genoptræning	12
4.4	Rehabilitering på specialiseret niveau	12
5	Forløb og faser på sygehusene	13
5.1	Den akutte fase – når personen indlægges og udredes	13
5.2	Den subakutte fase – når personen er indlagt og rehabiliteres på sygehus	13
5.2.1	Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer)	13
5.2.2	Hovedfunktionsniveau	13
5.2.3	Regionsfunktionsniveau	14
5.2.4	Højt specialiseret niveau	15
5.3	Stabiliseringsfasen – når personen er udskrevet	17
5.3.1	Personer, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen	17
5.3.2	Personer, med ikke erkendte kognitive vanskeligheder under indlæggelse	17
5.3.3	Vurderingsophold	17
5.3.4	Brush-up	18

6	Kommunikation og koordinering	18
6.1	Udvidet koordinering	18
6.2	Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører	19
6.2.1	Koordinering internt i kommunen.....	19
6.2.2	Eksterne leverandører	20
7	Brugerinddragelse	21
7.1	Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk	21
7.1.1	Under indlæggelsen.....	21
7.1.2	Efter indlæggelse	21
7.2	Inddragelse af brugerorganisationer.....	22
8	Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling	23
9	Evaluering	23
	Referencer:	24
	Bilag:	25
	Bilag 1: Inkluderede diagnosegrupper.....	25
	Bilag 2: Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.....	27

1 Indledning

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne samarbejdsaftale er at sikre en sammenhængende indsats for personerne med erhvervet hjerneskade og pårørende på tværs af sektorer. Formålet er at sikre, at personerne med erhvervet hjerneskade tilbydes genoptræning og rehabilitering, som tager udgangspunkt i deres behov. Målgruppen for samarbejdsaftalen er voksne (fra 18 år), som har en erhvervet hjerneskade, og som har behov for genoptræning og/eller rehabilitering som følge af hjerneskaden. De inkluderede diagnoser fremgår af bilag 1. Vilklårene for de to målgrupper er meget forskellige, derfor dækker nærværende samarbejdsaftale alene de voksne.

1.2 Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger

Nærværende samarbejdsaftale indarbejder og opdaterer indholdet fra følgende syddanske, tværsektorielle aftaler:

- *Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark, marts 2014 (1)*
- *Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, november 2015 (2)*
- *Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser, december 2019 (3).*

Tilpasnings- og implementeringsaftalen samt Aftalen om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau erstattes af nærværende samarbejdsaftale. Aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner er fortsat gældende.

Baggrunden for opdateringen er dels ønsket om at samle de retningsgivende dokumenter for det syddanske samarbejde på hjerneskadeområdet, dels at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har opdateret deres anbefalinger og forløbsprogrammer:

- *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, september 2020 (4)*
- *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne, Sundhedsstyrelsen, september 2020 (5)*
- *Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Socialstyrelsen, november 2021 (6).*

1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer

Samarbejdsaftalen indgås i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, der er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner. I Syddanmark samarbejder sundhedsvæsenets parter om sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i samarbejdsaftalen SAM:BO – [samarbejde om borger/patientforløb](#), der fastlægger parternes forpligtelser til kommunikation og samarbejde

ved forskellige typer forløb, både somatiske og psykiatriske. SAM:BO gælder også ved forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

1.4 Begrebsafklaring og definitioner

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne indeholder følgende definition af genoptræning, som også anvendes i denne samarbejdsaftale:

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne.

Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Det er f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl.

I samarbejdsaftalen anvendes følgende definition af rehabilitering, som fremgår af Hvidbog om rehabilitering, der blev udgivet i marts 2022(7):

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Samarbejdsaftalen anvender WHO's model for funktionsevne, der bygger på ICF¹, hvor funktionsevnen omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse (8).

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health

2 Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar

Regionen har det fulde sundhedsfaglige myndighedsansvar, så længe personen er indlagt. Regionen har ansvar for det præhospitale beredskab, mens det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis. Regionen har desuden ansvar for at sikre udviklings- og forskningsarbejde, og kommunerne skal medvirke til dette således, at sundhedsydelse og uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Efter udskrivelsen har kommunen det fulde myndighedsansvar frasat på sundhedsområdet, hvor myndighedsansvaret er delt mellem region og kommune. Kommunerne har myndighedsansvaret for visse ydelser efter sundhedsloven, herunder vederlagsfri fysioterapi samt almen genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne har ligeledes myndighedsansvaret for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven. Kommunerne kan også tilbyde andre kommunale indsatser med et rehabiliterende sigte som f.eks. patientrettet forebyggelse jf. sundhedslovens §119. Almen praksis fungerer som den gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson i forløbet, og kan inddrages i samarbejde med både sygehus og kommune om forhold, der kan have indflydelse på iværksættelse af rehabiliterende indsats, f.eks. multisygdom.

I fællesskab har region, almen praksis og kommune ansvar for at sikre den gode overgang mellem sektorer og skabe sammenhængende forløb.

2.1 Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner

	Regionen	Almen praksis
Følgetilstande og komorbiditet	Behandling af følgetilstande og komorbiditet, evt. i samarbejde med almen praksis	Opfølgning på og behandling af følgetilstande (f.eks. depression og epilepsi), evt. i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på følgetilstande, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold
Medicinering	Udarbejdelse af epikrise til almen praksis, herunder aftaler om fortsat medicinering	Ved behov sikre dialog med hospitalets speciallæger i forhold til medicinering
Kørselsforbud	Stillingstagen ift. kørselsforbud – Alle patienter har et midlertidigt kørselsforbud ved udskrivelse indtil dette ophæves af egen læge	Vurdering af køreevnen og opfølgning på det midlertidige kørselsforbud
Ambulant udredning, revurdering og opfølgning	Ambulant udredning, revurdering og opfølgning via neurologisk ambulatorium (uddybes i afsnit 5.3.1)	Henvise til ambulant udredning, revurdering og opfølgning

	Regionen	Kommunen
Hjælpe midler og behandlingsredskaber	Vurdering af behov for behandlingsredskaber og udlån af disse	Vurdering af behov for hjælpemidler og træningsredskaber og udlån
Planlægning og gennemførelse af udskrivelsen	Tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO. Ved behov, udarbejdelse af genoptræningsplan i henhold til 'Den gode genoptræningsplan' (9)	Inden udskrivelsen påbegyndes tilrettelæggelse og planlægning af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelsen.
	Afholdelse af udskrivningssamtale sammen med patient, pårørende og kommune	Deltagelse i udskrivningssamtale ved behov, evt. virtuelt
Genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse	Varetagelse af genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivelse	Sikre varetagelse af genoptræning og/eller rehabilitering på det i genoptræningsplanen angivne niveau og ud fra personens aktuelle situation.
Forskning og udviklingsarbejde	Sikre forskning og udvikling inden for hjerneskadeområdet	Medvirke til forsknings- og udviklingsarbejde ² .

	Regionen	Almen praksis	Kommunen
Patientrettet forebyggelse	Iværksættelse og opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCl		
Inddragelse	Inddragelse af personen og pårørende i hele forløbet, herunder indhente samtykke til videregivelse af relevante oplysninger på tværs af sektorer. Ansvar for at indhente samtykke ligger hos den overdragende sektor.		
Støtte og rådgivning	Støtte og rådgivning til personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, herunder gøre opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer. For almen praksis desuden henvisning af pårørende til psykologhjælp ved behov.		
Habilitet ³	Lægefaglig vurdering af habilitet. Ved varig eller midlertidig nedsat mental habilitet overleveres information til kommunen med	Løbende vurdere patienternes habilitet og henvise tilbage til specialistudredning ved behov for dette.	Ved hospitalslægens vurdering af nedsat mental habilitet lægges der en plan for, om der skal søges om værgemål

² Jf. vejledningens gælder det for de sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud, selvom der kan være tale om et tilbud, der er forankret i socialområdet, at der er forskningsforpligtigelse. Det vil konkret sige, at enheden forpligter sig til at være opdateret på evidensen på hjerneskadeområdet, anvende evidens, rådgive, medvirke til at levere data og generelt medvirke til, at der kommer forskningsbaseret viden på området samt eventuelt iværksætte forskning på hjerneskadeområdet.

³ Habile patienter er karakteriseret ved at de kan varetage deres egne interesser. Det vil sige, at de kan forstå en information, forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v. og overskue konsekvenserne ved et samtykke

	oplysning om evt. pårørende		
--	-----------------------------	--	--

Øvrige opgaver	Regionen
	Præhospital indsats
	Udredning i forhold til diagnose
	Iværksættelse af indsatser mhp. at forebygge/reducere hjerneskadens omfang
	Behandling af hjerneskaden
	Hjerneskaderehabilitering under indlæggelsen
	Interdisciplinær udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og – potentiale
	Ved mistanke om synsproblematikker: Henvisning til øjenafdelingen på Vejle Sygehus, Sønderborg Sygehus eller OUH med henblik på udredning.
	Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau: Samarbejde med og rådgivning af kommuner samt almen praksis i forhold til konkrete personer i forlængelse af udskrivelsen.
	Psykiatrien: Vurdering af og tilpasning af rehabiliteringstilbud til personer med vedvarende adfærdsforstyrrelser efter hjerneskade
	Almen praksis
	Henvisning til hospitalsbehandling, herunder udredning, ved mistanke om hjerneskade
	Udarbejdelse af lægeerklæring til brug i Jobcentrene
	Henvisning til vederlagsfri fysioterapi, herunder også vederlagsfri ridefysioterapi
	Kommunen
	Sikring af at kommunernes tilbud, henvisningsmuligheder og kontaktinformation er let tilgængelig for samarbejdspartnerne, herunder almen praksis. Kommunerne har en forpligtigelse til at opdatere informationerne på www.sundhed.dk og på deres egne hjemmesider.
	Hjerneskadekoordination
	Vurdering af personens behov for hjælp efter anden lovgivning end sundhedsloven
	Iværksættelse og koordinering af sammenhængende og effektive genoptrænings-/rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivningsområder og forvaltninger på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet, herunder samarbejde med evt. aktører uden for kommunen, der er underleverandører.

2.2 Opgaver og ansvar hos øvrige aktører

2.2.1 Foreningsejede specialsygehuse

I sundhedslovens § 79, stk. 2, er oplyst en række foreningsejede specialsygehuse, som kan levere sygehusbehandling. To af disse – Vejlefyord Rehabilitering og Center for Hjerneskade i København – tilbyder behandlingsforløb for personer med erhvervet hjerneskade. Forløb på specialsygehuse finansieres inden for den lovbestemte økonomiske ramme, fritvalgsrammen, og regionen henviser patienter til sygehusbehandling på foreningsejede specialsygehuse.

Specialsygehusene kan også levere rehabilitering på specialiseret niveau. I så fald er det kommunen, der har myndigheds- og finansieringsansvar.

Uanset om specialsygehusene leverer behandling efter aftale med regionen eller rehabilitering efter aftale med kommunen skal de opfylde de krav og anbefalinger, der er beskrevet i lovgivning og retningslinjer (10, 11)

2.2.2 Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud

Der findes en række private og offentlige hjerneskadetilbud, herunder specialiserede rehabiliteringstilbud, der fungerer som leverandører af både enkeltindsatser og samlede rehabiliteringsforløb efter udskrivelse. Det er kommunen, der har myndighedsansvaret i forhold til at indgå kontrakt med og kvalitetssikre de leverandører, som de køber opgaven hos. Kommunen har ansvar for at sikre, at de leverandører, som kommunen anvender, opfylder de opstillede krav.

2.2.3 Rådgivende organer

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation VISO rådgiver både personer, kommuner og kommunale, regionale og private tilbud ift. personer med erhvervet hjerneskade. VISO indgår kontrakt med leverandører af rådgivning, som har en højt specialiseret viden om og stor erfaring med en målgruppe, herunder bl.a. voksne med erhvervet hjerneskade. VISO visiterer opgaver til leverandørerne, som herefter leverer den påkrævede specialrådgivning. Det kan fx være rådgivning til en kommune om, hvordan den kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et tilbud til personer med omfattende kognitive, fysiske og/eller sociale følger af hjerneskade kan indeholde.

2.2.4 Patientorganisationer

Organisationer, som f.eks. [Hjernesagen](#) og [Hjerneskadeforeningen](#), er vigtige aktører i forhold til at understøtte personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, bl.a. gennem rådgivning og viden, og de har sædvanligvis forskellige tilbud med mulighed for samvær med andre ligestillede samt tilbud om psykosocial rådgivning, støtte og aktiviteter. Sådanne tilbud kan supplere tilbud om genoptræning og rehabilitering både samtidig med og efter endt forløb i det etablerede sundhedsvæsen.

3 Genoptræningsplanen

Alle personer med erhvervet hjerneskade, der har et lægefagligt behov for genoptræning ved udskrivning, og hvor personen har behov for professionelle genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser i forlængelse af behandlingen på sygehuset, skal tilbydes en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder genoptræningsplanen i samarbejde med personen og eventuelle pårørende. (10)

I forbindelse med den praktiske udarbejdelse af genoptræningsplanen inddrages andre sundhedspersoner, herunder f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker. Inden for hjerneskaderehabilitering foretages vurderingen af specialiseringsniveauet ofte i tværfagligt samarbejde.

3.1 Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal angive, om personen har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af personens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en angivelse af, hvilke funktionsevnededsættelser genoptræningen skal rette sig imod. Endelig skal den indeholde oplysninger om, hvordan regionen og kommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet (10). Af bilag 2 fremgår kravene til indhold i genoptræningsplaner jf. *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner* (11).

3.2 Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til personen på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig sendes til hjemkommunen samt alment praktiserende læge. Hvis der er behov for tidlig opstart eller udskudt opstart af genoptræning af sundhedsfaglige grunde, skal dette fremgå af genoptræningsplanen (10).

I Syddanmark er der ift. tidsfrister aftalt følgende mellem regionen og kommunerne i [Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser](#):

- Ved almen genoptræning tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen inden for 7 kalenderdage efter udskrivelse, hvor udskrivelsesdagen er dag 0. Alternativt tilbydes personen frit valg af genoptræningssted.
- Ved genoptræning på specialiseret niveau (ambulant genoptræning) tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen indenfor 14 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen
- Ved genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau igangsættes den kommunale genoptræning som udgangspunkt i forlængelse af indlæggelsen og maks. 7 dage efter udskrivelsen, hvor udskrivelsesdagen er dag 0.

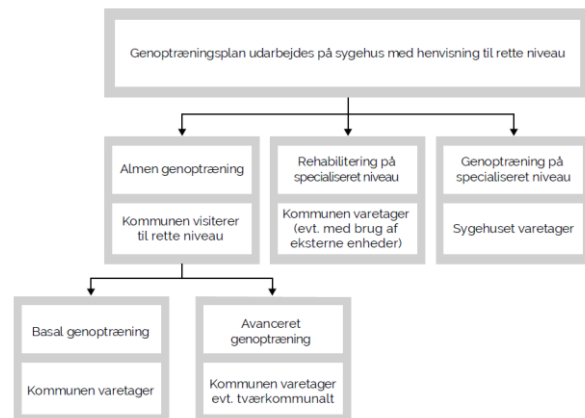
Kravene gælder for alle typer genoptræning/rehabilitering, undtagen når personen har et sundhedsfagligt begrundet behov for at starte op enten tidligere eller senere.

4 Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering

4.1 Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer

En person tilbydes genoptræning jf. sundhedslovens §140, når personen udskrives fra sygehuset med en genoptræningsplan. Genoptræningen stratificeres i følgende tre kategorier jf. personens behov og funktionsniveau:

- **Almen genoptræning (basal og avanceret niveau)**
- **Specialiseret genoptræning (ambulant genoptræning)**
- **Rehabilitering på specialiseret niveau**



Det er sygehuset, der har beføjelsen til at vurdere, hvilken type genoptræningsplan personen skal have. For alle niveauer gælder, at tilrettelæggelsen af indsatsen i forhold til intensitet i forløbet bør ske med udgangspunkt i individuelle behov. (4, s. 56)

Ved **basal genoptræning** gælder, at der er et afgrænset genoptræningsbehov eller -potentiale. Forløbet består typisk af indsatser minimum to gange om ugen, varetaget af en eller flere faggrupper, som oftest ergo- og fysioterapeuter.

Ved **avanceret genoptræning** vil der typisk være behov for indsatser minimum tre gange om ugen, varetaget af to eller flere faggrupper. Der kan være behov for at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser.

Når en person med erhvervet hjerneskade får en genoptræningsplan til **rehabilitering på specialiseret niveau**, er der tale om omfattende, komplicerede, sjældne eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder (arbejdsliv, socialt- og fritidsliv), herunder særligt omfattende mentale funktionsnedsættelser. Her vil forløbet ofte bestå af en kombination af indsatser fra mindst tre faggrupper, og med indsatser minimum fem dage om ugen, gerne dagligt og ofte flere gange dagligt. Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau kun kan udarbejdes af afdelinger på regionsfunktionsniveau.

Personer med erhvervet hjerneskade har behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer

inden for deres fagområde. Indsatserne skal udføres af sundhedspersoner med neurofaglig viden og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (f.eks. logopæd, neuropsykolog, socialrådgiver, synskonsulent osv.). Nedenfor beskrives de indsatsområder, der er relevante for hhv. genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

- Sensomotorik med betydning for personens omsorg for sig selv, bevægelse og færden (også gældende for basalt niveau).
- Ernæring – herunder dysfagi.
- Kommunikation (dysartri, afasi og/eller kognitive kommunikationsvanskeligheder). Der er typisk behov for samtalestøtte og særlige rammer.
- Syn eller opmærksomhed (f.eks. hemianopsi eller neglekt).
- Kognition generelt - med væsentlig betydning for personens daglige livsførelse og mulighed for at fungere selvstændigt og/eller på samme vilkår som tidligere.
- Adfærd og/eller personlighed (f.eks. ift. indsigt, initiativ, dømmekraft eller agitation).
- Udtrætning
- Emotionelle forhold (f.eks. stemningsleje, temperament, motivation eller empati).

4.2 Almen genoptræning

Når en person udskrives med en almen genoptræningsplan er det kommunen, der visiterer til basalt eller avanceret niveau. Hvorvidt en person visiteres til genoptræning på basal eller avanceret niveau afhænger af personens funktionsevne og genoptræningsbehov – se eksempler og kompetencekrav i Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade](#).

4.2.1 Basalt niveau

Genoptræning på basalt niveau vurderes kun at være relevant for en mindre del af målgruppen. Genoptræningen kan foregå i personens nærmiljø som ambulante indsats eller døgnophold. Der er i de fleste kommuner tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende set-up i kommunen, til at kommunen selv kan varetage genoptræning på basalt niveau.

4.2.2 Avanceret niveau

Størstedelen af den målgruppe, der modtager en almen genoptræningsplan, har behov, der kræver genoptræning på avanceret niveau. Der skal være et volumen, som sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager genoptræning af personer med erhvervet hjerneskade, har mulighed for primært at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Sundhedsstyrelsen oplyser, at de fleste kommuner, på grund af deres befolkningsunderlag, kan have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde, for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper. I prioriteringen af kvalitet og nærhed bør kvalitet altid vægtes højest. (4, s. 58)

4.3 Specialiseret genoptræning

Specialiseret genoptræning vurderes kun at være relevant for en meget lille del af målgruppen. Specialiseret genoptræning varetages som ambulant behandling på sygehuset. Indsatsen tilrettelægges med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant sygehusbehandling. Forløbet organiseres som et samlet forløb i et tæt interdisciplinært samarbejde, hvor koordination af genoptræningsindsatsen og den lægelige behandling er afgørende. Indsatsen skal suppleres med vejledning og supervision i forbindelse med tværsektoriel overgang.

4.4 Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau vurderes at være relevant for en meget lille del af gruppen af personer med erhvervet hjerneskade. Genoptræningsplaner til dette niveau kan kun udskrives af afdelinger på regionsfunktionsniveau eller højere. Det er kommunen, der har ansvaret for at personen modtager rehabilitering på specialiseret niveau, enten ved selv at levere det eller ved at købe hele eller dele af forløbet hos en ekstern leverandør.

Ved valg af rehabiliteringstilbud er det nødvendigt, at leverandøren af tilbuddet besidder de rette kompetencer ift. at kunne varetage de faglige indsatser, som den enkelte har behov for (4, s. 60). Tilbuddene, der varetager rehabilitering på specialiseret niveau, skal kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø og sikre, at der kan leves op til kvaliteten også under ferie og sygdom. Der skal være et volumen, der sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager rehabiliteringen overvejende og flere timer om dagen har mulighed for at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Der skal være det fornødne volumenmæssige grundlag for, at der kan medvirkes til udviklingsarbejde og forskning, og der skal være mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision til andre sundhedspersoner inden for hjerneskaderehabilitering. En rettesnor er, at fagpersoner som minimum håndterer ti individuelle forløb i løbet af et år på niveauerne avanceret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau (4, s. 60).

5 Forløb og faser på sygehusene

5.1 Den akutte fase – når personen indlægges og udredes

Personen med erhvervet hjerneskade indlægges akut/subakut på neurologisk afdeling eller Neurokirurgisk Afdeling til udredning for den nyopståede sygdom. Under den akutte fase starter vurderingen af rehabiliteringsbehovet, og personen visiteres til videre behandling og rehabilitering på relevant specialiseringsniveau. Vurdering på sygehuset af, hvorvidt personen har behov for genoptræning og/eller rehabilitering, udføres i et interdisciplinært teamsamarbejde, og består af en generel udredning af funktionsevne. Det er vigtigt at den indledende genoptræning og/eller rehabilitering startes op, så snart tilstanden tillader det.

5.2 Den subakutte fase – når personen er indlagt og rehabiliteres på sygehus

Rehabilitering under indlæggelse kan jf. specialeplanen inddeles i følgende tre niveauer: Hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

5.2.1 Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer)

Den regionale visitation i Region Syddanmark ved hhv. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted visiterer patienter til hospitalsbaseret neurorehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau samt højt specialiseret niveau (6).

Praktiserende læge, neurokirurgisk afdeling og neurologisk ambulatorie kan henvise direkte til den regionale visitation ved Neurorehabiliteringen Svendborg eller Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Kravene til oplysningerne i henvisningen fra praktiserende læge fremgår af Sundhed.dk.

5.2.2 Hovedfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade, der har behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau fortsætter deres rehabilitering på neurologisk afdeling. Personer med erhvervet hjerneskade på hovedfunktionsniveau har begrænset (let til moderat) kompleksitet. Hovedfunktionsniveauet omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor indsatserne er af begrænset kompleksitet. Persongruppen har lettere funktionsevnedesættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt kognition. Indlæggelsen er oftest kort.

Genoptrænings- og/eller rehabiliteringsforløb på hovedfunktionsniveau vil være individuelt planlagte forløb og varetages i et interdisciplinært team med neurofaglige kompetencer og med tilknyttet speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer, sygeplejerske, social og sundhedsassistent, fysioterapeut og ergoterapeut samt med ad hoc deltagelse af neuropsykolog, logopæd, diætist og socialrådgiver. Ved varetagelse af hjerneskaderehabilitering bør der være adgang til relevante træningsfaciliteter samt mulighed for at afholde tværfaglige konferencer. Der bør desuden være adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner),

biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser, EKG, elektrofysiologiske undersøgelser og tilsyn fra andre relevante lægefaglige specialer.

Personer med behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau rehabiliteres på hjemsygehus. Personer fra optageområdet for Sygehus Lillebælt behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Kolding, eller i eget hjem ved Det Udkørende Team. Personer fra Sygehus Sønderjyllands optageområde behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Aabenraa Sygehus. Personer fra Sydvestjysk Sygehus' optageområde rehabiliteres på Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Personer fra Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus overflyttes til Neurorehabiliteringen Svendborg. Når det drejer sig om patienter med Gullian barré syndrom samt svære ikke-progredierende neurologiske lidelser, behandles personer fra hele regionen på Neurorehabiliteringen Svendborg.

5.2.3 Regionsfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade på regionsfunktionsniveau kommer typisk fra en neurologisk afdeling, neurokirurgisk afdeling eller fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Personer med erhvervet hjerneskade, der behandles på regionsfunktionsniveau har betydelig (moderat/svær) kompleksitet og ofte behov for rehabiliteringsindsatser med høj intensitet. Personer, der indlægges til rehabilitering og behandling på regionsfunktionsniveau, vurderes til at have moderate til svære funktionsevnededsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt/eller? kognition. Indlæggelsen er oftest af længere varighed.

Regionsfunktionsniveau er i Region Syddanmark placeret på Neurorehabiliteringen Svendborg, OUH og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted, SVS. Personer med behov for rehabilitering på regionsfunktionsniveau overflyttes fra hjemsygehuset til et af de to sygehuse med regionsfunktionsniveau.

Forløb på regionsfunktionsniveau er individualiserede forløb med høj intensitet alle ugens dage, som varetages i et interdisciplinært team. Foruden anbefalingerne til hovedfunktionsniveau – som på regionsfunktion har karakter af krav - forudsætter varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau deltagelse af neuropsykolog, logopæd og socialrådgiver, hvis det er relevant. Endvidere skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer inden for kort tid.

Som på hovedfunktionsniveau forudsættes på regionsfunktionsniveau, at fagpersoner fra alle involverede faggrupper i de interdisciplinære team har specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering på følgende områder:

- Fysiske funktionsnedsættelser, herunder dysfagi udredning (f.eks. FEES)
- Kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser

- Herunder vurdering og behandling af forstyrrelser i sprog, opmærksomhed, koncentration, hukommelse, indlæring, emotioner og eksekutive funktioner.

Varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau forudsætter desuden adgang til rehabiliteringsteknologier og udstyr, hvor det kræver tilstrækkelig volumen at opnå kompetencer og erfaring i anvendelsen.

Afdelinger med hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau varetager forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver inden for området samt medvirker i rådgivning og kompetenceudvikling af neurofagligt personale i kommunerne. (4, s. 45)

5.2.4 Højt specialiseret niveau

Personer med erhvervet hjerneskade indlægges til rehabilitering og behandling på højt specialiseret niveau ved behov for rehabilitering og behandling af meget sjældent forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, og/eller et betydeligt ressourceforbrug. Personer indlægges til rehabilitering og behandling på højtspecialiseret niveau, når der vurderes at være svære og omfattende funktionsevnenedsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi, adfærd og kognition samt evt. svære respiratoriske problemstillinger. Indlæggelsen er forventelig af lang varighed.

Rehabiliteringsforløb på højt specialiseret niveau er med omfattende kompleksitet, individualiserede og af meget høj intensitet alle ugens dage. Det varetages af et interdisciplinært team med deltagelse af de samme faggrupper som på regionsfunktionsniveau samt (neuro-) pædagog, og med mulighed for umiddelbart at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer. Foruden de anbefalinger og krav, der gælder ved varetagelse af hoved- og regionsfunktionsniveau, forudsætter hjerneskaderehabilitering på højt specialiseret niveau mulighed for rehabilitering i specialindrettede omgivelser, hvor skærmning og kameraovervågning er mulig.

Der er i Region Syddanmark ikke sygehusafdelinger, der leverer højt specialiseret neurorehabilitering, hvorfor personer i Syddanmark med behov for behandling på højt specialiseret niveau, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi, behandles på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Region Midtjylland (RHN). Region Syddanmark og Region Midtjylland har senest i 2021 indgået en samarbejdsaftale om disse patientforløb, der regulerer forhold vedrørende henvisning til højtspecialiseret neurorehabilitering på RHN og tilbageflytning.

I de fleste perioder kan RHN modtage personer med erhvervet hjerneskade fra Region Syddanmark inden for syv dage efter henvisningen. Dog kan der være perioder med spidsbelastning, hvor dette ikke kan lade sig gøre. Ved modtagelse af en person, og efter indhentelse af personen eller

pårørendes samtykke, sender RHN en plejeforløbsplan til personens hjemkommune samt til visitationen i Region Syddanmark om, at personen er i behandling på RHN.

Personer med erhvervet hjerneskade overflyttes fra RHN til et sygehus i Region Syddanmark eller hjemkommunen, når der ikke længere er behov for højt specialiseret neurorehabilitering eller når behandlingsmulighederne er udtømt. Region Syddanmark eller hjemkommunen har som udgangspunkt syv dage til at modtage personen, når personen er meldt klar til tilbageflytning. Hjemkommunen, Neurorehabiliteringen Svendborg samt Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager automatisk en orientering vedr. indlæggelsen af en person med erhvervet hjerneskade på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) 1-2 uger efter indlæggelsen. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager herefter et statusnotat minimum hver 14. dag fra det enkelte sengeafsnit. Den regionale visitation sikrer, at hjemkommune orienteres, når det er relevant.

Der er løbende dialog mellem sengeafsnittet på højt specialiseret niveau og visitationerne i Region Syddanmark om personens funktionsevne, prognose og potentiale, mhp. fagligt at sikre det rette neurorehabiliteringstilbud for den enkelte patient efter udskrivelsen fra RHN. Hjemkommunen kan kontakte den regionale visitation, ved behov for information om personen med erhvervet hjerneskade. Ca. 14 dage før udskrivelsen fra RHN modtager alle parter automatisk en foreløbig plejeforløbsplan - uanset om personen udskrives til regionalt rehabiliteringsforløb eller til kommunalt regi.

I de tilfælde, hvor personer med erhvervet hjerneskade fra Syddanmark udskrives direkte fra RHN til eget hjem/kommunalt tilbud, er den regionale visitation i Region Syddanmark det koordinerende led, og det aftales mellem RHN og den regionale visitation i Region Syddanmark, hvordan personens hjemkommune inddrages/informerer. Direkte tilbageflytning til hjemkommunen må som udgangspunkt ikke forsinke fristen på syv dage. Personer, der overgår til egen hjemkommunen, kan udskrives fra RHN med en genoptræningsplan til enten almen genoptræning eller til rehabilitering på specialiseret niveau.

Ved en fælles konklusion imellem det højt specialiserede niveau og den regionale visitation, besluttes hvorvidt personen skal fortsætte rehabiliteringen/genoptræningen på regionalt niveau eller i kommunalt regi.

På baggrund af hjerneskadens kompleksitet og øvrige komplikationer er alle patientforløb forskellige. Hvert forløb vurderes individuelt i forhold til rehabiliteringsbehovet, og hvorvidt personen skal fortsætte sin rehabilitering, beror på en tværfaglig vurdering. I nogle forløb er personen ikke i stand til at indgå i et rehabiliteringsforløb på regionalt niveau i direkte forlængelse af det højt specialiserede forløb, og her er det vigtigt med dialog mellem Regionshospitalet Hammel Neurocenter, den regionale visitation og hjemkommunen.

5.3 Stabiliseringsfasen – når personen er udskrevet⁴

5.3.1 *Personer, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen*

På lægefaglig indikation følges nogle patienter i neurologisk ambulatorie eller neurokirurgisk ambulatorie efter et indlæggelsesforløb på hoved- eller regionsfunktionsniveau og/eller højt specialiseret forløb.

Formålet med dette kan være:

- at følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- at færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen. Dette kan fx være ambulant neuropsykologisk undersøgelse, som personen henvises til ved udskrivelse fra stroke-afsnit.
- at behandle følgetilstande og komorbiditet

Det kan være relevant at følge nogle personer med erhvervet hjerneskade i en længere årrække, f.eks. til kontrol af epilepsi og smertebehandling. Desuden vil nogle personer have behov for at kunne blive (gen)henvist af almen praksis til udredning og eventuel rehabilitering i sygehusregi. Der er behov for at denne udredning sker i et interdisciplinært og tværsektorielt samarbejde.

5.3.2 *Personer, med ikke erkendte kognitive vanskeligheder under indlæggelse*

Skjulte kognitive skader bliver ofte ikke opdaget i sygehusregi. Der er derfor mulighed for tilbagehenvielse til sygehuset med henblik på at få udfærdiget nødvendige udredninger – herunder neuropsykologiske undersøgelser, hvis fundet relevante. Personen indkaldes når sygehuset har tid. Genhenvielse foregår gennem egen læge.

5.3.3 *Vurderingsophold*

Målgruppen for et vurderingsophold er personer, hvor der er tvivl om rehabiliteringspotentialet, herunder om de kan profitere af intensiv neurorehabilitering under indlæggelse. Vurderingsopholdet er typisk af ca. fem dages varighed og kan forlænges, hvis der er behov og potentiale.

Vurderingsophold er relevant for:

- Personer med erhvervet hjerneskade, der blev vurderet til ikke at kunne indgå aktivt i rehabiliteringen efter den akutte fase, som udskrives til en kommunal aflastningsplads eller rehabiliteringsplads, og som senere er henvist af egen læge eller neurologisk ambulatorie.
- Personer med erhvervet hjerneskade, hvor den regionale visitation er i tvivl om, hvorvidt vedkommende kan indgå i et rehabiliteringsforløb.

⁴Målgruppen for et vurderingsophold kan dog være patienter, der er indlagt endnu.

- Personer med erhvervet hjerneskade henvist direkte fra de akutte afdelinger, hvor det tværfagligt er vurderet, at der er tvivl om, hvorvidt personen på nuværende tidspunkt kan profitere af et rehabiliteringstilbud.

Visitationen til vurderingsophold foretages af det regionale visitationsudvalg på baggrund af en henvisning fra egen læge eller en læge fra personens stamafdeling. Krav til de oplysninger henvisningen skal indeholde fremgår af sundhed.dk.

5.3.4 Brush-up

Målgruppen for et "Brush-up" forløb er personer med erhvervet hjerneskade, som tidligere har haft et regionalt neurorehabiliteringsforløb, hvor der efterfølgende har været et nyt funktionsevnetab. Brush-up forløb er som udgangspunkt et rehabiliteringsforløb af to ugers varighed med mulighed for forlængelse op til fire ugers varighed. Formålet med Brush-up forløb er, at genvinde tabt funktionsevne, som er afgrænset til et specifikt område. Fokusområderne skal gerne være identificeret i et samarbejde mellem praktiserende læge og kommunen. Et brush-up forløb har således ikke til sigte at foretage en fuldstændig afdækning, vurdering og beskrivelse af samtlige af personens mulige funktionsnedsættelser.

Visitationen til brush-up forløb foretages af det regionale visitationsudvalg på baggrund af en henvisning fra egen læge eller neurologisk ambulatorium. Krav til de oplysninger henvisningen skal indeholde fremgår af sundhed.dk.

6 Kommunikation og koordinering

Udgangspunktet for al kommunikation og koordinering om patienter/borgere i Region Syddanmark er SAM:BO – Samarbejdsaftale om borger- og patientforløb, som fastlægger regler for kommunikation og samarbejde i forbindelse med alle typer patientforløb [SAM:BO - Samarbejde om borger/patientforløb \(regionsyddanmark.dk\)](http://regionsyddanmark.dk)

6.1 Udvidet koordinering⁵

Hvis sygehuset, kommunen, personen eller de pårørende efterspørger udvidet koordinering planlægges dette hurtigst muligt og under hensyntagen til, hvornår patient og pårørende har mulighed for at deltage. Dagsorden fremgår af plejeforløbsplanen. Ved dialog fastlægges en fælles plan for udskrivelsen, som sygehuset efterfølgende sender til kommunen i en revideret plejeforløbsplan. Som udgangspunkt afholdes udskrivningssamtaler, når personerne har komplekse behov, og ofte i de tilfælde, hvor personen bor alene, har betydelige kognitive følger, hjemmet er uhensigtsmæssigt indrettet eller lignende, hvor der er tvivl om planen for udskrivelsen.

Det kan være relevant at supplere genoptræningsplanen med en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedspersoner på det udskrivende sygehus og de sundhedspersoner, der yder genoptræning

⁵ Udvidet koordinering er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. personens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor

og/eller rehabilitering i kommunalt eller regionalt regi. Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau. Sygehusene adviserer kommunerne om specialiseringsniveauet så tidligt i forløbet som muligt.

Senest ved udskrivelsen sender sygehuset en genoptræningsplan til kommunen samt en udskrivningsrapport i tilfælde, hvor det er relevant. Til almen praksis sender sygehuset en epikrise senest den tredje hverdag efter udskrivelsen samt genoptræningsplanen, såfremt personen samtykker. Der kan være behov for dialog og sparring mellem kommunen og neurorehabiliteringsafsnittet efter udskrivelsen i forhold til tilrettelæggelsen af det konkrete forløb for den enkelte.

6.2 Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører

Kommunerne har det overordnede ansvar for koordinering og tilsyn af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til personer med erhvervet hjerneskade efter udskrivning. Kommunen er forpligtet til at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til personens samlede rehabilitering jf. bekendtgørelsens § 5 (10).

6.2.1 Koordination internt i kommunen

Personer, der udskrives med en genoptræningsplan, har ofte behov for indsatser på tværs af lovgivningsområder. Det drejer sig om indsatser i henhold til sundhedsloven (SUL), som skal koordineres med indsatser efter anden lovgivning (serviceloven (SEL)), lov om specialundervisning for voksne (LSV) samt lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB). Et vellykket rehabiliteringsforløb forudsætter, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger. Der er behov for koordinering på flere niveauer:

- **Myndighedskoordination:** rettidig sagsbehandling og bevilling på tværs af lovgivningsområder i henhold til personens samlede behov for indsatser
- **Faglig koordinering på udfører niveau:** faglig koordinering mellem faggrupper og indsatser i hverdagen ud fra fælles faglige mål og delmål i samarbejde med personen og pårørende
- **Forløbskoordinering:** koordinering af samlede forløb over tid, herunder koordinering i sektorovergangen ved udskrivning fra sygehus, med løbende revurdering af behov og rette indsats i samarbejde mellem personen, pårørende, myndighed og udfører
- **Koordination på organisatorisk niveau:** erfaringsopsamling og udvikling af effektive indsatser og organisering på tværs af sektorer og forvaltninger på strategisk ledelsesniveau.

En hjerneskadekoordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion i forhold til at imødekomme behovet for koordinering på flere niveauer. (4, s. 66)

6.2.2 Eksterne leverandører

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der ved personer med behov for rehabilitering på specialiseret niveau er en tæt og kontinuerlig dialog mellem kommunen og eventuelle eksterne leverandører. Dialogen skal sikre en drøftelse af personens funktionsevne samt løbende evaluering af forløbet og personens effekt af indsatsen med henblik på at justere den samlede indsats, hvis det er relevant. Samarbejdet og koordinationen med eksterne leverandører kan understøttes af samarbejdsaftaler, der eksempelvis omhandler aftale om opstart af forløb, krav til kvalitet i indsatser, samarbejdsstrukturer og økonomi. (4, s. 65)

7 Brugerinddragelse

7.1 Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk

Inddragelse er et af grundelementerne ved rehabilitering. Personen med erhvervet hjerneskade er ekspert i sit eget liv og kan og skal tage del i alle beslutninger, hvis det er muligt. Det er væsentligt i hele forløbet at brugerinddragelsen tager afsæt i den enkelte persons aktuelle tilstand med afsæt i, hvilke ressourcer og hvilken indflydelse personen kan byde ind med. Desuden skal der være opmærksomhed på såvel ressourcer som belastninger ved inddragelse af pårørende, professionelle og andre relevante parter. Pårørende er ofte resourcepersoner for målgruppen, samt en vigtig kilde til viden, som kan bruges til at optimere og målrette indsatserne. At inddrage personen og dennes eventuelle pårørende systematisk i forløbet medvirker til et øget ejerskab og motivation for, at medvirke aktivt i forløbet. Personen og de pårørende er de centrale aktører i forløbene, og det er vigtigt, at de involveres i processer om eksempelvis udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning, såfremt der er samtykke til dette fra personen med erhvervet hjerneskade.

7.1.1 Under indlæggelsen

Personen med erhvervet hjerneskade og dennes pårørende skal inddrages i hele neurorehabiliteringsforløbet fra indlæggelse til udskrivelse f.eks. ved at deltage i modtagelsessamtale, mål- og plansamtaler og udskrivelseskonference. Desuden sker der inddragelse i forbindelse med udredning af funktionsevne, træningsseancer og genoptræningsplanen. Pårørende bliver, efter personen med erhvervet hjerneskades samtykke, løbende inddraget og informeret om sygdommen, forløbet og prognosen. Pårørende kan, på baggrund af den konkrete situation, tilbydes samtale med psykolog, socialrådgiver eller læge ud fra en tværfaglig vurdering. Det tværfaglige personale er uddannet i at anvende samtalestøtte (SCA/KomTil⁶) til personer med afasi, og inddrager ligeledes pårørende i at anvende metoden.

7.1.2 Efter indlæggelse

Personens pårørende og netværk yder ofte en helt afgørende støtte til den ramte undervejs i sygdomsforløbet. Sammen med personen er det vigtigt at få afklaret, hvilke pårørende, der skal involveres, hvornår og i hvilket omfang. Personen med erhvervet hjerneskade skal give samtykke hertil. De pårørende er således også en væsentlig samarbejdspartner og ressource for sundhedspersonalet. Involvering af de pårørende bør ske med øje for, at der er forskel på deres behov for inddragelse og på hvor belastet, de selv er. Generelt kan situationen for de pårørende opleves som udmattende og opslidende, og den ændrede situation har indflydelse på, hvordan familien fungerer i sin helhed.

Pårørendes selvstændige behov

Der kan være behov for særskilte indsatser målrettet de pårørende/netværk, f.eks. psykologsamtaler, viden om kognitive følger m.v.

⁶ SCA / Støttet samtale er en metode til at kommunikere med personer med kommunikationsvanskeligheder

Både sygehuset og kommunen skal være særlig opmærksom på de forløb, hvor børn har en forælder, der bliver ramt af en hjerneskade, og hvor der er behov for særlig støtte til barnet. Fagpersoner i begge sektorer skal overveje, om den underretningspligt de har jf. servicelovens § 153, skal bringes i anvendelse. Ved tvivl kan familieafdelingen i hjemkommunen kontaktes.

7.2 Inddragelse af brugerorganisationer

Kommunerne kan med fordel inddrage brugerorganisationer, patientforeninger samt det lokale frivillige- og foreningsliv. Det anbefales, at kommunerne jævnligt inviterer til dialog, således at et struktureret samarbejde kombineres med en mere uformel samarbejdsform.

Eksempler på faste aftaler kan være netværksgrupper, åbne cafemøder, aktivitetshold eller temaaftener som arrangeres af brugerorganisationer i et samspil med kommunen. Værdien af samarbejdet med brugerorganisationer kommer særligt til udtryk ved personens tilbagevenden til livet i civilsamfundet.

8 Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling

De syddanske kommuner og Region Syddanmark har et fælles ansvar for at styrke samarbejdet og udvikle kvaliteten af både indsatser og processer omkring personer med erhvervet hjerneskade. Dette gennem kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling af personalet på tværs af sektorerne. Den regionale forskningsforpligtigelse og kommunernes understøttende funktion vil via et styrket samarbejde og fælles kompetenceudvikling skabe bedre vilkår for udbredelse af den nyeste forskningsbaserede viden og rammer for fælles udviklingsprojekter og implementering af viden og fælles aftaler. Kompetenceudvikling skal være med til at styrke kvaliteten af de forskellige indsatser, og skabe en større grad af indsigt i hinandens praksis og hermed øge sammenhængen og samarbejdet på tværs af sektorerne.

Det systematiske samarbejde på tværs af sektorerne kan bl.a. bestå af:

- Initiativer som fælles skolebænk f.eks. følgedage (praktik)
- Fælles kursusvirksomhed på tværs af sektorer og faggrupper inden for regionens grænser
- Fælles udviklingsprojekter med styrket kvalitet som omdrejningspunkt
- Styrket tværsektoriel samskabelse gennem faglige netværk, hvor også den hjerneskadede person, netværket og civilsamfundet skal være i fokus
- Styrket fokus på workshops, webinarer og e-læringsmoduler

Der skal arbejdes sammen med de etablerede uddannelsesinstitutioner – professionsskolerne og SOSU-skolerne om målrettede kompetencemoduler, der kan understøtte nationale og centrale udmeldinger om kvalitets- og kompetencekrav.

Arbejdet med kompetence- og kvalitetsudvikling forankres i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, der påbegynder arbejdet i 2023. Der skal udarbejdes en plan/strategi for det fokuserede tværsektorielle samarbejde om kvalitets- og kompetenceudvikling.

9 Evaluering

Samarbejdsaftalen er godkendt af Strategisk Sundhedsstyregruppe den

Samarbejdsaftalen implementeres i sundhedsklyngerne og evalueres løbende af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Samarbejdsaftalen er forankret i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Tvivlsspørgsmål i relation til aftalen vil blive håndteret af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Referencer:

- 1) "Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark, Region Syddanmark", 2014
- 2) "Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau", Region Syddanmark, 2015
- 3) "Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser", Region Syddanmark, 2019
- 4) "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen, 2020
- 5) "Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne", Sundhedsstyrelsen, 2020
- 6) "Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen, 2021
- 7) "Hvidbog om rehabilitering", Rehabiliteringsforum Danmark, 2022
- 8) "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. København": Sundhedsstyrelsen/Munksgaard Danmark, 2003.
- 9) "Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP)", [Den Gode Genoptræningsplan \(ggop.dk\)](http://ggop.dk), 2020
- 10) "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", Sundhedsministeriet, 2018
- 11) "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner", Sundhedsministeriet, 2018

Bilag:

Bilag 1: Inkluderede diagnosegrupper

Når diagnosen præsenteres med en * betyder det, at hele diagnosegruppen medtages inkluderende alle underliggende diagnoser.

Sygdomsgruppe	ICD 10 kode
1. Spontan infarkt i hjernen – iskæmisk apopleksi/stroke	DI61*
2. Spontan intracerebral blødning i hjernen – hæmorhagisk apopleksi/stroke	DI63*
3. Uspecificeret apopleksi – spontan blødning eller infarkt i hjernen	DI64*
4. Subarachnoidalblødning – spontan blødning i hjernebinder	DI60*
5. Diverse (Arteria cerebri dissecans non rupta, moyamoya sygdom, thrombosis venae intracranialis non pyogenica, Arteritis cerebri ikke klassificeret andetsteds, Cerebrovaskulær sygdom, andre spec former, cerebrovaskulær sygdom uden specifikation og karsygdom i hjerne ved sygdom klassificeret andetsteds)	DI670, DI675, DI676*, DI677, DI678*, DI679, DI68*
6. Sequealae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 1-5)	DI691, DI693, DI694, DI698
7. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)	DG45*, DG46*
8. Traumatisk hjerneskade	DS020*, DS021*, DS027*, DS028*, DS029*, DS061, DS062*, DS063*, DS064*, DS065*, DS066, DS067, DS068*, DS069, DS070, DS071, DS097, DT020, DT040, DT060
9. Encephalopati (difus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)	DB220, DE159*, DE512, DG410, DG929*, DG931, DG938*, DG978*, DI460, DO292*, DO743*, DO754A, DO754B, DO892*, DT58*, DT719*, DT751*
10. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinder)	DA321*, DA390, DA398*, DB003, DB004*, DB451*, DB582*, DG00*, DG01*, DG040*, DG042*, DG048*, DG05*, DG060*, DG07*, DG08*, DG09

11. Tumor i hjernen	DC70*, DC71*, DD32*, DD330*, DD332, DD337, DD339,
12. Andre tilstande (eks. Myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati)	DG372, DI674
13. Sequala (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 8-12)	DG099, DI690, DI720, DI692, DT903, DT905

Bilag 2: Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Stamoplysninger	Alle genoptræningsplaner:
	<ul style="list-style-type: none"> • Oplysninger om sygehus og afdeling • Kontaktoplysninger på bopælsregionen og på hjemkommunen • Personens cpr-nr. og navn, adresse og telefonnummer • Dato for første kontakt og dato og tidspunkt for afslutning af sygehuskontakt • Dato og tidspunkt for udarbejdelse af genoptræningsplanen • Oplysning om hvem har udarbejdet planen • Personens informerede samtykke til det fortsatte genoptræningsforløb og til at der udarbejdes en genoptræningsplan • Hvilke oplysninger, der er givet og hvad personen/pårørende/værge på den baggrund har tilkendegivet

Helbredsforhold inklusiv beskrivelse af behandlingsforløb	Alle genoptræningsplaner:
	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatning i prosaform inklusiv årsag til kontakt, sygehistorie og nuværende tilstand, aktuel behandling og status ved udskrivning • Aftaler om kontrol og opfølgning • ICD-10 aktionsdiagnose og bidiagnoser • Operationsbeskrivelse hvis der er foretaget kirurgiske indgreb
	Afhængigt af personens problemstilling:
	<ul style="list-style-type: none"> • Udvidet beskrivelse af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser, som er foretaget på sygehuset
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:
<ul style="list-style-type: none"> • Udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger 	

Helbredsrelateret funktionsevne	Alle genoptræningsplaner:
	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenfatning i prosaform af personens aktuelle, samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Evt. relevante funktionsevne-vurderinger/tests vedlægges
	Afhængigt af personens problemstilling:
	<ul style="list-style-type: none"> • En detaljeret beskrivelse og sammenfatning af personens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Beskrivelse af personens vanlige funktionsevne, i det omfang det er relevant og nødvendigt • Relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser vedlægges
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:

Genoptræningsbehov og genoptræningspotentiale	<ul style="list-style-type: none"> • En detaljeret beskrivelse af personens samlede funktionsevne på udskrivningstidspunkt i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
	<p>Alle genoptræningsplaner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kort beskrivelse af personens behov for genoptræning og mål for genoptræningsindsatsen • Information om, hvilket specialiseringsniveau genoptræningen skal varetages på • Vurdering af personens potentiale herunder motivation og andre relevante forhold, herunder en sundhedsfaglig vurdering af personens mulighed for bedring/generhvervelse af funktionsevne.
	<p>Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af personens samlede behov for rehabiliteringsindsatser med det mål, at personen opnår fuld eller bedst mulig funktionsevne • Der kan evt. gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats • Genoptræningsplan skal udarbejdes på en relevant specialafdeling minimum på regionsfunktionsniveau dvs. Rehabilitering for Hjerne- og nervesygdomme, Grindsted, Neurorehabiliteringsafsnit Svendborg eller højtspecialiseret niveau Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Projektbeskrivelse - "Mere Fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien"

Indledning

I Syddanmark arbejdes der meget med at styrke det tværsektorielle samspil mellem psykiatrien og kommunerne med fokus på at yde den bedst mulige indsats for borgerne.

Denne ansøgning er udarbejdet i et samarbejde mellem regionen og de 19 kommuner, der har ønsket at fortsætte samarbejdet om Fremskudt funktion efter den sidste projektperiode sluttede. Kommunerne i Syddanmark har forskellige udfordringer, størrelser og organiseringer. Derfor bygger denne ansøgning på en bred palette af indsatser, som giver mulighed for at den enkelte kommune kan indgå i netop de indsatser, der understøtter børnenes/de unges trivsel og forebygger mistrivsel, der hvor det giver mening for dem.

Baggrund

Den mentale sundhed er faldende i Danmark. Det er særligt bekymrende, at et stigende antal børn og unge oplever dårlig mental sundhed med potentielt alvorlige konsekvenser for bl.a. deres udvikling, skolegang og videre livsforløb. Den Nationale Sundhedsprofil 2021 viser, at hver tredje kvinde (34,4 %) i aldersgruppen 16-24 år scorer lavt på den mentale helbredskala, mens det til sammenligning er hver femte mand (21,2 %) i samme aldersgruppe, der har en lav score på skalaen.¹

Der ses nationalt en stigning i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. I Region Syddanmark er antallet af eksterne henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien steget de seneste år. Der var et lille fald fra 2018 til 2019, men herefter er der sket en stigning i antallet af henvisninger. For stor en del af de børn og unge, der henvises til psykiatrien i dag, tilhører ikke psykiatriens målgruppe, som jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri er de mere komplicerede/ specialiserede opgaver, herunder børn og unge med behov for tværfaglig udredning og behandling. De afviste børn og unge har derimod brug for en styrket indsats i nærmiljøet. Forældre til børn og unge i mistrivsel føler ofte, at de skal banke forgæves på mange døre for at få den ønskede hjælp og det er den problematik, som projektet arbejder ind i.

Med dette projekt ønskes en videreførelse af det tværsektorielle samarbejde og de gode erfaringer opnået i projektperioden for satspuljeprojektet "Afprøvning af en fremskudt regional funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark", som var fra 2018-2021. Projektet var et samarbejdsprojekt mellem Region Syddanmark og alle 22 kommuner i Region Syddanmark. I projektperioden blev der udviklet en fleksibel samarbejdsmodel, der sikrer et tværsektorielt samarbejde om børn og unge i mistrivsel.

¹ Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021, Sundhedsstyrelsen 2022, s. 30.

På baggrund af positive erfaringer med det oprindelige projekt har Region Syddanmark og 19 ud af 22 kommuner valgt at permanentgøre flere af de indsatser, der blev udviklet igennem satspuljeprojektet "Afprøvning af en fremskudt regional funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark". Der er tale om følgende kommuner: Aabenraa, Assens, Billund, Esbjerg, Haderslev, Kerteminde, Kolding, Fåborg-Midtfyn, Middelfart, Nordfyn, Nyborg, Odense, Svendborg, Sønderborg, Tønder, Varde, Vejen, Vejle og Ærø

Regionsrådet besluttede i efteråret 2021 at permanentgøre følgende fire ud af de oprindelige syv indsatser i projektet på anbefaling fra projektets styregruppe:

- *Koordinerende sparringsteams*
De koordinerende sparringsteams består af regionale medarbejdere fra psykiatrien, PPR psykologer fra kommunen samt faglig projektkonsulent. Der afholdes sparringsmøder, hvor konkrete sager om børn og unges mistrivsel drøftes. På mødet deltager oftest børn og forældre/pårørende samt relevante professionelle f.eks. praktiserende læge, lærer, SFO pædagoger m.m.
- *Supervision/ faglig sparring til fagpersonale*
Der ydes rådgivning og sparring til fagpersonalet blandt andet i forbindelse med sparringsteammøderne og på mere uformelle møder ved behov. Det betyder at man i fællesskab kan forbedre opsporingen af mistrivsel og tegn på lette psykiske lidelser og yde den rette indsats i nærmiljøet.
- *Direkte indsatser*
I samarbejde mellem de kommunale og de regionale medarbejdere har man tilbudt forskellige direkte indsatser. Der har blandt andet været tale om psykoedukation til forældre eller frontpersonale, rådgivning og sparring i forbindelse med henvisning til psykiatrien, samtaleforløb med forældre f.eks. med fokus på forældrenes egen psykiske sygdom og indvirkningen på barnet eller lignende.
- *Samarbejde med frivillige organisationer*
Afprøvning af samarbejdsmodeller med frivillige organisationer i forhold til forebyggelse eller med direkte indsatser i sager om mistrivsel blandt børn og unge. Frivillige tilbud bringes på banen som en mulighed for familien på sparringsmøder, når det vurderes relevant.

Det sidste halve år er der arbejdet intensivt med at finde samarbejdsmodeller med udgangspunkt i de fire indsatser, der taler ind i de behov, der er i de enkelte kommuner og som dermed kan inkorporeres i kommunens drift. Det er blevet tydeligt, at der fortsat er et behov for en fælles projektledelse, der kan understøtte de lokale samarbejder og sikre en kontinuerlig erfaringsudveksling og udvikling af tilbuddene, således at vi hele tiden bliver bedre og bedre til, at hjælpe børn og unge i mistrivsel i deres nærmiljø.

Formål

Formålet med projektet er, at forebygge at børn og unge i mistrivsel står uden indsatser. Med Fremskudt Funktion skal børn og unge i mistrivsel og deres familier opleve, at de får hurtig hjælp i nærmiljøet, at samarbejdet mellem psykiatrien og kommunen fungerer, og at der er fokus på, hvad det enkelte barn har brug for, for at kunne bevare tilknytningen til hverdagslivet.

På langt sigt er formålet med projektet, at den tidligere og mere sammenhængende indsats for børn og unge vil forebygge, at mistrivsel og lettere psykiske problemstillinger udvikler sig til svære og komplicerede psykiske lidelser, der kræver behandling i psykiatrien.

Projektet vil bygge videre på de erfaringer, som er gjort i det tidligere satspuljeprojekt. Hvor lokale sparringsteammøder, direkte indsatser og faglig sparring og rådgivning er permanentgjort. Med denne projektansøgning ønskes at understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem de to børne- og ungdomspsykiatrier og de 19 kommuner.

Videreførelsen af projektet har bygget på tanken om overgang til drift uden projektledelse eller anden tværgående understøttelse. I forbindelse med at der er udarbejdet individuelle samarbejdsaftaler mellem de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og den enkelte kommune er det blevet klart, at det tværsektorielle samarbejde kan styrkes i endnu højere grad og at der stadig er flere initiativer, der ønskes afprøvet i samarbejdet. Dette giver denne ansøgning mulighed for.

Det er desuden blevet tydeligt, at samarbejdet mellem de 19 kommuner og børne- og ungepsykiatrierne kræver en fortsat understøttelse, vidensdeling og fokus på udvikling på tværs af de enkelte sparringsteams med henblik på at understøtte faglig kvalitet i tilbuddene, sikre en mere robust organisering samt understøtte den fortsatte udvikling af indsatsen.

En styrkelse af projektet via en projektleder vil ligeledes give mulighed for fokus på at opbygge et tættere samarbejde med de praktiserende læger om projektet.

Projektet har været drøftet med PLO Syddanmark, der bakker op om ansøgningen.

Målgruppe

Målgruppen for dette projekt er:

- Børn og unge med mistrivsel og/eller lettere psykiske problemstillinger i aldersgruppen 6-18 år.
- Pårørende til børn og unge i målgruppen
- Regionale og kommunale fagpersoner, herunder psykologer, psykiatere, plejepersonale, lærere, pædagoger, PPR-psykologer, myndighedssagsbehandlere, praktiserende læger

Målgruppen er børn og unge i mistrivsel og/eller lettere psykiske problemstillinger, og som ikke er en del af psykiatrien, men hvor det vurderes, at et tværsektorielt samarbejde kan forhindre, at barnets situation forværres. Børn og unges problemstillinger kan være mangeartede og de eneste kriterier der er opsat er, at det skal vurderes, at en tværsektoriel indsats kan hjælpe barnet.

Målgruppen er også pårørende til børn og unge i målgruppen og kan være forældre og plejeforældre.

Derudover er fagpersoner fra både regionen og kommunerne, som er i kontakt med børn og unge i målgruppen, herunder psykologer, psykiatere, plejepersonale, lærere, pædagoger, PPR-psykologer, myndighedsrådgivere samt praktiserende læger også en del af målgruppen. Via kompetenceudvikling og et tæt samarbejde mellem sektorerne klædes fagpersonerne bedre på til at hjælpe børn og unge i mistrivsel og deres familier.

Indsatser

1. Koordinerende projektleder

For at understøtte de lokale tværsektorielle samarbejder mellem kommunerne og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er det afgørende, at der er en central understøttelse. I forbindelse med permanentgørelsen af det tidligere satspuljeprojekt pr. 1. januar 2022 er der fra regionens og kommunernes side kun sat ressourcer af til de medarbejdere, der arbejder i sparringsteam og som arbejder med direkte indsatser. Den centralt organiseret projektgruppe med en projektleder i spidsen er ikke permanentgjort. For at sikre at de tværsektorielle samarbejder i de 19 kommuner fortsætter, udvikler sig og bliver inspireret af hinanden er det afgørende, at der sidder en projektleder for indsatsen centralt. Projektlederens ansvar er at have det tværsektorielle blik ind i samarbejdet og være med til at bygge bro mellem sektorerne, når behovet er der, sikre/ understøtte vidensdeling og erfaringsudveksling på tværs af de 19 sparringsteams, understøtte det tværsektorielle samarbejde samt planlægge og koordinere indsatser, herunder også dataindsamling og dokumentation.

Et andet afgørende ansvarsområde for projektlederen er at facilitere et øget samarbejde med almen praksis, som er en central samarbejdspartner i arbejdet med at hjælpe børn og unge i mistrivsel og deres forældre. Det oprindelige projekt har vist behov for i endnu højere grad at kunne allokere ressourcer til at klæde de ca. 800 privatpraktiserende læger på til at bruge de indsatser der allerede er og dem, der udvikles i projektperioden. Ovenstående opgaver kræver en stærk central indsats ledet af en tværgående projektleder.

2. Kompetenceudvikling for frontpersonale

For at hjælpe børn og unge i mistrivsel i nærmiljøet er det afgørende at frontpersonalet føler sig klædt på til at imødekomme barnets udfordringer. Som en del af det tidligere projekt Fremskudt funktion kan de regionale medarbejdere i projektet give sparring til enkelte frontpersonale eller en gruppe, som en del af en direkte indsats. For at nå ud til endnu flere blandt frontpersonalet i kommunerne og for at styrke det samlede kompetenceniveau hos de regionale og kommunale medarbejdere og frontpersonale, ønskes at supplere med webinarer og faglige temadage.

Faglige temadage

Hvert år i projektperioden ønskes afholdt 1-2 temadage med fokus på forskellige faglige emner. Børn og unge med spiseforstyrrelser og selvskade kunne være eksempler på relevante emner. Emnerne fastlægges i samarbejde med PPR ledernetværket og styregruppen, så det rammer bedst muligt ind i det kommunale

behov. Temadagene inviteres bredt ud i de 19 kommuner og i de to børne- og ungdomspsykiatrier alt efter emnet. Hver temadag vil indeholde forskellige oplæg fra fagfolk og forskere på området.

Webinarer

I det tidligere projekt Fremskudt funktion blev der udviklet enkelte webinarer, som en kompensation for, at det ikke var muligt at afholde fysiske temadage pga. nedlukningerne som følge af covid19. Webinarerne var vel besøgt og nogle af dem ligger nu i en optaget form frit tilgængelig på psykiatriens hjemmeside. Med webinarerne kan man nå bredere ud og da de foregår online og er af kortere varighed er de nemmere at deltage i for meget frontpersonale. På et webinar vil der typisk være oplæg fra en relevant fagperson og et bestemt tema.

Der udarbejdes et årshjul hvor samtlige webinarer og temadage kan ses, således at medarbejdere i kommunerne kan planlægge deltagelse i disse i god tid. Kurserne vil være et supplement til de initiativer, der iværksættes i satspuljeprojekt til implementering af forløbsprogrammer.

3. Supervision/kompetenceudvikling til regionale medarbejdere

For at hjælpe børn og unge i mistrivsel er det afgørende, at der sikres høj kvalitet i rådgivning og sparring til forældrene, fagpersonale og frontpersonale. Som en del af de permanentgjorte indsatser i Fremskudt funktion, tilbyder de regionale medarbejdere supervision/rådgivning og sparring ved direkte henvendelse fra praktiserende læger, lærere, pædagoger, myndigheds-sagsbehandlere og PPR-psykologer. I flere kommuner er der gensidig kontakt/samarbejde mellem regionale og kommunale medarbejdere flere gange ugentligt. Ved sparringsmøderne kan det aftales, at der tilbydes rådgivning til f.eks. forældre, eller supervision eller sparring til frontpersonale, sagsholder eller lignende.

For at sikre kvaliteten i supervision/rådgivning og sparring, planlægges og afvikles der supervision/kompetenceudvikling til de regionale medarbejdere i psykiatrien. De regionale medarbejdere bestemmer i fællesskab emnerne for supervision med understøttelse fra projektlederen. Der udarbejdes en møderække for supervision, til at sikre kontinuiteten af supervisionen, den løbende understøttelse og udvikling af de regionale medarbejdere, samt sikre høj kvalitet og høj faglighed i rådgivning og sparring til samarbejdspartnere i kommunerne, praktiserende læger, frontpersonale og forældrene. Supervisionen suppleres med kompetenceudvikling ved behov, så det sikres at de regionale medarbejdere giver rådgivning og sparring baseret på den nyeste viden.

4. Udvikling af indsatser der bygger oven på erfaringerne fra Fremskudt funktion

I de lokale samarbejder udvikler der sig ofte ideer til nye initiativer, der kan videreudvikle det tværsektorielle samarbejde og som kan være med til at give en endnu bedre hjælp til børn og unge i mistrivsel og deres forældre. Disse initiativer vil projektlederen understøtte og være med til at bringe erfaringerne i spil i de andre kommuner, således at vi sikrer, at de tværsektorielle indsatser udvikles på

baggrund af de erfaringer, der gøres løbende. De nye initiativer kaldes prøvehandlinger. Nedenfor beskrives flere prøvehandlinger, og i takt med at samarbejdet udvikler sig, kan der komme flere til.

- *Samarbejdet med almen praksis*

I dag skal praktiserende læger ringe til de regionale medarbejdere for at få et barn drøftet på sparringsmøderne. Der er et stort ønske fra de praktiserende læger om, at denne kommunikation kan foregå elektronisk. Der vil i samarbejde med satspuljeprojektet for forløbsprogrammerne arbejdes på at afprøve forskellige løsninger for dette, således at det bliver nemmere for de praktiserende læger, at få et barn drøftet på et sparringsmøde.

- *Igangættelse af et fagligt sparringsforum på ledelsesniveau hvor det hurtigt kan afklares, hvorvidt et barn skal henvises til psykiatrien.*

Sparringsteammøderne er velegnet til at folde barnets problemstillinger ud ved, at alle sidder sammen om bordet og drøfter, hvad der opleves i barnets forskellige arenaer. Fagpersonalet og forældre får tværsektoriel sparring og det aftales, hvad næste skridt er.

Nogle gange er en sag belyst, men der kan i kommunerne eller i almen praksis være i tvivl om, hvorvidt sagen hører til i psykiatrien eller ej. Et nyt mødeforum hvor der sidder ledelsesrepræsentanter fra kommunen og fra psykiatrien kan bruges til hurtigt at afklare tvivlsspørgsmål og sikre, at der tages hånd om sagen, såfremt den ikke hører til i psykiatrien. Mødeforummet skal ses som et supplement til de allerede eksisterende sparringsmøder.

- *Udvidelse af målgruppen*

Det afprøves hvorvidt sparringsteammøderne også kan bruges ved yngre børn i mistrivsel. Der samles erfaringer med at bringe børn i alderen 0-5 år på sparringsteammøderne. Det ønskes afprøvet om denne målgruppe og forældrene ligeledes kan få gavn af tilbuddet.

5. Formidling til forældre, frontpersonale og praktiserende læger

Formidling om Fremskudt funktions indsatser skal løbende formidles til samarbejdspartnerne. Let tilgængeligt information tiltænkt målgrupperne er med til at sikre kendskab til indsatserne og at de bruges løbende. Der vil også løbende skulle informeres om kommende webinarer, temadage og andre relevante initiativer.

Organisering

Styregruppe

For at sikre størst mulig fælles engagement og ejerskab over projektet, vil der blive nedsat en styregruppe til at sikre arbejdets fremdrift.

Styregruppens medlemmer:

- En sygehusledelsesrepræsentant, psykiatrisygehuset, Region Syddanmark (medformand)
- 1 kommunal børn- og unge direktør (medformand)
- 2 kommunale ledelsesrepræsentanter
- 1 repræsentant fra afdelingsledelsen fra henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense
- 1-2 repræsentanter fra patient og pårørende foreninger
- 1 repræsentant fra PLO/de praktiserende læger
- Projektlederen (sekretær)

Projektleder

Der ansættes en projektleder, der har det overordnede ansvar for projektet og fremdriften heraf. Projektlederen har til opgave at lede projektet ud fra ansøgningen, projektbeskrivelsen og budgettets rammer. Projektlederen står for den direkte kommunikation med styregruppen, herunder statusbeskrivelser, afrapportering og sekretariatsbetjening mm.

Regionale sundhedsfaglige medarbejdere

De regionale sundhedsfaglige medarbejdere bidrager med psykiatrisk viden og kompetencer både i sparringsteamet og i de direkte indsatser. Derudover er de med til at udvikle, tilrettelægge og afholde indsatser til afprøvning.

Kommunale nøglepersoner

For at sikre at et godt samarbejde har alle kommuner udpeget en eller to navngivne kontaktpersoner, som er den lokale tovholder for projektet. De har ansvaret for samarbejdet med de regionale aktører og de skal sikre, at de rette aktører internt i kommunen har kendskab til arbejdet og inddrages, når det er relevant. Den kommunale nøgleperson kan både være en PPR psykolog og en myndighedssagsbehandler. Det afhænger af kommunens organisering af indsatsen. De kommunale nøglepersoner er også sparringspartnere i forhold til at udvikle meningsfulde temadage og webinarer.

Udgangspunkt for projekt – sammenhæng til øvrige indsatser

Etableringen af den forrige fremskudte regionale funktioner byggede videre på de erfaringer, der er gjort fra de tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor den udgående funktion fra børne- og ungdomspsykiatrien understøtter samarbejdet mellem den regionale psykiatri og kommunerne og ikke mindst sammenhængen til barnets nærmiljø med inddragelse af barnets hjemskole.

Denne videreførelse af Fremskudt funktion bygger i høj grad videre på de erfaringer, der blev gjort under det sidste projekt Fremskudt funktion.

Indsatserne i Fremskudt funktion skal ses i sammenhæng med de indsatser regionen og de 22 kommuner arbejder med i satspuljen for implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske

lidelser. Da målgruppen for den fremskudte regionale funktion er børn og unge med mistrivsel og/eller lettere psykiske problemstillinger, er de ikke en direkte målgruppe for psykiatrien. Derimod er det børn og unge, som med en tidlig opsporing og indsats kan hjælpes i nærmiljøet og dermed uden for psykiatrien. Med forløbsprogrammet sættes der på, at styrke kommunernes kompetencer til at foretage den faglige vurdering og tidlige indsats i henhold til trin 2 i forløbsprogrammerne.

Samlet set styrker indsatserne i begge projekter tidlig opsporing af børn og unge med mistrivsel og lettere psykiske problemstillinger og rykker behandlingen tættere på barnet eller den unge, så de kan modtage den rette indsats i deres nærmiljø.

Implementeringen af de tre forløbsprogrammer og dette projekt fremskudt regional funktion sker også med udgangspunkt i det pågående arbejde med udformning af en fælles regional og kommunal aftale på børne- og ungeområdet.

Kvalitet - helhedsorienteret og evidensbaseret

Det at psykiatrien og kommunernes PPR afdelinger og myndighedsafdelinger arbejder så tæt sammen, som det er tilfældet i sparringsteamene, giver det bedste udgangspunkt for en helhedsorienteret indsats. For det første sikres det, at de forskellige sektorer allerede samtænker indsatser på det forebyggende stadie, og der skabes ligeledes et øget kendskab til hinanden, som giver et styrket fundament for et øget samarbejde ved de børn og unge, der behandles i psykiatrien.

I udviklingen af sparringsteam og opbygningen af de oplysningsskemaer, der danner baggrund for drøftelserne på møderne, er der taget udgangspunkt i metoden Signs of Safety, som er en evidensbaseret metode, der anvendes i børnesager. Metoden har et overordnet mål om, at skabe samarbejde og partnerskab med familien om en løsning, der kan skabe sikkerhed og trivsel for barnet. Sikkerhed betyder her en tilstand, hvor bekymringen for barnets sikkerhed og trivsel er minimeret eller ikke er til stede længere. Metoden er implementeret i oplysningsskemaet og sparringsteam mødet. Oplysningsskema bliver brugt til at belyse sagen – hvad er bekymring – hvad fungerer – og konkrete aftaler, som planlægges på sparringsteam mødet.

Arbejdet i de lokale samarbejder udføres af erfarne medarbejdere fra psykiatrien, der yder rådgivning og sparring til frontpersonalet. De regionale medarbejdere er oplært i den nyeste evidensbaseret viden og tilbydes løbende kompetenceudvikling og supervision.

Ved tilrettelæggelsen af temadage og webinarer tages der udgangspunkt i den nyeste relevant og evidensbaseret viden, således at det sikres, at frontpersonalet tager udgangspunkt i evidensbaseret viden i mødet med børn og unge i mistrivsel.

Endvidere vil projektlederen initiere, at der løbende evalueres på nye initiativer der afprøves, for at lære af gode og dårlige erfaringer og tilrette fremadrettet.

Samarbejdspartnere

Projektet vil styrke den nære og tidlige indsats for børn og unge med mistrovisel eller lettere psykiske problemstillinger, og vil derfor være et samarbejde mellem pårørende, regionen, herunder psykologer, psykiatere og plejepersonale, og kommunerne, herunder lærere, pædagoger, myndighedssagsbehandlere og PPR. Derudover er de praktiserende læger en afgørende samarbejdspartner i forhold til tidlig opsporing og tidlig indsats. Der vil i den nye projektperiode være fokus på et styrket samarbejde med almen praksis, da det var en af de indsatser, som midtvejsevalueringen viste med fordel kunne styrkes yderligere. Projektet vil have fokus på koordinering, vidensdeling og udvikling på tværs som vil understøtte et kvalificeret og robust tilbud.

Dokumentation

Dataindsamlingen vil bestå af både kvantitative og kvalitative data, herunder spotmålinger blandt forældre, datatræk, løbende statusrapporter mm.

Der foretages årlige evalueringer i hvert sparringsteam med henblik på læring og udvikling. Derudover vil der løbende blive evalueret på afholdte temadage og webinarer med henblik på at kvalificere kurserne undervejs. Endvidere vil der blive udarbejdet årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen og løbende statusbeskrivelser til styregruppen.

Succeskriterier

Kvantitative data

- Reduktion i stigningen i eksterne henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien
- Fald i antallet af afviste henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien
- At der på årlig basis drøftes minimum 300 børn på sparringsmøderne
- At antallet af børn der drøftes på sparringsmøder, efter henvendelse fra almen praksis stiger fra ca 100 i 2021 til 200 i 2025

Dokumentation: Regionale datatræk

Kvalitative data

- Der afholdes 1-2 temadage om året
- Der udvikles minimum 5 webinarer i projektperioden
- Sparring og udvikling på samarbejdet gennem årlige opfølgingsmøder mellem de enkelte kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien
- Fagpersoner vurderer, at deltagelse på webinar eller temadag bidrager positivt til det daglige arbejde med målgruppen
- Forældrene oplever, at de er bedre klædt på til at håndtere deres børns mistrovisel og daglige udfordringer.

- Forældre oplever sammenhæng i aftaler og indsatser for deres børn.
- Der skal i projektperioden arbejdes på at udvikle en mere effektiv og tilgængelig måde for Almen Praksis at komme i kontakt med Fremskudt funktion

Dokumentation: spørgeskema efter endt temadag og webinar, evalueringsmøder, spotmålinger

Forankring

Nærværende satspuljeprojekt skal ses i sammenhæng med flere andre projekter og indsatser med fokus på børn og unge med mistro og psykiske lidelser. Der er stort fokus på netop dette område i Region Syddanmark, som forventes at være med til at sørge for, at konkrete indsatser og nye tiltag bibeholdes efter projektperiodens udløb.

Projektet bygger oven på videreførelsen af det allerede eksisterende tværsektorielle samarbejde om tilbud om Fremskudt Funktion, som er permanentgjort i Region Syddanmark og i 19 syddanske kommuner. De koordinerende sparringsteams i hver kommune er veletablerede og har fremdrift i samarbejdet. De kommunale medarbejdere i sparringsteamene er forankret i henholdsvis PPR og Myndighed i kommunerne. De koordinerende sparringsteam er permanentgjort i regionen ved en fast budgetpost og i kommunen enten via tilførsel af midler eller via omprioritering af ressourcer i det eksisterende.

Efter projektperiodens afslutning vil projektet fortsat være forankret i disse, for at sikre at børn og unge og deres forældre tilbydes forebyggende indsatser og understøttelse i deres nærmiljø, hvor de bor og af fagpersonale, som allerede er en del af barnet/ den unges nærmiljø.

Kompetenceudvikling og rådgivning og sparring vil styrke kommunerne og regionen fremadrettet og de kompetencer, som både de regionale og kommunale medarbejdere opbygger gennem kompetenceudviklingsforløb i projektet, vil bestå efter projektet.

Evaluering

Afprøvning af fremskudt regional funktion i
børne- og ungdomspsykiatrien –
Sundhedsstyrelsen

April 2022

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	1
1.1	Baggrund	1
1.2	Formål	1
1.3	Opsummering af evalueringens hovedfund	2
1.4	Læsevejledning	6
2	Evalueringsdesign	7
2.1	Virkningsevaluering	7
2.2	Dataindsamling og materiale	8
2.3	Analysen af projekter og funktioner	8
3	Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien	9
3.1	Hvad undersøges?	9
3.2	Udviklingen i henvisninger	10
3.3	Konklusioner	11
4	Forskellige typer af fremskudte funktioner	13
4.1	Identificerede typer af fremskudte funktioner	13
4.2	Fremskudt funktion 1: Faste sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune	14
4.3	Fremskudt funktion 2: Styrkede netværksmøder	20
4.4	Fremskudt funktion 3: Standardiserede indsatsforløb	24
4.5	Fremskudt funktion 4: Nyt samarbejde med almen praksis	35
4.6	Fremskudt funktion 5: Børne- og ungdomspsykiatrisk personale i frivillig forening	38
4.7	Fremskudt funktion 6: Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave	46
4.8	Fremskudt funktion 7: Kompetenceudvikling målrettet forældre	51
5	Tværgående konklusioner	55
5.1	Resultater af indsatsen	55
5.2	Konkrete indsatser	57
5.3	Kompetencer	58
5.4	Organisering	59
6	Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien	62
6.1	Udviklingen i henvisninger i Danmark (2018-2021)	62
6.2	Udviklingen i henvisninger i Region Nordjylland (2018-2021)	65

6.3	Udviklingen i henvisninger i Region Midtjylland (2018-2021).....	76
6.4	Udviklingen i henvisninger i Region Syddanmark (2018-2021).....	88
6.5	Udviklingen i henvisninger i Region Sjælland (2018-2021).....	98
6.6	Udviklingen i henvisninger i Region Hovedstaden (2018-2021).....	106
7	Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprosjekt	119
7.1	Region Nordjylland: Tværfagligt Udgående Team	119
7.2	Region Midtjylland: Fremskudt psykiatri	120
7.3	Region Syddanmark	123
7.4	Region Sjælland: Bakkehuset.....	125
7.5	Region Sjælland: headspace	127
7.6	Region Hovedstaden: STIME – Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed	129
8	Bilag C: Anvendt metode	131
8.1	Datakilder	131
8.2	Metodiske overvejelser om indsamling og undersøgelse af henvisningsdata	133

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Flere og flere børn og unge kæmper ifølge Sundhedsstyrelsen med psykisk sårbarhed, mentale sundhedsproblemer og psykiske lidelser. Det er satspuljepartiernes opfattelse, at der er behov for at sætte ind med en tidlig indsats til disse børn og unge med henblik på at kunne udrede og behandle dem på den mindst indgribende måde, tæt på deres nærmiljø og uden for psykiatrien. I satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021 er der derfor afsat midler til afprøvning af modeller for fremskudt regional psykiatri, som skal styrke den tidlige indsats for børn og unge med mistvivsel eller tegn på en psykisk lidelse såsom lette tilfælde af spiseforstyrrelser, angst, depression og selvskadende adfærd med videre.

Der har været afsat 213,5 mio. kr. til afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Puljen kunne søges af regioner, kommuner og/eller frivillige foreninger i samarbejde.

Seks projekter har modtaget midler fra puljen. Disse seks projekter er beskrevet nærmere i bilag til denne evalueringsrapport. Der blev samtidig afsat midler til en evaluering af arbejdet i de seks projekter. Det er denne evaluering, der afrapporteres med denne rapport.

Formålet med evalueringen er ifølge opgavebeskrivelsen: *"... at få viden om erfaringerne med afprøvningen af de fremskudte funktioner, herunder udfordringer og gode løsninger, for eksempel effektive samarbejdsmodeller med videre."*

Projekterne havde opstart i september/oktober 2019 og er løbet frem til udgangen af 2021. Flere projekter er dog blevet forlænget, og dele af andre er efterfølgende blevet permanentgjort. Dataindsamlingen til evalueringen er sket fra oktober 2021, og evalueringen bygger således ikke på data fra den fulde projektperiode. Samtidig er det vigtigt at påpege, at projekterne er gennemført i en periode, hvor Danmark har været ramt af pandemi (COVID-19), der har haft stor indflydelse på både sundhedssektoren i regionerne og børne- og ungeindsatser (børne- og ungeområdet, skoleområdet såvel som socialområdet) i kommunerne. Ligeledes har pandemien i høj grad påvirket udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, og udviklingen i henvisninger i projektperioden kan således ikke antages at være et "normalbillede". Der tages højde for disse forhold i konklusionerne.

1.2 Formål

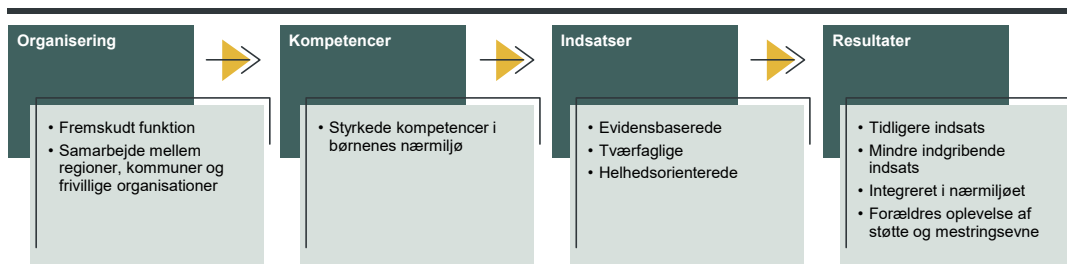
Med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen, som gengivet ovenfor, og i dialog med Sundhedsstyrelsen har det været formålet med evalueringen og denne rapport at udarbejde et vidensgrundlag for det fortsatte arbejde med at styrke indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Opgaven er operationaliseret i nedenstående konkrete undersøgelsesspørgsmål, der er blevet formuleret i dialog med Sundhedsstyrelsen på baggrund af opgavebeskrivelsen, puljevejledningen og viden fra tidligere evalueringer af tværsektorielle samarbejdsprojekter.

- 1) Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i:
 - a) En tidligere indsats?
 - b) En mindre indgribende indsats?
 - c) En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv?
 - d) At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpnet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges?
- 2) Hvilke konkrete indsatser tilbydes i den fremskudte funktion?
- 3) Hvilke kompetencer udvikles gennem den fremskudte funktion og hvordan?
- 4) Hvilke former for organisering bidrager til udviklingen af kompetencer og indsatser i den fremskudte funktion?

Disse spørgsmål er baseret på en opfattelse af, at de fire elementer (resultater, indsatser, kompetencer og organisering) har en gensidig sammenhæng, hvor udviklingen i ét element påvirker de øvrige. Hypotesen er således, at projekterne ved at organisere sig anderledes (med en fremskudt funktion) kan påvirke kompetencerne i feltet og således bidrage til en styrket indsats, der giver en række positive resultater.

Figur 1: Sammenhængen mellem elementerne i undersøgelsesspørgsmålen



Da formålet med evalueringen samtidig er at uddrage læring om, hvordan der kan indføres fremskudte funktioner i praksis, er der desuden et selvstændigt fokus på implementeringserfaringer.

Endelig skal det understreges, at opgaven ikke har indeholdt undersøgelse af behandlingseffekten af fremskudte funktioner for det enkelte barn eller den enkelte unge. Flere af de undersøgte projekter har selvstændigt indsamlet data, der i nogen grad kan belyse dette, men det har ikke været en del af den samlede evalueringsopgave.

1.3 Opsummering af evalueringens hovedfund

Der har i de seks projekter været afprøvet en lang række forskellige aktiviteter. Når der kigges på tværs af de mange aktiviteter, kan der identificeres syv typer af fremskudt funktion, hvoraf seks opleves at have gode resultater. De seks fremskudte funktioner er:

- Faste sparringsmøder
- Styrkede netværksmøder
- Standardiserede indsatsforløb (herunder lettere manualbaseret behandling)
- Psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed
- Kompetenceudvikling målrettet forældre.

Evalueringen giver ikke mulighed for at pege på, hvilke af disse funktioner der har de bedste resultater, da de ikke kan sammenlignes direkte med hinanden. I stedet kan der for hver af funktionerne beskrives erfaringer med organisering, kompetencer, indsats og resultater. Det kan dog fremhæves, at der i særlig grad er omfattende positive erfaringer med faste sparringsmøder og standardiserede indsatsforløb.

Der er endvidere identificeret en syvende fremskudt funktion, som dog ikke vurderes at have positive resultater. Det drejer sig om nyt samarbejde med almen praksis. Der er stor enighed om, at der er behov for et tættere samarbejde med almen praksis, men samtidig at den afprøvede funktion i dette projekt ikke i sig selv har skabt en bedre indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Resultater

Der er ikke i den samlede evaluering defineret et enkelt resultatparameter, som alle afprøvede aktiviteter skal vurderes i forhold til. Der er heller ikke gennemført økonomiske analyser, der giver grundlag for at kunne sammenligne resultaterne med omkostninger, for på den måde at kunne pege på de mest effektive fremskudte funktioner. I stedet hviler vurderingen af de afprøvede funktioners resultater primært på kvalitative data indsamlet gennem interviews med projektmedarbejdere, projektledelse, samarbejdspartnere samt brugere og pårørende.

Den kvalitative resultatvurdering er søgt suppleret med en analyse af objektive data om henvisningspraksis. Her har det været undersøgt, om der kan etableres en mulig sammenhæng mellem projektaktiviteter og udviklingen i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien og udviklingen i andelen af henvisninger fra kommuner, der afvises i børne- og ungdomspsykiatrien. Der kan i den gennemførte analyse ikke identificeres systematiske sammenhænge mellem fremskudte funktioner og udviklingen i henvisninger. Dog kan det i Region Nordjylland konstateres, at de kommuner, der har været mest aktive i forhold til de to afprøvede fremskudte funktioner (faste sparringsmøde og styrkede netværksmøder), også er de kommuner, hvor andelen af afviste henvisninger fra kommunerne er faldet mest i projektperioden. Det kan ikke uden yderligere undersøgelser konkluderes, om det netop er de fremskudte funktioner, der har medført denne udvikling.

For seks af de syv afprøvede fremskudte funktioner kan det konstateres, at de alle – dog i varierende grad – giver:

- En tidligere indsats, der opnås særligt ved tre elementer.
 - For det første gennem styrket opsporing, hvor frontlinjepersonale på almenområdet inddrages i kompetenceudvikling. Dette er der arbejdet med i langt de fleste projekter, men i særlig grad i de projekter, hvor der har været fokus på standardiserede indsatsforløb og faste sparringsmøder.
 - For det andet ved at nogle målgrupper tilbydes en indsats, som ikke tidligere har kunnet tilbydes, hvilket særligt gør sig gældende for de standardiserede indsatsforløb og kompetenceudvikling målrettet forældre.
 - For det tredje ved at der hurtigere gives den rette indsats til børn og unge med tegn på psykisk mistrivsel, hvilket særligt opnås gennem de fremskudte funktioner, hvor der er fokus på en helhedsorienteret problemforståelse og drøftelse af støttemuligheder.

- En mindre indgribende indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv, der oftest er opnået gennem et fokus på en helhedsorienteret drøftelse af støttemulighederne, baseret på tværsektoriel deltagelse i disse. Særligt kan her fremhæves faste sparringsmøder og styrkede netværksmøder.

Og for særligt de standardiserede indsatsforløb, en tværsektoriel enhed og kompetenceudvikling målrettet forældre kan det endvidere konstateres, at forældrene oplever:

- Deres børns vanskeligheder afhjulpet, gennem en målrettet – men på tværs af de konkrete projekter varierende – indsats til det enkelte barn og forældre
- Deres egne kompetencer til at støtte barnet styrket, gennem målrettet støtte til forældrene enten ved specifikke tiltag til forældrene eller ved inddragelse af forældrene i standardiserede indsatsforløb
- De konstaterede positive resultater dækker over et komplekst billede, hvor det på tværs af de afprøvede typer af fremskudt funktion særligt tydeligt fremgår, at:
- De kommunale medarbejdere og medarbejdere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri oplever et meget bedre samarbejde. Ifølge de fagprofessionelle selv kan dette bedre samarbejde føre til mere smidigt og hurtigt samarbejde, der hurtigere sikrer den rette indsats.
- Hvor der tilbydes standardiserede programmer og tydelige tovholdere eller kontaktpersoner i indsatsen, opleves dette bredt som en stor kvalitet af både forældre og fagprofessionelle. For det første fordi der er børn, unge og forældre, der tilbydes en støtte, hvor der ellers ikke ville være givet en støtte. For det andet fordi den tydelige kontaktperson letter samarbejdet om den samlede indsats for både professionelle og for forældre.

Indsats

De konkrete borgerrettede indsatslementer, der ligger i de identificerede fremskudte funktioner, dækker over et meget bredt sæt af indsatser.

Overordnet kan disse indsatser kategoriseres som enten:

- A. Nye borgerrettede indsatser, der ikke i forvejen tilbydes bredt i de fleste kommuner og regioner
- B. Indsatser, der sikrer en bedre sammenhæng i de allerede eksisterende borgerrettede indsatser

Til gruppe A kan henregnes:

- De standardiserede indsatsforløb
- Helhedsorienterede fællessektorielle indsatser
- Målrettede forældrekompetenceudviklende tiltag

Til gruppe B kan henregnes:

- Styrkede netværksmøder
- Faste sparringsmøder
- Medarbejdere fra psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave
- Samarbejde med almen praksis

Endvidere kan det på tværs af de fremskudte funktioner konstateres, at det opleves meget positivt hos både forældre og fagprofessionelle, når der er tydelighed i, hvor man kan henvendes sig ved behov for lettere behandlende indsatser, og når der er tydelighed i, hvem der tager ansvar for koordinering af den samlede indsats.

Endelig skal det – også på tværs af de fremskudte funktioner – konstateres, at muligheden for at forældre til et barn med psykiske vanskeligheder kan møde medarbejdere fra den regionale psykiatri, inden der udarbejdes en henvisning til psykiatrien, opleves meget positivt. Her er det centralt, at det både opleves som en gevinst for forældre, den regionale psykiatri og for de kommunale medarbejdere.

Kompetencer

På tværs af de identificerede fremskudte funktioner er der identificeret en række centrale pointer om, hvilke kompetencer der opleves som afgørende for en velfungerende fremskudt funktion.

- Tværgående sektorkendskab
- Tværsektoriel tillid
- Specialpsykologer i børne- og ungepsykiatrien som sparrings- og supervisionspartnere og undervisere
- Fokus på øget kendskab til psykopatologiske forhold hos det kommunale frontpersonale

Organisering

I analysen af organiseringen sættes der særligt fokus på den konkrete organisering af samarbejdet mellem sektorerne.

På tværs af de forskellige typer af fremskudt funktion ses en række forskellige måder at organisere samarbejdet på tværs af kommuner og region – og i et enkelt tilfælde mellem region og frivillig forening.

Der ses således både elementer af:

- Flersektorielt samarbejde, hvor hver sektor leverer selvstændige bidrag til en samlet indsats.
- Tværsektorielt samarbejde, hvor samarbejdet handler om etablering af en fælles og helhedsorienteret problemforståelse og eventuelt fælles forståelse af indsatsbehovet i konkrete borgerforløb.
- Fællessektorielt samarbejde, hvor sektorerne arbejder tæt sammen i selve interventionen for barnet, den unge eller familien.
- Parasektorielt samarbejde, hvor der alene leveres en brobyggende og koordinerende indsats af medarbejdere med afsæt i begge sektorer.

Det er således en selvstændig pointe, at en fremskudt funktion kan etableres på meget forskelligt organisatorisk grundlag. Der kan ikke på baggrund af denne evaluering peges på, hvilken type af samarbejde der giver det bedste resultat.

Fokuspunkter i implementeringen

Sidst kan der også peges på en række erfaringer med implementering af de fremskudte funktioner. De mest centrale erfaringer, som der derfor bør være særlig opmærksomhed på i en eventuel fremtidig etablering af fremskudte funktioner, er som følger:

- Tværsektorielt samarbejde tager uanset form tid at etablere. Det gælder på såvel ledelses- som praksisniveau. Derfor kan resultaterne også være længe undervejs.
- Ligeværdig tværsektoriel udvikling skaber stort ejerskab og stor opbakning til de udviklede indsatser. Det kræver til gengæld tilstrækkelig tid og modigt frisættende lederskab.
- På tværs af de fem regioner er der stor variation i tolkningen af de konkrete lovgivningsmæssige rammer for regulering af samarbejdet mellem kommunale og regionale medarbejdere. Det giver meget forskellige muligheder for etablering af konkret samarbejde.
- I alle regioner efterspørges der på ledelsesniveau stærkere regulering af ansvaret for tværgående samarbejde og for lettere behandling. Det opleves, at de fremskudte funktioner med den nuværende regulering er sårbare, da både region og kommuner kan trække sig fra samarbejdet.

1.4 Læsevejledning

I det følgende afsnit gives først en kort indføring i evalueringsdesignet. Dette gøres for at give et billede af, hvordan evalueringen er blevet gennemført, og dermed baggrund for at forstå de følgende kapitler.

I kapitel 3 præsenteres hovedkonklusioner i forhold til udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2018 til oktober 2021. Her er der fokus på, i hvilken grad det kan sandsynliggøres, at udviklingen i henvisninger er påvirket af de fremskudte funktioner.

En mere uddybet gennemgang af udviklingen nationalt og i de enkelte regioner kan findes i Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Der er i evalueringen valgt at fokusere på forskellige typer af fremskudt funktion fremfor at fokusere på det enkelte gennemførte projekt, da hvert af de gennemførte projekter indeholder en stor variation i tiltag og indsatser. I kapitel 4 præsenteres de forskellige identificerede typer af fremskudt funktion. I første afsnit gives et overblik over de identificerede fremskudte funktioner, hvorefter erfaringerne med hver af de syv identificerede typer præsenteres i hver sit afsnit. Disse afsnit er struktureret efter undersøgelsesspørgsmålenes fire elementer, som præsenteret ovenfor.

I det afsluttende kapitel 5 samles op på tværs af gennemgangen af de identificerede typer af fremskudt funktion, og der gives et samlet svar på de fire undersøgelsesspørgsmål.

Det vil også sige, at de seks projekter ikke præsenteres og gennemgås som selvstændige projekter i teksten. En kortfattet præsentation af hvert af de seks projekter kan findes i Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprojekt

Endelig kan en præsentation af den anvendte metode findes i Bilag C: Anvendt metode.

2 Evalueringsdesign

De fire undersøgelsesspørgsmål er styrende for designet af evalueringen, og der er valgt et design baseret på virkningsevaluering. I virkningsevalueringen søges det kortlagt, hvilke årsagssammenhænge der kan forklare givne virkninger på baggrund af en indledende hypotese om disse sammenhænge.

2.1 Virkningsevaluering

Gennem en kombination af kvalitative og kvantitative data belyses virkningerne af indsatsen, og de tiltag og vilkår, der leder frem til virkningerne, beskrives. Sammenhængene mellem de forskellige vilkår, tiltag og virkninger søges sandsynliggjort gennem belysningen, uden at der kan udtrages endegyldige konklusioner om entydige årsags-virknings-sammenhænge.

Denne tilgang er valgt af primært to årsager. For det første har den store bredde i de ønskede resultater af projekterne ikke muliggjort en mere stringent resultat- eller effektevaluering. For det andet har ambitionen med evalueringen langt hen ad vejen være beskrivende mere end forklarende på grund af de gennemførte projekters meget store kompleksitet og eksplorative karakter.

I en virkningsevaluering er udgangspunktet teoridrevet, hvor en hypotetisk forestilling om sammenhængen mellem årsag og virkning ekspliciteres i en forandringsteori (teori om, hvad der skaber den ønskede forandring). Denne forandringsteori søges derefter belyst empirisk ved at indsamle og analysere data om de enkelte elementer i forandringsteorien. Gennem det analytiske arbejde søges det således at teste forandringsteorien, i forhold til hvorvidt sammenhængene kan eftervises.

Som udgangspunkt for analysen er der derfor formuleret en forandringsteori (se Figur 1. Sammenhængen mellem elementerne i undersøgelsesspørgsmålene), der baserer sig på:

- Opgavebeskrivelsen fra Sundhedsstyrelsen
- Puljevejledningen
- De seks projektbeskrivelser som formuleret i puljeansøgningerne
- Implementers erfaringer med tværsektorielt samarbejde i det offentlige

Den hypotetiske sammenhæng illustreret i forandringsteorien kan formuleres som, at organisationsformen "fremskudt funktion" giver et sæt specifikke kompetencer i børnenes nærmiljø, der muliggør en indsats, der i højere grad end i dag er evidensbaseret, tværfaglig og helhedsorienteret, som betyder, at de ønskede resultater om en tidligere, mindre indgribende indsats, der er integreret i barnets hverdagsliv, og hvor forældrene oplever sig støttet, kan opnås i højere grad end i dag. Der er et mindsket behov for anvendelse af tvangsindlæggelser.

Der skal indsamles data om hvert af disse elementer for at kunne besvare de fire undersøgelsesspørgsmål.

2.2 Dataindsamling og materiale

Konkret er der for hvert af de seks projekter udarbejdet et evalueringsdesign, der sikrer, at der indsamles data, der belyser alle de ovenfor beskrevne elementer. Grundet den meget store variation mellem projekterne er der kun i meget begrænset omfang indsamlet standardiseret tværgående data. Hovedvægten er lagt på:

- Kvalitative interviews med projektledelse, projektmedarbejdere, professionelle samarbejdspartnere og familier, der har erfaring med kontakt med indsatserne i projekterne ved projektperiodens afslutning (oktober til december 2021)
- Kvantitative data, som projekterne selv har indsamlet i projektperioden (indsendt til evaluator i oktober 2021)
- Centrale dokumenter udarbejdet som led i projekterne og projekternes egne analyser af den fremskudte funktion

Endelig er der indsamlet data for udviklingen i omfang af henvisninger og afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark i perioden 2018 til oktober 2021. Dette er både med til at kontekstualisere den fremskudte indsats og give et billede af væsentlige variationer på tværs i Danmark. Desuden skal det undersøges, om der kan ses en sammenhæng mellem de afprøvede fremskudte funktioner og udviklingen i henvisninger.

Den grundlæggende hypotese, der udforskes, er hypotesen om, at hvis de fremskudte funktioner lykkedes med en kvalificering af henvisningerne fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien, så bør andelen af afviste henvisninger fra de deltagende kommuner, alt andet lige, falde i projektperioden. Dette kan være en indikation på, at man gennem den fremskudte funktion er lykkedes med at iværksætte en mindre indgribende indsats frem for at henvise til den mere indgribende indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

2.3 Analysen af projekter og funktioner

For at sikre et tværgående fokus, hvor der uddrages generel læring på tværs af de gennemførte projekter, gennemføres der en komparativ analyse på baggrund af de indsamlede data. Hvert af de seks projekter indeholder en række forskellige tiltag og indsatser. Nogle elementer ligner hinanden på tværs af flere projekter, hvor andre elementer kun afprøves i et enkelt projekt.

For at identificere de forskellige standardiserbare muligheder, regioner og kommuner har for at tilbyde en fremskudt funktion, sammenlignes tiltag og indsatser i de seks projekter. Således identificeres en række forskellige typer af fremskudt funktion. Hvert projekt kan således indeholde flere forskellige typer af fremskudt funktion. Det er erfaringerne med disse forskellige typer af fremskudt funktion, der præsenteres og forholdes til den generelle forandringsteori.

Vurderingen af i hvilken grad og hvordan de fremskudte funktioner har ført til de ønskede resultater baserer sig således på en tværgående analyse af funktioner snarere end på selvstændige analyser af de enkelte projekter.

3 Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

3.1 Hvad undersøges?

Med satspuljeprojektet er der en ambition om en tidligere indsats forankret i børn og unges hverdagsmiljø. Dette ville eventuelt kunne føre til et mindsket behov for indsatser i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, samt at de børn med behov for en mere indgribende indsats opspores tidligt og rettidigt. Tanken er, at en tidlig kommunal indsats i nogle tilfælde bidrager til, at vanskelighederne ikke vokser sig så store, at der er behov for meget højt specialiseret støtte. Et mindsket behov for en specialiseret psykiatrisk behandling ville kunne ses som et mindsket antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

En sådan udvikling ville samtidig betyde, at indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder, alt andet lige, ville være mindre indgribende, som ligeledes er en af de eksplicite ambitioner med de gennemførte projekter.

Samtidig vil en styrket opsporing af børn og unge med behov for en mere specialiseret støtte i kommunalt regi betyde, at der vil være flere relevante henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien på et lavere alderstrin. Det vil sige, at børn og unge med behov for mere specialiseret hjælp får den tidligere.

Der har også i de gennemførte projekter været en ambition om at få ”bedre” henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette vil i praksis sige en udvikling, hvor der er færre henvisninger, der bliver afvist, fordi de beskrevne problemstillinger ikke er relevante for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, fordi problemstillingerne ikke er beskrevet tilstrækkeligt, eller fordi der ikke i tilstrækkelig grad er afprøvet andre tiltag inden henvisning.

For at undersøge om – og i hvilken grad – det kan påvises, at de fremskudte funktioner påvirker tilgangen til børne- og ungdomspsykiatrien, er der indhentet data om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i hele landet. Der er indhentet data fra 2018 (året før projekterne iværksattes) og til oktober 2021. Med udgangspunkt i dette data undersøges det, hvordan antallet af henvisninger af børn og unge bosat i projektkommuner har udviklet sig i projektperioden sammenlignet med udviklingen i øvrige kommuner. Da det ikke kan antages, at der har været et ensartet aktivitetsniveau i alle projektkommuner (særligt ikke i de regioner, hvor alle kommuner har deltaget), er der lavet sammenligning både med de kommuner, der formelt er en del af projekterne, og sammenligning med de kommuner, der har haft mest projektaktivitet.

Jævnfør ambitionen om flere relevante henvisninger undersøges det, om andelen af afviste henvisninger af børn og unge bosat i projektkommuner er faldet i projektperioden sammenlignet med andelen i øvrige kommuner.

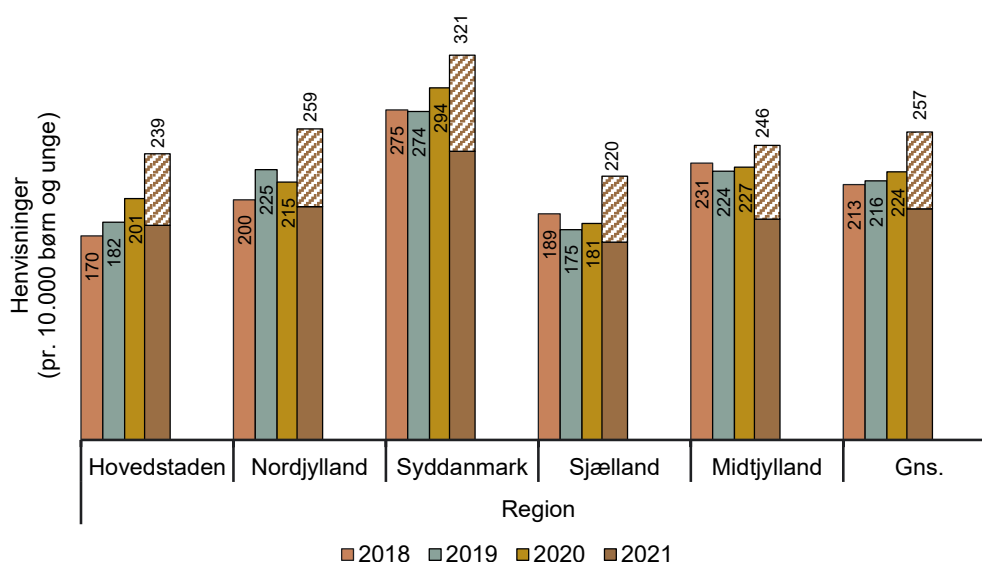
For at lede efter sammenhænge, der hvor der er størst sandsynlighed for at finde disse, fokuseres der særligt på henvisninger fra kommuner og på andelen af afviste henvisninger fra kommunerne. På baggrund af erfaringerne fra de gennemførte projekter kan det ikke forventes, at henvisninger fra praktiserende læger er påvirket af projekterne.

3.2 Udviklingen i henvisninger

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har været stigende fra 2018 til 2021. Denne tendens ses for alle regioner, men med store variationer i udvikling hen over de fire år.

I figuren nedenfor er udviklingen illustreret set i forhold til antal henvisninger per 10.000 børn og unge i hver region for at tage højde for forskellen i befolkningsstørrelse. I 2021 er der kun indsamlet data for årets første ni måneder. Der er derfor tilføjet en fremskrivning øverst på søjlen for 2021 for at give et bedre sammenligningsgrundlag til de tidligere år.

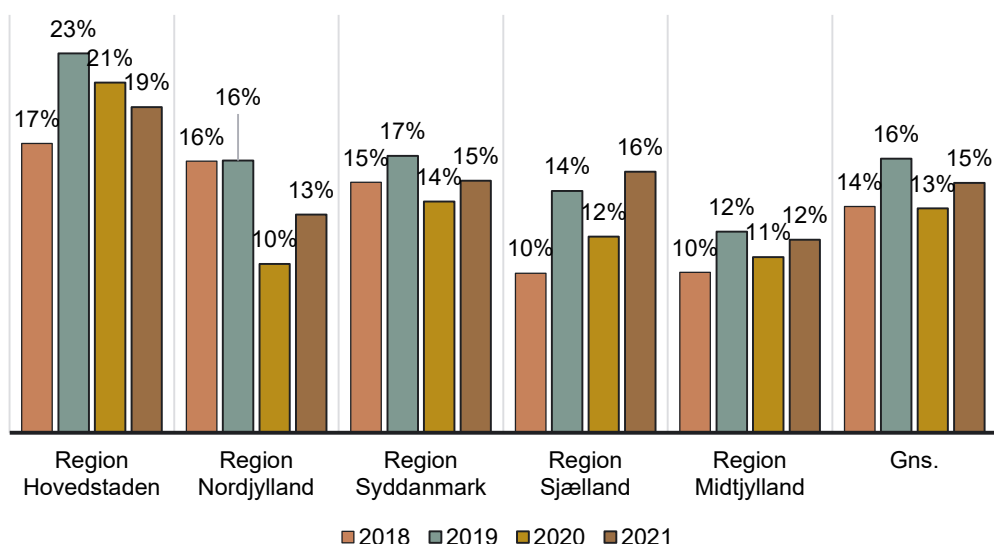
Figur 2: Udvikling i antal henvisninger fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier. Sammenlignet med tidligere år, så er der en tendens til, at der kommer et relativt højere antal henvisninger i de sidste tre måneder af året end i de første ni. Fremskrivningen kan derfor betragtes som relativt konservativ.

Andelen af henvisninger, som bliver afvist, ligger for alle regionerne på gennemsnitligt 30% i perioden og er faldet en smule gennem perioden i alle regionerne undtagen Region Syddanmark, hvor der ses en lille stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist.

Ses der specifikt på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, fremgår det, at der her er stor variation på tværs af de fem regioner. Samtidig ses det, at der fra 2018 til 2021 er en mindre stigning eller stagnation for Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens der for Region Sjælland er tale om en markant stigning. I Region Nordjylland ses der som den eneste region et fald i andelen af afviste henvisninger.

Figur 3: Andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvis

Når udviklingen i henvisninger sammenholdes med kommunernes aktivitetsniveau, kan der zoomes ind på udviklingen i netop de kommuner, hvor der er størst sandsynlighed for en synlig påvirkning af udviklingen i henvisninger.

I Region Nordjylland ses det, at faldet i andelen af afviste henvisninger fra kommunerne netop er størst i de kommuner, der har haft den største grad af projektaktivitet. Dette kan indikere, at der kan være en sammenhæng mellem aktiviteterne indført med projektet og en udvikling i retning af "bedre" henvisninger. Resultatet skal dog tolkes med forbehold, da der også i Region Nordjylland har været en praksis, hvor sager, der har været drøftet i de tværsektorielle fora, ikke afvises i psykiatrien.

Der kan ikke på baggrund af det tilgængelige data ses en systematisk forskel i udviklingen i henvisninger i projektkommuner kontra øvrige kommuner i de øvrige regioner. Ligeledes kan der ikke identificeres en systematisk forskel i udviklingen mellem kommuner med højt projektaktivitetsniveau sammenlignet med kommuner med lavt projektaktivitetsniveau i de øvrige regioner.

3.3 Konklusioner

Fra baselineåret 2018 og til indsamling af data i oktober 2021 har der selvfølgelig været en lang række andre faktorer end de fremskudte faktorer, der har påvirket udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. Herunder skal nogle af de vigtigste øvrige faktorer nævnes:

- Udvikling i forekomsten af psykiske vanskeligheder i befolkningen
- COVID-19
- Evt. ændret visitationspraksis i den regionale børne- og ungdomspsykiatri

Disse faktorerers påvirkning er ikke undersøgt som led i evalueringen, og der er således ikke taget højde for disse i analysen.

Samtidig kan projektaktiviteterne i de seks projekter forventes at påvirke udviklingen i henvisninger på flere måder, og således påvirke udviklingen i henvisninger i flere retninger. Således kan projekterne også have påvirket udviklingen i henvisninger (ud over de ovenfor i afsnit 3.1 beskrevne formodede direkte påvirkninger) ved nedenstående forhold.

- Øget opmærksomhed på opsporing blandt frontpersonale (både som følge af projektet og andre som følge af anden udvikling). Særligt dette punkt er væsentligt, da det kan pege i retning af, at flere børn og unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, da der identificeres flere børn og unge med behov for dette.
- Aftaler om lettere adgang efter tværsektorielle drøftelser af konkrete sager. Som led i nogle af de gennemførte projekter om fremskudt funktion er der indgået aftaler om, at henvisninger fra kommuner til børne- og ungdomspsykiatrien vurderes mere positivt, hvis de har været drøftet i formelle tværsektorielle fora, inden henvisningen er udarbejdet. Også dette kan pege i retning af flere henvisninger.

Der er således en række ikke kvantificerede forhold, der kan påvirke udviklingen i henvisninger, og derfor skal den fundne udvikling tolkes med stor forsigtighed. Det kan således ikke konkluderes, om der er sammenhæng mellem indførelse af fremskudt funktion og udviklingen i henvisninger. Det kan dog på baggrund af det tilgængelige data konkluderes, at de afprøvede fremskudte funktioner ikke i sig selv har påvirket udviklingen i en så høj grad, at dette kan ses i antallet af henvisninger og andelen af afviste henvisninger.

Undtagelsen er udviklingen i Region Nordjylland, hvor der ses det største fald i andelen af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i netop de kommuner der (i forhold til indbyggertallet) har anvendt tværsektorielle sparringsfora og netværksmøder mest. Dette kan indikere, at de fremskudte funktioner i Region Nordjylland har en mulig positiv påvirkning på henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

4 Forskellige typer af fremskudte funktioner

4.1 Identificerede typer af fremskudte funktioner

På tværs af de seks projekter er der identificeret en række forskellige typer af fremskudte funktioner, der er afprøvet i forbindelse med de enkelte projekter.

Der er i alt identificeret syv typer af fremskudte funktioner, hvoraf enkelte udelukkende bliver afprøvet i et enkelt projekt, mens andre går på tværs af flere projekter.

Nedenfor vises et overblik over, i hvilke regioner de forskellige typer af fremskudte funktioner er afprøvet. Erfaringerne med de forskellige typer af fremskudte funktioner præsenteres i det følgende.

		REGION					
		Hovedstaden	Sjælland	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
		STIME	Bakkehuset	Head-space	Afprøvning af fremskudt funktion	Fremskudt psykiatri	TUT
FREMSKUDT	Funktion 1	Faste sparringsmøder			x	x	x
	Funktion 2	Styrkede netværksmøder			x		x
	Funktion 3	Standardiserede indsatsforløb	x			x	
	Funktion 4	Henvisning fra almen praksis			(x)	x	(x)
	Funktion 5	Psykiatrien i frivillig forening			x		
	Funktion 6	Tværsektoriel enhed			x		
	Funktion 7	Kompetenceudvikling målrettet forældre	x			x	

På tværs af næsten alle projekterne har der været fokus på generel opkvalificering af kommunalt personale, og der peges entydigt på, at dette er gode initiativer, der er med til at sikre en bedre gensidig forståelse af vilkårene og opgaverne i de to sektorer uden behov for en anden organisering. Der indgår ligeledes et element af kompetenceudvikling i flere af de fremskudte funktioner – dette vil blive præsenteret i gennemgangen af de enkelte funktioner.

I afsnittene nedenfor præsenteres således erfaringerne med hver af de syv forskellige typer af fremskudt funktion. Der er meget stor variation i, hvor omfattende erfaringer der er med de forskellige typer af fremskudt funktion, hvorfor de enkelte afsnit er af meget varierende omfang.

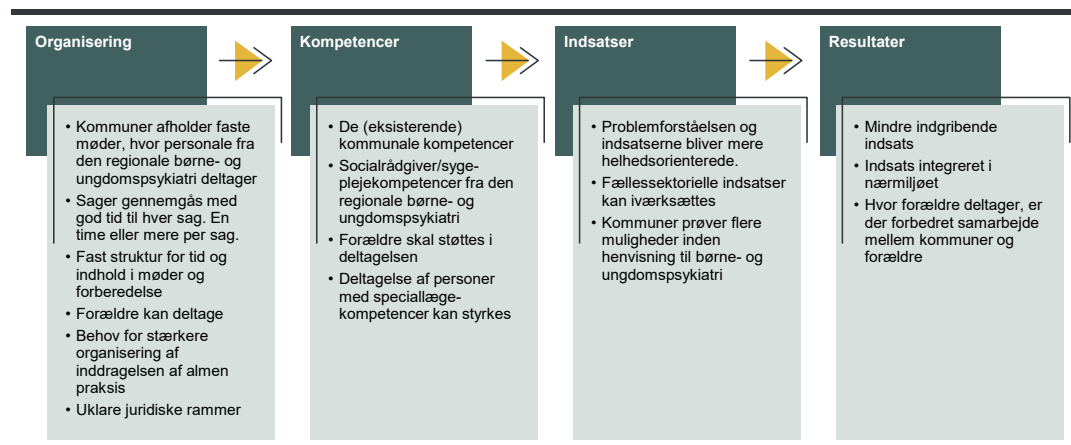
I hvert afsnit beskrives den specifikke type af fremskudt funktions resultater, indsats, kompetencer og organisering. I afsnittene om resultater gennemgås de fire ønskede resultater og der suppleres med yderligere resultater i det omfang disse vurderes generelt relevante. Ligeledes fremhæves vigtige erfaringer med implementering af den pågældende type af fremskudt funktion.

4.2 Fremskudt funktion 1: Faste sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune

Der arbejdes med fremskudt funktion som faste tværsektorielle sparringsmøder om enkeltsager i kommunerne i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Denne type af fremskudt funktion er der således meget bred erfaring med, og konklusionerne hviler dermed på et solidt grundlag.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 4: Faste sparringsmøder opsummeret



4.2.1 Resultater

En tidligere indsats

En fælles vurdering på tværs af afprøvningen af sparringsmøder om enkeltsager er, at møderne i høj grad fører til en tidligere indsats. I sager, hvor indsatsen varetages i kommunen, er det oplevelsen, at man hurtigere får en afklaring på, hvad der vil være den rette indsats i forhold til at afhjælpe konkrete udfordringer med mistrivsel i de sager, der drøftes på sparringsmøderne. Det er samtidig de professionelle deltagere på sparringsmødernes vurdering, at mange af sagerne kunne have udviklet sig til at være mere behandlingskrævende, hvis der ikke havde været en tværsektoriel drøftelse om indsatsen for barnet eller den unge.

I de sager, hvor det vurderes, at der er behov for behandling i psykiatrien, er vurderingen ligeledes, at sparringsmøderne har en positiv effekt. Det er oplevelsen på tværs, at sparringsmøderne er med til at kvalificere og højne kvaliteten af henvisningerne, når dette er aktuelt, hvorfor det også betyder, at færre henvisninger afvises.

Dog skal det også fremhæves, at de faste sparringsmøder ikke i sig selv fører til tidligere opsporing. Dette betyder, at den tidligere indsats snarere er en tidligere relevant indsats, end en tidligere indsats i sig selv.

En mindre indgribende indsats

En mindre indgribende indsats antages – på tværs af alle typer af fremskudt funktion – at kunne opnås ved forebyggelse af behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, for de børn og unge, hvor dette er muligt. Behovet for henvisning kan i nogle tilfælde forebygges ved at sætte tidligt ind med lettere behandling, støtte og vejledning.

I alle tre projekter er det vurderingen, at man for mange børn og unges vedkommende vil opleve en mindre indgribende indsats, fordi man igennem det tværsektorielle samarbejde kvalificerer vurderingen af barnets udfordringer og behov, hvilket giver bedre mulighed for at tilrettelægge en målrettet, men mindre indgribende indsats udenfor psykiatrien.

En kommunal medarbejder tilknyttet projektet i Region Midtjylland fortæller, at netop muligheden for sparring fra den regionale psykiatri, betyder, at man i den kommunale indsats har turde prøve flere muligheder af, inden man har henvist til børne- og ungdomspsykiatrien: *"Hele den struktur, der har været i samarbejdet, har været medvirkende til, at det har været meget nemmere, vi har været meget mere trygge i at kunne håndtere sværere cases med psykiatrien i ryggen"*.

Samtidig er det vurderingen, at det ikke nødvendigvis vil føre til færre henvisninger, fordi der både vil blive tilbudt kommunale alternativer til unge, der tidligere ville være blevet henvist til behandling, samtidig med at der vil blive opdaget flere med behov for behandling på et tidligere tidspunkt, som ikke tidligere ville være blevet henvist.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Det fremgår tydeligt af de gennemførte interviews, at den helhedsorienterede tilgang og en bredere involvering af flere aktører er med til at sikre en større grad af integration igennem et blik for, hvordan man kan støtte op om barnet/den unge i hverdagsmiljøet.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

I Region Syddanmark er forældrene inviteret med til de tværsektorielle sparringsmøder om enkeltsager. Her fremhæves det, at et væsentligt element i forhold til at lykkes med at afdække, hvad der vil være den rigtige vej at gå i forhold til et barn eller ungt menneskes mistrivsel, er, at forældrene er involveret og oplever gennemsigtighed, i forhold til med hvilket sigte en given indsats sættes i gang.

De forældre, der er interviewet i forbindelse med evalueringen, sætter på den ene side pris på at sidde med ved bordet, samtidig med at flere italesætter, at det kan være en ganske overvældende oplevelse, hvorfor det er vigtigt, at man som forældre er forberedt på indhold og formål samt har talt mødet igennem inden med en fagprofessionel, man kender og er tryk ved.

Fleere forældre peger samtidig på forskellige forhold, der har haft betydning for, hvordan deres børn er blevet hjulpet, hvoraf et vigtigt parameter er oplevelsen af at blive lyttet til som en vigtig og vidende aktør i barnets liv. Dette understøttes også af de fagprofessionelle i kommunerne, der fortæller, at de fra tilbagemeldinger fra forældrene

kan se, at de har følt, at de er blevet lyttet til, og det har været rart at kunne byde ind. Netop dette perspektiv fremhæves som vigtigt, for at undgå at man som fagperson kommer til at låse sig fast på én bestemt vinkel på barnet eller den unges sag.

Bedre tværsektorielt samarbejde

Der er på tværs alle tre projekter og både kommunale og regionale repræsentanter enighed om, at en væsentlig effekt af sparringsmøderne på enkeltsagsniveau er et generelt bedre tværsektorielt samarbejde – og en større tværsektoriel forståelse. Når parterne mødes om sager, hvor det ikke på forhånd er givet, hvad udfaldet vil være, og indgangen til drøftelsen er at sikre en tidligere og mere helhedsorienteret indsats til den enkelte, er det oplevelsen, at samarbejdet bliver mere ligeværdigt, ligesom der bliver gået mere åbent og nysgerrigt til drøftelserne, end når samarbejdet primært har været skriftlig i form af blandt andet henvisninger.

Det tværsektorielle samarbejde i sparringsmøderne har samtidig både styrket de regionale medarbejders forståelse for vilkårene for arbejdet i kommunerne, ligesom det har givet de kommunale medarbejdere en større forståelse for målgruppen for behandling i psykiatrien. Flere fremhæver i forlængelse af dette, at sparringsformen har været med til at eliminere nogle af de forskelle mellem kommuner og regioner, der tidligere har fyldt i samarbejdet. En af deltagerne fra Region Nordjylland italesætter forskellen på det nuværende og det tidligere samarbejde som følger: "Det er blevet mindre envejskommunikation, hvor psykiatrien har dagsordenen og uddeler opgaver. Der er nu mere reflekterende samtale om, hvordan vi kan hjælpe hinanden videre. Nu opbygges der gensidig forståelse og tillid."

De faste møder har samtidig flere steder åbnet op for, at kommunerne også løbende, ved mere akut behov for sparring, kontakter de regionale medarbejdere og får sparring over telefon.

4.2.2 Indsats og kompetencer

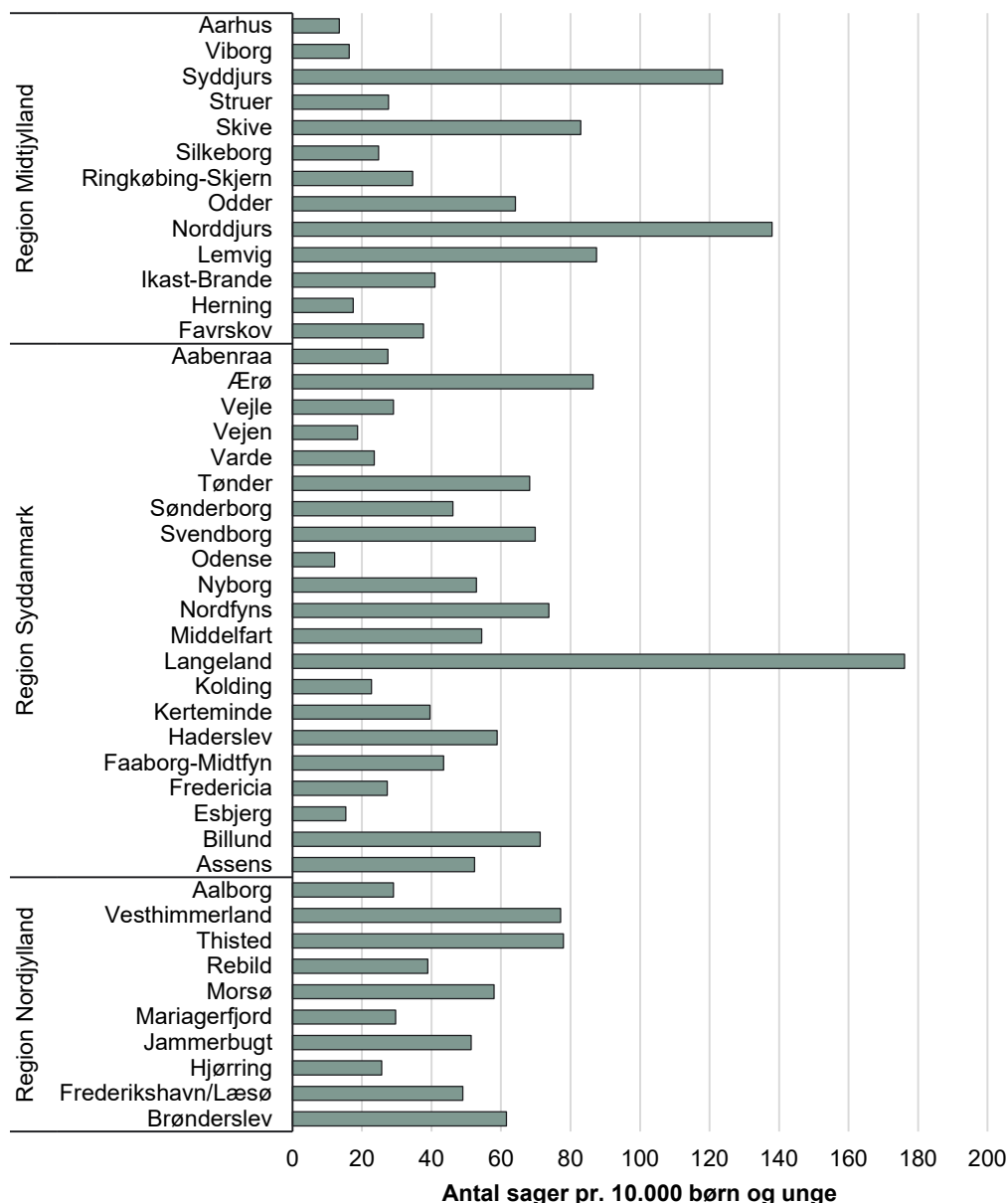
Sparringsmødernes formål og form

Det overordnede mål med de tværsektorielle sparringsmøder på enkeltsager er at bringe psykiatri og kommune tættere sammen i drøftelsen af sager om mistriksel, hvor der er usikkerhed i forhold til såvel bekymringsniveau som rette indsats.

Sparringsmøderne fungerer som udgangspunkt som et gensidigt mødeforum, hvor kommunen kan bringe sager med, som de har udfordringer med, og psykiatrien kan bringe sager ind, som vurderes ikke at høre til i psykiatrien. Møderne holdes i kommunen for at være tæt på barnet og familiens nærmiljø. Formålet med sparringsmøderne er i kraft af den tværsektorielle deltagelse helt overordnet at få identificeret og handlet på barnet eller den unges udfordringer og psykiske mistriksel, inden disse udvikler sig til en mere indgribende problematik. Målet er samtidig at sikre en bedre koordinering på tværs, herunder at understøtte sammenhængende forløb og bedre overgange mellem indsatser, når der iværksættes støtte. I flere kommuner arbejdes der således også med opfølgning på igangværende sager på sparringsmøderne.

Der er i projektperioden frem til oktober 2021 blevet drøftet ca. 2000 sager på de faste sparringsmøder. Aktiviteten har været meget varierende på tværs af de deltagende kommuner. Herunder viser figuren hvor mange sager, der er blevet drøftet i hver kommune set i forhold til hvor mange børn og unge, der er i kommunen. Den relativt store variation kan blandt andet forklares med, at ikke alle skoledistrikter/områder har deltaget i projektet i alle kommuner.

Figur 5: Antal sager drøftet på sparringsmøder relativt til antallet af børn og unge



Målgruppen er som udgangspunkt bred i forhold til alle typer af psykisk mistrivsel på tværs af regioner og kommuner. Dog har man valgt i Region Midtjylland at skærpe målgruppen, og sparringsmøderne er således forbeholdt sager, hvor der er en problematik relateret til henholdsvis depression, angst eller skolevægring.

På tværs af projekter kommer sager til dagsordenen i overvejende grad fra kommunerne og i mindre grad fra psykiatrien. I Region Nordjylland og Region Syddanmark kan sagerne også komme fra almen praksis, men gør det i meget begrænset omfang.

Det er oplevelsen fra flere af de regionale medarbejdere, at der er forskel på sparringsbehovet kommunerne imellem, alt efter den enkelte kommunes organisering og størrelse, samt hvor tæt man i forvejen arbejder sammen på tværs af områder i kommunen. Således opleves der et større antal sager samt tidsforbrug på drøftelse af sager i de kommuner, hvor man i mindre grad arbejder tværfagligt sammen i forvejen.

På tværs af kommunerne er der afsat mellem 45 minutter og halvanden time per sag, og det er oplevelsen i de kommuner, hvor der er afsat mindst tid, at det er vanskeligt at nå hele vejen rundt i de mere komplekse sager.

Fælles på tværs af alle tre projekter fremhæves det, at mødernes succes afhænger af, at der er en fast ramme og struktur for møderne, herunder dagsorden og mødeledelse, at der er udarbejdet en struktureret præsentation af sagen til deltagernes forberedelse, samt at der er en fast ramme for aftaler og opfølgning på baggrund af mødet.

Sparringsmøderne skaber helhedsorientering

Det er erfaringen på tværs af projekter, at de tværfaglige drøftelser i praksis kan medføre, at man igennem den helhedsorienterede og tværsektorielle drøftelse får øje på relevante indsats, der ikke nødvendigvis ville være sat i gang uden den gensidige sparring. Herunder også løsninger, der falder udenfor det indsatskatalog, som den enkelte kommune normalt trækker på.

Den indsats, der igangsættes på baggrund af møderne, er således ikke i sig selv nødvendigvis mere tværfaglig eller helhedsorienteret, men vil hvile på en problemforståelse og en drøftelse af mulige indsats, der er både tværfaglig og tværsektoriel, og dermed helhedsorienteret.

I Region Syddanmark har man samtidig indarbejdet en mulighed for, at de regionale medarbejdere, som følger af de aftaler, der træffes på sparringsmøderne, kan tilbyde kortere samtaleforløb i sagen, indtil videre forløb og indsats er afklaret. Dette opleves meningsfuldt og værdiskabende både for kommunerne, men i høj grad også for de familier, der er interviewet.

Endelig arbejder man i Region Syddanmark også med, at der kan iværksættes egentlig fællessektoriel støtte og vejledning på baggrund af de tværsektorielle sparringsmøder. Her kan kommunale medarbejdere og regionale medarbejdere for eksempel sammen tilbyde vejledning til konkrete lærerteam på en given skole i forhold til indsatsen for et konkret barn. Denne mulighed har også været ønsket i de to øvrige regioner, men man har ikke her fundet det juridisk muligt at gennemføre en sådan indsats.

Deltagelse og kompetencer

Der er på tværs variation i kommunerne, i forhold til hvordan sparringsmøderne bemandes, samt hvorvidt der er beslutningskompetence med til mødet. I nogle kommuner arbejdes der med en fast smal bemanning med PPR og en familierådgiver, i andre kommuner inviteres der bredere ind i forhold til aktive eller potentielt relevante aktører i sagen. Udgangspunktet – og fælles for alle sparringsmøderne – er, at medarbejdere ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri inddrages i sparring om problemforståelsen, hvilket, ifølge de kommunale medarbejdere, er med til i høj grad at kvalificere indsatsen til det enkelte barn eller unge menneske. Flere af de regionale medarbejdere peger dog på, at effekten af møderne er størst, hvis der som minimum deltager PPR-psykologer og myndighedsrådgivere i møderne.

Der er samtidig tværkommunale forskelle i, hvor meget beslutningskompetence der sidder med ved bordet, hvilket der opleves både fordele og ulemper ved. Således fremhæves det, at med beslutningskompetence ved bordet er der kortere vej fra drøftelse til indsats, imens andre fremhæver, at det giver mere plads til fordybelse i sagen, når fokus ikke med det samme peger i retning af en afgørelse.

Deltagerne fra den regionale psykiatri kan ikke tage konkret stilling til en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien i forbindelse med sparringsmøderne. En henvisning skal således stadig indgives til den centrale visitation i psykiatrien.

Generelt er det tilbagemeldingen, at det vigtigste i forhold til kompetencesammensætning i sparringsmøderne er, at deltagerne tilsammen repræsenterer en bred viden og erfaring i forhold til muligheder og rammer indenfor de forskellige sektorer. Dette understreges med erfaringer for, at hvis sparringsmøderne bemandes med mindre erfarne medarbejdere eller medarbejdere med en smal specialisering fra såvel kommune som psykiatri, så kan det kræve en del sparring og supervision af disse medarbejdere ved siden af møderne i egen sektor for at klæde dem på til rollen. Flere af de fagprofessionelle deltagere i sparringsmøderne har peget på, at det kunne styrke effekten af sparringsmøderne yderligere, hvis det var muligt at involvere relevante speciallægekompetencer i møderne.

I Region Syddanmark deltager forældrene også i sparringsmøderne, hvilket opleves meningsfuldt for såvel forældre som professionelle i forhold til at sikre gennemsigtighed, helhedsorientering og involvering af forældrenes perspektiv i sagen. Der er sket en gradvis udvikling i forældredeltagelse igennem forløbet, således at der ved projektets afslutning er tale om forældredeltagelse ved alle møder. Også dette var ønsket i andre projekter, men blev ikke fundet muligt inden for de juridiske rammer.

4.2.3 Organisering

Klare roller og fast struktur for samarbejdet

Der er i alle projekter en tydelig rollefordeling, hvor det er kommunernes ansvar at forberede og afholde møderne, og den regionale børne- og ungdomspsykiatris opgave at være til stede med så vidt muligt fast tilknyttet personale.

I nogle kommuner kan almen praksis bringe sager ind til sparringsmøderne og deltage i møderne – og de steder, hvor man er lykkedes med at involvere almenpraksis i sparringsmøderne, opleves det som meningsfuldt. Der er dog meget stor variation i hvordan dette er grebet an, og det kan generelt konkluderes, at der bør være en stærkere organisering af inddragelsen af almen praksis.

Det er i projekterne oplevelsen, at man, modsat tidligere forsøg på at gennemføre struktureret sparring mellem kommuner og regional psykiatri, er lykkedes med sparringsmøderne, fordi de faste sparringsmøder er skemalagte og tilbagevendende på månedsbasis. Samtidig er det vurderingen, at den udgående funktion, hvor psykiatrien kommer til kommunen – og ikke omvendt, har haft en gavnlig effekt i forhold til at muligheden for sparring anvendes.

4.2.4 Implementering

Som det vigtigste punkt i forhold til implementering står de juridiske rammer for indsatsen, som tolkes meget forskelligt på tværs af de tre regioner, der har arbejdet med faste sparringsmøder. De forskellige juridiske vurderinger af helt ens forhold tyder på et behov for, at reglerne på disse punkter tydeliggøres. Det handler specifikt om regler for forældres deltagelse i tværsektorielle drøftelser og om reglerne for integreret tværsektoriel indsats (fællessektoriel indsats).

I implementeringen af de faste sparringsmøder fremhæves det, at det kræver en intern kommunikationsindsats i den enkelte kommune at gøre opmærksom på muligheden for tværsektoriel sparring. Muligheden bør udredes til alle relevante parter i kommunen såsom PPR, Børne- og Familieafsnittet, sundhedsplejen, skole og dagtilbud.

Det er således også erfaringen både blandt de regionale og de kommunale medarbejdere, at det er afgørende, at der i kommunen er en tydelig og aktiv tovholder, der tager ansvar for de tværgående sparringsmøder, samt at man bliver klædt på til rollen som mødeleder.

I projekterne fremhæves det fælles ejerskab til projektet, hvilket opleves at have haft stor betydning for samarbejdet og engagementet i forhold til at lykkes. I forlængelse af dette udtrykkes der også bekymring for balancen i samarbejdet, når projektperioden ophører. Her vil det være regionerne, der sidder med omkostningerne til at sikre den regionale deltagelse i sparringsmøderne. Bekymringen går på, om regionen kan opretholde finansieringen, når der samtidig er pres på både behandlingskapacitet og personaleressourcer.

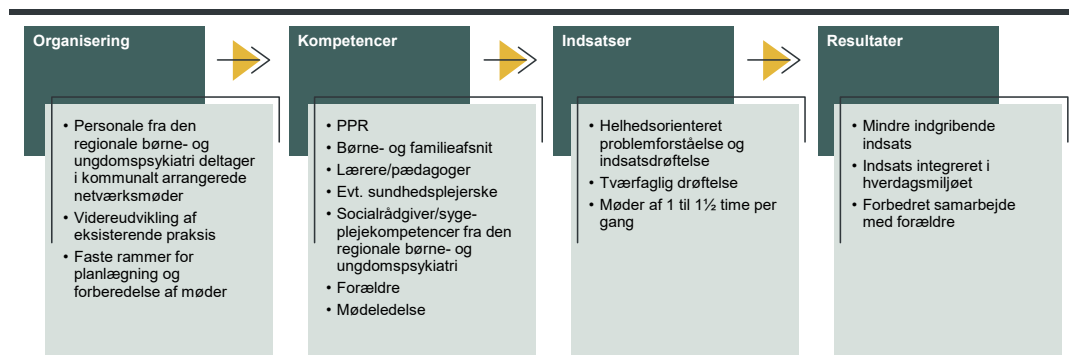
En generel betragtning på tværs af flere af projekterne er, at der ikke har været nok fokus på, hvordan de kompetencer, der opnås i forhold til det mere helhedsorienterede perspektiv igennem samarbejdet med kommunerne, kan udrulles yderligere i regionerne, efter projektperiodens ophør.

4.3 Fremskudt funktion 2: Styrkede netværksmøder

Der arbejdes med styrkede netværksmøder som en del af projektet om fremskudt funktion i Region Nordjylland. Konklusionerne om denne type af fremskudt funktion hviler således kun på erfaringer fra projektet i Region Nordjylland. Det skal dog samtidig fremhæves, at alle kommuner i Region Nordjylland – i varierende omfang, som det fremgår nedenfor – har benyttet sig af muligheden for inddragelse af regionale fremskudte medarbejdere i netværksmøder.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 6: Styrkede netværksmøder opsummeret



4.3.1 Resultater

En tidligere indsats

Det er den overordnede oplevelse i Region Nordjylland, at de styrkede netværksmøder bidrager til en tidligere indsats i sager, hvor der allerede er en bekymring. Således bidrager den tværfaglige og helhedsorienterede drøftelse på netværksmødet til en hurtigere afklaring af, hvad der er det rette niveau og form for indsats i en given sag.

Det er ligeledes oplevelsen, at drøftelsen af sager på de styrkede netværksmøder giver en hurtigere adgang til tilbud i psykiatrien, når dette vurderes relevant, da henvisninger, der har været behandlet af TUT, ikke afvises.

De styrkede netværksmøder fører ikke i sig selv til en tidligere opsporing.

En mindre indgribende indsats

Det er vurderingen blandt de interviewede, at den tværfaglige og helhedsorienterede drøftelse på netværksmøderne kan føre til en mindre indgribende indsats, fordi den rette indsats iværksættes uden for psykiatrien på et tidligere tidspunkt. Det er dog forventningen blandt repræsentanterne for den regionale psykiatri i projektet, at man vil se en neutral effekt på antallet af henvisninger overordnet. Dette begrundes med en styrket opmærksomhed på børn og unge med psykiske vanskeligheder på baggrund af projektet. En del af de børn og unge, der opspores, vil få tilbudt alternative indsatser blandt andet gennem drøftelser på netværksmøder. Det vurderes også af projektmedarbejderne og samarbejdspartnere i kommunerne, at der vil være færre afvisninger af henvisningerne til psykiatrien, da disse er kvalificeret gennem den tidlige inddragelse af psykiatrien i drøftelserne af problemstillinger og mulige løsninger.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Netværksmøderne understøtter generelt en helhedsorientering og bred inddragelse af flere aktører. Dette kan være med til at sikre en større grad af integration i hverdagslivet.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpes, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

Forældrene deltager som udgangspunkt til netværksmøderne, og det er vurderingen fra TUT-medarbejderne, at det har stor betydning for forældrene og for de kommunale deltagere, at psykiatrien deltager. Her kan psykiatrien præsentere deres perspektiv på, hvorfor barn eller ung for eksempel ikke vurderes at være i målgruppen for psykiatrien, samtidig med at de kan spille aktivt ind i drøftelsen af, hvad der i stedet er behov for. Tidligere har kommunale medarbejdere oplevet, at det kan skabe konflikt i relationen til forældrene, hvis de kommunale medarbejdere ikke oplever det relevant at henvise til psykiatrien.

Her understreges det, at psykiatriens deltagelse i netværksmøderne er meget positiv for relationen mellem kommunale medarbejdere og forældre og kan være med til at sikre et godt og konstruktivt samarbejde.

Bedre tværsektorielt samarbejde

Alle parter i indsatsen peger på, at også netværksmøderne er med til at skabe generelt bedre samarbejde mellem den kommunale indsats og den børne- og ungdomspsykiatriske indsats med større gensidig forståelse og tillid.

4.3.2 Indsats og kompetencer

Form og indhold på netværksmøderne

Formålet med de styrkede netværksmøder er at give en psykiatrifaglig og sektorspecifik sparring i enkeltsager, hvor kommune (eller almen praksis) oplever at have brug for sparring i forhold til børn, hvor der er – eller er mistanke om – psykiske vanskeligheder.

Tilgangen med styrkede netværksmøder bygger på en stepped care-model, hvor inddragelse af et højere specialiseringsniveau kræver, at der er afprøvet tiltag på et lavere specialiseringsniveau først. Dette understøttes af aftalen om, at henvisninger i sager, der har været drøftet i TUT, ikke afvises i psykiatrien efterfølgende.

Ved netværksmøder deltager ansatte i TUT i netværksmøder om indsatsen for enkelte børn og familier. Møderne er arrangeret af og forankret i de enkelte kommuner, hvor alle de for sagen relevante aktører deltager. Det er oftest repræsentanter for PPR, Børnefamilieafsnittet, skole eller dagtilbud, der deltager. Som udgangspunkt deltager barn og forældre også i mødet.

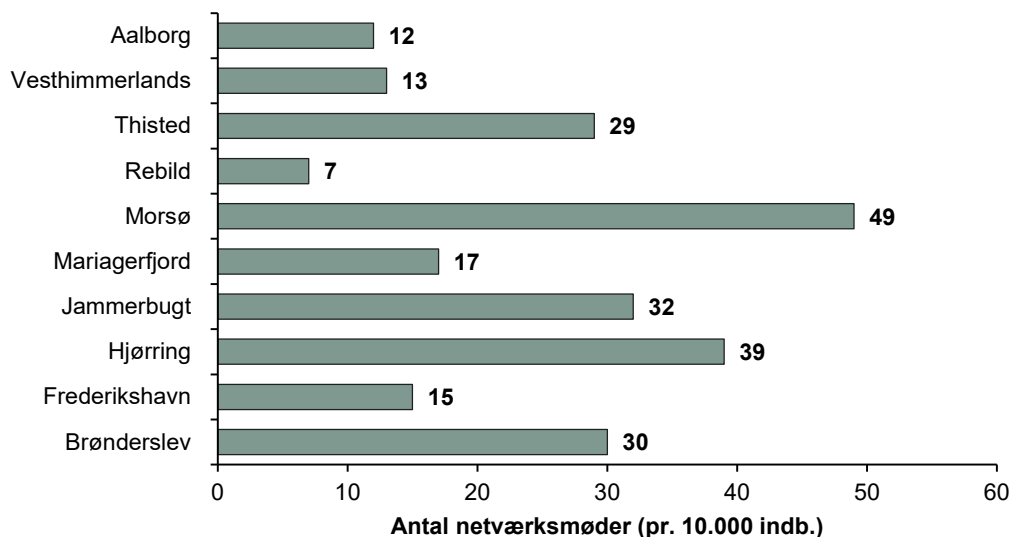
Mange kommuner arbejder i forvejen med netværksmøder, men igennem den fremskudte funktion tilbydes et specialiseret psykiatrifagligt blik på den enkelte sag.

Møderne varer mellem en time og halvanden. Der vedlægges en standardbeskrivelse af sagen til dagsordenen for mødet, der sendes ud til deltagerne inden mødet. Netværksmøderne kan gennemføres inden for 14 dage fra indkaldelsen.

Der er i Region Nordjylland afholdt 256 netværksmøder i perioden september 2019 til september 2021, hvoraf 37% er afholdt i 2020. Der er afholdt flest netværksmøder per 10.000 børn og unge i Morsø og Hjørring Kommuner. I nedenstående figur er antallet af gennemførte netværksmøder med deltagelse af TUT-ansatte opgjort for alle kommuner i projektet i Region Nordjylland. Antallet af netværksmøder er opgjort per 10.000 børn og

unge i kommunen for at gøre omfanget af netværksmøder sammenligneligt på tværs af kommuner.

Figur 7:
Antal gennemførte netværksmøder med deltagelse af TUT-ansatte i Region Nordjylland per 10.000 børn og unge i kommunen



Note: Antallet af børn og unge i kommunerne er opgjort som et gennemsnit af befolkningstallet i 4. kvartal perioden 2019-2021. Der er afholdt tre netværksmøder i perioden, hvor kommunen ikke er angivet. Disse indgår ikke i figuren.

4.3.3 Organisering

Ligeværdigt samarbejde

Det fremhæves i projektet, at det har haft afgørende betydning for resultaterne af den fremskudte funktion, at funktionen har været organiseret som et ligeværdigt samarbejde. Tidligere har oplevelsen fra kommunernes side været, at der har været en kultur, hvor psykiatrien har oplevet sig som "hævet over" kommunerne, men der er igennem samarbejdet i den fremskudte funktion opbygget en gensidig forståelse og tillid, der er fordrende for det gode samarbejde.

Det har samtidig haft en betydning i forhold til balancen i samarbejdet mellem region og kommune, at psykiatrien er kommet til kommunen og har deltaget i kommunens netværksmøder – og ikke omvendt.

4.3.4 Implementering

Det har lettet implementeringen, at kommunerne i regionen i forvejen har arbejdet med netværksmøder. Samtidig peges der på, at det har været positivt, at TUT-medarbejderne har holdt oplæg for socialforvaltningerne i alle regionens kommuner om mulighederne for deltagelse i netværksmøder.

Der peges endvidere på, at det er væsentligt for indsatsen, at der ikke er for lang ventetid til afholdelse af netværksmøder, når der konstateres et behov for dette. For at sikre af fristen på 14 dage fra indkaldelse kan overholdes, er det væsentligt, at der er tilstrækkelige driftsressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien til at kunne prioritere dette.

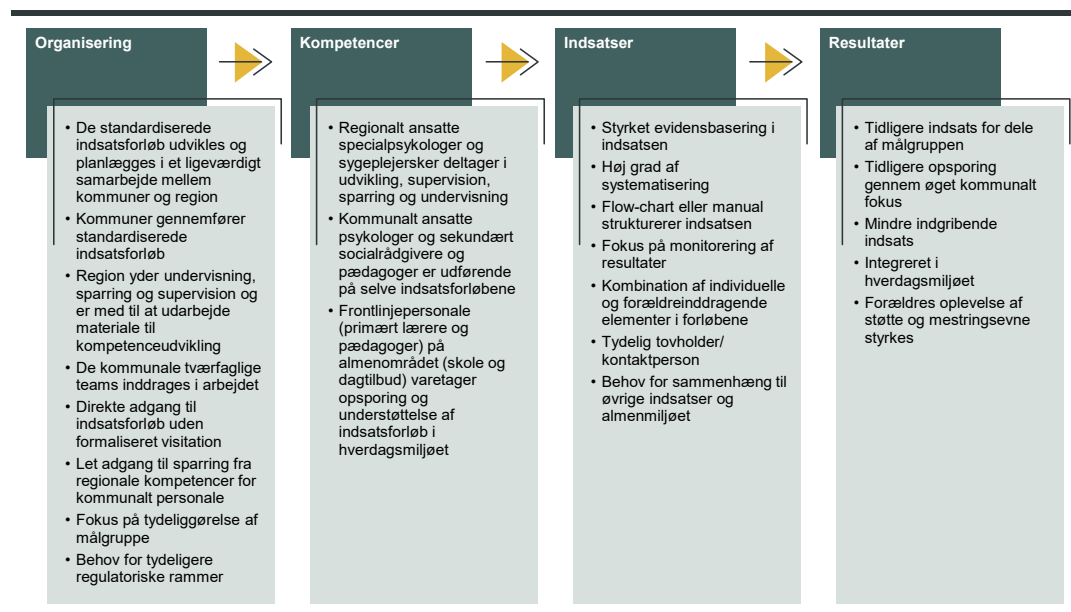
4.4 Fremskudt funktion 3: Standardiserede indsatsforløb

I to af de undersøgte projekter – projektet i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland – har man arbejdet med at kunne tilbyde lettere behandling i de enkelte kommuner til en række specifikke målgrupper. Der er tale om indsatser på trin to i terminologien fra forløbsprogrammerne. Tidligere evalueringer har peget på, at netop indsatser på dette trin kan være vanskelige at placere ansvaret for, og at der kan være mangelfuld adgang til disse. Netop derfor vurderes denne tilgang til en fremskudt indsats at være særlig interessant. Ligeledes er der i Region Midtjylland arbejdet med standardiserede indsatsforløb, der ikke kan karakteriseres som lettere behandling, men som på en række øvrige parametre deler en række af de samme karakteristika. Det er således erfaringen, at det i mindst lige så høj grad er den systematiserede tilgang og den lettere adgang til igangsættelse af indsats, der er afgørende, som det er selve det behandlingsmæssige indhold. Det skal dog i denne sammenhæng bemærkes, at der i evalueringen ikke har været fokus på selve behandlingseffekten af de iværksatte indsatsforløb.

Denne type af fremskudt funktion er der i de to projekter omfattende erfaring med, og konklusionerne hviler dermed på et solidt grundlag.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 8: Standardiserede indsatsforløb opsummeret



Neden for fremlægges de konklusioner, der kan drages, når der kigges på tværs af de konkrete erfaringer i projekterne.

4.4.1 Resultater

Generelt peges der i interviewene relativt entydigt på positive resultater af indsatsen. Når dette kombineres med projekternes egne opgørelser af de behandlingsmæssige resultater af den lettere behandling, underbygges dette indtryk yderligere.

En tidligere indsats

Der er blandt alle de interviewede enighed om, at det øgede fokus på opsporing i skolerne har betydet, at flere børn modtager en indsats tidligere i problemudviklingen, end de ellers ville have gjort. For nogle børn er det en indsats, hvor der ellers ikke ville have været en indsats, og for andre er det en mere systematisk og hurtigere iværksat indsats, hvor der i højere grad end tidligere er fokus på at opbygge et netværk omkring barnet eller den unge, der kan støtte efter behandlingsforløbets ophør.

I denne forbindelse peges der også på vigtigheden af et smidigt system, hvor der kan henvises direkte uden lange visitationsprocedurer. Dette gør sig gældende, både når det er de professionelle, der oplever en bekymring, og når det er forældre, der henvender sig til skolerne eller PPR for hjælp.

Særligt peges der på, at børn med udfordringer i forhold til kost opdages tidligere end ellers. Dette bakkes op af såvel udsagn fra skoleansatte, kommunale behandlere og fra ansatte i den regionale behandlingspsykiatri.

Flere af de interviewede peger samtidig på, at vi endnu ikke ved, hvad der sker for de børn og familier, der har modtaget den nye indsats, på længere sigt. Her bliver det afgørende, om det også på længere sigt betyder, at børn og familie kan undgå behov for kontakt med det børne- og ungdomspsykiatriske system.

Der er således enighed blandt de interviewede om, at der formodentlig er en økonomisk gevinst, hvis en tidlig indsats kan betyde et mindsket behov for en mere specialiseret indsats i psykiatrien. Der er i Region Hovedstaden gennemført en omkostningsvurdering af arbejdet med nogle af de gennemførte lettere behandlingsforløb. Her tages der dog ikke højde for eventuelle langsigtede økonomiske gevinster, og vurderingen kan derfor ikke bidrage med yderligere viden i forhold til dette.

For de børn og familier, der fortsat skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, peger repræsentanter for psykiatrien på, at henvisningerne er blevet bedre. Dette understøtter også, at der kan sættes hurtigere ind med rette behandling.

En mindre indgribende indsats

De kommunale ledelsesrepræsentanter peger på, at kommunerne med de lettere behandlingsprogrammer har fået en mere nuanceret tilbudsvifte. Dette betyder videre, at kommunerne har bedre mulighed for at sætte målrettet ind med en mindre indgribende indsats.

I børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har man også den oplevelse, at der er børn og familier, der deltager i lettere behandlingsforløb, mens de venter på at få et behandlingstilbud i psykiatrien. Dette betyder, at situationen ikke forværres i ventetiden, hvilket igen betyder mindre indgribende behandling, end der ellers ville have været behov for.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Der er bred enighed om, at det er lykkedes at give en indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv.

De kommunale repræsentanter i interviews giver også udtryk for, at det har meget stor værdi at kunne hjælpe børn og unge i deres nærmiljø. Der arbejdes i projekterne også med at få det lærende miljø omkring barnet (lærere og pædagoger) til at kunne støtte barnet både før, under og efter standardiserede forløb. Dette er særligt tydeligt, hvor indsatsen kombineres med styrkede netværksmøder (jf. beskrivelsen i afsnit 4.3).

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

De interviewede medarbejdere oplever, at der er meget stor tilfredshed blandt forældrene med indsatserne. Forældre giver udtryk for at have fået relevant vejledning og nye værktøjer til at støtte deres børn med.

Det er projektmedarbejdernes oplevelse, at forældre oplever at blive inddraget og anerkendt mere end i andre typer af forløb og støtte. Dette understøttes også af de interviews, der er gennemført med forældre.

For medarbejdere ansat på skoler, har der været en oplevelse af at kunne tilbyde forældrene noget mere end tidligere. På den måde har oplevelsen været, at man som frontlinjemedarbejder har kunnet sende forældrene videre på en god måde.

Særligt fremhæves dette de steder, hvor indsatsen har været organiseret på en måde, hvor medarbejdere har kunnet udlevere et telefonnummer til forældrene, hvor de selv har kunnet tage kontakt til behandlere i behandlingsforløbene. Dette sættes i forhold til tidligere oplevelser, hvor det har været oplevet som vanskeligt at komme i kontakt med PPR, og hvor det har været en langsommelig proces.

Det fremhæves, at der bredt på tværs af de forskellige behandlingsforløb, har været et stort fokus på, hvad forældrene selv kan gøre for at støtte barnet. Dette er også blevet oplevet som værende med til at styrke relationen til forældrene. Den relation, som behandlerne i forløbene – det for det meste er PPR-ansatte – har opbygget i de standardiserede forløb, har flere også kunnet tage med sig i den efterfølgende eller sideløbende kontakt med forældrene om andre PPR-tiltag. Dette har styrket muligheden for at støtte forældrene.

En forælder peger dog også på, at man som forældre kan være usikker ved et standardiseret forløbs ophør. Forælderen har oplevet klar bedring hos barnet, men oplever også, at barnet stadig er mindre robust end tidligere. Der kan således være usikkerhed hos forældrene om, hvorvidt barnet er igennem vanskelighederne og om hvad der ligger bag de opståede vanskeligheder.

I projektet i Region Hovedstaden er forældrene blevet spurgt om deres tilfredshed med indsatsen. Frem til oktober 2021 har 488 forældre besvaret disse spørgsmål. 90% af forældrene har svaret, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med den hjælp, de har fået. Knap to ud af tre forældre svarer, at forløbet, de har deltaget i, i høj grad eller i meget høj grad har opfyldt deres behov som forældre. Ligeledes svarer to ud af tre forældre, at de har fået ny viden, og at forløbet har hjulpet dem som forældre i at håndtere deres børns vanskeligheder på en mere hensigtsmæssig måde.

Bedre tværsektorielt samarbejde – mere tværsektoriel tillid

Selvom forbedret tværsektorielt samarbejde ikke i sig selv er defineret som et resultatmål for projekterne, så er det et meget tydeligt yderligere resultat af indsatsen, at både de regionale medarbejdere og de kommunale medarbejdere i både PPR og på skolerne oplever, at samarbejdet er blevet væsentligt forbedret. Det beskrives, at der er blevet opbygget tværsektoriel tillid.

Oplevelsen er på tværs af de interviewede, at der opbygget en forståelse af, at der er nogle udfordringer, som de to sektorer har brug for hinanden til at løse. Der peges særligt på, at de faste strukturer for kommunikationen mellem region og kommune har betydet mere og bedre dialog på tværs.

Alle parter oplever, at det er nemmere at tage kontakt tværsektorielt og få sparring på konkrete udfordringer.

4.4.2 Indsats og kompetencer

Indsatsen handler om at tilbyde standardiserede indsatsforløb til specifikke målgrupper af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Disse afprøvede indsatsforløb kan alle opfattes som lettere behandling, dog undtaget forløbet om skolefravær, hvor der ikke nødvendigvis er fokus på en behandlende indsats. I projekterne er der således erfaringer med:

- Børn, der har angstsymptomer
- Børn med depressionssymptomer
- Børn med bekymrende skolefravær
- Børn med erfaring med selvskade
- Børn med erfaring med spiseforstyrrelser
- Børn, der har udfordringer med opmærksomhed eller impulsivitet

Der har i forhold til ovenfor nævnte målgrupper både været arbejdet med eksisterende evidensbaserede behandlingsprogrammer såsom Cool Kids, Chilled, Lær at tackle angsten, New Forest Parenting Programme – og med programmer, der blev udviklet op til eller i forbindelse med projektet. Her har været udviklet, afprøvet og tilpasset programmer til børn og familier med erfaringer med selvskade, børn, som har problemer med at kontrollere kost og spising, og børn med tristhed og depressive symptomer. Endelig er der udviklet et program målrettet forældre til børn, der har vanskeligt ved opmærksomhed eller impulsivitet. Erfaringerne med dette behandles dog selvstændigt i afsnit 4.7.1.

De programmer, der er arbejdet med, er hovedsageligt baseret på en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang. I et regionalt perspektiv fremhæves det, at programmerne giver en rød tråd i indsatsen, fordi børn og familier i programmerne møder den tænkning, som de også mødes med i børne- og ungdomspsykiatrien. Således kan indsatsen også være med til at skabe en bedre overgang til eventuel behandling i den regionale behandlingspsykiatri.

Øget systematik og fokus på resultater i indsatsen

Det fremhæves af alle interviewede, at det er et gennemgående – og i langt de fleste kommuner – nyt element, at indsatsen har været mere systematisk end eksisterende tilbud. De fleste indsatser har været manualbaserede, og alle indsatser har bygget på tydelige procesbeskrivelser. Mange projektmedarbejdere og samarbejdspartnere har peget

på de udviklede flow charts som krumtapper i indsatsen. Dette fremhæves bredt af alle projektmedarbejdere og -behandlere som et meget positivt element. Det fremhæves dog samtidig af behandlerne, der har arbejdet med programmerne på både selvskade og spiseforstyrrelsesområdet, at det har været vanskeligt at arbejde manualbaseret, og at der har været behov for at tilpasse indsatsen til de borgere, de mødte.

Systematikken understøttes i flere af de tilbudte behandlingsprogrammer af, at borgernes oplevelse og udbytte af indsatsen monitoreres fast gennem brug af standardiserede måleredskaber. Der anvendes blandt andet redskaberne Feedback Informed Treatment (FIT), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS), Experience of Service Questionnaire (ESQ), Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale (ADHD-RS), Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), Eating Attitude Test (EAT-26) og Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16).

Generelt peges der fra de kommunale repræsentanters side på, at systematikken i programmerne har været positiv for både familierne og for PPR-området. På PPR-området har det i flere kommuner betydet, at arbejdet blev mere fælles på tværs af medarbejdere i PPR, hvor arbejdet ellers kan være meget individuelt baseret.

I et regionalt perspektiv fremhæves det, at det ikke blot er nye behandlingsindsatser, der tilbydes. Det er også mere generelt en ny måde at arbejde på. Den høje grad af systematik, ensartethed på tværs af kommuner og monitorering betyder også bedre mulighed for løbende at følge op og tilpasse indsatsen både i det enkelte forløb og generelt. Således giver den nye måde at arbejde på også bedre muligheder for at arbejde systematisk med kvalitetssikring og -udvikling.

Indsatsen målrettes specifikke målgrupper

Et element, der fremhæves bredt blandt de interviewede, er, at den systematiske tilgang også har betydet et stort fokus på, hvad der tilbydes til hvem. I det manualbaserede arbejde er der ofte tydelig beskrivelse af, hvem der skal tilbydes indsatsen, og hvem der ikke skal. Dette opleves både som en styrke og som en udfordring og er blevet grebet forskelligt an i de forskellige kommuner og de forskellige programmer.

For eksempel har man i København – i arbejdet med at introducere en manualbaseret metode til borgere med spiseforstyrrelse og borgere med erfaring med selvskade – ikke arbejdet med standardiserede cut off-points, hvor scoren på en specifik spørgeskemabaseret skala er afgørende for, om en borger skal tilbydes indsatsen eller ej. Her baserer vurderingen af, om indsatsen skal tilbydes eller ej, sig på en individuel samtale.

Målgruppen for nogle af programmerne er blevet fundet meget smal af de fagprofessionelle i og udenfor programmerne. I praksis har det i mange tilfælde således været oplevet frustrerende ikke at kunne tilbyde indsatsen, fordi en borger faldt uden for formelle inklusionskrav, når den fagprofessionelle vurderede, at indsatsen ville være effektiv for den enkelte. I flere af kommunerne og programmerne har man derfor i praksis medtaget borgere i standardiserede indsats, selvom de lå uden for målgruppen ved de indledende målinger og samtaler.

Forståelsen for målgruppeafgrænsningerne blandt fagprofessionelle på almenområdet er dog blevet styrket gennem oplæg og undervisning i og om indsatserne.

De specifikke indsatser målrettet specifikke målgrupper (der står i modsætning til den dominerende tradition i den kommunale undervisnings- og socialsektor, hvor alle bør have et tilbud, og det er tilbuddet der skal tilpasse sig borgeren og ikke omvendt) betyder, at det bliver meget afgørende at have en velfungerende opsporing/rekruttering af "de rette" borgere. De fleste programmer baserer sig på, at familie og børn i høj grad selv henvender sig for at få støtte. I forhold til denne udfordring har det haft stor betydning, at specialiseret personale – både fra kommunernes PPR og den regionale børne- og ungdomspsykiatri har haft fokus på at kunne bidrage til udviklingen af kompetencer blandt frontlinjemedarbejderne på almenområdet til at identificere tegn på mistrivsel blandt børn og unge.

Her pointerer flere af de interviewede projektmedarbejdere og projektledelser, at det stadig er vanskeligt at opspore unge med selvskade og med spiseforstyrrelser, da dette ikke nødvendigvis kommer til direkte udtryk i skolen.

Mange af de interviewede fagprofessionelle udtrykker også bekymring i forhold til de målgrupper, der ikke falder inden for inklusionskriterierne for at kunne tilbydes en lettere behandlende indsats. Særligt peger flere på, at programmerne ikke retter sig mod børn og familier i de mest udsatte positioner. I en konkret kommune er der således erfaringer med, at forældre fra skoler i mindre velstillede områder ikke henvender sig for at få støtte, selvom de professionelle vurderer, at der er behov for støtte. Samtidig ses det i samme kommune, at forældre fra skoler i de mere velstillede områder henvender sig af sig selv. Flere peger på, at der bør være en særlig opmærksomhed på forældre fra mindre ressourcestærke familier, og at der her kan være behov for direkte henvendelse om muligheden for deltagelse i de lettere behandlingsprogrammer. Dette understøttes endvidere af, at flere peger på, at der for eksempel ikke er mange deltagere på programmerne med anden etnisk baggrund end dansk.

I hvilken grad er de standardiserede indsatsforløb helhedsorienterede?

Mange af de interviewede i projektledelserne og blandt projektmedarbejdere og behandlere peger på, at de standardiserede individuelle indsatsforløb giver mulighed for at tilbyde en reelt helhedsorienteret indsats, hvor der både er fokus på læringsmiljø, individuel behandling og forældre støtte.

I alle projekterne og i forhold til alle de forskellige programmer, der er arbejdet med, har der således også været en ambition om at skabe mulighed for opbakning til indsatsen i barnets/den unges læringsmiljø. Dette er dog i mange kommuner blevet oplevet som en stor udfordring, som uddybes nærmere nedenfor i afsnit om kompetencer og implementering.

Det er generelt erfaringen, at der bør være såvel familieinddragelse som individuelle samtaler som led i den lettere behandling. I de programmer, hvor der ikke har været fokus på individuelle samtaler, har dette været savnet.

I det standardiserede forløb om skolevægning fremhæves særligt den standardiserede anvendelse af hjemmebesøg som særligt positivt. Det fremhæves af de kommunale tovholdere og samarbejdspartnere på skolerne, at hjemmebesøgene giver bedre samarbejde med forældrene og en mere helhedsorienteret forståelse af barnet og familiens udfordringer.

En række af de interviewede peger på, at der kan være en risiko for, at arbejdet med de lettere behandlingsprogrammer kan komme til at stå alene og blive afkoblet fra andre indsats. Der peges således på, at der bør være fokus på at skabe sammenhæng mellem de lettere behandlingsprogrammer og den øvrige drift i kommunen. Én PPR-ansat behandler peger således på, at de udviklede manualer burde anvendes af alle PPR-psykologer og integreres i den daglige drift i stedet for at være et særligt program. Der er her i nogen grad tale om et dilemma i indsatsen. I vurderingen af den standardiserede indsats fremhæves den systematiske og standardiserede tilgang. En systematisering og standardisering adskiller netop denne type indsats fra andre indsats i kommunen. Således vil en tilpasning af de standardiserede forløb til de øvrige eksisterende indsats formentlig betyde, at indsatsen bliver mindre systematisk.

Tovholder eller tydelig kontaktperson

Særligt de interviewede forældre fremhæver det positive ved, at der til indsatsen er en tydelig tovholder eller en tydelig indgang til kontakt om indsatsen til barnet/familien. Mange forældre fortæller, at de før tilbuddet om standardiseret indsatsforløb har oplevet at føle sig tabt i systemet og overladt til sig selv. Også flere samarbejdspartnere fremhæver det positive i at have en tydelig indgang eller kontaktperson til indsatsen for de relevante børn og deres forældre.

Kompetencebehov

Der er i projekterne gode erfaringer med at arbejde systematisk med kompetenceudvikling i forhold til forskellige målgrupper. Der kan således peges på, at der er positive erfaringer med at arbejde med tre specialiseringsniveauer:

- En gruppe medarbejdere med højt specialiseringsbehov, der skal kunne varetage behandlingen i de lettere behandlingsprogrammer og varetage undervisning og rådgivning af mindre specialiserede kollegaer. Dette har typisk været psykologer ansat i PPR-regi.
- En større gruppe medarbejdere ansat i almenmiljøet med let specialiserede opgaver, for eksempel AKT-lærere, inklusionspædagoger med mere. Disse har skullet varetage lettere rådgivning i forhold til opsporing og understøttelse af enkelte børn i hverdagsmiljøet.
- En stor gruppe medarbejdere ansat som frontlinjemedarbejdere i børnenes og de unges hverdagsliv (almenmiljøet), typisk lærere og pædagoger. Disse har skullet styrkes særligt i forhold til håndtering af tidlig bekymring og opsporing af børn og unge med behov for en lettere behandlingsindsats. Ligeledes har der været behov for, at denne gruppe af medarbejdere kan bakke op om den igangværende behandlingsindsats i hverdagen og kan have fokus på det gode forældresamarbejde.

For at kunne arbejde på denne måde, fremhæves det, at der er behov for et ligeværdigt samarbejde mellem kommuner og regioner. Dette uddybes nedenfor under afsnittene om organisering og implementering.

Der har været udviklet understøttende materiale til alle tre niveauer. Materialet er særligt i projektet i Region Hovedstaden blevet fremhævet af både samarbejdspartnere blandt frontlinjemedarbejderne og behandlere som virkelig godt og brugbart både i behandlingen og i almenmiljøet.

Gruppen af kommunale medarbejdere med højt specialiseringsbehov er blevet undervist i at varetage den lettere behandling af psykologer ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Ligeledes har denne gruppe skullet varetage opgaven med at sikre yderligere spredning af viden og kompetencer i almenmiljøet. Her er undervisningen blevet fulgt op af adgang til løbende sparring og supervision, der også blev varetaget af personale ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Flere af de interviewede kommunalt ansatte psykologer peger på, at de føler sig godt klædt på til at vejlede øvrigt frontpersonale i opsporing og tidlig indsats gennem deres uddannelse som behandlere hos børne- og ungdomspsykiatrien. Ligeledes peger flere af samarbejdspartnerne fra skolerne på, at de tilknyttede PPR-psykologer har fået styrket deres kompetencer.

Projektledelserne oplever at få meget positive tilbagemeldinger på muligheden for sparring og supervision for de kommunale medarbejdere hos de regionalt ansatte psykologer. Det fremhæves fra projektet i Region Hovedstaden, at det er særligt værdifuldt for de områder, som er nyere at arbejde med for kommunerne – særligt spiseforstyrrelser og selvskade. Her gør muligheden for højt specialiseret sparring, at kommunerne oplever selv at have mulighed for at bygge noget op på området.

Kompetencer er blevet spredt til almenmiljøet gennem undervisning og vejledning, der har haft fokus på opsporing, håndtering af tidlig bekymring og behandlingsunderstøttende indsatser i nærmiljøet og på det gode forældresamarbejde. Udbredelsen af kendskabet til muligheden for lettere behandling har også understøttet muligheden for at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af forskellige tiltag og aktører.

Bredt set opleves det, at der, hvor der har været oplæg og undervisning for fagpersoner på skoler, fører det til flere henvendelser om børn med et eventuelt behov for et lettere behandlingsforløb.

Det er meget forskelligt, hvordan kompetenceudviklingen er grebet an på de enkelte skoler i kommunerne. Generelt er der positive tilbagemeldinger på kompetenceudviklingstiltagene til almenmiljøet, der dog også er afhængigt af, hvor den enkelte skole er i forvejen. Endelig påpeges det, at det har været mindre velfungerende, når kompetenceudviklingen på skolerne har været afholdt virtuelt (grundet COVID-19).

4.4.3 Organisering

Tydelig opgavefordeling mellem kommune og region

Det fremhæves bredt, at det har været en styrke, at der har været en tydelig ansvars- og opgavefordeling i indsatserne. Kommunerne har stået for at gennemføre behandling og kompetenceudvikling på skolerne, og regionerne har haft ansvar for uddannelse, sparring og supervision.

Dette har været tydeligt i projektperioden. Mange af de interviewede udtrykker dog usikkerhed om, hvordan netop den tværsektorielle del af organisering skal forankres efter projektperioden. Her peges der på, at der mangler en tydelig formaliseret model for det fortsatte tværsektorielle samarbejde.

Den kommunale organisering af indsatsen

I projekterne har kommunerne tilbudt en lettere behandling, som de i mange tilfælde ikke tidligere har tilbudt. Behandlingen har næsten entydigt været organisatorisk forankret i den kommunale PPR.

I mange kommuner har behandling tidligere ligget i børne- og familieafsnittet. Derfor er det nyt i mange kommuner, at psykologisk behandling er forankret i PPR. Det opfattes dog af de interviewede som positivt, at det er forankret i PPR, da der er en bekymring for, at målgruppen vil komme "bagerst i køen" i familieafsnittene, da familieafsnittene som hovedregel har børn og unge med mere omfattende støttebehov.

Omvendt peges der også blandt de interviewede på, at særligt de individuelle behandlingsforløb måske kunne forankres bedre i familieafsnittene efter projektperiodens udløb.

En række samarbejdspartnere på skolerne peger på, at samarbejdet internt i kommunen mellem PPR og skolerne er forbedret gennem arbejdet med de standardiserede forløb.

Det er her vigtigt at påpege, at der har været meget stor variation, i forhold til hvordan indsatsen har været organiseret på tværs af både skoler og kommuner. Særligt har organiseringen af den lokale indsats i læringsmiljøet på den enkelte skole været grebet meget forskelligt an. Her fremhæves tværfagligt sammensatte teams på den enkelte skole, hvor forældre og lærere kan få sparring på konkrete problemstillinger som positivt.

Ligeværdigt samarbejde

Særligt i projektet i Region Hovedstaden lægges der meget stor vægt på, at samarbejdet mellem kommuner og region har været organiseret som et ligeværdigt samarbejde, hvor det ikke var den ene eller den anden part, der havde projektejerskabet. Det opleves blandt projektledelse, styregruppe og i de nedsatte arbejdsgrupper, at dette har været afgørende for projektets succes.

Det opleves også som at have været en svær og tidskrævende proces, som særligt i begyndelsen var frustrerende at være en del af. Der var behov for meget dialog for at finde fælles forståelse. Men netop denne organisatoriske konstruktion har betydet, at der skulle være enighed om alle beslutninger, og at der derfor var stor opbakning til de beslutninger, der blev taget.

Det har således også været i samarbejde mellem regionen og kommunerne, at det er blevet udvalgt, hvilke indsatser der skal tilbydes, og også i dette samarbejde, at der blev udviklet nye behandlingsmanualer og understøttende materiale. Også materialet rettet til det kommunale frontpersonale har regionen været med til at udvikle, hvilket vil sige, at der har været fælles linje også helt ud på de enkelte skoler.

Let adgang til behandling og sparring

Mange, særligt af de kommunalt ansatte, oplever, at det har været afgørende, at der er let adgang til behandlingsprogrammerne. I forhold til de fleste programmer har man ikke skullet igennem den sædvanlige indstillings- og visitationsprocedure. Det har været med til, at man har kunnet give en hurtig indsats.

På tværs af de deltagende kommuner og de forskellige programmer har der været forskellige måder at få adgang til de enkelte programmer, på. For flere af programmerne

har det været oplevet som enklere at kunne tilbyde et barn/en ung og familie støtte. En interviewet medarbejder på en skole oplever det sådan, at behandlingsprogrammer "ligger et sted mellem AKT og PPR", hvilket vil sige, at opfattes som en mere specialiseret indsats end AKT-indsatsen, men en mindre formaliseret indsats end PPR-indsatsen. Det opleves også ofte som mindre skræmmende for forældrene, at det ikke er en PPR-sag, men snarere et tilbud til forældre og barn om at kunne deltage i et kursus.

Det fremhæves også, at det er vigtigt med let adgang til sparring, både fra frontpersonale til behandlere i kommunen og fra skole og behandlere til børne- og ungdomspsykiatrien. Det har for eksempel været oplevet som en stor støtte, at kommunalt ansatte havde telefonnummeret til den visiterende overlæge i børne- og ungdomspsykiatrien, så der kunne gives sparring i forhold til for eksempel en eventuel optagelse på behandlingsforløb.

4.4.4 Implementering

Ejerskab skabes gennem fælles udvikling

Som beskrevet ovenfor har det været oplevet som afgørende, at der har været et fælles og ligeværdigt samarbejde om udvikling af flere af de tilbudte standardiserede indsatsforløb.

Det opleves ikke blandt de interviewede ledere i region og kommune, at der i dag "er noget, der tvinger os til at gøre det sammen". Det kan i forlængelse af dette overvejes, hvordan et ligeværdigt samarbejde om indsatsen skal understøttes fremadrettet. Her kan det overvejes, om der er behov for tydeligere regulering af ansvaret for lettere behandling (trin to-indsatser i forløbsprogrammerne). Samtidig peger de interviewede her på, at det er vigtigt, at selve indsatsen ligger hos kommunen for at skabe tæthed til børn og unges hverdagsliv.

Der peges også – i både Region Hovedstaden og Region Midtjylland – på, at der kan opstå vanskeligheder, når de udviklede programmer skal udbredes til flere kommuner. Hvordan sikres ejerskabet her, når der ikke har været samarbejde om udvikling og afprøvning? Der peges blandt andet i denne forbindelse på, at det vil være vigtigt, at de kommuner, der allerede tilbyder de standardiserede forløb, fungerer som ambassadører overfor de resterende kommuner.

I projektperioden er der udviklet et forum for konkret arbejdende samarbejde mellem kommuner og region. De interviewede ledere i begge sektorer oplever ikke, at der eksisterer et lignende forum, hvor denne opgave vil kunne forankres fremadrettet. Der eksisterer et formelt samordningsforum mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatri, men det opleves, at dette snarere er et koordineringsforum end et samarbejdsforum.

Behov for lokal tilpasning

Det har i implementeringen på tværs af forskellige kommuner været vigtigt, at der var mulighed for en høj grad af fleksibilitet i måden, tiltagene implementeredes på. Der skal således laves en afvejning mellem en højere grad af ensartet indsats på den ene side og muligheden for at realisere dette i den varierende kommunale virkelighed på den anden.

Fokuspunkter i opsporing og rekruttering

Erfaringen er, at der har været forskel på, hvor let det har været at opspore målgrupperne til de forskellige standardiserede forløb. Særligt opleves det at have været vanskeligt i forhold til børn og unge med problemer med kost og vægt, og det har været oplevet som vanskeligt i forhold til afgrænsningen af børn med bekymrende skolefravær.

Flere kommuner peger på, at det har været effektivt at informere direkte til alle forældre og elever særligt i forhold til de forløb, der har handlet om angst- og depressionssymptomer. Dette er for eksempel blevet gjort gennem Aula. Det har i denne sammenhæng været en bekymring, om der kom for mange henvendelser om behov for indsatsforløb. Dette har dog generelt ikke været tilfældet. Ligeledes har det særligt i forhold til forløb om selvskadende adfærd været en bekymring, at information om selvskadende adfærd kan være med til at udbrede forekomsten af selvskadende adfærd.

Ligeledes peger flere på, at oplæg ved de kommunale behandlere og eventuelt repræsentanter for den regionale børne- og ungdomspsykiatri for personale på de enkelte skoler har en god effekt i forhold til at skabe opmærksomhed hos lærerne på børn med psykiske vanskeligheder. Herunder børn med selvskadende adfærd og børn med udfordringer i forhold til spisning og vægt, som ellers opleves som vanskelige at opspore.

Endelig peges der på, at ung-til-ung har været en vigtig kilde til rekruttering til de standardiserede forløb.

Der skal være sammenhæng med øvrige indsatser

Som ovenfor beskrevet, bør de standardiserede programmer tænkes ind i en sammenhæng med de øvrige former for støtte, som kan gives målgruppen og tilgrænsende målgrupper. Særligt bliver der peget på, at de standardiserede programmer virker bedst, hvis der også gives opbyggende støtte i barnets hverdagsmiljø. Flere samarbejdspartnere i skolerne giver således udtryk for, at det ville styrke indsatsen, hvis der var mere fokus på tilbagemeldinger fra forløbene til de almindelige klasseteams.

Dette peger nogle kommuner på kan være vanskeligt at få til at fungere, da dette også er ressourcekrævende.

Hvis de standardiserede programmer er forankret i PPR, kan det endvidere være en udfordring at skabe sammenhæng mellem den lettere behandling og de øvrige PPR-opgaver. Særligt kan der være udfordringer i forhold til prioriteringen mellem forskellige opgaver og målgrupper.

Samtidig peges der bredt på, at det er vigtigt med information til alle om de nye muligheder, hvor ikke alle skoler har oplevet at være klædt ordentligt på i forhold til at kunne skabe sammenhæng og gode tilbud til børn og forældre.

Behov for tydeligere regulering

For langt de fleste er det usikkert, hvordan de standardiserede programmer er reguleret af lov, politik og vejledning. I praksis har det da også været tolket forskelligt i forskellige kommuner. Nogle har tolket indsatsen som en specialpædagogisk støtte, jf. folkeskoleloven, hvor andre har opfattet forløbene som § 11 stk. 3-forløb, jf. serviceloven. Flere peger på, at opgaven ikke med den nuværende lovgivning kan forankres i PPR, da der ikke her er baggrund for at tilbyde egentlig individuel behandling.

Flere peger endvidere på, at PPR ikke kan løfte opgaven uden ekstra ressourcetilførsel, og at der bør være lov eller anden national regulering og vejledning, der understøtter dette.

Tidskrævende at udvikle og implementere helt ny praksis

Som i mange andre tværsektorielle og tværorganisatoriske udviklings- og afprøvningsprojekter peges der entydigt på, at projektperioden er for kort tid til at skabe noget nyt og implementere dette i praksis.

Ledelsesmæssig prioritering

Ligeledes peges der, som i en lang række andre projekter, på vigtigheden af ledelse i forhold til implementering af indsatsen i hverdagen. Særligt peges der på, at indsatsen er afhængig af, at mange parter omkring det enkelte barn, der modtager en indsats, kan mødes til løbende opfølgingsmøder. Dette kan være meget vanskeligt, hvis det ikke prioriteres ledelsesmæssigt, for medarbejderne at skabe rum for at deltage i disse opfølgingsmøder.

En prioritering af at indføre eller arbejde videre med at tilbyde standardiserede forløb i kommunerne kræver også, at der er tydelighed om omkostninger og gevinster ved indsatsen. Der er i Region Hovedstaden udarbejdet omkostningsvurdering for tre af de udarbejdede standardiserede indsatsforløb, hvilket giver et bedre vidensgrundlag for beslutning om eventuel fortsættelse/indførelse af indsatserne i kommunerne. Beregningerne hviler dog alene på omkostninger og tager ikke højde for eventuelle gevinster ved eventuelt færre henvisninger til psykiatrisk behandling, færre afviste henvisninger eller mindsket behov for andre typer af indsatser. Ligeledes forekommer vurderingens antagelse om 1-årig drift at være uholdbar, ligesom antagelsen om 15 årlige forløb er usikker. Disse forhold betyder, at omkostningsvurderingens resultat formodentlig estimerer en relativt høj enhedsomkostning.

Behov for fortsat rolle til regionen

I både Region Midtjylland og Region Hovedstaden er der fokus på, hvordan regionen fastholdes i samarbejdet efter projektperioden. Her gives der udtryk for et klart ønske om, at samarbejdet kan fastholdes gennem fortsat mulighed for let adgang til sparring og supervision for de kommunale behandlere og for en fortsat rolle for regionen i at uddanne (og certificere) de kommunalt ansatte behandlere.

Ud over behovet for faglig supervision peges der også på vigtigheden af, at den personlige relation mellem kommunalt ansatte PPR-psykologer (og øvrige behandlere) og ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien fastholdes.

Det foreslås endvidere, at personale ansat i børne- og ungdomspsykiatrien med jævne mellemrum deltager i de lokale opkvalificeringsworkshops for frontpersonale sammen med de kommunalt ansatte behandlere, for også at styrke relationen mellem frontlinjepersonale og børne- og ungdomspsykiatrien.

4.5 Fremskudt funktion 4: Nyt samarbejde med almen praksis

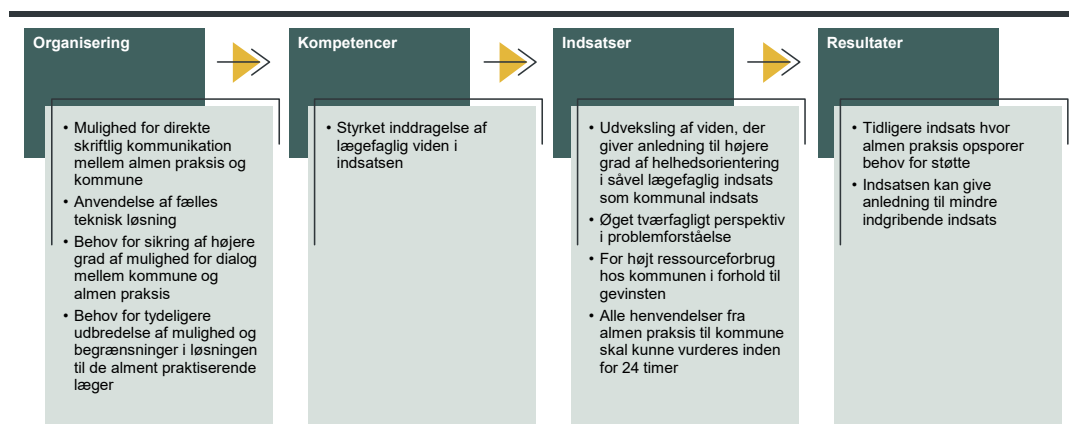
Delprojekt 3 i Region Midtjylland har entydigt handlet om at styrke samarbejdet mellem kommune og almen praksis i forhold til indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Endvidere er der også erfaringer med styrket samarbejde med almen

praksis i projekterne Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvor almen praksis har kunnet indstille til og deltage på de faste sparringsmøder mellem region og kommune.

Denne type af fremskudt funktion er den type, der er indhentet færrest erfaringer med, da kun to kommuner indgik i delprojekt 3 i Region Midtjylland, og der samtidig kun har været begrænset deltagelse af almen praksis i de faste sparringsmøder.

Opsummerende er der generelt ikke gode erfaringer med den afprøvede løsning. Den ønskede sammenhæng og udfordringerne i denne er opsummeret i figuren herunder.

Figur 9: Samarbejde med almen praksis opsummeret



4.5.1 Resultater

Ifølge de interviewede fagpersoner, der har anvendt det i Region Midtjylland afprøvede kommunikationssystem, er resultatet primært, at der er påbegyndt en dialog mellem almen praksis og den kommunale indsats, som ikke var der tidligere.

Kommunikationen har langt hen ad vejen været envejskommunikation. Det understreges af alle parter, at der ønskes mere dialog og udveksling af oplysninger.

En tidligere indsats

Henvendelse fra praktiserende læge til kommunerne kan give anledning til, at kommunerne bliver opmærksomme på børn, unge eller familier med behov for støtte, som de ikke havde kendskab til i forvejen. Her kan der gives en tidligere indsats gennem henvendelsen fra lægen. Det er dog erfaringen i begge de deltagende kommuner, at dette kun er sket i et meget begrænset antal tilfælde.

En mindre indgribende indsats

I det omfang henvendelsen til kommune fra almen praksis kan give anledning til en alternativ indsats fremfor en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, kan det siges, at denne fremskudte funktion kan give anledning til en mindre indgribende indsats. Ligeledes vil en henvisning fra almen praksis til kommunal indsats, når dette er et alternativ til ikke at tilbyde familien en indsats, i nogle tilfælde kunne forebygge, at barnet eller den unge senere får behov for mere omfattende indsats.

4.5.2 Indsats og kompetencer

Ambitionen i projekterne har været at styrke dialogen mellem almen praksis og den kommunale indsats. Dette kan forstås som et forsøg på at styrke muligheden for en mere helhedsorienteret problemforståelse og for at tilbyde et lægefagligt perspektiv i en tidlig indsats. Samtidig er det også en ambition om, at almen praksis kan medtænke eller henvise til de kommunale støttemuligheder i den samlede indsats for barnet eller den unge.

Et styrket samarbejde med almen praksis vil således give mulighed for, at der sikres et lægefagligt perspektiv på en problemstilling, uden at der skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien.

Selve indsatsen – eller den nye praksis – i Region Midtjylland er langt hen ad vejen primært en ny måde at muliggøre kommunikation mellem almen praksis og kommune. Skriftlig kommunikation direkte mellem almen praksis og kommunen bliver i projektet understøttet af et korrespondancemodul, der kan anvendes i de praktiserende lægers fagsystem. Her kan den praktiserende læge rette henvendelse til kommunen, når almen praksis oplever familier, hvor der er børn med psykiske vanskeligheder, der eventuelt kan have behov for kommunal støtte. Ligeledes kan kommunen informere om iværksatte tiltag for de givne familier.

For at sikre kommunikationen afsættes der i kommunerne ressourcer til at overvåge henvendelser via korrespondancemodulet. I en kommune har der været arbejdet med et fast ugentligt visitationsmøde, hvor alle henvendelser er blevet håndteret. I en anden kommune har der været en løbende stillingtagen til henvendelserne.

I både Region Nordjylland og i Region Syddanmark, hvor der har været afholdt faste sparringsmøder, har almen praksis principielt også kunnet deltage på sparringsmøderne og kunnet forelægge konkrete sager på disse møder. Dette er dog kun gjort i meget begrænset omfang. I nogle få kommuner har praksiskonsulenten fungeret som bindeled mellem kommune og almen praksis. Det er dog her uklart, i hvilken grad praksiskonsulenten i praksis har fungeret som repræsentant for de øvrige praktiserende læger for borgere i kommunen. Der er bred enighed om, at deltagelsen i sparringsmøderne ikke har betydet en systematisk og ensartet inddragelse af almen praksis.

I Region Nordjylland er der eksempler på, at der er indgået mere formelle og skriftliggjorte aftaler mellem enkeltkommuner (Hjørring og Thisted Kommune) og almen praksis om samarbejdet i forbindelse med forebyggende indsats og med henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette opleves velfungerende.

4.5.3 Organisering

Organiseringen af det styrkede samarbejde beror alene på udvikling og implementering af en teknisk løsning, som både kommune og almen praksis skal være enige om at anvende.

Organiseringen af kommunikationen mellem almen praksis og kommunen kan hovedsageligt betragtes som flersektoriel, da kommunikationen primært er envejskommunikation. Det vil sige, at den styrkede kommunikation kan føre til, at tiltag i den ene sektor kan tilrettelægges med viden om parallelle tiltag (eller fravær af tiltag) i den anden sektor.

I det omfang kommunikationen kunne udvides, ville samarbejdet kunne få en mere tværsektoriel karakter, hvor der på tværs af sektorer kan sparreres om støttebehov og indsatsmuligheder. Der er dog meget begrænsede eksempler på dette.

4.5.4 Implementering

Det er oplevelsen fra projektet i Region Midtjylland, at det har været vanskeligt at sikre, at det indførte kommunikationssystem blev anvendt til netop kommunikation om børn og unge med psykisk lidelse og deres familier. Snarere har oplevelsen været, at kommunikationsvejen er blevet opfattet som en generel mulighed for dialog mellem almen praksis og kommunen, hvilket har betydet, at en lang række henvendelser er blevet betragtet som irrelevante i et projektperspektiv. Samtidig bliver der af både almen praksis og kommunale medarbejdere peget på, at der netop mangler en mere generel åben visitationspostkasse fra almen praksis til kommune.

Konkret har det udviklede korrespondancemodul været anvendt forskelligt i de to kommuner, hvor det har været afprøvet. Der peges blandt andet på, at udskiftning på ledelsesniveau har haft stor indflydelse på implementeringen af, hvordan systemet anvendes.

Der peges også på, at systemet set fra kommunernes synspunkt opfattes som et ufleksibelt system, som er besværligt at bruge. Omvendt påpeger almen praksis, at systemet giver en mulighed for kommunikation, der for dem er let at anvende, og som ikke var der tidligere. Det foreslås således i denne sammenhæng af en kommunalt ansat fagperson, at et andet system – for eksempel øget anvendelse af telefonsamtaler mellem almen praksis og kommune – ville kunne sikre samme effekt hurtigere og nemmere. Det understreges af de interviewede, at telefoniske henvendelser mellem almen praksis og kommune ikke anvendes i den eksisterende praksis.

De interviewede kommunale medarbejdere peger på et vigtigt opmærksomhedspunkt i implementeringen af standardiseret kommunikation mellem almen praksis og kommunerne. Ved henvendelse fra almen praksis om en bekymring for et barn eller en ung skal kommunen vurdere, om der er tale om risiko for overgreb inden for 24 timer fra modtagelsen af bekymringen. Derfor skal implementeringen af arbejdsgange omkring det standardiserede kommunikationssystem tage højde for dette.

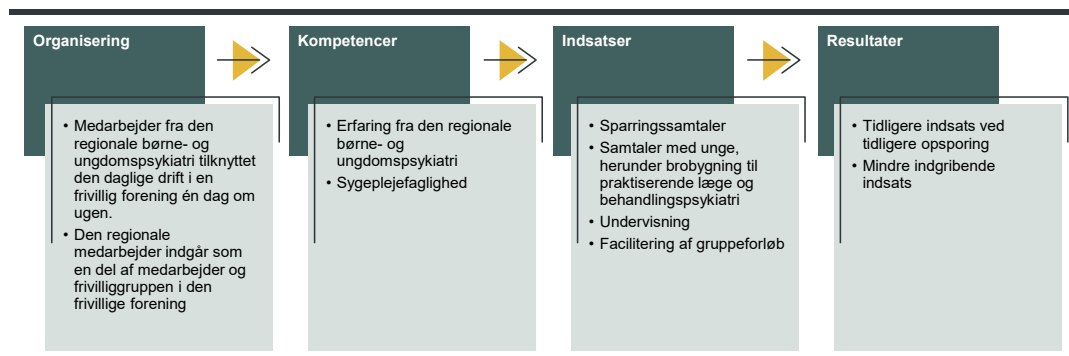
4.6 Fremskudt funktion 5: Børne- og ungdomspsykiatrisk personale i frivillig forening

Et enkelt af de undersøgte projekter har afprøvet en model med udstationering af en medarbejder i en frivillig forening. Region Sjælland har således som den eneste region afprøvet virkningen af at have en psykiatrisk sygeplejerske udstationeret i det frivillige tilbud headspace i Roskilde, der er målrettet unge mellem 12 og 25 år og tilbyder alle inden for aldersgruppen "nogen at tale med", når livet, tanker og hverdagen opleves udfordrende.¹

¹ I projektforløbet er der søgt om og fået godkendelse til at anvende uforbrugte midler til også at ansætte fremskudte regionale psykiatrimedarbejdere i headspace Kalundborg, Slagelse, Lolland og Guldborgsund. Disse indgår ikke i evalueringen.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur.

Figur 10: Psykiatrisk personale i frivillig forening opsummeret



4.6.1 Resultater

En tidligere og mindre indgribende indsats

Baseret på interviews med frivillige, ansatte, projektledelse og den fremskudte regionale medarbejder er det vurderingen, at man er lykkedes med at opspore unge på et tidligere tidspunkt i en problemudvikling. Der er også i den frivillige forening opnået et skærpet blik for, hvad der skal reageres på – og hvordan. I praksis betyder dette, at flere unge har modtaget såvel en tidligere som en mindre indgribende indsats, end de ellers ville have fået.

Det er vurderingen, at et af de helt afgørende resultater af forsøget med en fremskudt medarbejder fra psykiatrien er, at de frivillige har fået mere viden om psykiatri – hvornår der er tale om helt almindelige ungdomsproblemer, og hvornår skal der noget andet og mere til. Det er samtidig oplevelsen, at adgangen til psykiatrien, når relevant, er lettet igennem den fremskudte medarbejders forankring i en ungdomspsykiatrisk enhed i regionen.

Erfaringerne opleves så positive, at projektet i projektperioden blev udvidet, så der er udstationeret medarbejdere fra psykiatrien i andre headspace-afdelinger end den, der har været med fra projektstart.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

I kraft af, at det er vurderingen, at man er lykkedes med at afhjælpe flere unges udfordringer på et tidligere tidspunkt end ellers, er det samtidig vurderingen, at flere af de unge, der henvender sig i headspace, lykkes med at få den nødvendige støtte på et tidspunkt, hvor vanskelighederne ikke afstedkommer et behov for indlæggelse. Dermed undgås brud i deres hverdagsliv.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

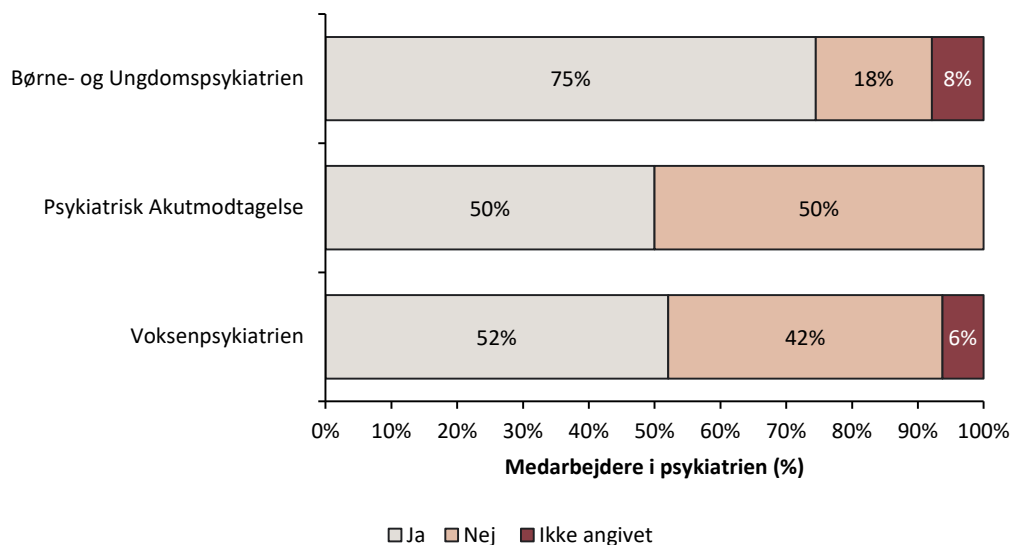
Dette har ikke været et særskilt fokus i data for headspace, der som udgangspunkt sigter på at støtte de unge selv.

Kendskab på tværs

Et supplerende resultat, der bliver fremhævet på tværs af interviews, er det øgede kendskab til psykiatrien i headspace, herunder en viden om, hvad psykiatrien indeholder. Det er vurderingen, at den tætte sparring samt den fælles undervisning om psykiatrien har medført en "afdramatisering" af, hvad psykiatrien er – og en større åbenhed blandt de frivillige, i forhold til at nogle unge også vil have brug for den hjælp, som psykiatrien kan tilbyde. I et interview bliver det tydeliggjort som følger: "Der har måske været en antipsykiatriholdning, der har bygget på afskrækkelse – og manglende viden. Men det handler jo ikke kun om medicin og om at spænde folk fast." Det har således i praksis gjort en forskel med den tætte kobling og det direkte samarbejde. headspace er igennem samarbejdet blevet et sted, hvor der er udbredt viden om tidlige tegn på psykose med mere og fungerer således i højere grad som en samarbejdspartner for psykiatrien. Det er samtidig oplevelsen, at afstanden er blevet mindre, og at headspace hurtigt kan kontakte den enhed i psykiatrien, hvor den fremskudte medarbejder er forankret, hvis der er en ung, der vurderes at have behov for yderligere støtte. Børne- og ungdomspsykiatrien har også kunnet henvise den anden vej for unge, der ikke har behov for at være i psykiatrien. Dette har i praksis været tæt sammenkoblet med netop den enhed som den fremskudte medarbejder er forankret i, og det er ikke vurderingen, at det samme resultat er opnået med andre enheder i psykiatrien.

Hvis man ser på tværs af psykiatrien, varierer det alt afhængigt af ansættelsessted, hvorvidt medarbejdere i psykiatrien oplyser unge om tilbud i headspace. Blandt medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatrien (75%) kunne størstedelen af de adspurgte finde på at oplyse om headspace, mens det samme blot gør sig gældende for halvdelen af medarbejderne i PAM og voksenpsykiatrien. Medarbejdere, der ikke kunne finde på at oplyse om tilbuddene, begrundede det med et manglende kendskab til headspace.

Figur 11:
Andel af medarbejdere i psykiatrien, som kunne finde på at oplyse en ung om headspace



4.6.2 Indsats og kompetencer

Den fremskudte psykiatriske sygeplejerske har i stort omfang i fællesskab med medarbejdere og frivillige i headspace defineret en opgaveportefølje bestående af:

- Opkvalificering af frivillige og ansatte blandt andet gennem sparringssamtaler med særligt fokus på før-/eftersparring i forbindelse med samtaler med unge eller pårørende.
- Samtaler med unge – både alene og sammen med frivillige og herunder opsporing af unge med behov for mere specialiseret støtte og brobygning.
- Kompetenceudvikling gennem undervisning af frivillige blandt andet i psykiatriens opbygning, den praktiserende læges rolle, psykoser, spørgeteknikker i forhold til selvmordstanker med mere samt rådgivning, i forhold til hvad der er inden for normalområdet og kan rummes i headspace, og hvad der skal håndteres i psykiatrien.
- Input til og facilitering af gruppeforløb, blandt andet om NÆB (nervøsitet, ængstelighed og bekymring), og gruppeforløb overleveret fra socialpsykiatrien om autismespektrumforstyrrelser.

Der har i headspace Roskilde været tilknyttet 961 unge i perioden 2019-2021. Der er i alt på tværs af de 961 unge blevet afholdt 1.929 samtaler med medarbejdere/frivillige i headspace og 86 samtaler alene med den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet headspace i projektperioden.

Sparring med frivillige/medarbejdere

Sparring med de frivillige og ansatte foregår som før- og eftersparring og understøttes samtidig ved deltagelse af den fremskudte medarbejder i konkrete samtaler. Den fremskudte medarbejder kan klæde den frivillige/ansatte på gennem sparring inden en samtale. Dette handler særligt om at tydeliggøre den unges problemstilling, herunder tegn på psykiatriske problemstillinger, der eventuelt kræver andre typer af indsatser. Eftersparringen bliver brugt til at følge op på afholdte samtaler. De interviewede frivillige og ansatte i den frivillige forening fremhæver særligt muligheden for førsparring i forbindelse med tilbagevendende problematikker samt muligheden for at tage den fremskudte medarbejder med til en samtale som afgørende for indsatsens resultater i praksis. Gennem deltagelse i samtaler har den fremskudte medarbejder mulighed for at stille supplerende spørgsmål og her øge den frivillige/ansattes opmærksomhed på konkrete udsagn, der skal reageres på. Ligeledes kan den fremskudte medarbejder efterfølgende gennemgå samtalen og give konkret feedback. Sparringen fungerer som en direkte opkvalificering af den enkelte frivillige og ansatte i den frivillige forening, i forhold til hvornår og på hvad man skal reagere, samt hvornår det er relevant at henvise til andre – og til hvem.

Samtidig føler de frivillige og ansatte sig bedre klædt på i forhold til at kunne spørge ind til specifikke problemstillinger og til at kunne reagere hensigtsmæssigt på et tidligere tidspunkt. En af de frivillige sætter følgende ord på samarbejdet: "Det gode ved samarbejdet har ligget i, at man er blevet en mere effektiv og handlekraftig brobygger gennem det konkrete face to face-samarbejde. Det er det konkrete tætte samarbejde, der gør, at man er bedre til at se tegn."

Kompetenceudvikling

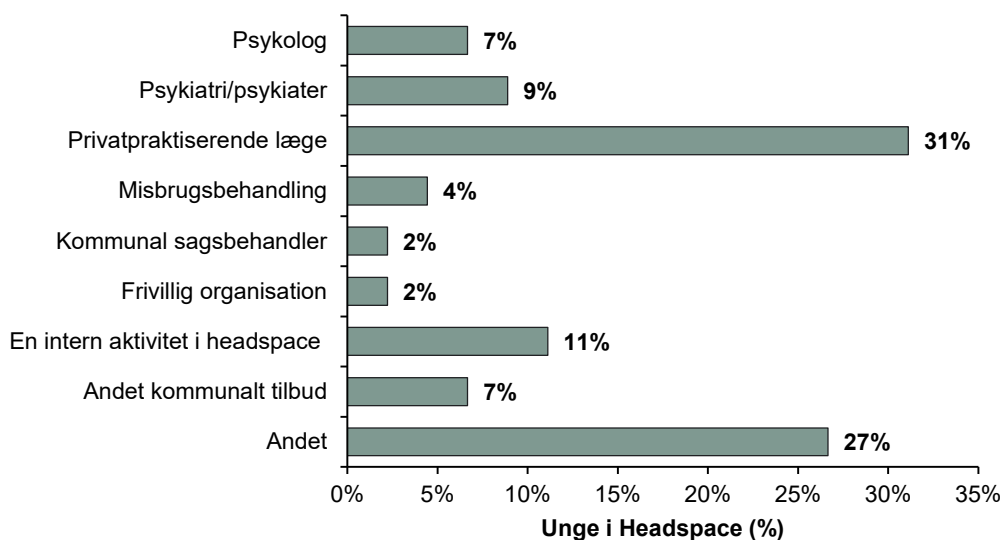
Den fremskudte medarbejder fra psykiatrien står ligeledes i spidsen for fælles kompetenceudvikling igennem opkvalificerende undervisning. Temaer for undervisning har i afprøvningsforløbet været psykiatriens opbygning og rammer, herunder hvornår det er hvilke aktører, der skal handle, psykisk sygdom generelt samt mere målrettet undervisning i symptomer og tegn på psykose, viden om LGBT-relaterede udfordringer samt selvmordsrisiko. Målet med undervisningen er, at de frivillige i højere grad skal kunne vurdere, hvornår noget er uden for normalområdet, og der derfor skal noget andet til end headspace – og at de ved, hvordan de skal reagere på dette. Oplevelsen blandt de interviewede er, at muligheden for den direkte sparring samt den målrettede undervisning har medført, at man i højere grad har fået et fælles sprog at tage udgangspunkt i og er blevet dygtigere til at håndtere og afdække de unge, som har det vanskeligt, samt vurdere, hvor der skal brobygges til på tværs af kommune, region og NGO'er. Samtidig bliver det italesat, at undervisningen har givet de frivillige et mere fælles udgangspunkt for arbejdet: *"Vi er meget forskellige som frivillige. Ikke alle har arbejdet med mennesker før. Det er derfor også noget med at styrke os som frivillige, så vi tænker i samme retning. Vi bliver mere en helhed, når vi kan få sparring med psykiatrien. Vi har fået en højere grad af fælles sprog mellem de frivillige."*

Samtaler med unge – og brobygning

Udover at deltage i samtaler med de frivillige, varetager den fremskudte medarbejder også samtaler med unge alene, hvor sigtet som udgangspunkt er brobyggende, fordi problematikken umiddelbart kalder på mere, end det er muligt at imødekomme igennem headspace. Disse samtaler videregives som udgangspunkt fra de frivillige efter en indledende eller flere samtaler, hvor der ønskes en vurdering med udgangspunkt i en psykiatrisk faglighed.

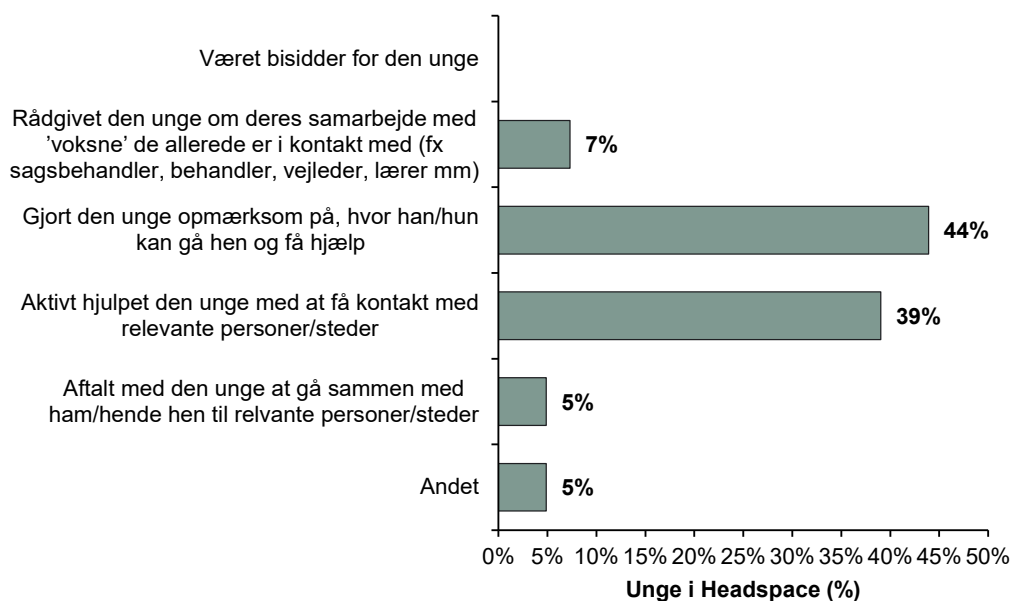
Det er i afprøvningsperioden registreret, hvor der er brobygget til på godt halvdelen af de unge (n=45), der har haft samtaler alene med den fremskudte regionale medarbejder, hvilket kan give en indikation af graden af de problemstillinger, de unge er blevet vurderet at have på tidspunktet for identifikation. Af disse fremgår det, at de unge i høj grad er brobygget til egen praktiserende læge, andet (ikke nærmere defineret) eller en intern headspaceaktivitet, eksempelvis gruppeforløb.

Figur 12: Opgørelse over, hvorhen den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet Headspace Roskilde har brobygget unge (n=41) til andre tilbud i perioden 2019 til september 2021



Hvis man ser på formen for brobygning, ses det, at for næsten halvdelen (44%) af de unge (ved N=41) består brobygningen i, at de er blevet gjort opmærksomme på, hvor de kan få hjælp, imens 39% af de unge aktivt er blevet hjulpet med at få kontakt med relevante personer/steder.

Figur 13: Opgørelse over, hvordan den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet Headspace Roskilde har brobygget unge (n=41) til andre tilbud i perioden 2019 til september 2021



Den fremskudte medarbejder fra regionen kan ikke henvise direkte til psykiatrisk behandling, men kan brobygge videre til den specifikke enhed i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, hvor den fremskudte medarbejder er forankret, eller til Psykiatrisk akutmodtagelse. I praksis sker størstedelen af brobygningen til praktiserende læge.

Gruppeforløb

Der har været to gruppeforløb i afprøvningsperioden – en ungegruppe om nervøsitet, ængstelighed og bekymring (tidligere angstgruppe) og en gruppe om problematikker relateret til autismespektrumforstyrrelser. Gruppeforløbene bliver faciliteret af frivillige og af den fremskudte medarbejder. Udgangspunktet er at styrke oplevelsen hos de unge af, at de ikke er alene med deres problemer og at give dem nogle redskaber og et fortroligt rum at tale ind i. Erfaringen fra de forskellige gruppeforløb har vist, at det at blive sat i en gruppe med jævnaldrende med ensartede udfordringer har givet de unge nogle flere vinkler på de ting, de har at kæmpe med. Grupperne opleves derfor i praksis som et godt supplement til den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

De unge interviewet i forbindelse med evalueringen sætter selv følgende ord på: "Det er godt at møde nogen, der har samme udfordringer som en selv. Godt at se, at man ikke er alene. De andre kan også hjælpe en. Det kan ellers være svært at have venner. Gruppen er en god støtte i hverdagen."

4.6.3 Organisering

I projektforløbet har den psykiatriske sygeplejerske været tilknyttet headspace otte timer ugentligt. Vedkommende indgår i hverdagen på lige fod med alle medarbejdere og frivillige i headspace. Dette betyder i praksis, at vedkommende deltager i relevante fællesmøder og bliver tilbudt samme interne kurser som alle andre, hvilket bliver fremhævet i interviews som en væsentlig forudsætning for at lykkes med samarbejdet. Den fremskudte medarbejder har fastholdt sin ansættelse i psykiatrien, hvorfor al personaleledelse er fastholdt der. I projektet er den fremskudte medarbejder rekrutteret fra en specifik ungdomspsykiatrisk enhed i regionen, men det fremhæves, at det er den psykiatriske praksiserfaring og kendskabet til psykiatrien, der er vigtig i forhold til at varetage opgaven, hvorfor en rekruttering fra eksempelvis et distriktstilbud formodentlig ville kunne fungere tilsvarende godt.

Et andet væsentligt element i organiseringen, der understøtter den tidligere og koordinerede indsats, er, at man som noget helt særligt med den fremskudte regionale medarbejder samler tre sektorer i headspace, fordi man allerede arbejder med fremskudte sagsbehandlere som repræsentanter for den kommunale myndighed. De tre perspektiver bidrager med forskellige blik på de unge og har forskellige værktøjskasser at byde ind med, hvorfor samarbejdet indebærer en unik mulighed for at understøtte den rette og koordinerede indsats for den unge. De unge kan samtidig – uafhængigt af tilknytning til region og kommune – blive ved med at komme i headspace, hvilket understøtter en åbning til mulig brobygning, hvis behovet hos den enkelte ændres.

4.6.4 Implementering

Et væsentligt element, der fremhæves i forbindelse med implementeringen af samarbejdet, er at sikre, at den fremskudte medarbejder indgår i headspaceteamet på lige fod med øvrige medarbejdere og frivillige, og at der er en fleksibilitet i opgaveporteføljen, så den fremskudte medarbejder opleves tilgængelig for umiddelbar sparring.

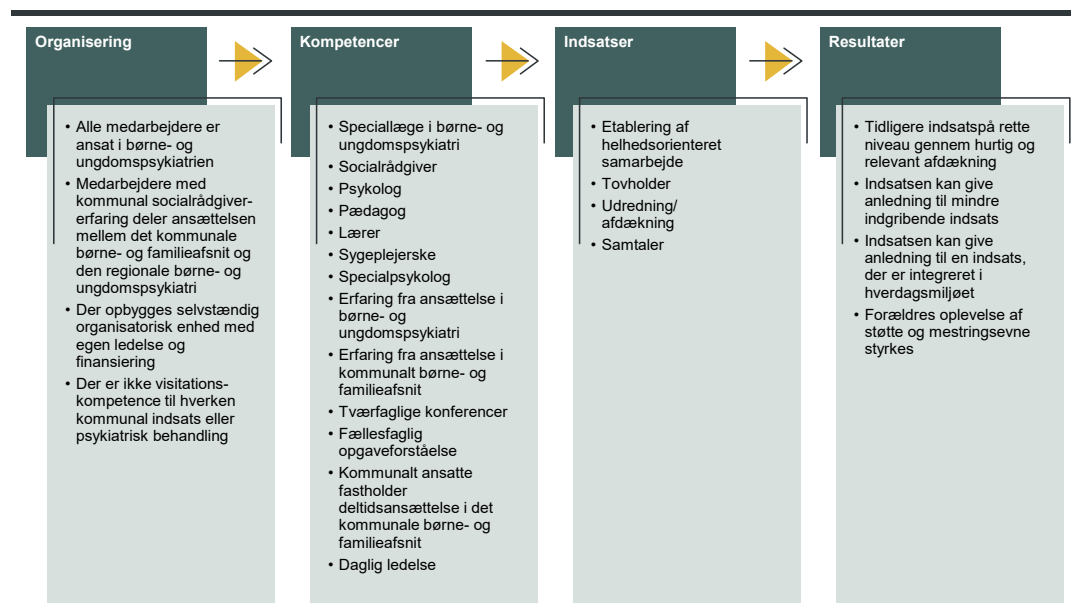
I den organisering, der er afprøvet i forbindelse med projektet, kan den fremskudte regionale medarbejder ikke brobygge direkte til psykiatrien. Det er oplevelsen i praksis, at det kan være vanskeligt for en fremskudt medarbejder fra psykiatrien at mangle de direkte handlemuligheder, samtidig med at arbejdsgangene er afgørende forskellige mellem region og en frivillig organisation som headspace i forhold til såvel dokumentation, som struktur. Der bliver dog fra såvel den fremskudte medarbejder selv såvel som fra projektledelsen lagt vægt på, at det, der er afgørende for at lykkes med rollen, er, at vedkommende skal byde ind med den faglige viden fra psykiatrien – ikke med de formelle handlemuligheder fra samme.

4.7 Fremskudt funktion 6: Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave

Region Sjælland har i samarbejde med fire kommuner, henholdsvis Faxe, Roskilde, Kalundborg og Holbæk², som den eneste region oprettet en egentlig tværsektoriel enhed som en fremskudt funktion. Erfaringerne med denne type af fremskudt funktion hviler således alene på erfaringerne fra Region Sjælland.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur.

Figur 14: Tværsektoriel enhed opsummeret



4.7.1 Resultater

En tidligere indsats

På tidspunktet, hvor børn og unge og deres familier møder Bakkehuset, oplever de allerede en grad af mistrivsel og psykiske udfordringer, der har fået familien til at henvende sig til den psykiatriske akutmodtagelse. Ofte kan der også være oplevelser af ikke tidligere at være blevet mødt eller taget alvorligt i henvendelser til såvel kommune eller egen læge som psykiatrien. Det er således ikke vurderingen, at Bakkehuset som sådan understøtter en tidligere indsats – forstået som en tidlig opsporing i en problemudvikling, men indsatsen understøtter, at der handles på en igangværende problemudvikling.

² Holbæk Kommune kom med i projektet cirka et år inde i forløbet.

En mindre indgribende indsats

En del af målet med indsatsen i Bakkehuset er at forebygge, at børn og unge, der har henvendt sig til PAM, oplever behov for dette igen. Det er vurderingen blandt medarbejdere og ledelse, at man i kraft af den omhyggelige afdækning af borgeres forløb på tværs af relevante aktører lykkes med at hjælpe børn og unge videre til en relevant indsats. Denne relevante og ofte kommunale indsats kan være med til at forebygge et senere behov for en mere indgribende indsats. Størstedelen af de børn og unge, der har et forløb i Bakkehuset, afsluttes til en videre indsats i kommunerne eller hos egen læge.

Fordelingen på de registrerede afsluttede forløb understøtter oplevelsen af, at flest unge henvises til en mindre indgribende indsats efter forløb i Bakkehuset, og således fordeler viderehenvisningerne sig med 67% afsluttet til egen læge og 33% afsluttet til psykiatrien i perioden 2018 til medio oktober 2021.

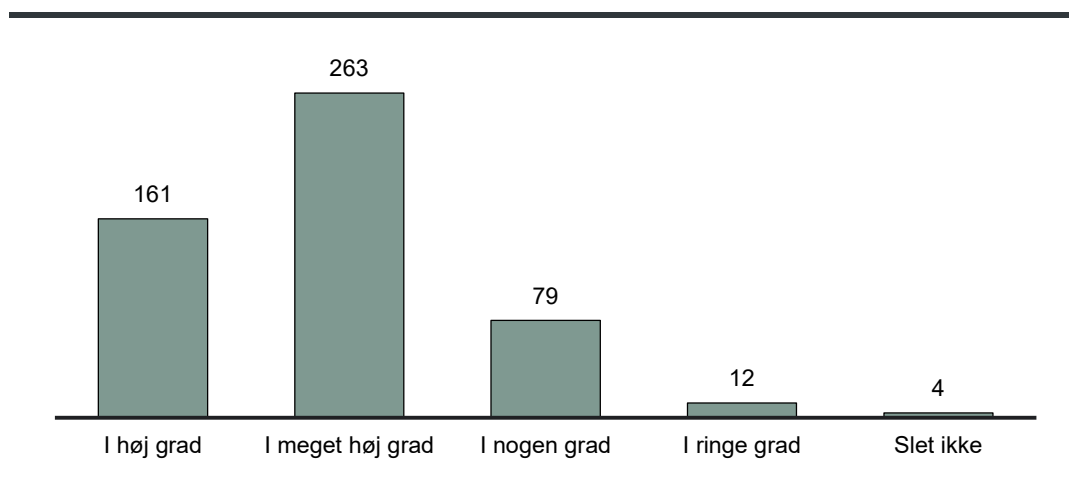
En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Indsatsen i Bakkehuset, der består af samtaler i et ambulans forløb tilrettelagt efter den unge og familiernes behov for kontakt, betyder, alt andet lige, at barnet og den unge har mulighed for at opretholde et hverdagsliv uden behov for indlæggelse i psykiatrien.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

Det fremgår meget tydeligt, at børn, unge og forældre oplever sig hjulpet af indsatsen i Bakkehuset. I forbindelse med afslutning af et forløb i den tværsektorielle enhed, har familierne besvaret en række spørgsmål. Her bliver familierne blandt andet spurgt om "I hvor høj grad har du/I følt dig hjulpet af Bakkehuset?" Som det fremgår af nedenstående figur, oplever 424 familier ud af i alt 519 besvarelser sig enten i høj grad eller i meget høj grad hjulpet.

Figur 15:
Antal familiers besvarelser på spørgsmålet "I hvor høj grad har du/I følt dig hjulpet af Bakkehuset?"



4.7.2 Indsats og kompetencer

Målgruppen for enhedens indsats er defineret som de børn og unge, der har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM), hvor henvendelsen ikke har ført til en indlæggelse. Hensigten med Bakkehuset er at tilbyde børn, unge og familier støtte til det videre forløb efter henvendelsen. Afsættet for den indsats, der tilbydes i Bakkehuset, er at bidrage til at understøtte tværsektoriel koordinering og skabe en sammenhængende indsats på Trin 2 i terminologien udviklet i forbindelse med de nationale forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser.

Opgørelser over patientflow'et i Bakkehuset i perioden 2018 til medio oktober 2021 viser en stigning i antallet af opstartede patienter fra 437 patienter i 2019 til 580 i 2020. Antallet af patienter frem til oktober 2021 er 557, hvilket formentlig vil betyde en fortsat stigning. Samme tendens ses for afsluttede patientforløb, hvor der forekommer en stigning fra 288 afsluttede patienter i 2019 til 548 patienter i 2020. Den 14. oktober 2021 var der 185 registrerede aktive forløb i Bakkehuset. Det er ikke på baggrund af data muligt at differentiere på bopælskommune.

Indsatsen består i praksis af to hovedelementer. For det første faciliteres samarbejde, udredning og koordinering på tværs af relevante aktører og sektorer på et tidspunkt, hvor familierne har oplevet ikke at kunne få støtte andre steder. For det andet tilbydes et fast kontaktpunkt og samtaleforløb. En projektmedarbejder sætter følgende ord på indsatsen: "Bakkehuset er en instans, der holder hånden under børn, unge og deres familier – vi tilbyder nogen at snakke med, nogen, der tilbyder hjælp – tværfagligt og tværsektorielt."

Samarbejde og koordinering

Samarbejde og koordinering er helt centralt i indsatsen i Bakkehuset. Ved første henvendelse til Bakkehuset iværksættes en grundig afdækning, hvor alle relevante aktører bliver identificeret, og der søges indhentet relevante dokumenter fra igangværende indsatser. Ligeledes kan der – i dialog med familien – indhentes øvrige perspektiver fra for eksempel barnets/den unges skole. Førstegangssamtaler er understøttet af en fælles skabelon for samtalerne. Som udgangspunkt søges der derefter afholdt et netværksmøde, hvor alle relevante parter deltager, herunder repræsentanter fra den tværsektorielle enhed (som initiativtagere eller som deltagere).

Da alle i målgruppen per definition er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling, følger Bakkehuset op på igangværende indsatser og vurderer, om der skal iværksættes en uddybende vurdering og brobygges til anden relevant indsats. Hvis der skal iværksættes uddybende vurdering og indsats, optræder Bakkehuset som tovholder i denne proces, hvor der knyttes en specifik kontaktperson til familien. Fokus er på koordinering og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde samt at sikre familierne et fast holdepunkt, imens det vurderes, hvilken indsats der er brug for – og hvor.

I processen med udredning og visitation til relevant indsats arbejder Bakkehuset ligeledes med forældrene i forhold til forståelsen for og håndteringen af barnets udfordringer. Ideelt set skal kommunen gå i gang med udredning, imens Bakkehuset har barn og familie tilknyttet til hjælp og støtte.

Bakkehuset arbejder med at sikre, at relevante indsatser er sat i værk, inden de selv slipper kontakten til den enkelte familie. Det er dog oplevelsen, at det ikke altid er muligt, fordi udredning og børnefaglig undersøgelse i nogle kommuner kan være en langvarig proces. Generelt bliver det fremhævet på ledelsesniveau, at samarbejdet med mange forskellige kommuner har været med til at give psykiatrien en forståelse for, hvordan de kommunale rammer og muligheder er forskellige, hvilket også betyder, at man som familie ikke kan forvente hverken samme forløb eller samme indsats på tværs af kommuner. Ledelsen i Bakkehuset opfatter det således selv som en central opgave at etablere en god overgang fra henvendelsen i PAM til iværksættelse af relevante tiltag på det relevante niveau i den enkelte sag.

Som udgangspunkt fastholder Bakkehuset kontakten med familien, indtil der er etableret en stabil anden relevant indsats. Dette er det ideelle, men i praksis er det ikke altid muligt på grund af lang sagsbehandlingstid.

Et fast kontaktpunkt

Alle børn/unge får tildelt en fast kontaktperson i den tværsektorielle enhed, og den løbende kontakt med familierne består af familiernes fremmøde i enheden, støttende samtaler, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg. Formen på de støttende samtaler er fleksibel, og det er et særligt fokus hos medarbejderne, at familierne skal kunne mødes, hvor det giver mening, og opleves som trygt for dem, hvorfor der arbejdes med såvel hjemmebesøg som gåture og møder i andre omgivelser. Det primære fokus er, at familierne skal opleve, at den faste kontakt er der for dem på deres præmisser i en krisesituation, og hvis det betyder, at man må komme til dem i en periode, så er det en mulighed.

Den faste kontakt er med til at skabe ro omkring familien og sikre overblik og en rød tråd i forløbet på et tidspunkt, hvor mange familier oplever kaos og usikkerhed. Det bliver samtidig fra såvel medarbejdere som familie fremhævet, at netop den stabile kontakt og den lette adgang til støtte er afgørende for indsatsen i Bakkehuset, fordi familierne oplever, at der er nogen, der hører dem og står sammen med dem for at skabe klarhed og finde den rigtige vej for deres barn eller unge menneske. En familie beskriver betydningen på følgende måde: "Der blev skabt en følelse af håb. Der sad nogle mennesker med nogle tydelige rammer for, hvad der skulle ske. Vi blev mødt med en ro, der smittede af på os som familie."

Medarbejderne fremhæver i særlig grad fleksibiliteten i formen på kontakt som et væsentligt element i forhold til at skabe tryghed og føle sig mødt som familie.

En tværfaglig indsats

Der arbejdes som udgangspunkt i teams med to forskellige fagligheder om hver familie, som der er kontakt med. Dette sikrer en vis grad af tværfaglighed i indsatsen for alle tilknyttede familier. Det varierer hvilke fagligheder, der er repræsenteret i teamet knyttet til den enkelte familie, men så vidt muligt er der både medarbejdere med forankring i en kommunal baggrund og en regional baggrund.

Tværfagligheden understøttes endvidere af daglige konferencer, hvor de forskellige sager drøftes sammen med hele teamet og overlægen i Bakkehuset.

Der er et stort fællesskab om flere opgaver, som kan varetages af flere forskellige faggrupper i enheden. På denne vis har enheden udviklet en vis grad af fællesfaglighed. Samtidig er der også fagspecifikke opgaver, hvor medarbejdere med specifikke uddannelser og erfaring løser specifikke opgaver, som når for eksempel lærerne ansat i Bakkehuset bliver brugt specifikt til skolemæssige opgaver. Her kan de have en direkte rolle i relationen til barnet eller den unge, eller de kan fungere rådgivende i forhold til de andre ansatte i enheden.

Kompetencer i den tværsektorielle enhed

I Bakkehuset er medarbejderne formelt ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, og der er repræsenteret medarbejdere med erfaring fra psykiatrien, med baggrund som henholdsvis børne- og ungdomspsykiater, sygeplejersker, socialrådgiver, specialpsykolog, psykologer, lærer og pædagog med flere.

Medarbejderne med kommunal baggrund er socialrådgivere, som samtidig har en deltidstilling som sagsbehandler i den kommune, de er frikøbt fra.

4.7.3 Organisering

Tværsektorielt personale

De regionale medarbejdere refererer til Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, og de kommunale medarbejdere refererer til den kommune, hvorfra de er frikøbt.

Organiseringen med delestillinger fremhæves af såvel medarbejdere som ledelse som vigtig i forhold til at lykkes med intentionen om at bringe kommune og region tættere på hinanden, fordi sagsbehandlerne i praksis fungerer som brobyggere mellem kommune og psykiatri med en forankring begge steder.

Det er oplevelsen, at denne organisering i praksis understøtter bedre sammenhængende borgerforløb og har en effekt, i forhold til at sikre at grænsefladerne mellem sektorer bliver mindre skarpe og mindre komplicerede. Ledelsen i Bakkehuset fremhæver i interviews, at det at have kommunale repræsentanter så tæt inde i samarbejdet giver medarbejderne et vigtigt indblik i de kommunale arbejdsgange og de lovgivningsmæssige rammer, der arbejdes indenfor i den kommunale indsats.

Tværsektoriel indsats eller brobygning?

Det er værd at være opmærksom på, at selvom enheden på sin vis er tværsektoriel med personale med formelle ansættelser i de to sektorer, så er den samtidig på sin vis uden for sektoropdelingen, da de kommunale sagsbehandlere ikke har bevillingsmyndighed, og da det psykiatriske ansatte personale ikke kan visitere direkte til behandling i psykiatrien. På denne vis kan enheden ses mere som en brobygger mellem sektorer end som en egentlig tværsektoriel aktør. Enheden kan således forstås som en parasektoriel enhed.

4.7.4 Implementering

Det påpeges i interviews, at det kan være vanskeligt at besætte stillingerne, der skal udfyldes af kommunale medarbejdere. Kravet om at skulle arbejde halv tid i en kommunal børne- og familieafdeling og halv tid i den tværsektorielle enhed gør ansøgerfeltet mindre. Samtidig er det – ifølge de interviewede ledere og medarbejdere i enheden – helt afgørende med netop denne konstruktion.

Samtidig bør der her også være en opmærksomhed på ledelse og finansieringen af den tværsektorielle enhed efter projektperiodens udløb. Det kræver således en meget specifik aftale med en given kommune, hvor en sagsbehandler skal frikøbes for ikke at komme i en situation, hvor den kommunalt baserede medarbejder skal referere til to forskellige personaleledelser.

Endvidere må det formodes, at kommunerne kan opleve mindre grad af fælles ansvar for enheden, hvis ikke kommunerne er medfinansierende.

Modellen med en selvstændig tværsektoriel enhed kan endvidere være praktisk vanskelig, da der skal opbygges en helt ny organisation med egen ledelse med mere. En selvstændig organisatorisk enhed gør samtidig den fremskudte funktion meget tydelig og vil formodentlig i nogen grad lette udbredelsen af kendskabet til funktionen.

4.8 Fremskudt funktion 7: Kompetenceudvikling målrettet forældre

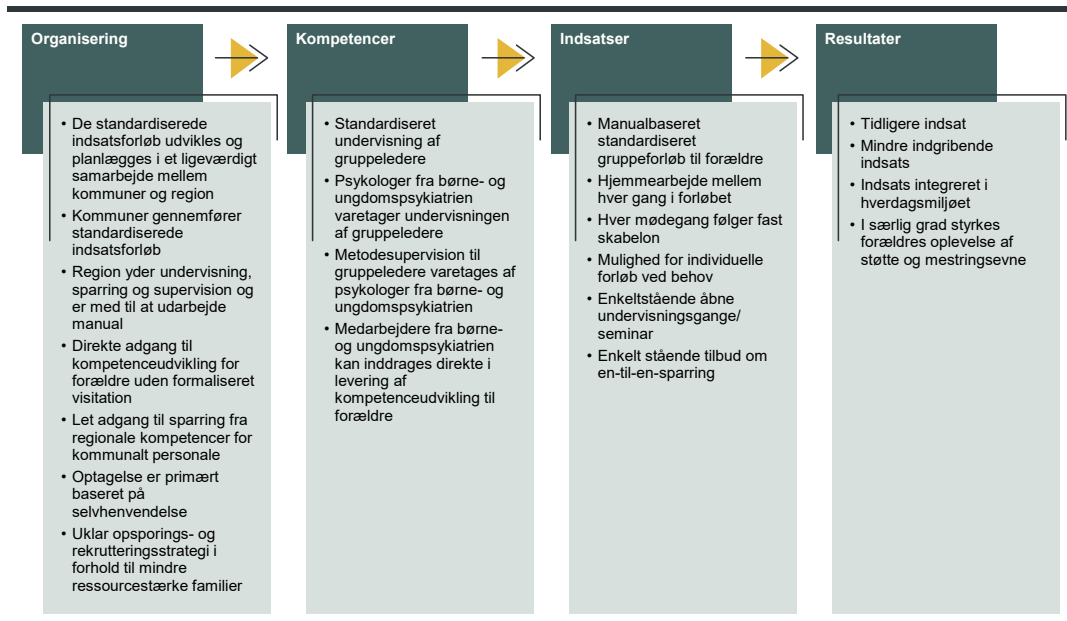
I STIME-projektet i Region Hovedstaden er der blevet udviklet og afprøvet et manualbaseret gruppeforløb målrettet forældre til børn præget af uro og med udfordringer i forhold til opmærksomhed og impulsivitet.

Også i projektet i Region Syddanmark har der været eksplicit fokus på at styrke forældrenes kompetencer i en række forskellige aktiviteter.

I en række af de øvrige fremskudte funktioner både i STIME, i projektet i Region Syddanmark og i de øvrige projekter indgår der ligeledes aktiviteter, der inddrager forældrene. Der er dog ikke andre fremskudte funktioner, der så målrettet og standardiseret sigter direkte mod at styrke forældrenes evne til at støtte deres børn i at håndtere de vanskeligheder, de har.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 16: Kompetenceudvikling målrettet forældre opsummeret



4.8.1 Resultater

På grund af begrænsede data kan der generelt ikke konkluderes på resultaterne af forældrekompetenceudviklingsaktiviteterne i Region Syddanmark. Konklusionerne om resultater bygger derfor primært på erfaringer fra projektet i Region Hovedstaden.

En tidligere indsats

Mange af de familier, der har henvendt sig for at bede om at deltage i forældreuddannelsen i STIME, er forældre til børnehavebørn. Det betyder, at der i disse tilfælde kan gives en relativt tidlig indsats i en familie.

En mindre indgribende indsats

I det omfang, den tidligere indsats betyder, at problemudviklingen stoppes eller bremses, vil det samtidig betyde, at der er mindre risiko for behov for en mere indgribende indsats senere i familiens forløb. De interviewede behandlere vurderer, at der gennem forældreuddannelsen er givet støtte, der har forhindret, at familierne senere ville have behov for støtte fra PPR.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Indsatsen baserer sig på hjælp til selvhjælp og må på den måde siges at være meget integreret i de pågældende forældres børns hverdagsliv. Blandt andet har forældrene hjemmeopgaver mellem møderne, hvor de ud fra en manual arbejder med sig selv og deres barn i deres egne omgivelser.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

De interviewede projektmedarbejdere og samarbejdspartnere har gennem positive tilbagemeldinger indtryk af, at forældrene oplever sig bedre klædt på til at støtte deres børn efter deltagelse i uddannelsesforløbet.

4.8.2 Indsats og kompetencer

I STIME er der udviklet et kort manual- og gruppebaseret uddannelsesforløb for forældre til børn mellem tre og 10 år, hvor uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring. Forløbet består af fire gruppemøder med hjemmeopgaver mellem hvert møde. Børnene deltager ikke i møderne.

Frem til oktober 2021 har tre kommuner afprøvet forældreuddannelsesforløbene, hvor i alt 96 forældre eller forældrepar har deltaget i gruppeforløb, og der er gennemført 11 individuelle uddannelsesforløb. Hvert møde følger en fast dagsorden.

Forældreuddannelsen baserer sig på teori om "Zonen for nærmeste udvikling" og trækker på metoder udviklet til børn med ADHD og lignende vanskeligheder.

Opsporing af deltagere

Der er ikke en standardiseret opsporing til uddannelsen, der hovedsageligt baserer sig på selvhenvendelse. I nogle kommuner er der gjort bredt opmærksom på muligheden for uddannelse gennem besked på Aula. Til gengæld er der en systematisk vurdering af, om forældrene er i målgruppen for uddannelsen gennem brug af scoring på standardiserede parametre. Oplevelsen blandt behandlerne er, at den systematiske vurdering er velfungerende.

Flere gør samtidig opmærksom på, at ikke alle forældre kan leve op til de krav, der stilles i screeningen, og at de mest ressourcetsvage forældre sorteres fra. Også modellen med selvhenvendelse betyder, at det primært er ressourcestærke forældre, der henvender sig.

Helt anderledes er det grebet an i Region Syddanmark, hvor der også gennemføres kompetenceudvikling målrettet forældrene. Her gennemføres der kurser, der er lokalt udviklet, tilrettelagt og gennemført som led i det tættere samarbejde mellem kommuner og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Der er kun blandt enkelte kommuner udviklet fælles modeller for forældrekurserne, og der er ikke noget samlet overblik over de forskellige tilgange, uddannelserne baserer sig på. Der er frem til oktober 2021 gennemført kurser og kursusforløb på op til tre undervisningsgange i otte kommuner, hvor der i alt har været cirka 120 deltagere.

Forældrekurser er i Region Syddanmark blevet suppleret med et webinar målrettet forældre til skolebørn og teenagere, hvor forældrene introduceres til redskaber, hvorigennem man kan hjælpe sit barn/sin teenager til at regulere svære og stærke følelser. Webinaret er optaget og tilgængeligt for alle via internettet. Det er udarbejdet af sundhedsfagligt personale fra den regionale psykiatri og Odense Kommune.

Endelig har der været tilbudt online en-til-en-sparring, hvor forældre har kunnet modtage direkte sparring fra projektmedarbejdere. Forældre har selv kunnet henvende sig på baggrund af information på Aula og hos psykiatriens øvrige vigtige samarbejdspartnere.

Ordningen har været afprøvet i tre kommuner og har været en stor succes, hvor den tilgængelige kapacitet har været booket efter få dage.

Tværfaglighed i udvikling og vedligehold af indsatsen

I STIME beror tværfagligheden i indsatsen sig på, at psykologer ansat i psykiatrien har været med til at udvikle manualen og uddanner og superviserer behandlerne. I Region Syddanmark har tiltagene være mindre systematiske og mindre centralt styret, men projektmedarbejdere fra psykiatrien har deltaget i flere af aktiviteterne og har på denne måde bidraget til et tværfagligt islæt i kompetenceudviklingen.

Styrket helhedsorientering ved fokus på forældre

De interviewede behandlere i Region Hovedstadens manualbaserede gruppeforløb peger på, at en af styrkerne ved forældreforløbet er, at det styrker helhedsorienteringen. Det gøres ved, at der både kan være fokus på barnet og hverdagsmiljøet gennem andre støttetilbud, men altså nu også til forældrene. Udfordringen ved dette kan selvfølgelig samtidig være, at der netop ikke gives støtte til barn og i hverdags-/læringsmiljøet.

Der er ikke data, der kan belyse de lokale konkrete erfaringer med forældrekurser i kommunerne i Region Syddanmark.

Standardiserede kompetencer

I STIME uddannes de kommunale gruppeledere (der oftest er PPR-psykologer) af psykologer ansat i psykiatrien. Der er et fast uddannelsesforløb over fire dage, som alle behandlerne skal igennem. Der er frem til oktober 2021 uddannet 40 behandlere.

Endvidere tilbydes der metodesupervision til behandlerne fra psykologerne ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der også er vejledende kriterier for, hvor meget supervision man som behandler skal modtage.

4.8.3 Organisering

I STIME er det kommunerne, der tilrettelægger, rekrutterer til og afholder forældrekurserne. Regionen bakker op med uddannelse og supervision og er med til udvikling af manualen for forældreuddannelsen.

I Region Syddanmark er der ikke et samlet ensartet billede på tværs af de mange aktiviteter, men der afholdes kompetenceudviklingsaktiviteter for forældre, hvor også medarbejdere ansat i børne- og ungdomspsykiatrien har en direkte udøvende rolle.

4.8.4 Implementering

I forbindelse med implementering af forældrekompetenceudviklingsaktiviteter bør der være særlig opmærksomhed på, hvordan også forældre i mindre ressourcestærke hjem kan få mulighed for at deltage i uddannelsesaktiviteterne.

5 Tværgående konklusioner

I dette afsnit gives et samlet svar på evalueringens fire underspørgsmål, hvor de vigtigste læringspunkter fra analysen af de fremskudte funktioner opsummeres.

5.1 Resultater af indsatsen

5.1.1 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i en tidligere indsats?

Udvikling i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

Dette spørgsmål er blandt andet søgt belyst gennem en analyse i udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Når der tages højde for den række af andre mulige faktorer, der kan påvirke udviklingen i henvisninger, skal den fundne udvikling tolkes med stor forsigtighed. Det kan på baggrund af det tilgængelige data konkluderes, at de afprøvede fremskudte funktioner ikke i sig selv har påvirket udviklingen i en så høj grad, at dette kan ses i antallet af henvisninger og andelen af afviste henvisninger. Dette betyder dog ikke, at det kan konkluderes, at der ikke er sammenhæng mellem indførelse af fremskudt funktion og udviklingen i henvisninger. Blot at denne betydning ikke på det nuværende niveau er stor nok til, at dette kan ses i de generelle henvisningsdata.

Undtagelsen er udviklingen i Region Nordjylland, hvor der ses det største fald i andelen af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i netop de kommuner der har anvendt tværsektorielle faste sparringsmøder og netværksmøder mest. Dette kan indikere at de fremskudte funktioner i Region Nordjylland har en mulig positiv påvirkning på henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

Kvalitative vurderinger

Ifølge de fagprofessionelles opfattelse så fører langt de fleste af de afprøvede fremskudte funktioner til en tidligere indsats, når der er konstateret en bekymring. Dette sker gennem en større gensidig tværsektoriel forståelse og tværsektoriel tillid, som betyder bedre samarbejde. Det bedre samarbejde kan føre til en mere fleksibel og smidig indsats, der betyder, at barnet eller den unge hurtigere får tilbudt den relevante indsats. Denne pointe gælder på tværs af det konkrete bekymringsniveau.

Den tidligere indsats kan også styrkes gennem fokus på tidlig opsporing. I de fremskudte funktioner har der været fokus på at styrke opsporingen på særligt to måder. For det første ved at arbejde med universel opsporing gennem en styrkelse af kompetencerne hos frontpersonalet på almenområdet i skoler og dagtilbud. Her har der været gode erfaringer med at formidle få klare tegn på psykisk mistrivsel, som frontpersonalet har kunnet være opmærksomme på.

For det andet har der været arbejdet med standardiserede screeninger i den selekterede opsporing. Der har været positive erfaringer med den systematik, dette har repræsenteret, men der har samtidig været udfordringer i forhold til at sikre et relevant tilbud til alle børn med udfordringer.

5.1.2 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i en indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv, og som er mindre indgribende?

Der er stor enighed om, at en indsats, der så vidt muligt kan integreres i børn og unges hverdagsliv, alt andet lige vil være mindre indgribende. De to målsætninger om henholdsvis en mindre indgribende indsats og en indsats integreret i børnenes hverdagsliv er således sammenfaldne.

I de fremskudte funktioner er en mindre indgribende indsats opnået på primært to måder.

- For det første er der skabt let adgang til lettere behandling og standardiserede indsatsforløb. Dette betyder i en række kommuner, at der kan iværksættes indsatser til en målgruppe, hvor der ikke tidligere var målrettede indsatser. Ligeledes betyder det, at børn og unge, der tidligere ville være tilbudt alternative indsatser hurtigere kan tilbydes en mindre indgribende indsats.
- For det andet er der gennem en række af de fremskudte funktioner arbejdet med at skabe større sammenhæng i indsatsen på tværs af støtte til familie, barn og hverdagsmiljøet i skole og dagtilbud. Den styrkede sammenhæng kan bidrage til en større effekt af de iværksatte tiltag, hvilket betyder, at der ikke i samme udstrækning udvikles behov for mere indgribende indsatser.

Endelig skal det nævnes, at en tidligere indsats i sig selv kan føre til en mindre indgribende indsats gennem den tertiære forebyggelse, hvor problemudviklingen bremses.

5.1.3 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i, at forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges?

Ifølge såvel forældre som fagprofessionelle oplever forældre i høj grad et positivt udbytte af en række af de afprøvede fremskudte funktioner. Det handler særligt om følgende:

Indsatser, der inddrager forældrene direkte i både den lettere behandling og i kompetenceudvikling målrettet forældrene, opleves positivt af forældrene. Samtidig påpeger fagprofessionelle, at der bør være øget opmærksomhed på forældre- eller familieinddragelse i de manualiserede forløb, hvor dette ikke står centralt.

Forældre fremhæver særligt de tiltag, hvor der er en tydelig kontaktperson for familien. Oplevelsen af ikke at stå alene, og at der er en støtte, som kan hjælpe en i kritiske situationer, fremhæves som meget positivt.

Både interviewede forældre og fagprofessionelle oplever, at forældrene gennem deltagelse i de standardiserede lettere behandlingsprogrammer og gennem deltagelse i forløb målrettet udvikling af forældrekompetencer får stærkere kompetencer til at håndtere de vanskeligheder, som deres børn står med. Samtidig efterspørges der også forældrerettet støtte de steder, hvor dette ikke er indtænkt som en del af et standardiseret indsatsforløb.

En tidlig kontakt med medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien opleves meget positivt af både forældre og kommunale medarbejdere. Der kan ofte være en konflikt i samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og forældre i tilfælde, hvor forældre gerne vil have en henvisning til psykiatrien. I nogle tilfælde vurderer de kommunale medarbejdere, at dette ikke er relevant. Her gør det ifølge de kommunale medarbejdere stor forskel, at en medarbejder fra psykiatrien kan fortælle, at de har samme vurdering som den kommunale medarbejder. Det betyder ofte, at samarbejdet med de kommunale medarbejdere kan fungere bedre efterfølgende.

5.2 Konkrete indsatser

5.2.1 Hvilke konkrete indsatser tilbydes i den fremskudte funktion?

Der er på tværs af de seks projekter identificeret seks typer af fremskudt funktion, der vurderes at have positive resultater. Det drejer sig om:

- Faste sparringsmøder
- Styrkede netværksmøder
- Standardiserede indsatsforløb (herunder lettere manualbaseret behandling)
- Psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed
- Kompetenceudvikling målrettet forældre

Overordnet kan disse indsatser kategoriseres som enten:

- A. Nye borgerrettede indsatser, der ikke i forvejen tilbydes bredt i de fleste kommuner og regioner.
- B. Indsatser, der sikrer en bedre sammenhæng i de allerede eksisterende borgerrettede indsatser.

Til gruppe A kan henregnes:

- De standardiserede indsatsforløb (trin 2-indsats i terminologien fra forløbsprogrammerne), der hovedsageligt omfatter lettere behandling, der tilbydes i kommunerne under regional supervision.
- De tilfælde af helhedsorienterede fællessektorielle indsatser, som særligt det tættere samarbejde gennem faste sparringsmøder i Region Syddanmark har givet anledning til.
- De specifikt målrettede forældrekompetenceudviklende programmer i Region Hovedstadens STIME-projekt og en række forældrerettede generelt rådgivende og vejledende tiltag, der kan ses som element i de generelle kompetenceudviklende tiltag på tværs af alle projekter undtaget de to projekter i Region Sjælland, der ikke har haft generelt kompetenceudviklende aktiviteter.

Til gruppe B kan henregnes:

- Styrkede netværksmøder, der tilbydes i Region Nordjylland, hvor medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien kan deltage ved behov.
- Faste sparrings- og koordineringsmøder i hver kommune med deltagelse af medarbejdere fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri, der tilbydes i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark.
- Medarbejdere fra psykiatrien i frivillig forening, der betyder bedre samarbejde mellem frivillige og den regionale børne- og ungdomspsykiatri i Region Sjælland.
- Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave, hvor en selvstændig organisatorisk enhed har fokus på brobygning, koordinering og afklaring af støttebehov for familier i krise grundet børnenes psykiske vanskeligheder.
- Samarbejde med almen praksis, hvor kommunikationen mellem kommune og almen praksis understøttes gennem standardiserede kommunikationskanaler. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at behovet er tydeligt, men at den afprøvede løsning ikke opleves som generelt anvendelig.

Endvidere kan det, i forlængelse af afsnittet ovenfor om resultater, på tværs af de fremskudte funktioner konstateres, at det opleves meget positivt hos både forældre og fagprofessionelle, når der er tydelighed i, hvor man kan henvendes sig ved behov for lettere behandlende indsatser, og når der er tydelighed i, hvem der tager ansvar for koordinering af den samlede indsats.

Endelig skal det – også på tværs af de fremskudte funktioner og i forlængelse af afsnittet om resultater – konstateres, at muligheden for, at forældre til et barn med psykiske vanskeligheder, kan møde medarbejdere fra den regionale psykiatri, inden der udarbejdes en henvisning til psykiatrien, opleves meget positivt. Her er det centralt, at det både opleves som en gevinst for forældre, den regionale psykiatri og for de kommunale medarbejdere.

Sammenlignet med tidligere undersøgelser på området ses det, at de afprøvede fremskudte funktioner adresserer netop nogle af de kendte udfordringer i indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt skal her fremhæves evalueringen af implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, hvor der blev peget på en manglende adgang til og placering af ansvar for trin 2-behandling og den koordinerende opgave.

5.3 Kompetencer

5.3.1 Hvilke kompetencer udvikles gennem den fremskudte funktion og hvordan?

På tværs af de afprøvede fremskudte funktioner er en lang række forskellige kompetencer kommet i spil. Både peges der på kompetencer, der er vigtige at kunne trække på i de fremskudte funktioner, men også på kompetencer, der udvikles gennem samarbejdet om en fremskudt funktion. De tre vigtigste pointer er beskrevet herunder.

For det første fremhæves det meget bredt blandt alle de interviewede fagprofessionelle i alle projekter, at den styrkede adgang til viden om muligheder og begrænsninger på tværs af sektorer er en stor gevinst i den samlede indsats. Det fremhæves også, at netop det tættere strukturerede samarbejde i de fremskudte funktioner er med til at øge det gensidige sektorkendskab på tværs af sektorer. Det tættere samarbejde og det øgede kendskab til sektorernes vilkår og muligheder betyder, at der udvikles en høj grad af tværsektoriel tillid. Ifølge de interviewede fagprofessionelle er denne tværsektorielle tillid med til at skabe et mere fleksibelt og smidigt samarbejde, der kan føre til hurtigere afklaring af støttebehov og indsatsmuligheder for det enkelte barn/den enkelte unge.

For det andet fremhæves det, særligt i forbindelse med de standardiserede indsatsforløb, at specialpsykologerne ansat i børne- og ungdomspsykiatrien har været afgørende for en velfungerende indsats. Det har i særlig grad handlet om deres rolle i forbindelse med undervisning (herunder certificering) og supervision af det specialiserede kommunale fagpersonale.

Det fremhæves også af de interviewede kommunale projektmedarbejdere, at det har været oplevet som positivt, at det kommunalt ansatte personale har fået mere opmærksomhed på psykopatologiske forhold gennem undervisning, sparring og supervision hos det regionalt ansatte personale. Det har i særlig grad været vigtigt i forhold til at styrke en tidlig opsporing af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt i projekterne i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland er der blevet arbejdet med at udvikle materiale, der kan understøtte de generelle kompetenceudviklende tiltag. Særligt fremhæves det udviklede materiale målrettet forskellige specialniveauer i STIME-projektet som velfungerende og understøttende også for frontpersonalet i almenområdet (skole og dagtilbud).

5.4 Organisering

5.4.1 Hvilke former for organisering bidrager til udviklingen af kompetencer og indsatser i den fremskudte funktion?

Den organisatoriske kompleksitet på tværs af de seks projekter med tilhørende delprojekter har været meget stor, og en række meget forskellige organisatoriske forhold har gjort sig gældende. I denne konklusion fokuseres der i særlig grad på, hvordan netop det tværgående samarbejde har været organiseret, da det erfaringsmæssigt er vanskeligt at etablere formaliseret samarbejde på tværs af sektorgrænser. Samarbejdet har været grebet an på en række forskellige måder, som præsenteres nedenfor.

For det første kan der identificeres flere tilfælde af det, man kan kalde et flersektorielt samarbejde. Det velfungerende flersektorielle samarbejde er defineret ved, at der er et samarbejde med tydeligt definerede og gensidigt afgrænsede roller i forhold til den konkrete borgerrettede indsats. Det er den type organisering, der gør sig gældende i forhold til de fremskudte funktioner med standardiserede indsatsforløb. Her er det de kommunalt ansatte medarbejdere, der er ansvarlige for at gennemføre den lettere behandling eller standardiserede indsats, og de regionalt ansatte er ansvarlige for at undervise og yde sparring og supervision til de kommunale medarbejdere. Ligeledes er det denne type samarbejde, der karakteriserer samarbejdet mellem region og frivillig forening, hvor en medarbejder for psykiatrien er "udstationeret" hos den frivillige forening med nogle specifikke opgaver i forhold til kompetenceudvikling hos de frivillige og i forhold til at tage konkrete samtaler med de unge.

For det andet kan der identificeres mere klassisk tværsektorielt samarbejde, hvor der sker en direkte udveksling af perspektiver på tværs af sektorer i konkrete borgerforløb. Her er et velfungerende samarbejde karakteriseret af, at de deltagende sektorer i samarbejde prøver at opnå en større forståelse for problemstilling og mulige indsatser eller tiltag i forhold til konkrete børn eller unge og deres familier. Dette ses særligt i de fremskudte funktioner om faste sparringsmøder og om styrkede netværksmøder. I begge typer af funktion er der lavet en konkret formalisering af samarbejdet omkring forståelse og planlægning.

Der kan her også peges på, at der med den fremskudte funktion om styrket samarbejde med almen praksis blev forsøgt etableret et tværsektorielt samarbejde. Dette er dog inden for projektet kun lykkedes i begrænset omfang og primært gennem konkrete samarbejdsaftaler mellem enkeltkommuner og enkelte konkrete praktiserende læger. Det er således tydeligt, at der fortsat er behov for udvikling af en organisatorisk model for styrket samarbejde særligt mellem kommuner og almen praksis.

For det tredje ses der i enkelte tilfælde en organisering af samarbejdet, der kan karakteriseres som et fællessektorielt samarbejde. Det fællessektorielle samarbejde kan defineres som et samarbejde, hvor de to sektorer ikke bare sammen etablerer en fælles problemforståelse og en fælles forståelse af indsatsbehovet (som i det klassiske tværsektorielle samarbejde), men også yder selve indsatsen til barnet, den unge og eventuelt forældre i tæt samarbejde. Et sådant samarbejde understøtter således også en helhedsorienteret tilgang i såvel problemforståelse som intervention. Særligt kan der i Region Syddanmark identificeres elementer af fællessektorielt samarbejde, i de tilfælde hvor der iværksættes direkte indsatser på baggrund af drøftelser på de faste sparringsmøder. Her har de kommunale og regionale medarbejdere mulighed for sammen at yde en konkret indsats til barnet, den unge eller familien. Det er på baggrund af erfaringerne fra de tre projekter, hvor der er arbejdet med faste sparringsmøder, tydeligt, at der er behov for at tydeliggøre de juridiske rammer for organisering af samarbejdet. Således har vi set tre helt forskellige tolkninger af mulighederne blandt andet for fællessektoriel indsats.

Endelig skal der peges på etableringen af det, man kan kalde for parasektorielt samarbejde. Dette skal forstås som et samarbejde mellem ansatte i henholdsvis kommunal og regional sektor, som sammen yder en indsats, der dog alene er en koordinerende og afklarende indsats på tværs af sektorer. Medarbejderne har således ikke kompetence til at yde/iværksætte sektorspecifikke tiltag såsom psykiatrisk behandling, sociale foranstaltninger eller specialpædagogisk støtte. De står på denne vis "ved siden af" sektorerne. Denne type samarbejde finder vi i den selvstændige tværsektorielle organisatoriske enhed Bakkehuset i Region Sjælland. Denne type af samarbejde kan især fremhæves som et samarbejde, hvor der er fokus på at støtte børn og familie i det komplekse samarbejde med kommune og region.

Som det er fremgået i gennemgangen af de syv typer af fremskudte funktioner, er behovet for organisering af samarbejdet forskelligt afhængigt af, hvilken type af fremskudt funktion man ønsker at indføre. Generelt kan det dog konkluderes, at vil det styrke grundlaget for de fremskudte funktioner, hvis organiseringen hviler på et ligeværdigt samarbejde, og på en tydeliggørelse af de forskellige sektorer og aktørers konkrete rolle i indsatsen.

Med dette gives også en opfordring til præcision i formålet med etablering af tværsektorielt samarbejde, da dette kan have mange former, der giver forskellige muligheder. Særligt skal der her peges på udfordringerne i forhold til etablering af egentlig tværsektorielt samarbejde og fællessektorielt samarbejde. I analysen er det fremgået, at der skal relativt omfattende udviklingsprojekter til for at etablere dette samarbejde, og at det fremgår ligeledes, at dette meget ofte alene er koblet op på muligheden for projektfinansiering. Hvis der ønskes mere vedvarende tværsektorielt, fællessektorielt eller parasektorielt samarbejde, bør det overvejes, om muligheden for dette kan styrkes gennem stærkere central eller aftalebaseret regulering af dette.

6 Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

6.1 Udviklingen i henvisninger i Danmark (2018-2021)

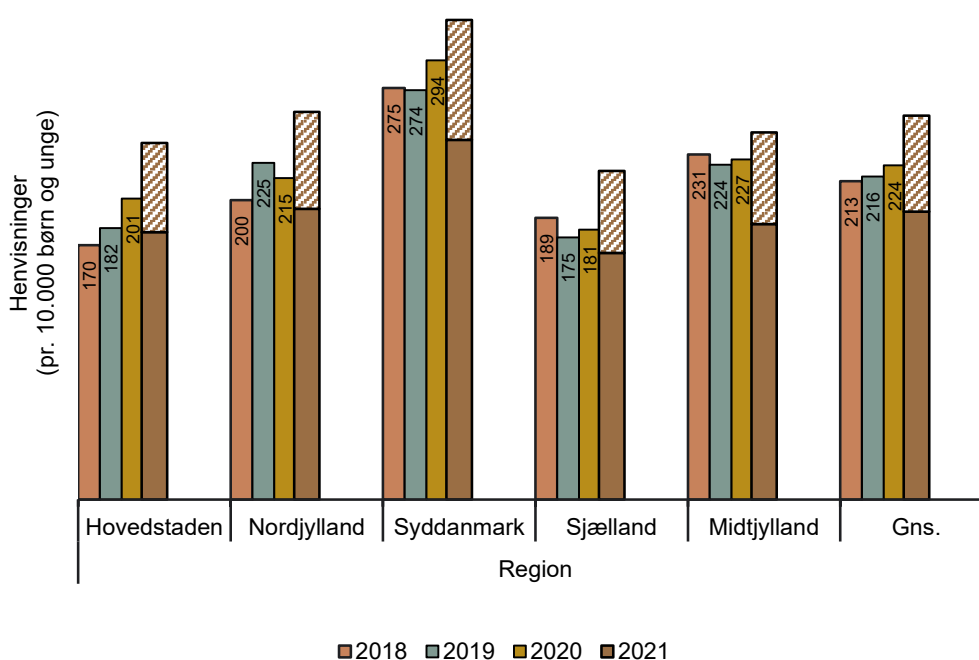
Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget i alt 97.618 henvisninger på tværs af de fem regioner, hvoraf 31.187 af henvisningerne, svarende til 29%, blev afvist. Antallet af henvisninger i alt, og andelen af henvisningerne, som bliver afvist, er præsenteret i Tabel 1 fordelt på årstal. I tabellen er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 1: Antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	24.655	24.801	25.980	22.182	97.618
Andel af henvisningerne, som blev afvist	29%	30%	28%	28%	29%

I Figur 17 præsenteres udviklingen i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på de fem danske regioner, opgjort per 10.000 børn og unge (0-17-årige) i den pågældende region i det pågældende år.

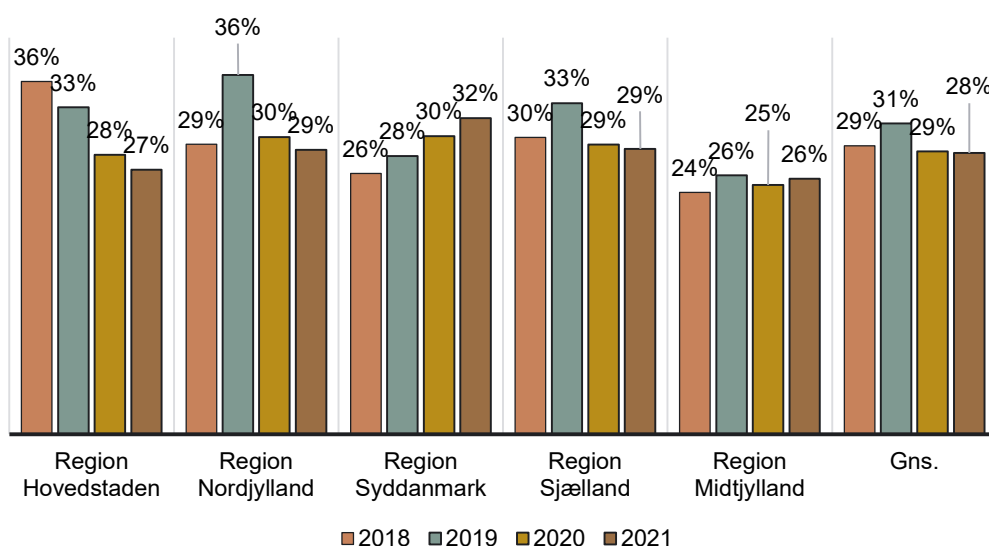
Figur 17: Udvikling i antal henvisninger fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier.

Figur 17 viser, at Region Syddanmark i alle årene i perioden har det største antal henvisninger per 10.000 børn og unge, som vokser fra 275 henvisninger i 2018 til 321 henvisninger i 2021. Region Hovedstaden og Region Sjælland har det laveste antal henvisninger. Alle regionerne har en stigning i antallet af henvisninger på tværs af perioden, så der i alle regionerne er det største antal henvisninger i 2021. Dette tal skal dog tolkes med forsigtighed, da det ikke er det faktiske antal henvisninger i 2021, men et estimat baseret på data for de første 9 måneder af året.

Figur 18: Andel af henvisninger, som bliver afvist, fordelt på regioner

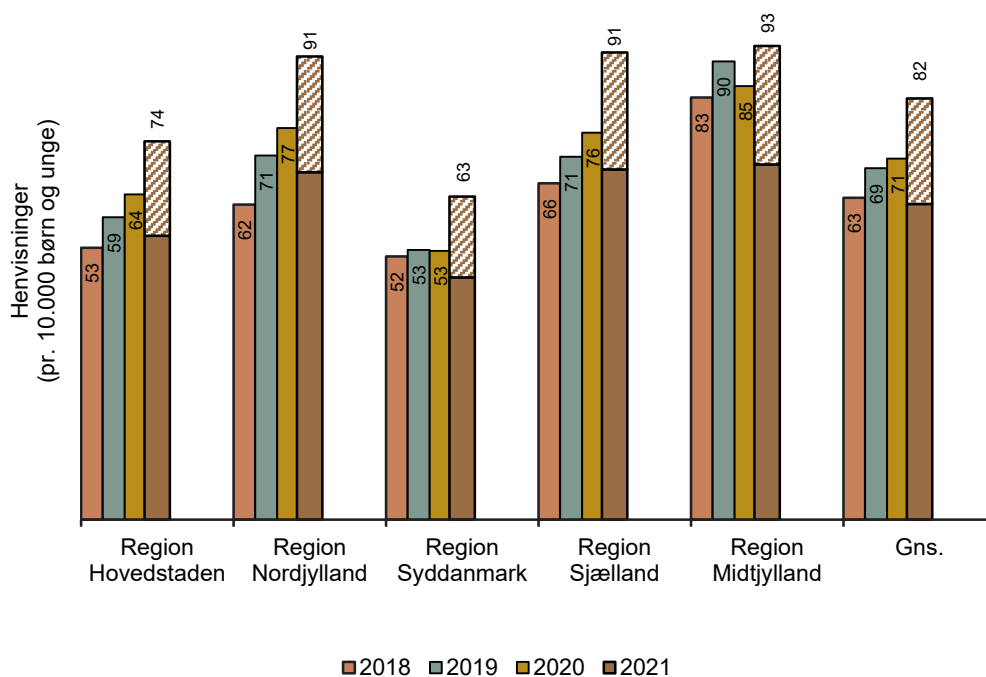


Figur 18 viser andelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, som blev afvist. Her er andelen af afviste henvisninger forholdsvis ens på tværs af regionerne. Den gennemsnitlige andel af afviste henvisninger på tværs af de fire år for alle regionerne ligger på omkring 30% undtagen Region Midtjylland, som ligger på omkring 25%. Udviklingen er dog forskellig fra region til region. I Region Hovedstaden ses et fald i andelen af henvisninger, som bliver afvist, fra 36% i 2018 til 27% i 2021. I Region Syddanmark ses derimod en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 26% i 2018 til 32% i 2021. Både Region Nordjylland og Region Sjælland oplever begge en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 2018 til 2019, men derefter et fald igen fra 2019 til 2021. I Region Midtjylland er niveauet relativt stabilt over alle fire år og stiger kun med 2 procentpoint på tværs af perioden fra 24% i 2018 til 26% i 2021.

I Figur 19 præsenteres antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien per år, hvor kommunen er den henvisende instans. I gennemsnit står kommunerne i regionerne for 63 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 og for 82 henvisninger i 2021. Gennemsnittet er altså stigende fra 2018 til 2021. Region Syddanmark har i alle årene færrest henvisninger per 10.000 børn og unge, som er henvist af kommunen. Dette er

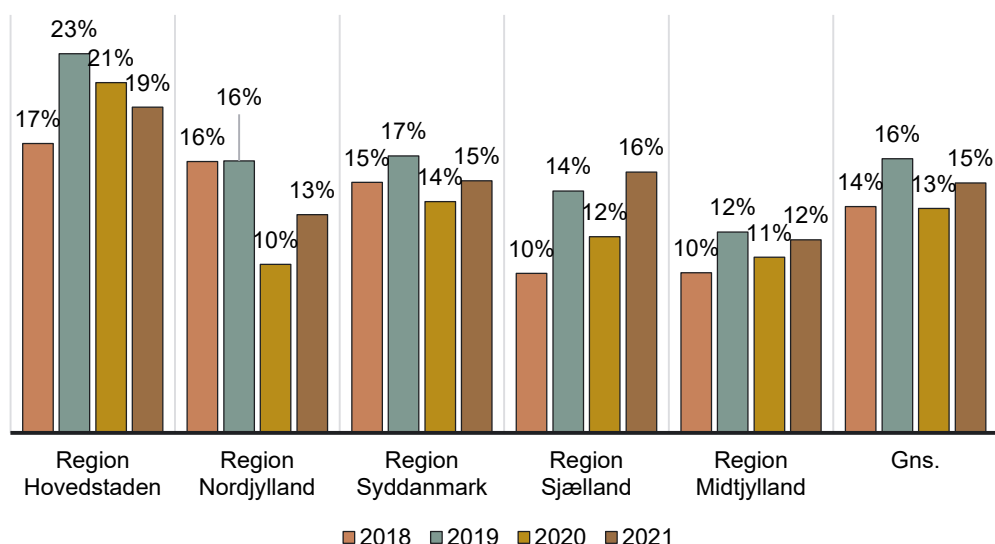
bemærkelsesværdigt, eftersom det er regionen med det største totale antal henvisninger. Henvisninger fra kommunen udgør altså en mindre andel af det totale antal henvisninger i Region Syddanmark end i de øvrige regioner. Generelt ses der i alle regionerne en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2021. Tallene for 2021 skal dog tolkes med forsigtighed, da tallet ikke er et endeligt tal, men et estimat baseret på data for de første 9 måneder af året.

Figur 19: Antal henvisninger fra kommunen fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier.

Figur 20 viser andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist per år. Sammenlignet med Figur 18 bliver i gennemsnit mellem 11% og 20% af henvisningerne fra kommunen afvist i forhold til omkring 30% blandt det samlede antal henvisninger. I alle regionerne (bortset fra Region Nordjylland) ses en stigning i den årlige andel af afviste henvisninger fra kommunerne fra 2018 til 2019. Men herefter oplever alle kommunerne et fald fra 2019 til 2020 og herefter en stigning i andelen af afviste henvisninger igen fra 2020 til 2021. Der er dermed samlet set ikke en stor udvikling i andelen af afviste henvisninger fra kommunen i de fem regioner i løbet af projektperioden fra 2018 til 2021.

Figur 20: Andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist

6.1.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har været stigende fra 2018 til 2020. Denne tendens ses for Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland, mens Region Sjælland og Region Midtjylland har oplevet et lille fald i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge. Tallene for 2021 er svære at konkludere på, da de er et estimat baseret på de første 9 måneder af året, men de tyder på, at alle regionerne har en stigning i antallet af henvisninger fra 2020 til 2021. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, ligger for alle regionerne på gennemsnitligt 30% i perioden og er faldet en smule gennem perioden i alle regionerne undtagen Region Syddanmark og Midtjylland, hvor der ses en lille stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist. Ses der specifikt på henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, har alle regionerne oplevet en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen fra 2018 til 2020. Andelen af henvisninger henvist af kommunen, som bliver afvist, er på tværs af regionerne markant lavere end andelen af afviste henvisninger ud af det totale årlige antal henvisninger.

6.2 Udviklingen i henvisninger i Region Nordjylland (2018-2021)

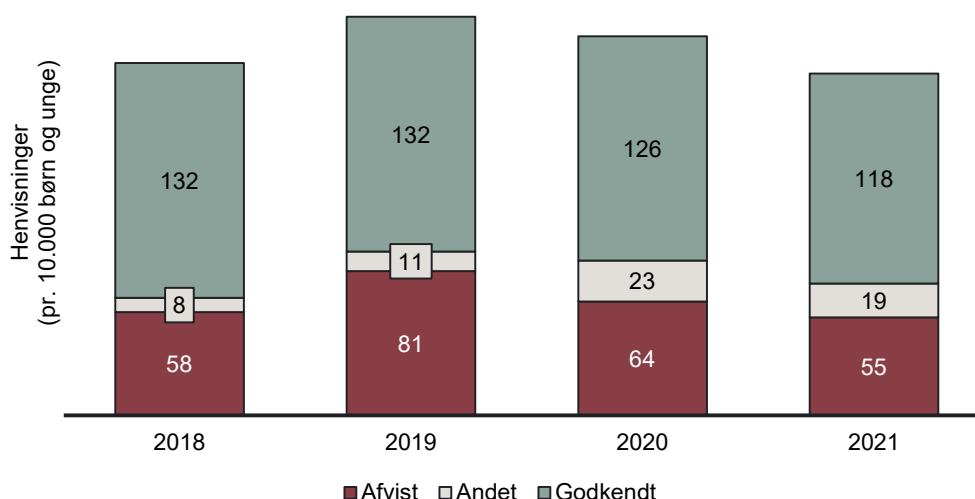
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 9.424 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 2. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 2:
Antal henvisninger i Region Nordjylland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	2.280	2.548	2.419	2.177	9.424

I Figur 21 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, andet og afviste henvisninger.

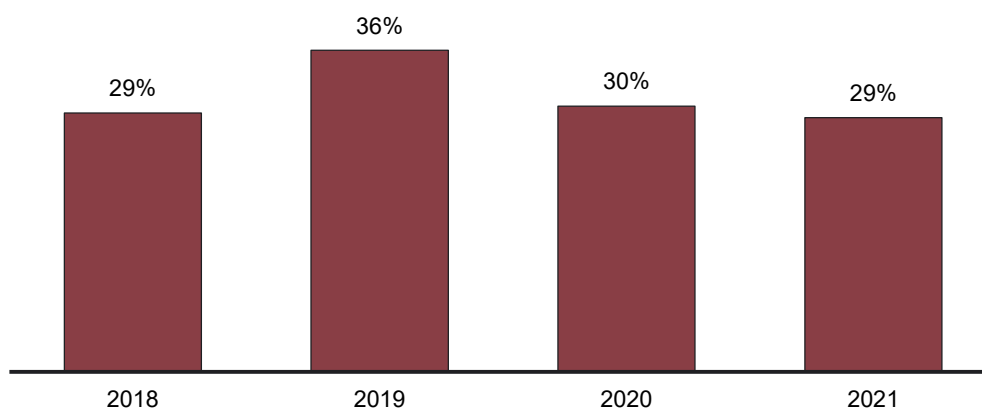
Figur 21: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på henvisningsstatus



Note: Afviste henvisninger består af kategorierne "Annullerede". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Afsluttet til ambulant kontakt" samt "Afsluttet til indlæggelse". Andet dækker over "Omvisiteret til ekstern samarbejdspartner" samt "Venter på visitation".

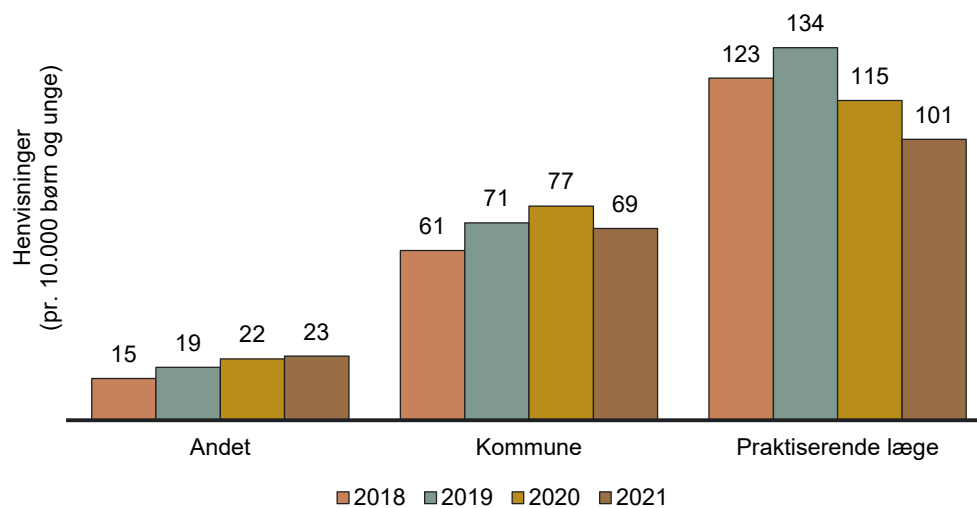
Ifølge Figur 21 blev der i regionen henvist flest børn og unge i 2019 (224 henvisninger per 10.000 børn og unge), hvorefter der forekom et fald i det totale antal årlige henvisninger frem til 2021 (192 henvisninger per 10.000 børn og unge). Antallet af godkendte henvisninger udgør størstedelen af alle henvisninger per år, men falder i antal fra 132 i 2018 og 2019 til 118 i 2021, mens antallet af afviste henvisninger stiger fra 58 i 2018 til 81 i 2019 for derefter at returnere til nogenlunde samme udgangspunkt med 55 afviste henvisninger i 2021. Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger, som er illustreret i Figur 22, viser figuren, at trods ændringerne i antallet af henvisninger forbliver andelen af afviste henvisninger stabil fra 2018 til 2021 på 29%, dog med en midlertidig stigning til 36% i 2019.

Figur 22:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Nordjylland



I Figur 23 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 23: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på henviser

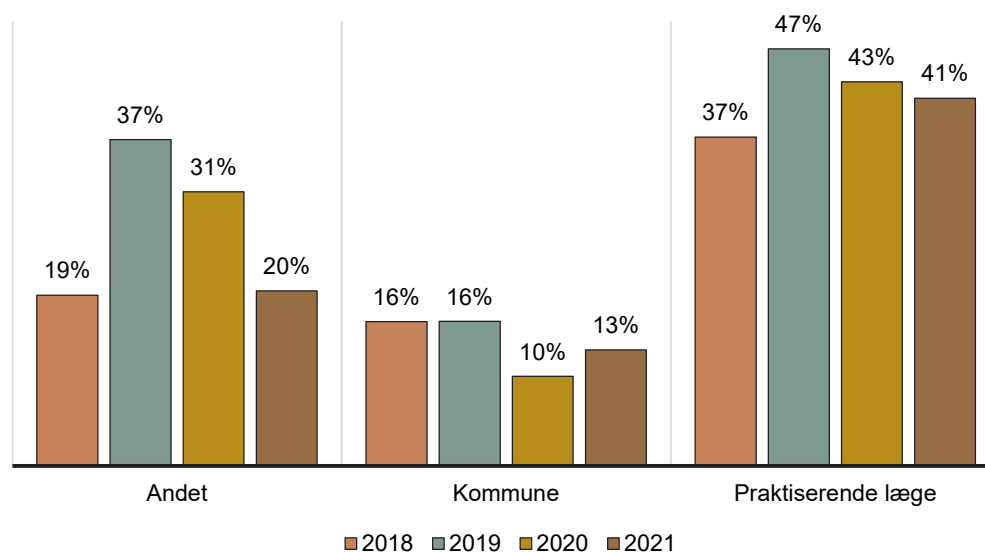


Note: Kategorien "Andet" består af følgende underkategorier: "Andet", "Andet sygehus", "Politi" og "Socialpsykiatri".

Ud fra Figur 23 ses det, at de *praktiserende læger* sender langt flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021. Antallet af henvisninger topes i 2019 med 134 henvisninger per 10.000 børn og unge og falder til 101 henvisninger i 2021 – altså et stykke under udgangspunktet på 123 henvisninger i 2018. En lignende tendens gør sig gældende for *kommunen*, hvor antallet af henvisninger ligeledes stiger. Dog topes antallet af henvisninger henvist fra kommunen med 77 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2020 for derefter at falde til 69 henvisninger i 2021, dog fortsat noget over udgangspunktet med 61 henvisninger i 2018. Kun henvisninger fra *andet* stiger gennem hele projektperioden fra 15 i 2018 til 23 i 2021, dog med en afladende tendens fra 2020 til 2021.

Figur 24 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende aktør fordelt på år.

Figur 24:
Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Nordjylland



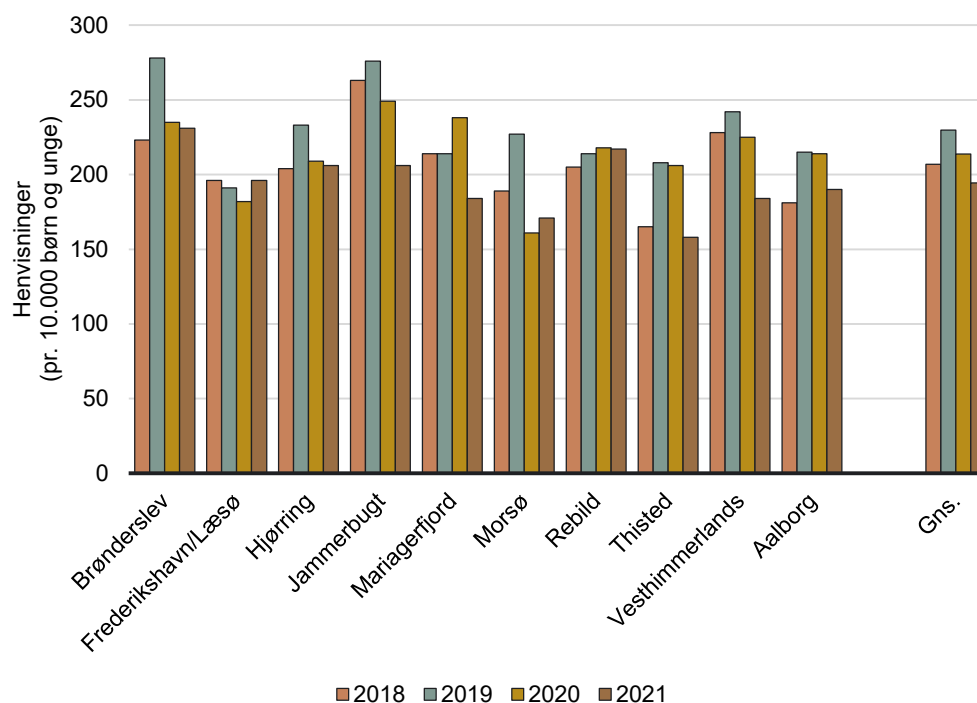
Note: Figuren viser andelen af henvisninger fra samme henviser og i samme år, som bliver afvist. Kategorien "Andet" består af følgende underkategorier: "Andet", "Andet sygehus", "Politi", og "Socialpsykiatri".

Således ligger andelen af afviste henvisninger fra *praktiserende læger* stabilt højt med en lille stigning fra 37% i 2018 til 41% i 2021. Tilsvarende stabilt ligger niveauet for afviste henvisninger fra *kommunerne*, dog med et lille fald over projektperioden fra 16% i 2018 til 13% i 2021. Der er betydeligt større udsving i andelen af afviste henvisninger fra *andet*, som starter og slutter på de cirka 20%, men i både 2019 og i 2020 er steget til henholdsvis 37% og 31%. Dog er der tale om numeriske ganske få henvisninger (mellem 15 til 23 per 10.000 børn og unge, jf. Figur 23), hvorfor disse forskelle er drevet af ganske få sager og derfor i stor stil må tilskrives tilfældigheder frem for egentlige tendenser. Det kan konstateres, at der i projektperioden er et fald i andelen af afviste henvisninger, hvor henviser er en kommune, og at dette fald ikke kan genfindes i de to andre henvisningskategorier. Dette kan give anledning til en hypotese om, at faldet i andelen af

afviste henvisninger kan hænge sammen med projektaktiviteterne, uden at der dog på denne baggrund kan konkluderes på dette. Det er vigtigt at pointere, at der bag ændringerne i andelen af afviste henvisninger ikke kan ses grundlaget for afvisning. Hvorvidt der er tale om afvisninger på baggrund af mangelfuld udfyldt henvisning eller på faglig begrundelse vides ikke.

I Figur 25 præsenteres antallet af henvisninger i Region Nordjylland fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

Figur 25: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på kommune

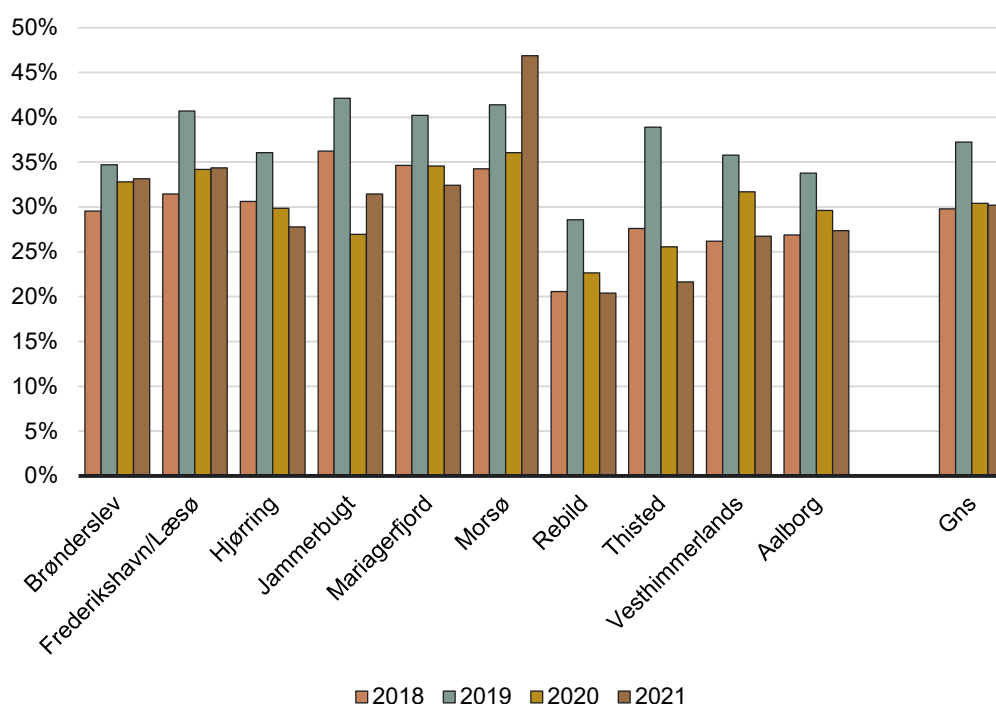


Ifølge figuren forekom det højeste totale antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Jammerbugt Kommune efterfulgt af Brønderslev Kommune med henholdsvis 994 og 967 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018-2021 (med det højeste antal henvisninger i 2019 i Brønderslev Kommune (278 henvisninger per 10.000 børn og unge). Modsat ses det laveste antal henvisninger på tværs af perioden for Thisted Kommune med et samlet antal henvisninger på 737 henvisninger per 10.000 børn og unge. Dog er der ikke de helt store udsving kommunerne imellem på tværs af årene. Fokuseres der på det gennemsnitlige antal henvisninger for kommunerne per år, forekommer et fald i det samlede gennemsnitlige antal henvisninger fra 206 i 2018 til 194 i 2020 – dog med et udsving i 2019 på 229 henvisninger per 10.000 børn og unge. For størstedelen af kommunerne (Brønderslev, Hjørring, Jammerbugt, Morsø, Thisted, Vesthimmerlands og Aalborg) var henvisningsantallet højest i 2019, mens der for de resterende kommuner sås det største antal henvisninger i 2020 eller 2021.

Der er således hverken meget store udsving på tværs af kommuner eller på tværs af år, når vi kigger på det relative antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland.

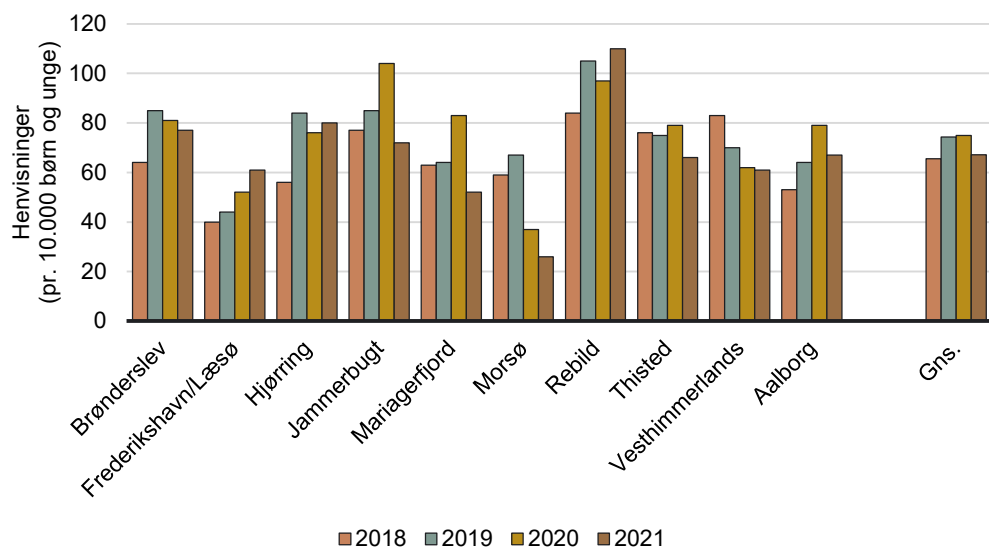
Fokuseres der på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver kommune, præsenteret i Figur 26, ses en gennemgående tendens blandt alle kommuner, undtagen Morsø Kommune, til, at andelen af afviste henvisninger er højest i 2019. Modsat oplever Morsø Kommune den største andel afviste henvisninger i 2021 med hele 47%, hvilket også er den højeste andel afviste henvisninger på tværs af kommuner og årstal. Rebild Kommune har på tværs af år den laveste andel af afviste henvisninger, hvorimod de resterende kommuner ligger nogenlunde ens i deres henvisningsmønster.

Figur 26:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Nordjylland



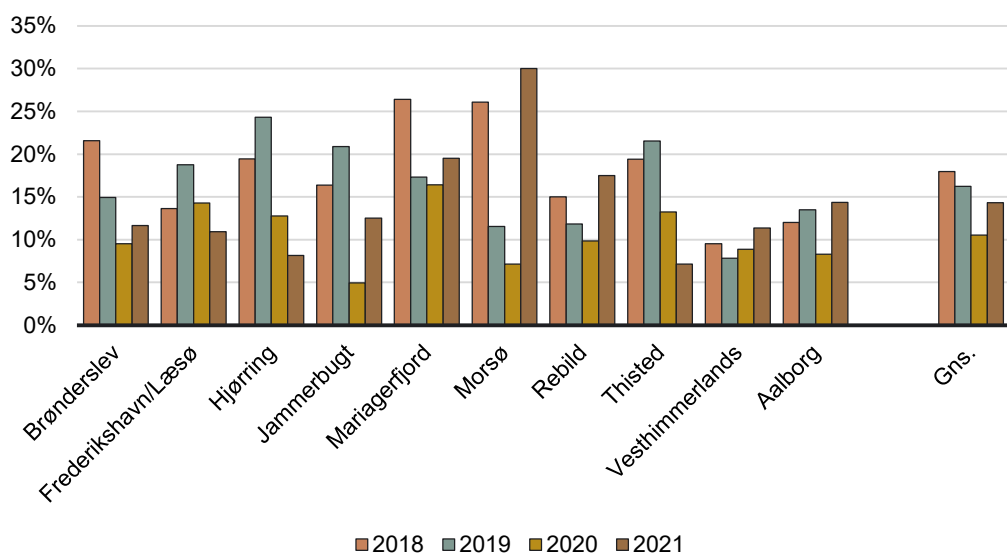
I Figur 27 præsenteres antallet af henvisninger henvist fra kommunen per år for de pågældende kommuner. På tværs af projektkommunerne i Region Nordjylland ses der ingen systematisk tendens eller trend i antallet af henvisninger over tid på tværs af kommunerne. Dertil kommer variation i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge inden for den enkelte kommune. Således er antallet af henvisninger fra Morsø halveret fra 60 i 2018 til 27 i 2021, mens antallet af henvisninger fra Rebild stiger fra 84 i 2018 til 111 i 2021.

Figur 27: Antal henvisninger i Region Nordjylland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Figur 28 præsenterer andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen ud af det årlige antal henvisninger for hver kommune per år.

Figur 28: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Nordjylland



Figur 28 viser andelen af afviste henvisninger per kommune per år ud fra det totale antal henvisninger per kommune per år. Ud fra figuren ses, at der, trods betydelig variation, i gennemsnit afvises 10-20% af de kommunale henvisninger. For seks ud af de ti kommuner ses den overordnede tendens, at der fra 2018 til 2021 er et fald i andelen af afviste henvisninger, fraset enkelte kommuner som Morsø, Rebild, Vesthimmerlands og Aalborg. Det kan konstateres, at disse fire kommuner (undtagen Morsø) også har det laveste aktivitetsniveau i projektperioden (jf. Figur 30 og Figur 31).

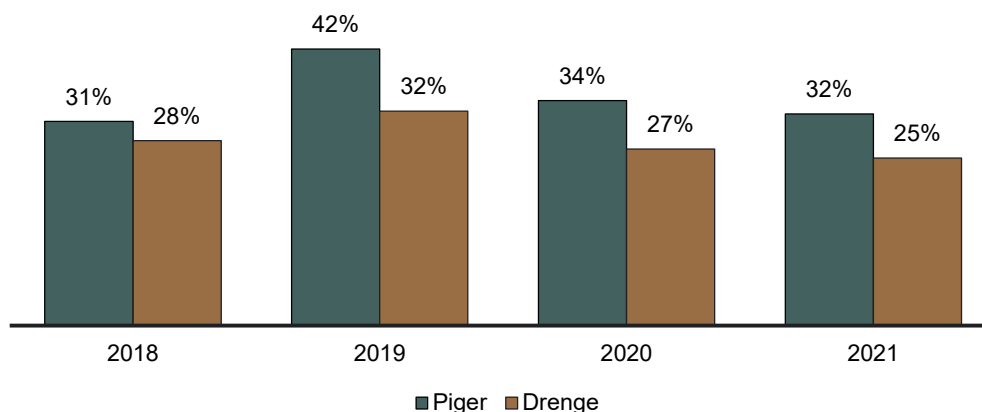
Det fremgår af ovenstående, at der er endog meget stor variation mellem kommuner og fra år til år, i forhold til hvor mange henvisninger fra den enkelte kommune der bliver afvist. Der er ligeledes ikke umiddelbart noget generelt mønster i udviklingen, der kan kobles til aktiviteter i projektet. Det vil dog være interessant at se på, om der kan ses en sammenhæng mellem de kommuner, der har haft større grad af projektaktivitet, og de kommuner, hvor der registreres et fald i andelen af afviste henvisninger.

Tabel 3: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn, angivet per 10.000 børn og unge i Region Nordjylland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	27	39	33	31	130
Alle henvisninger	90	93	97	98	378
DRENGE					
Afviste henvisninger	30	42	31	24	127
Alle henvisninger	109	131	117	96	453

I Tabel 3 ses, at antallet af afviste henvisninger per 10.000 børn og unge er højere blandt 0-17-årige drenge sammenlignet med piger i samme aldersgruppe, hvor der på tværs af perioden var 378 henviste piger og 453 henviste drenge. Når det kommer til antallet af afviste henvisninger, er der en ubetydelig forskel kønnene imellem, hvor det totale antal afviste henvisninger på tværs af perioden var 130 for piger og 127 for drenge.

Figur 29: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Nordjylland

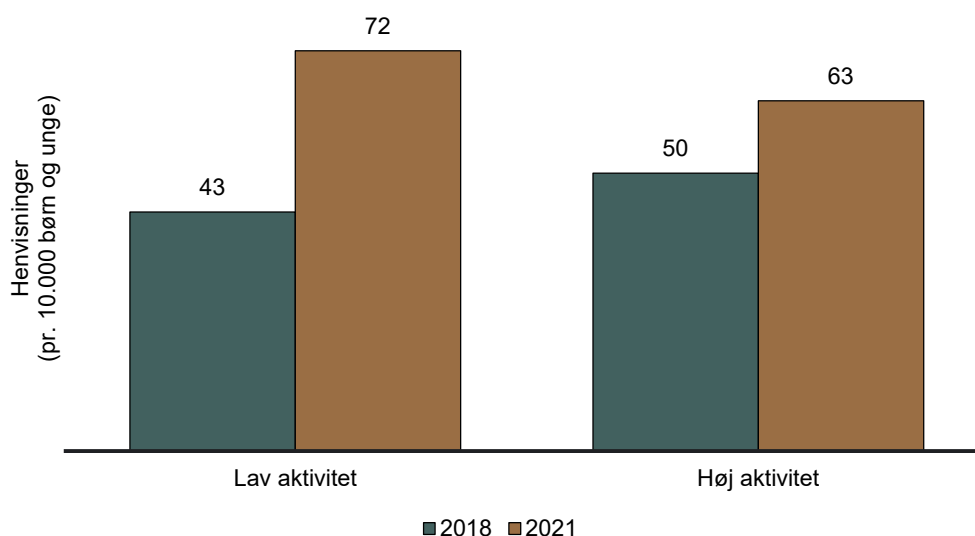


Ud fra figuren ses det, at henvisninger af piger oftere bliver afvist end henvisninger af drenge, startende fra 3% i 2018 til 7% i 2021. Andelen af afviste henvisninger er totalt set størst i 2019 med 36% af alle henvisninger (Figur 22), hvilket i Figur 29 ser ud til at ramme pigerne hårdest. Således stiger deres andel af afviste henvisninger med 11 procentpoint fra 2018 til 2019, mens det for drengenes vedkommende kun er en stigning på 4 procentpoint til samlet 32%. I den samlede projektperiode forbliver andelen af afviste henvisninger for piger stabil omkring de 31%, mens der for drenge er et let fald. Piger og kvinder rapporterer hele livet igennem om et dårligere mentalt helbred end mænd, også i aldersgruppen 16-24-årige³, hvilket står i kontrast til det numerisk større antal henvisninger fra drenge end piger, og det forklarer ikke, hvorfor henvisninger omhandlende piger hyppigere bliver afvist. Hvorvidt der er tale om henvisning med diagnoser, som ikke vurderes ligeligt, eller som der ikke er ens tilbud til i psykiatrien, eller om der er tale om en systematisk forskelsbehandling af piger og drenge er uvist. Såfremt noget af udviklingen i tallene kan tilskrives projektaktiviteten, må det konkluderes, at der ikke ses samme effekt for henholdsvis piger og drenge, og at projektet ikke bidrager til at mindske forskellen mellem kønnene.

Figur 30 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Nordjylland, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 30 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager drøftet på henholdsvis faglige sparringsmøder og netværksmøder afholdt i perioden januar 2019 til og med september 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

³ Kilde: Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Rapport fra Psykiatrifonden, juni 2021.

Figur 30: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Nordjylland for kommuner med lav og høj projektaktivitet

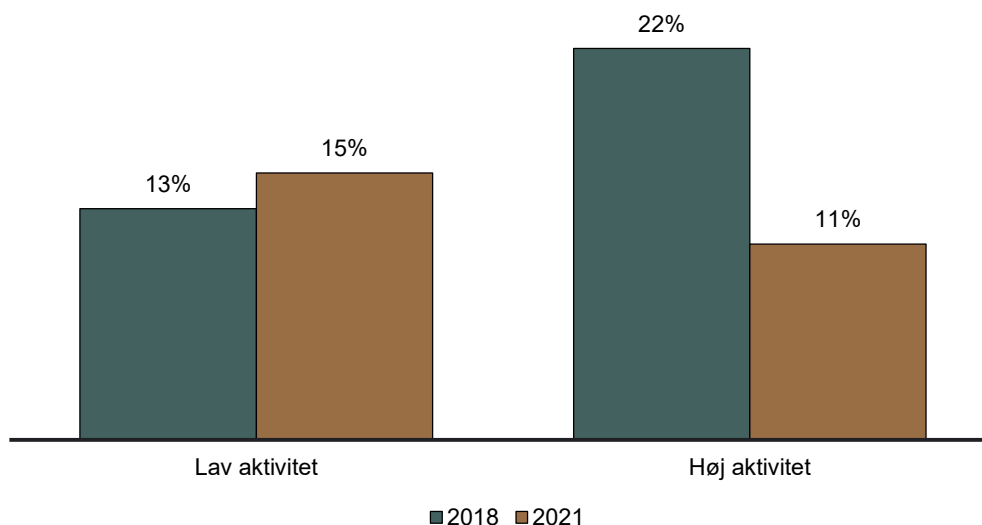


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Rebild, Vesthimmerlands samt Aalborg Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Brønderslev, Thisted og Morsø Kommuner.

Det ses på figuren, at kommuner med lav projektaktivitet oplever en stigning i det årlige antal henvisninger fra 43 henvisninger i 2018 til 72 henvisninger i 2021 – det vil sige en samlet stigning på 29 henvisninger per 10.000 børn og unge i perioden. En lignende men mindre markant tendens gør sig gældende for kommuner med høj projektaktivitet, hvor der fra 2018 til 2021 forekommer en stigning i antallet af henvisninger fra 50 henvisninger i 2018 til 63 henvisninger i 2021. Sammenlignes antal henvisninger for 2021 for kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet ses en lille forskel i antallet af henvisninger, hvor kommunerne med lav aktivitet har et let forhøjet henvisningsantal sammenlignet med kommunerne med højt aktivitetsniveau.

Figur 31 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Nordjylland, fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 31 for yderligere forklaring). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) samt 2021 til og med september måned.

Figur 31: Andel af afviste henvisninger fra kommunen i Region Nordjylland for kommuner med lav og høj projektaktivitet



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Rebild, Vesthimmerlands samt Aalborg Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Brønderslev, Thisted og Morsø Kommuner.

Det ses på figuren, at kommunerne med lav projektaktivitet oplever en lille stigning på 3 procentpoint fra 2018 til 2021 i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist fra kommunen. I 2018 afvises 13% af henvisningerne, mens andelen stiger til 15% i 2021. Modsat ses, at kommuner med høj projektaktivitet har et markant fald på 11 procentpoint i andelen af afviste henvisninger, hvor 22% af henvisninger blev afvist i 2018, mens andelen falder til 11% i 2021. Sammenlignes andelen af afviste henvisninger i 2021 for de to aktivitetsniveauer, ses en minimal forskel.

Figureerne viser, at i kommuner med høj projektaktivitet har der været en positiv udvikling i forhold til andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen fra 2018 til 2021, sammenlignet med kommuner med mindre projektaktivitet. Dog ses samme tendens blandt begge aktivitetsniveauer i forhold til antallet af henvisninger, hvor begge oplever en stigning i det årlige henvisningsantal fra 2018 til 2021. Dette kan betyde, at projektaktiviteten faktisk bidrager positivt til udviklingen i henvisninger fra kommunerne, når det kommer til afviste henvisninger. Det skal dog understreges, at der kan være en lang række andre underliggende faktorer, der har indflydelse på denne udvikling, og resultatet skal derfor fortolkes med forsigtighed. Der kan således ikke udledes en entydig årsags-virkningssammenhæng.

6.2.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at der for perioden januar 2018 til oktober 2021 i Region Nordjylland forekom et generelt fald i antallet af henvisninger – dog med det opmærksomhedspunkt, at data for 2021 ikke er repræsentativt for hele året. 2019 var året med flest henvisninger generelt set samt en større andel af afviste henvisninger. Denne tendens gør sig gældende på tværs af både køn og henviser. Sammenhængen mellem et større antal henvisninger og en større andel afviste henvisninger kan eventuelt være et udtryk for en tilpasning af godkendte henvisninger på baggrund af den tilgængelige kapacitet. For enkelte kommuner forekom det højeste antal henvisninger dog i 2020 eller 2021. Langt størstedelen af henvisninger kom fra praktiserende læge, mens et egentligt fald i andelen af afviste henvisninger på tværs af årene forekom blandt henvisninger fra kommunerne. Drengene i aldersgruppen 0-17 år havde et større totalt antal henvisninger i perioden, men der ses dog en mere lige andel af afviste henvisninger mellem kønnene. Sammenlignes kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet ses en positiv udvikling i andelen af afviste henvisninger blandt kommuner med høj aktivitet, hvilket kan afspejle et positivt bidrag til henvisningsudviklingen som følge af projektaktivitet.

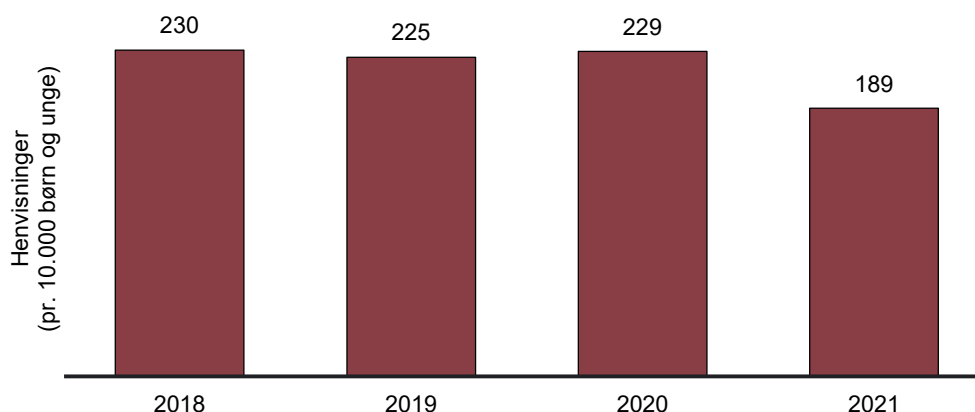
6.3 Udviklingen i henvisninger i Region Midtjylland (2018-2021)

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 16.905 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 4. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

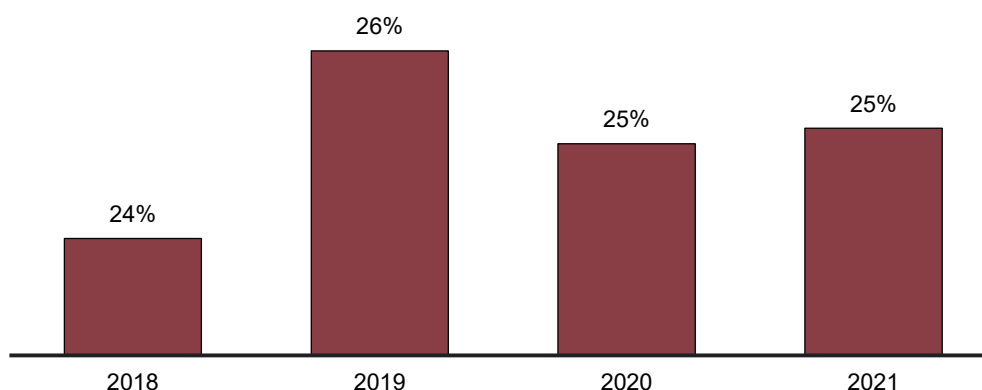
Tabel 4:
Antal henvisninger i Region Midtjylland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	4.488	4.353	4.425	3.639	16.905

I Figur 32 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Det har ikke været muligt at inddele henvisningerne i Region Midtjylland ud fra henvisningsstatus (*Andet* samt *Godkendte* henvisninger) grundet ændringer i registreringspraksis af henvisningsdata undervejs i perioden. Derfor er der i rapporten udelukkende præsenteret det årlige antal henvisninger på tværs af henvisningsstatus samt andelen af afviste henvisninger.

Figur 32: Antal henvisninger i Region Midtjylland

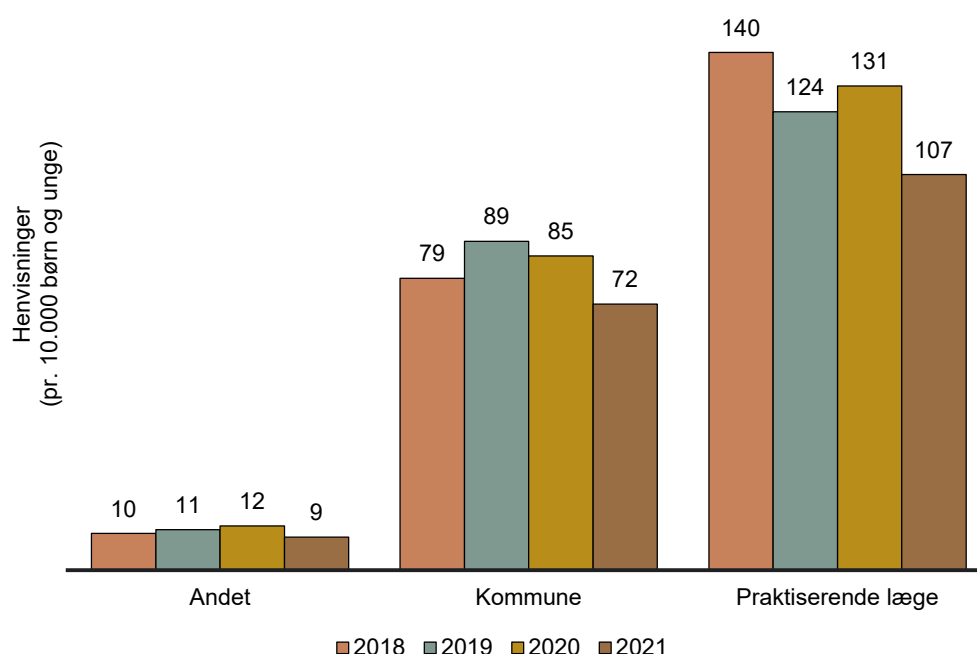
Figuren afspejler samme tendens som i Tabel 4, hvor antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge samlet set falder fra 230 henvisninger i 2018 til 189 henvisninger i 2021, dog med det forbehold at oktober til december måned ikke er medregnet i henvisningsdata for 2021. Antallet af henvisninger er fra 2018-2020 uden store udsving, hvor antallet ligger mellem 230 og 225 årlige henvisninger. Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, præsenteret i Figur 37, ses ingen store udsving fra 2018 til 2021. Her forbliver andelen af afviste henvisninger på omkring 24-25% af det totale antal henvisninger. Andelen af afviste henvisninger præsenteret i figuren er formentlig en smule lavere, end hvad der egentlig gør sig gældende i perioden grundet ændringer i registreringspraksis i regionen, hvorved nogle afviste henvisninger er blevet kategoriseret som andet end "afviste".

Figur 33: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Midtjylland

Note: Afviste henvisninger består af kategorierne "Afvist" samt "Afsluttet til praktiserende speciallæge".

I Figur 34 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 34: Antal henvisninger i Region Midtjylland fordelt på henviser

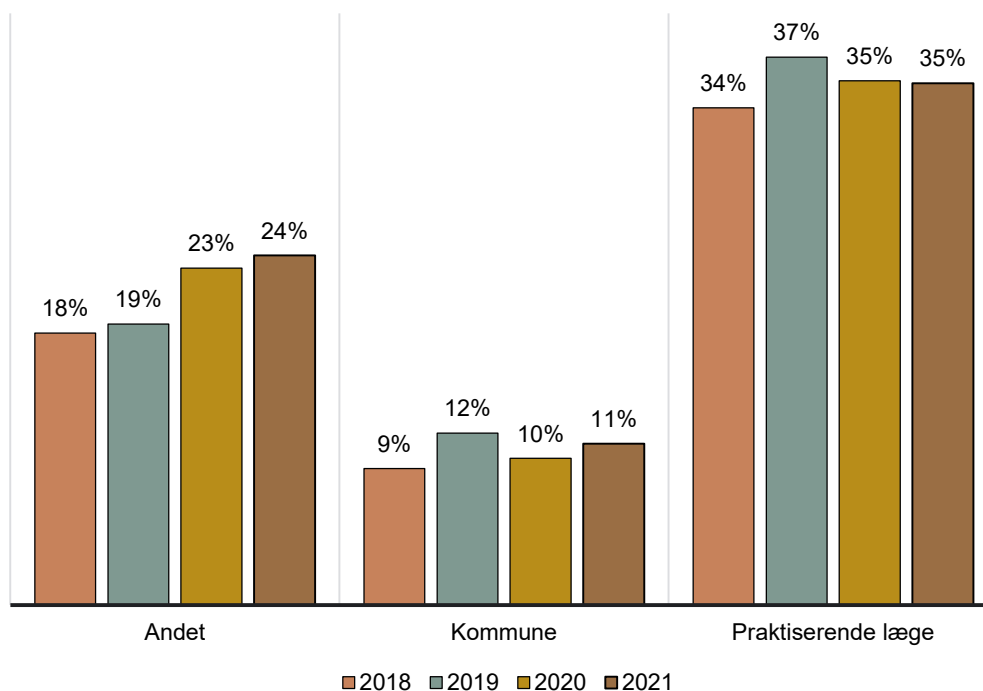


Note: Kategorien "Kommune" består af "Andet". Kategorien kan rumme enkelte henvisninger, der er henvist af en anden instans end kommunerne. Dog vurderes det, at størstedelen af henvisningerne henvises fra kommunen. Kategorien "Praktiserende læge" består af "Alment praktiserende læge" samt "Praktiserende speciallæge". Kategorien "Andet" består af "Sygehusafsnit".

I Figur 34 ses, at det er de *praktiserende læger*, der sender langt flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021. Antallet af henvisninger topes i 2018 med 140 henvisninger per 10.000 børn og unge, hvorefter det falder stødt til 107 henvisninger i 2021 – det vil sige et fald på 33 henvisninger i perioden. Antallet af henvisninger henvist fra *kommunen* topes i 2019 med 89 henvisninger for herefter at falde til 72 henvisninger i 2021 – altså et stykke under udgangspunktet på 79 i 2018. Der forekommer ikke den store udvikling i antallet af henvisninger fra *andet*, der forbliver på 9-12 henvisninger per 10.000 børn og unge i perioden.

Figur 35 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende aktør, fordelt på år.

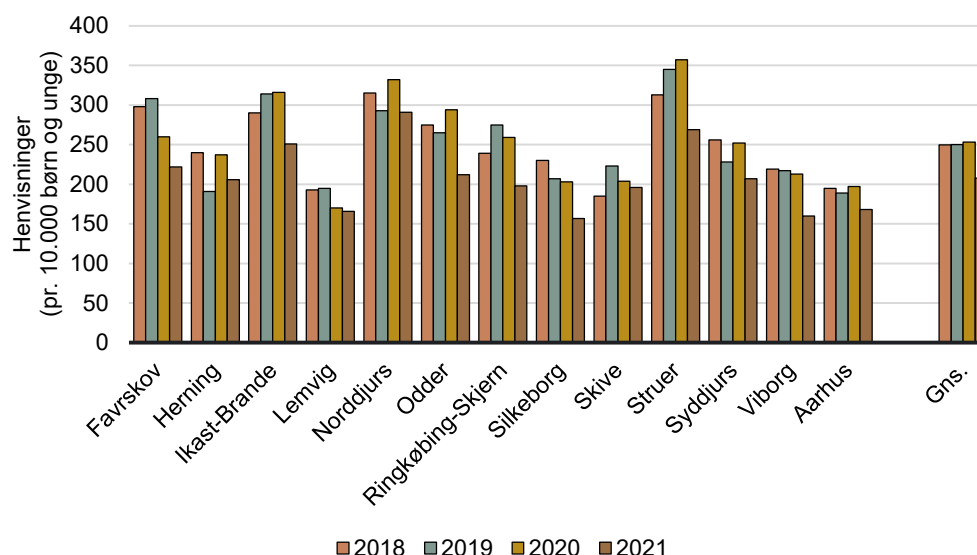
Figur 35: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Midtjylland



Note: Se anmærkning til Figur 34.

Ud fra figuren ses, at andelen af afviste henvisninger fra *praktiserende læge* gennem hele perioden ligger stabilt høj på 34-35%, dog med et lille udsving på 37% i 2019. Tilsvarende stabilt er andelen af afviste henvisninger henvist af *kommunerne*, der svinger 9-11% i perioden, dog med en stigning på 2 procentpoint fra 2018 til 2021. Det er kun blandt henvisninger fra *andet*, at der sker en stødt stigning i andelen af afviste henvisninger for hvert år i perioden, hvor andelen stiger fra 18% i 2018 til 24% i 2021. Dog er der tale om numerisk ganske få henvisninger (9-12 henvisninger per 10.000 børn og unge, jf. Figur 27), hvorfor disse forskelle må tilskrives tilfældigheder frem for egentlige tendenser grundet det lille antal henvisninger. Da der ikke forekommer en egentlig ændring i andelen af afviste henvisninger fra kommunen, giver det anledning til en hypotese om, at projektaktiviteten i perioden ikke har haft en synlig positiv indvirkning på andelen af afviste henvisninger fra kommunen. Her er det vigtigt at pointere, at det *ikke* betyder, at projektaktiviteterne ikke kan have en positiv virkning på udviklingen i antal af henvisninger, men blot at denne virkning i projektperioden ikke i sig selv har været så markant, at den ændrer i andelen af afviste henvisninger fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

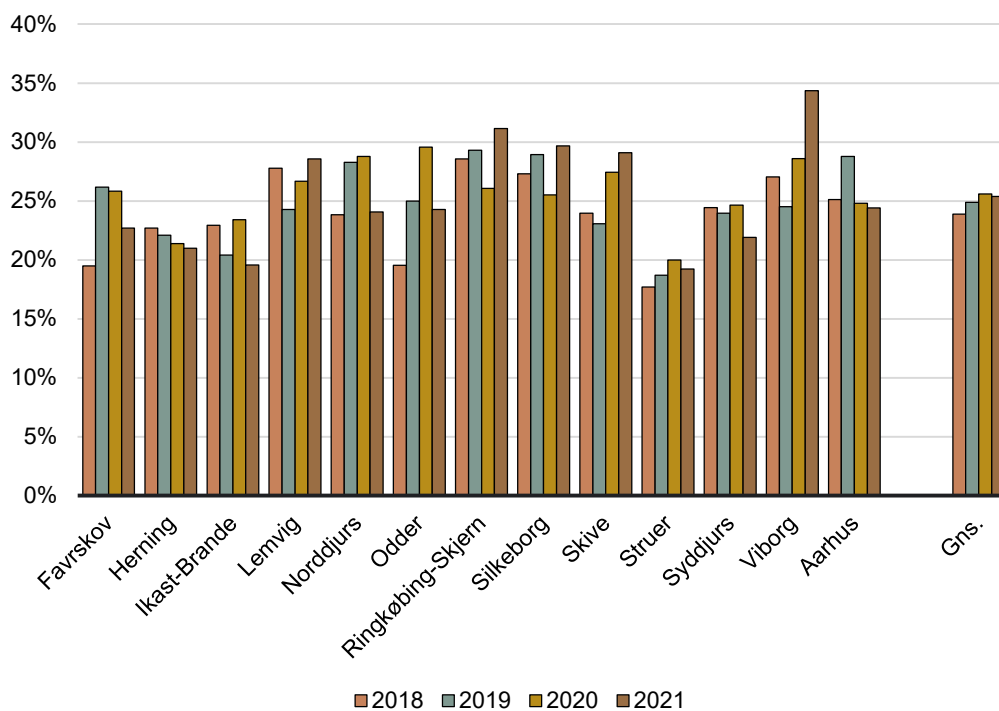
I **Figur 36** præsenteres antallet af henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

Figur 36: Antal henvisninger i Region Midtjylland fordelt på kommune

Ifølge figuren forekom det højeste totale antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Struer og Norddjurs Kommune med henholdsvis 1.284 og 1.231 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af 2018-2021. Heraf oplevede Struer Kommune det højeste antal henvisninger i 2020 med 357 henvisninger. Modsat ses det laveste totale antal henvisninger i Lemvig og Aarhus Kommuner med henholdsvis 724 og 749 henvisninger per 10.000 børn og unge. Det gennemsnitlige antal henvisninger for kommuner per år ligger stabilt frem til 2021, hvor antallet falder fra 253 i 2020 til 208 henvisninger i 2021. Her skal der tages forbehold for, at 2021 mangler data for oktober-december. Det er forskelligt kommunerne imellem, om henvisningsantallet topper i 2018, 2019 eller 2020, hvorfor der ikke kan konkluderes på en endelig tendens. Blandt størstedelen af kommunerne er der ligeledes ikke markante udsving i antallet af henvisninger på tværs af perioden.

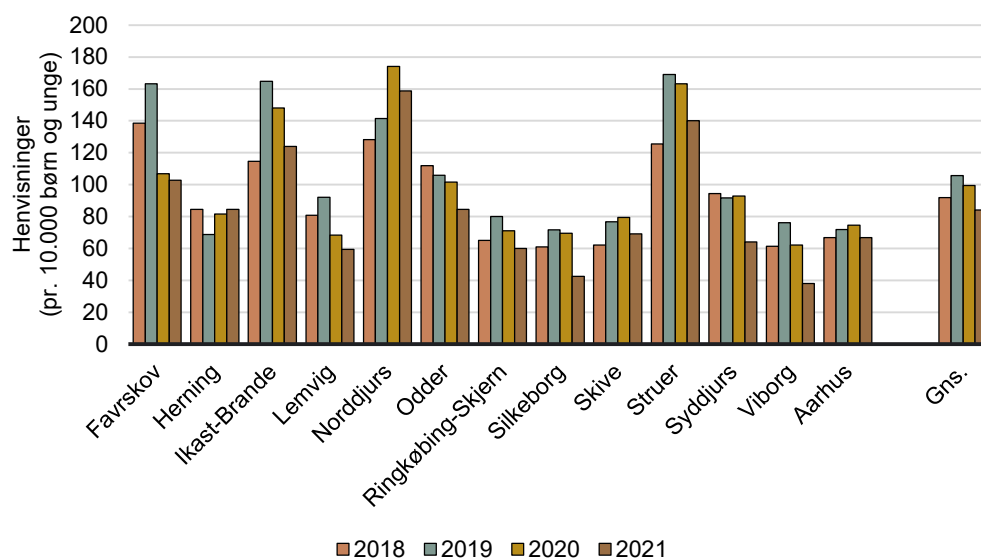
Hvis der i stedet fokuseres på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver kommune, jf. Figur 30, ses der ikke markante udsving mellem kommunerne. Viborg Kommune oplever den største andel af afviste henvisninger på 34% i 2021, hvilket er en stigning på 17 procentpoint fra 2018. Modsat ses den laveste andel på 18% i Struer Kommune, der for alle årene har nogle af de laveste andele af afviste henvisninger på 18-20%. Dette er interessant, da Struer var den kommune, der havde det højeste antal henvisninger på tværs af perioden samt det højeste årlige antal henvisninger, jf. Figur 29.

Figur 37: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Midtjylland



I Figur 38 præsenteres antallet af henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans fordelt per år for de pågældende kommuner.

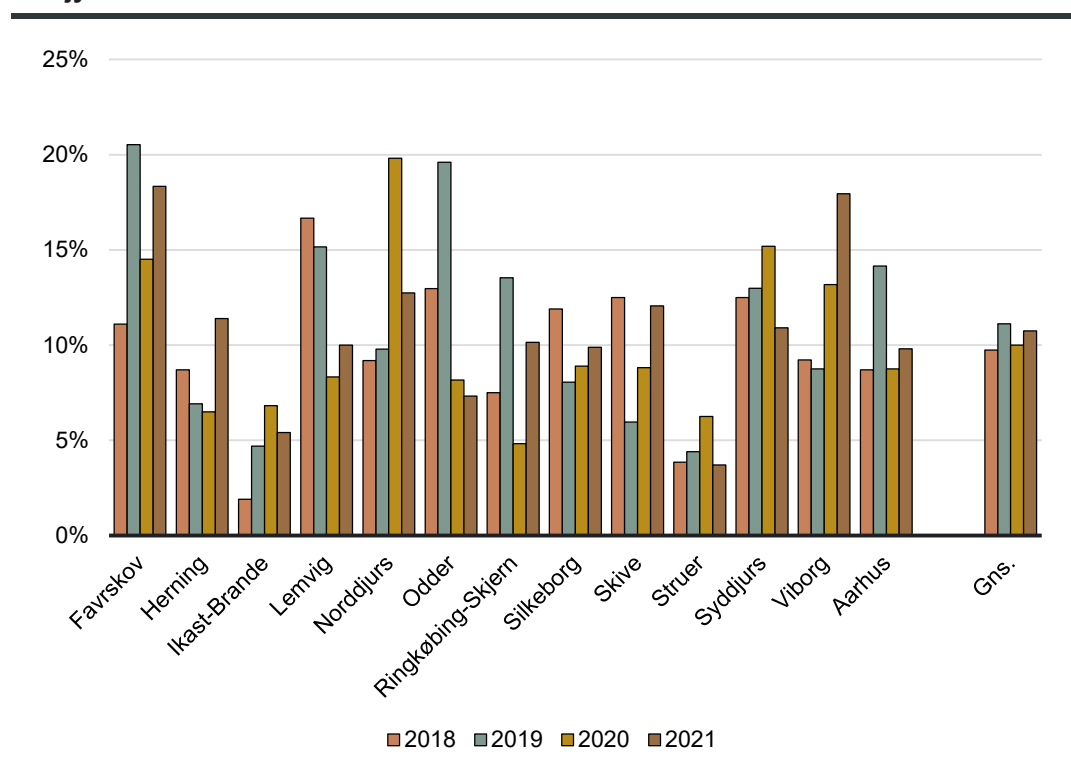
Figur 38: Antal henvisninger i Region Midtjylland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Figur 38 viser, at Norddjurs og Struer Kommuner på tværs af perioden har det største antal henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge i kommunen. Dette stemmer overens med, at det også er disse kommuner, som har det største samlede antal henvisninger, jf Figur 36. Viborg Kommune har i gennemsnit færrest henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge i løbet af perioden, men også Silkeborg, Ringkøbing-Skjern, Skive og Aarhus Kommuner ligger på et lavt niveau gennem hele perioden. Udviklingen fra år til år er forskellig på tværs af de forskellige projektkommuner, hvor nogle kommuner oplever en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2020, mens andre oplever et fald. Fælles for næsten alle projektkommunerne i regionen er dog, at der ses et fald i antallet af henvisninger fra 2018 til 2021, men da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021, kan dette ikke tolkes som en egentlig tendens.

Figur 39 viser andelen af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist i de forskellige projektkommuner i Region Midtjylland. Her ses relativt store forskelle på tværs af kommuner og år. Den største andel afviste henvisninger findes i Favrskov Kommune i 2019, hvor 21% af henvisninger fra kommunen blev afvist, mens den laveste andel ses i Ikast-Brande Kommune i 2018, hvor kun 2% blev afvist. Syv af kommunerne har samlet set oplevet en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 2018 til 2021, mens seks af kommunerne har oplevet et fald. Dermed er der ingen entydig tendens, som viser, at projektaktiviteten har haft en effekt på andelen af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist i løbet af perioden, om end der i nogle kommuner ses tegn på, at der kan have været en effekt.

Figur 39:
Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Midtjylland



Tabel 5 viser antallet af afviste henvisninger og antal henvisninger i alt fordelt på køn per 10.000 børn og unge i regionen.

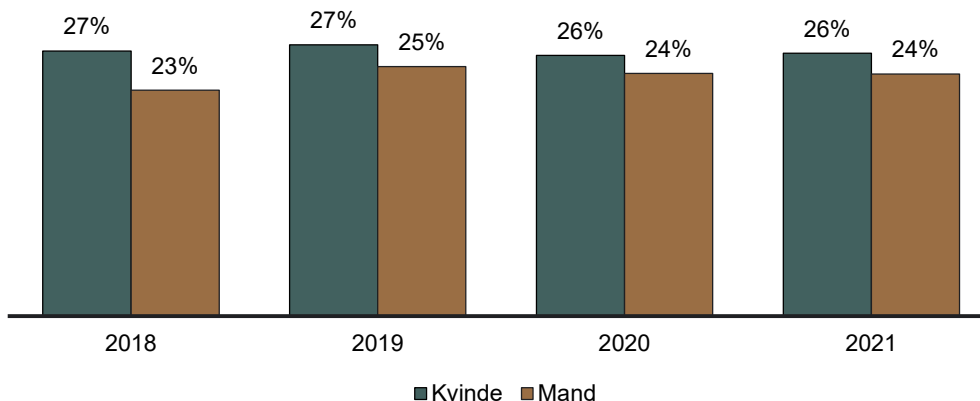
Tabel 5: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn, angivet per 10.000 børn og unge i Region Midtjylland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	27	27	29	26	109
Alle henvisninger	102	99	111	97	410
DRENGE					
Afviste henvisninger	29	32	29	23	112
Alle henvisninger	128	126	118	93	465

Tabel 5 viser, at der er flere både afviste henvisninger og henvisninger i alt for drenge end for piger, men at forskellen, især på antallet af afviste henvisninger, er relativt lille. Pigerne har i alt 410 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af perioden, hvoraf 109 afvises, mens drengene i alt har 465 henvisninger, hvoraf 112 afvises. Blandt pigerne ses en stigning i både antallet af henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger fra 2018 til 2020. For drengene ses et fald i antallet af henvisninger i alt fra 2018 til 2020, mens antallet af afviste henvisninger er uændret. For begge køn ses der et fald fra 2020 til 2021, men dette kan skyldes manglende data for de sidste tre måneder af året.

Andelen af henvisningerne, som bliver afvist, fordelt på køn, er vist i Figur 33. Her ses det, at andelen af afviste henvisninger gennem hele perioden er 2-4 procentpoint større for pigerne end for drengene. Andelen er relativt konstant på tværs af perioden for begge køn; for pigerne bliver mellem 27% og 26% af alle henvisninger afvist, mens det for drengene er mellem 23% og 25%.

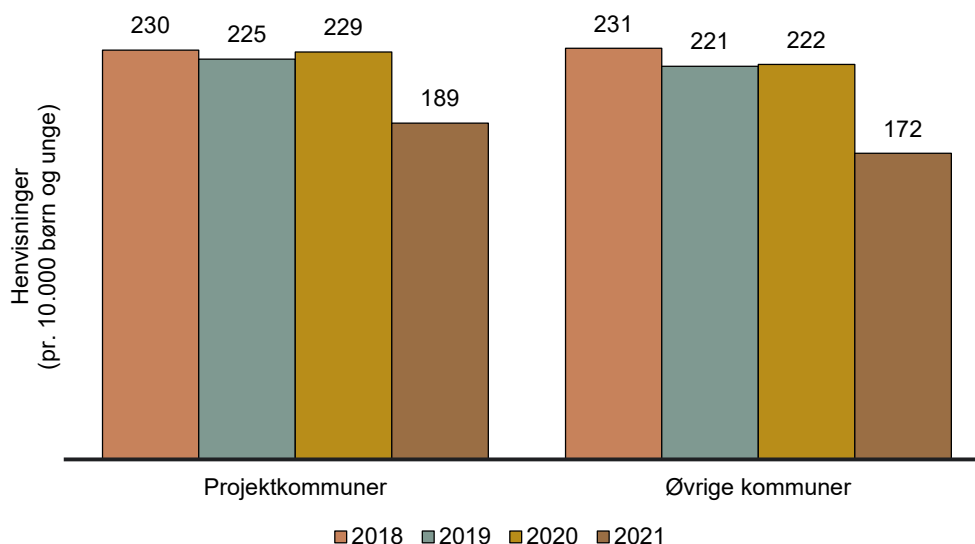
Figur 40: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Midtjylland



Figur 41 viser udviklingen i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Midtjyllands projektkommuner i forhold til i regionens øvrige kommuner.

Projektkommunerne i Region Midtjylland er Aarhus, Favrskov, Herning, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Skive, Struer, Syddjurs og Viborg.

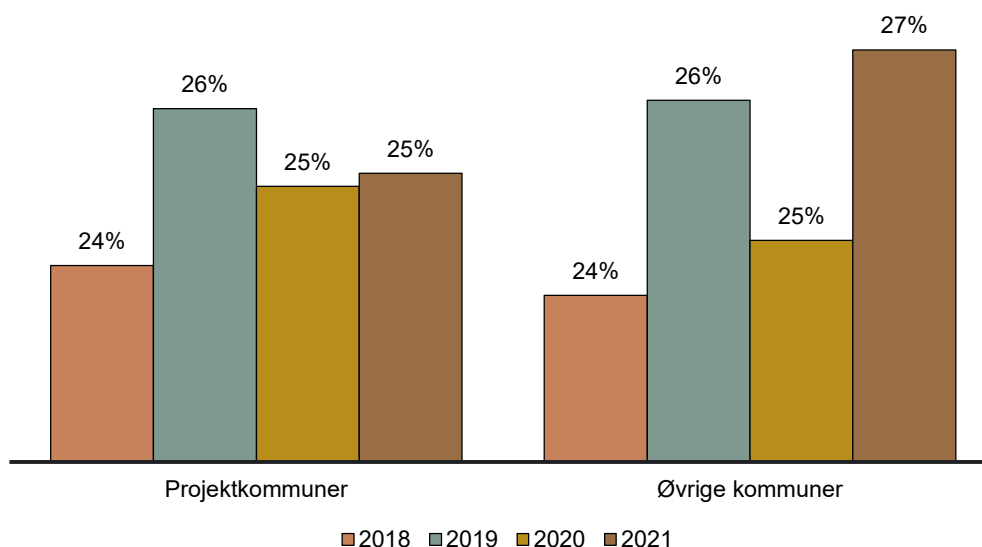
Figur 41: Antal årlige henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner og øvrige kommuner i 2018-2021



Figur 41 viser, at der er relativt lille forskel i både niveauet og udviklingen i antallet af henvisninger i projektkommunerne i forhold til de øvrige kommuner i regionen. I projektkommunerne ses et lille fald fra 230 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 til 229 henvisninger i 2020 og herefter større fald til 189 henvisninger i 2021. I de øvrige kommuner ses nogenlunde samme billede, hvor der fra 2018 til 2020 ses et fald fra 231 til 222 henvisninger per 10.000 børn og unge og herefter et større fald til 172 i 2021. De lave tal i 2021 skal dog fortolkes med forbehold, da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021.

Ser vi i stedet på andelen af henvisninger, som bliver afvist i projektkommunerne i forhold til de øvrige kommuner i Region Midtjylland, er der fortsat ikke stor forskel på de to grupper, jf. Figur 35. I både projektkommunerne og de øvrige kommuner, bliver 24% af henvisningerne afvist i 2018, 26% i 2019 og 25% i 2020, mens der i 2021 er 25%, som bliver afvist i projektkommunerne, og 27% der bliver afvist i de øvrige kommuner. Dermed kan der ikke på baggrund af disse tal ses nogen tegn på, at projektaktiviteten har medført færre afviste henvisninger i Region Midtjyllands projektkommuner i løbet af projektperioden.

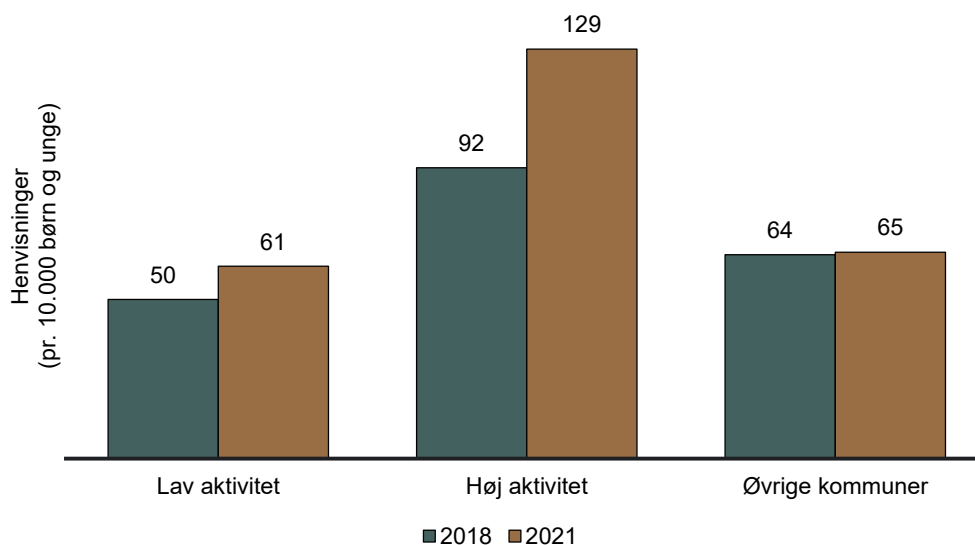
Figur 42: Andel afviste henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner



Figur 42 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Midtjylland, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 36 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal TRT-indsatser samt sparringsindsatser summeret på tværs af Delprojektet om angst og depression og skolevægning i perioden 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år. Henvisningsdata for øvrige kommuner i Region Midtjylland, der ikke har været en del af projektet, er ligeledes afbilledet i figuren.

Figur 43:

Det årlige antal henvisninger fra kommunen i 2018 og 2021 i Region Midtjylland for projektkommuner med høj og lav projektaktivitet samt øvrige kommuner

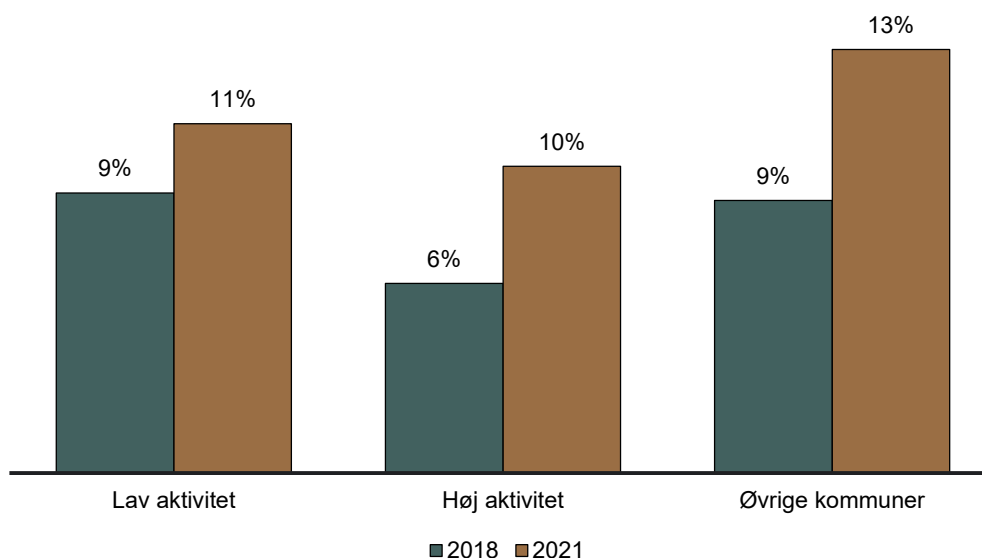


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner samt øvrige kommuner, der ikke har indgået i projektet. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Herning, Silkeborg, Viborg og Aarhus Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lemvig, Norddjurs og Struer Kommuner. Øvrige kommuner indeholder alle kommuner, der ikke har indgået i projektet.

Figur 43 viser, at antallet af henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge er steget fra 2018 til 2021 i kommunerne med både høj og lav aktivitet. Niveaulet er dog markant større i kommunerne med høj aktivitet, hvor antallet af henvisninger stiger fra 92 i 2018 til 129 i 2021 i forhold til kommunerne med lav aktivitet, hvor antallet stiger fra 50 henvisninger i 2018 til 61 henvisninger i 2021. I de øvrige kommuner er antallet af henvisninger fra kommunen næsten uændret fra 2018, hvor der er 64 henvisninger per 10.000 børn og unge til 2021, hvor der er 65 henvisninger.

Figur 44 viser udviklingen i andelen af henvisningerne, som bliver afvist, ud af det samlede årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Midtjylland, fordelt på kommuner som ligger i henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet samt for de øvrige kommuner i regionen, det vil sige de kommuner, som ikke er projektkommuner (se anmærkningen til Figur 36 for en nærmere forklaring af inddelingen af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 44: Andel afviste henvisninger fra kommunen i Region Midtjylland for projektkommuner med lav og høj projektaktivitet samt for øvrige kommuner



Figur 44 viser, at andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er steget fra 2018 til 2021 i både de projektkommuner, som har haft høj og lav aktivitet, samt i de øvrige kommuner i regionen. I kommunerne med lav aktivitet er stigningen på 2 procentpoint fra 9% til 11%, mens der i kommunerne med høj aktivitet har været en stigning på 4 procentpoint fra 6% til 10%. I de øvrige kommuner, det vil sige kommunerne, som ikke indgår som projektkommune, ses der ligeledes en stigning på 4 procentpoint fra 9% i 2018 til 13% i 2021.

Figuren viser altså ikke tegn på, at projektaktiviteten har haft succes med at nedbringe andelen af henvisninger, som bliver afvist, da der ses en generel stigning i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, og at denne andel er steget mere i kommunerne med høj projektaktivitet end i kommunerne med lav projektaktivitet. Det kan dog ikke entydigt konkluderes ud fra dette, at projektaktiviteten ikke kan have haft en positiv effekt, da der også kan være andre faktorer, som har påvirket udviklingen i antallet af henvisninger i løbet af projektperioden.

6.3.1 Delkonklusion

Samlet set kan det for Region Midtjylland konkluderes, at der i projektperioden fra 2018 til 2021 ikke har været en stor udvikling i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien eller i andelen af disse henvisninger, som bliver afvist. Størstedelen af henvisningerne i regionen kommer igennem hele projektperioden fra de praktiserende læger, mens også kommunerne står for en stor andel. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, er markant højere for henvisninger fra de praktiserende læger, hvor det i alle årene er omkring 35%, i forhold til de henvisninger, der kommer fra kommunen, hvor kun omkring 10% af henvisningerne bliver afvist. Ser vi på udviklingen i hver af projektkommunerne, ses der et meget varieret billede af udviklingen i både antallet af henvisninger i alt og i antallet af henvisninger fra kommunen samt i andelen af disse henvisninger, som bliver afvist. Der ses ingen stor forskel i hverken niveau eller udviklingen i antallet af

henvisninger, og i andelen af disse, som bliver afvist, når projektkommunerne sammenlignes med de øvrige kommuner i regionen. Det samme gør sig gældende, når vi inddeler projektkommunerne, efter hvor stor projektaktivitet de har haft i løbet af projektperioden. Dermed er der ingen tydelige tegn på, at projektaktiviteten har medvirket til at nedbringe antallet og andelen af henvisninger, som bliver afvist. Det kan dog heller ikke udelukkes, at projektaktiviteterne kan have haft en effekt, da udviklingen i antallet af henvisninger også kan være påvirket af andre faktorer.

6.4 Udviklingen i henvisninger i Region Syddanmark (2018-2021)

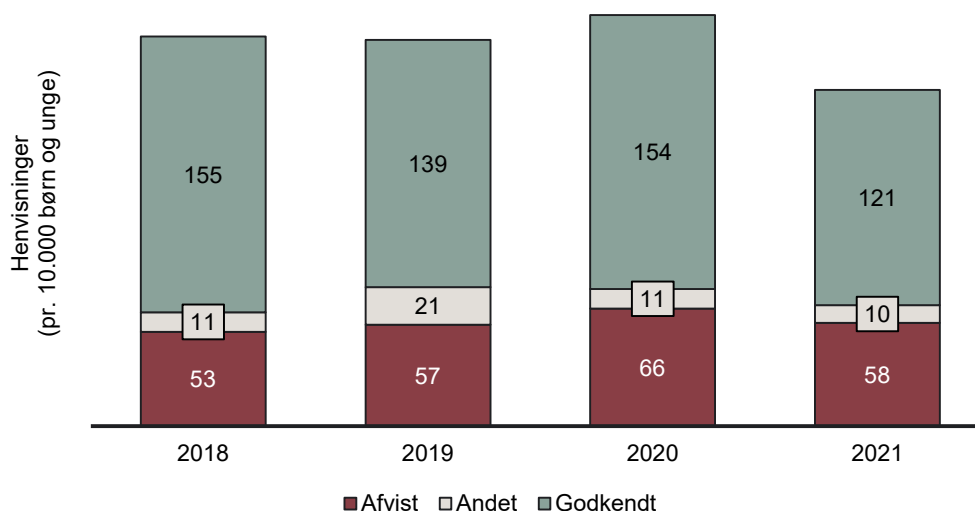
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 20.845 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 6. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 6: Antal henvisninger i Region Syddanmark i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	5.374	5.303	5.614	4.554	20.845

I Figur 45 er det samlede antal henvisninger per år og per 10.000 børn og unge (0-17-årige) i regionen præsenteret. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, andet og afviste. Henvisningskategorierne er yderligere beskrevet i anmærkningerne til figuren.

Figur 45: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på henvisningsstatus



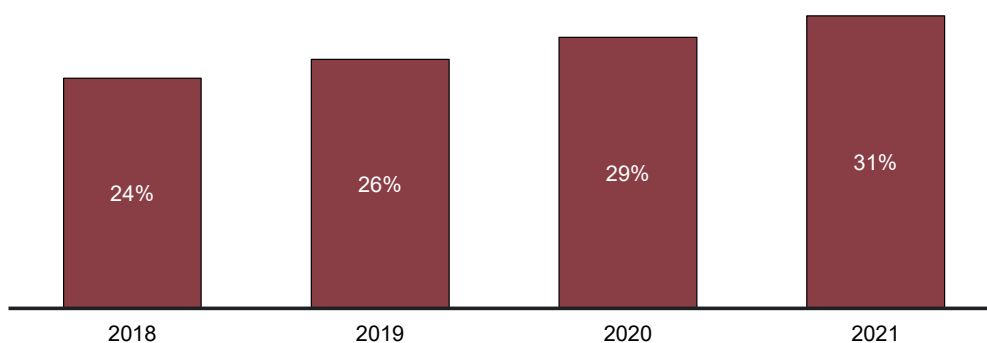
Note: Afviste henvisninger består af kategorien "Afsluttet uden forløb". Henvisninger afsluttet uden forløb dækker over flere delkategorier, der ud fra datasættet ikke er mulige

at underkategorisere. En større andel af delkategorierne dækker over afviste henvisninger. Dog kan det også gælde årsager såsom "Patient er begyndt på behandling et andet sted", "Patient har sagt nej til behandling" samt "Patienten er i igangværende forløb". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Fysisk eller virtuel kontakt" samt "Venter på 1. kontakt". Andet dækker over "Venter på visitation/kontakt" samt "Afsluttet uden kontakt".

Ifølge Figur 45 blev der i regionen henvist det største antal af børn og unge i 2020 med et totalt antal henvisninger på 231 per 10.000 børn og unge. I årene forinden lå det totale antal stabilt på 219-217 henvisninger, mens det laveste totale antal forekom i 2021 med 189 henvisninger. Der skal dog tages højde for, at antallet for 2021 ikke inkluderer de sidste tre måneder af året. Antallet af godkendte henvisninger udgør størstedelen af henvisningerne per år, men falder fra 155-154 henvisninger i henholdsvis 2018 og 2020 til 121 i 2021, mens antallet af afviste henvisninger stiger fra 53 til 58 afviste henvisninger fra 2018 til 2021 – igen med det højeste antal i 2020.

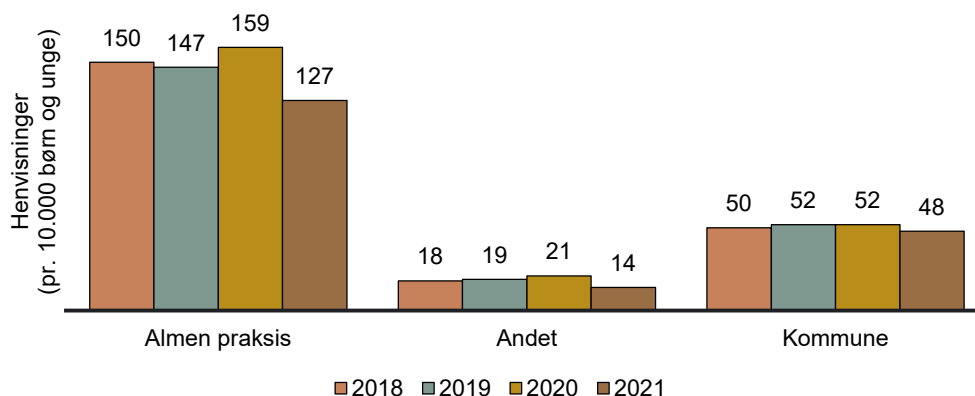
Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger (jf. Figur 39), ses en stødt stigning i andelen af afviste henvisninger per år, hvor disse udgør 24% af det årlige henvisningsantal i 2018 og 31% i 2021, det vil sige en stigning på 7 procentpoint.

Figur 46: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Syddanmark



I Figur 47 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på de tre grupper af henvisende instanser. Her er den henvisende instans kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Almen praksis*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 47: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på henviser

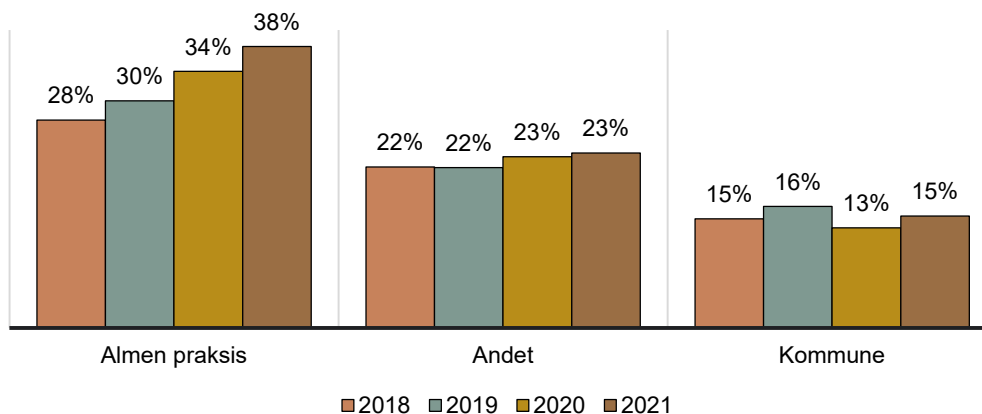


Note: Kategorien "Andet" består af kategorierne "Sygehusafsnit" og "Andet". Sidstnævnte er ikke yderligere beskrevet i data.

Ud fra Figur 47 ses det, at størstedelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i perioden 2018-2021 henvises fra *almen praksis*. Her topper antallet af henvisninger i 2020 med 159 henvisninger per 10.000 børn og unge, hvorefter antallet falder til 127 henvisninger i 2021 – altså et godt stykke under udgangspunktet på 150 henvisninger i 2018. Modsat ses et nogenlunde stabilt antal henvisninger henvist fra *kommunen* på tværs af perioden, hvor antallet forbliver mellem 48-52 henvisninger, dog med det højeste antal i henholdsvis 2019 og 2020 og det laveste antal i 2021. En lignende tendens gør sig gældende for *andet* med et stabilt antal på 18-21 henvisninger frem til 2021, hvor antallet falder til 14 henvisninger.

Figur 48 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende henvisende instans, fordelt på år.

Figur 48: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Syddanmark

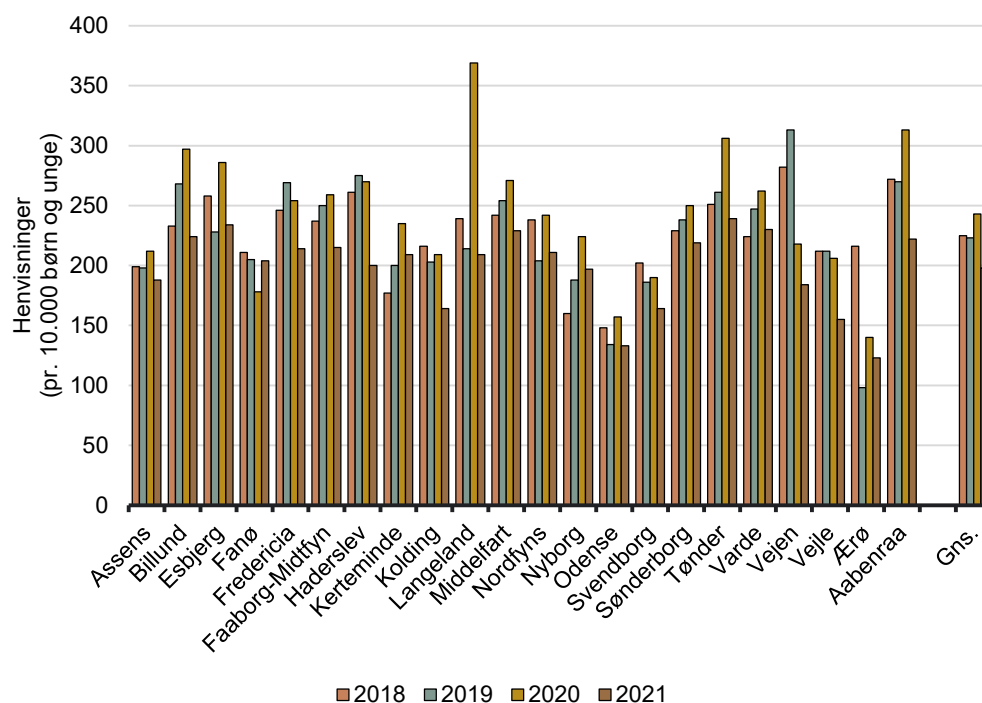


Note: Kategorien "Andet" består af kategorierne "Sygehusafsnit" og "Andet". Sidstnævnte er ikke yderligere beskrevet i data.

I figuren ses det, at andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for *almen praksis* er stabilt højt samt stødt stigende, hvor andelen stiger med 10 procentpoint fra 2018 (28%) til 2021 (38%). Modsat ses en forholdsvis stabil andel af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for både *kommune* og *andet* på tværs af perioden. Andelen af afviste henvisninger henvist af *andet* forbliver uændret i perioden med 22-23%. Dog er der tale om så lave numeriske værdier (jf. Figur 41), at denne tendens må antages i højere grad at være et udtryk for tilfældighed end et egentligt mønster i henvisningsantallet. For henvisninger henvist af *kommunen* ses samme andel afviste henvisninger (15%) i henholdsvis 2018 og 2021 med en lille stigning i 2019 på 16% og et fald i 2020 til 13%. Det kan konstateres, at der i projektperioden er den laveste andel af afviste henvisninger henvist fra kommunen – dog uden ændring i andelen på tværs af perioden, samtidig med at der ses en generel stigning i andelen af afviste henvisninger (Figur 39). Dette giver anledning til en hypotese om, at projektaktiviteterne ikke har haft en større indflydelse på andelen af afviste henvisninger i perioden, dog uden at der kan konkluderes på dette.

I Figur 49 præsenteres antallet af henvisninger i Region Syddanmark fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

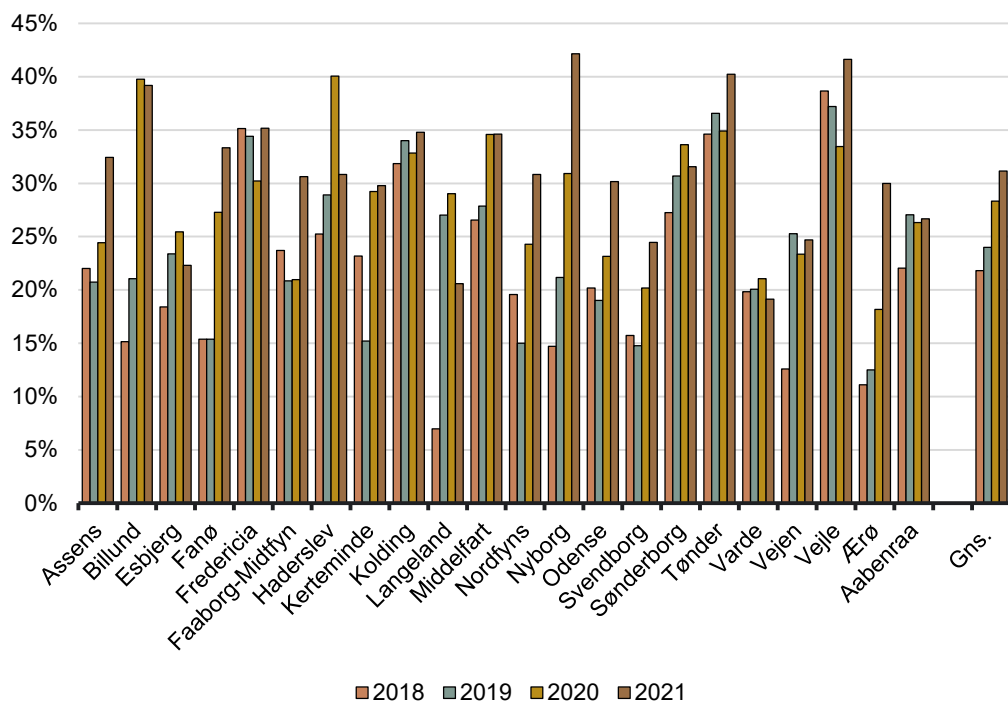
Figur 49: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på kommune



Figur 49 viser, at Odense og Ærø Kommuner har de laveste totale antal henvisninger med i gennemsnit henholdsvis 143 og 144 henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i perioden 2018-2021. Aabenraa har det største antal henvisninger med et gennemsnit på 269 henvisninger per 10.000 børn og unge om året i perioden. Udviklingen varierer meget fra kommune til kommune, men i størstedelen af kommunerne ses en stigning i antallet af henvisninger fra 2018 til 2020 og herefter et fald i 2021, som dog kan tilskrives manglende

data for de sidste tre måneder af 2021. Langeland Kommune skiller sig ud med et markant højere antal henvisninger i 2020 på 369 henvisninger per 10.000 børn og unge. Dette er en markant stigning fra året forinden, hvor Langeland Kommune henviste 214 børn og unge til psykiatrien.

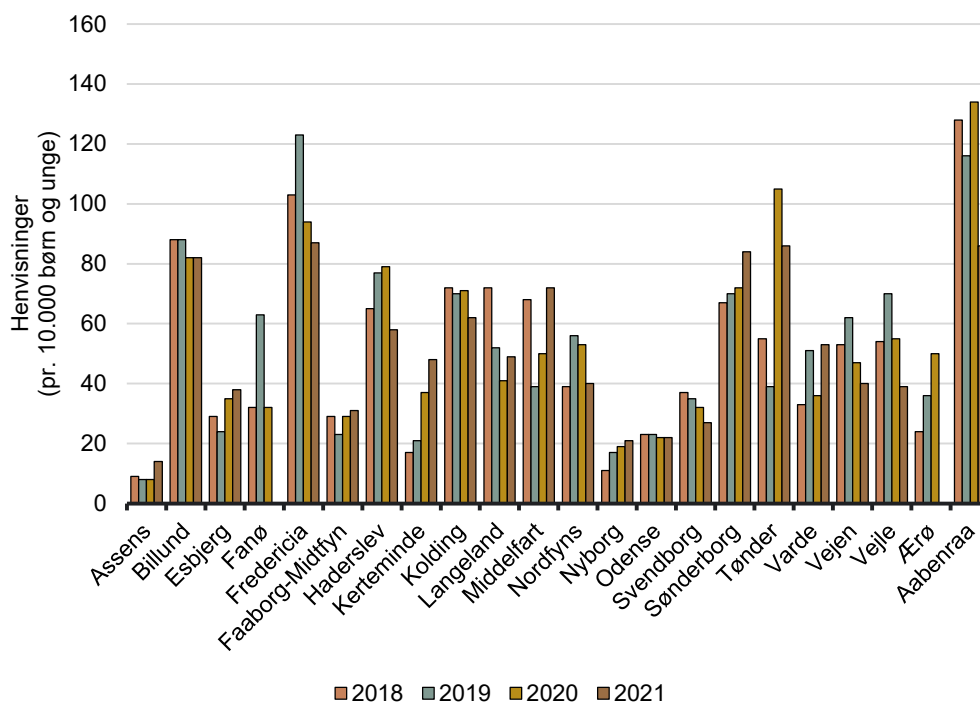
Figur 50: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Syddanmark



Figur 50 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger i kommunerne i Region Syddanmark. I gennemsnit ses der en jævn stigning i andelen af afviste henvisninger på tværs af kommunerne med et gennemsnit på 22% i 2018 og 31% i 2021. Ses der på udviklingen i de enkelte kommuner har især Tønder og Vejle Kommuner en høj andel af henvisninger, som bliver afvist. Den største stigning i andelen af afviste henvisninger i projektperioden ses i Billund og Nyborg Kommuner.

I Figur 51 præsenteres antallet af henvisninger henvist fra kommunen per år for de pågældende kommuner.

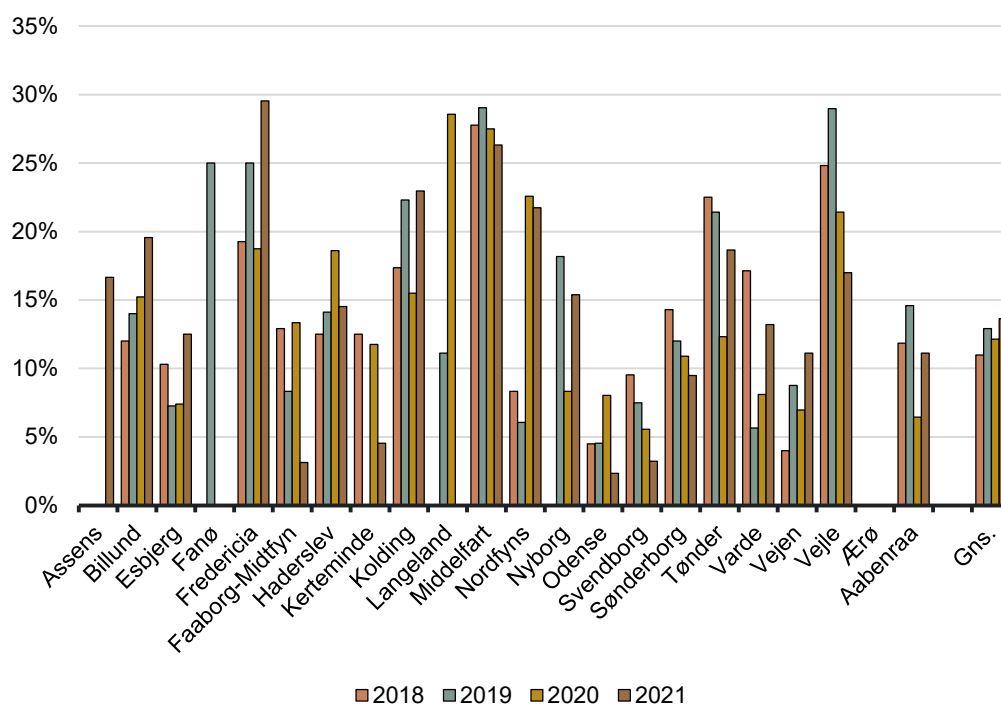
Figur 51: Antal henvisninger i Region Syddanmark, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Når der ses på antallet af henvisninger, som kommer fra kommunen, er variationen mellem kommunerne større. Især Assens og Nyborg Kommuner har med et gennemsnit på henholdsvis 10 og 17 henvisninger per 10.000 børn og unge færrest henvisninger, som kommer fra kommunen, mens Aabenraa Kommune i gennemsnit har haft hele 116 henvisninger per 10.000 børn og unge om året i perioden. Fredericia Kommune har ligeledes et højt antal henvisninger på tværs af perioden og i gennemsnit 96 henvisninger om året.

I Figur 52 præsenteres den årlige andel af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist. Grundet få observationer varierer andelen inden for flere af kommunerne en del fra år til år, og flere af kommunerne har år, hvor ingen af henvisningerne fra kommunen er blevet afvist, og andelen dermed er lig 0%. Blandt de kommuner, hvor andelen er større end 0% for alle årene, er det svært at se en fælles tendens i udviklingen af andelen af afviste henvisninger. I cirka halvdelen af kommunerne har andelen overordnet set været stigende i projektperioden, og i cirka halvdelen har andelen været faldende. Det er derfor svært at tolke på, om projektaktiviteten har haft en egentlig effekt på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist.

Figur 52: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Syddanmark



Tabel 7 viser det totale antal samt antallet af afviste henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark fordelt på køn.

Tabel 7: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark

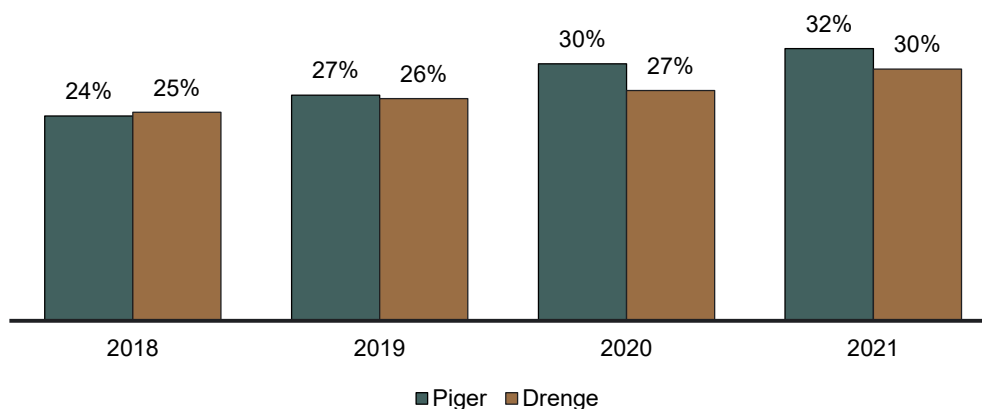
	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	24	27	35	33	119
Alle henvisninger	100	103	118	103	424
DRENGE					
Afviste henvisninger	29	30	31	25	115
Alle henvisninger	118	115	115	86	434

I Tabel 7 ses, at der er lille forskel på både det totale antal henvisninger og det totale antal afviste henvisninger i perioden, når det ses fordelt på drenge og piger. Der er det højeste antal af henvisninger i alt blandt drenge på 343 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af perioden, mens der i samme periode totalt er henvist 424 piger. Derimod er antallet af afviste henvisninger en lille smule højere blandt piger (119) sammenlignet med antallet blandt drenge. Ses der på udviklingen i det totale antal af henvisninger samt antallet af afviste henvisninger i perioden er den forskellig kønnene imellem. Udviklingen fra 2018 til 2021 er dog forskellig. For pigerne ses en stigning i både antallet af

henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger, mens der for drengene ses et fald i begge.

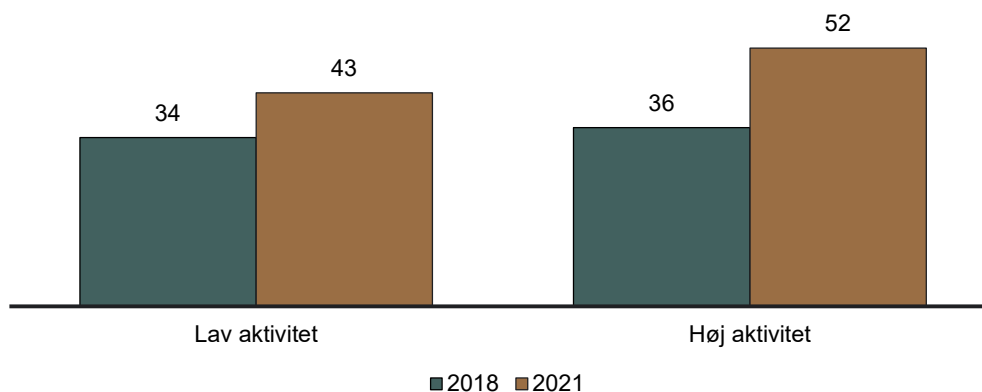
Figur 53 viser andelen af henvisninger, som bliver afvist fordelt på køn. Her ses det, at der for begge køn har været en stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist, men at denne stigning har været størst for pigerne med 8 procentpoints stigning i forhold til en stigning på 5 procentpoint for drengene fra 2018 til 2021.

Figur 53: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Syddanmark



Figur 54 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Syddanmark, fordelt på kommunerne som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 47 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal sager per sparringsteam i perioden marts 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

Figur 54: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Syddanmark for kommuner med lav og høj projektaktivitet

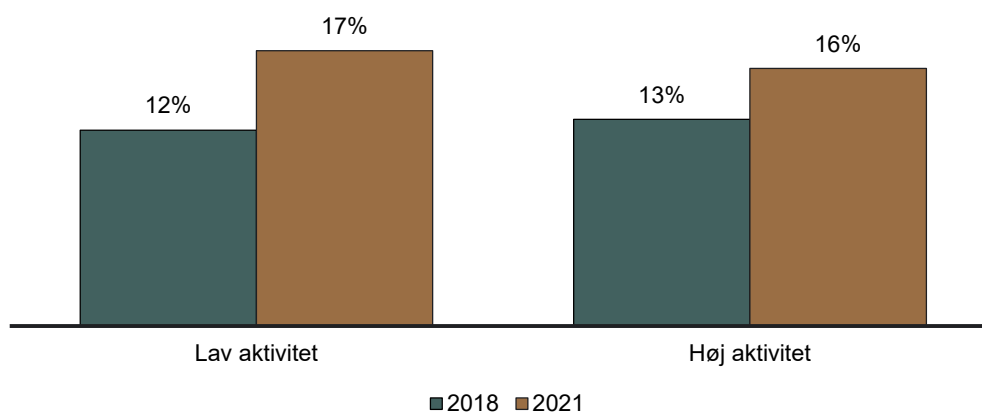


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Odense, Kolding, Esbjerg, Fredericia, Varde og Vejen Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Svendborg, Tønder, Nordfyns, Billund, Langeland og Ærø Kommuner.

På figuren ses et nogenlunde ens mønster i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien henvist fra kommunen for både kommuner med lav og høj projektaktivitet fra 2018 til 2021. For kommuner med lav projektaktivitet ses en stigning i antallet af henvisninger på 9 procentpoint fra 34 henvisninger i 2018 til 43 henvisninger i 2021 per 10.000 børn og unge. For kommuner med høj projektaktivitet ses en stigning på 16 procentpoint, hvor antallet af henvisninger stiger fra 36 henvisninger i 2018 til 52 henvisninger i 2021. Der er derfor en lille forskel i antallet af henvisninger, hvis kommunerne sammenlignes på aktivitetsniveau for såvel 2018 som 2021.

Figur 55 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Syddanmark, fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 48 for yderligere forklaring på inddeling af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 55: Den årlige andel af afviste henvisninger i Region Syddanmark henvist fra kommunen fordelt på projektaktivitet i perioden



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Odense, Kolding, Esbjerg, Fredericia, Varde og Vejen Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Svendborg, Tønder, Nordfyns, Billund, Langeland og Ærø Kommuner.

Ifølge figuren ses der blandt kommuner med både lav og høj projektaktivitet en lille ændring i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i henholdsvis 2018 og 2021. For kommuner med lav projektaktivitet ses en lille stigning fra 12% afviste henvisninger i 2018 til 17% i 2021. For kommuner med høj projektaktivitet ses en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 13% i 2018 til 16% i 2021. Der er stort set ingen forskel på andelen af afviste henvisninger i 2021, hvis kommuner med lav og høj projektaktivitet sammenlignes med hinanden, hvor andelen er 1 procentpoint lavere blandt kommuner med højt aktivitetsniveau.

Tendensen i Figur 55 indikerer, at et højt aktivitetsniveau i projektperioden ikke har synlig effekt på det generelle årlige antal henvisninger, da der ses nogenlunde samme udvikling og antal henvisninger blandt kommuner med både lavt og højt aktivitetsniveau, og hvor antallet af henvisninger stiger fra baseline til afslutningen af projektperioden. Samme tendens bakkes op af Figur 48, hvor der blot ses en lille ændring i andelen af afviste henvisninger i projektperioden for begge aktivitetsniveauer – igen med en stigning i andelen af afviste henvisninger, hvis baseline sammenlignes med afslutningen af projektperioden. Det skal understreges, at der kan være andre underliggende faktorer, der har indflydelse på udviklingen i henvisningsmønstrene, og resultatet skal derfor fortolkes med forsigtighed. Det kan derfor ikke konkluderes, om høj projektaktivitet i Region Syddanmark har haft betydning for udviklingen i henvisninger fra kommunen.

6.4.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at det totale antal henvisninger samt antallet af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i projektperioden var størst i 2020. Samtidig ses der generelt set en stigning i andelen af afviste henvisninger i perioden, igen med den største andel i 2020. Det største antal af henvisninger i regionen kommer fra almen praksis, og også her ses en stigende andel af afviste henvisninger i projektperioden. Henvisninger fra kommunen har den laveste andel af afviste henvisninger, men denne andel er hverken faldet eller steget betydeligt i perioden. Det tyder altså ikke på, at projektaktiviteten har haft en egentlig indflydelse på andelen af afviste henvisninger fra kommunen. Hvis antallet af henvisninger sammenlignes på køn, henvises lidt flere drenge end piger, dog med den største andel af afviste henvisninger blandt piger. Sammenlignes projektkommuner med henholdsvis lavt og højt aktivitetsniveau for 2018 og 2021, ses samme udviklinger i antallet af henvisninger samt andelen af afviste henvisninger fra kommunen, hvor både antal og andel stiger. Det tyder på, at det ikke er muligt at se en synlig positiv effekt af aktivitetsniveau på henvisningsdata, hvilket dog kan skyldes en lang række underliggende faktorer.

6.5 Udviklingen i henvisninger i Region Sjælland (2018-2021)

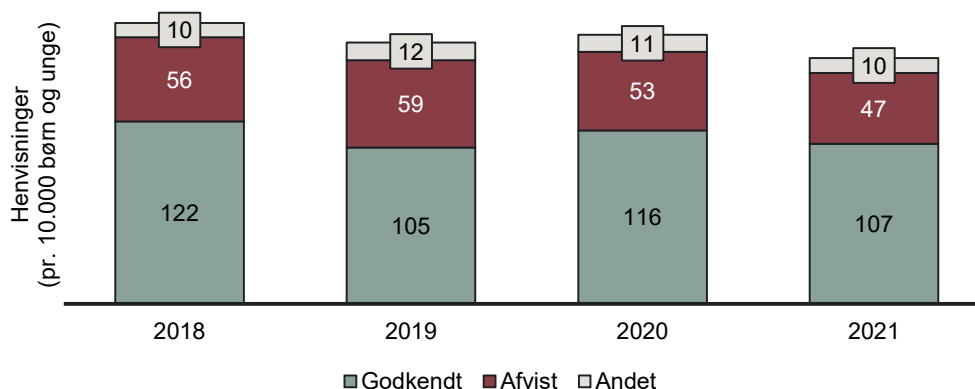
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland har i perioden fra januar 2018 til oktober 2021 modtaget 11.614 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er vist i Tabel 8. Her ses det, at der i regionen var flest henvisninger i 2018 og færrest i 2021. I tabellen og alle figurer nedenfor skal der dog tages højde for, at tallene for 2021 kun indeholder henvisninger fra januar til og med september. Et lavere antal henvisninger i 2021 kan derfor ikke tolkes som en egentlig tendens, da der mangler data for de tre sidste måneder af året.

Tabel 8:
Antal henvisninger i Region Sjælland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	3.119	2.872	2.940	2.683	11.614

Det samlede antal henvisninger per 10.000 børn og unge i alderen 0-17-årige er vist i Figur 56. Søjlerne er delt i antallet af henholdsvis godkendte, afviste og andre henvisninger.

Figur 56: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på henvisningsstatus

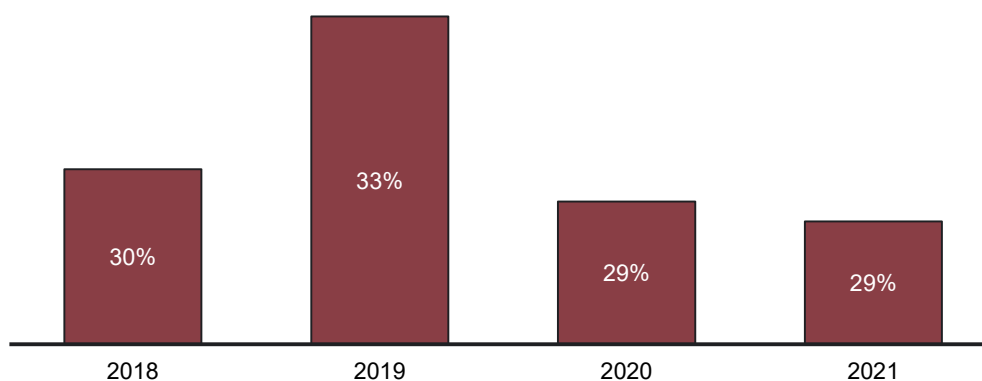


Note: Henvisningsstatus er inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Andet dækker over kategorierne "Annulleret af henviser", "Annulleret af patient (død)", "Dobbelthenvising", "Er i forløb i psykiatrien", "Flyttet til anden region" samt "Udeblevet".

Figur 56 viser, at der perioden fra 2018 til 2021 var mellem 164 og 188 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen om året. Antallet af henvisninger var størst i 2018 og lavest i 2021. Dette er dog forventeligt, da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021, og det lave antal i 2021 kan derfor ikke fortolkes som en egentlig tendens. Størstedelen af henvisningerne blev godkendt, og andelen af *godkendte* henvisninger af det samlede henvisningsantal ligger på 60-65% i perioden.

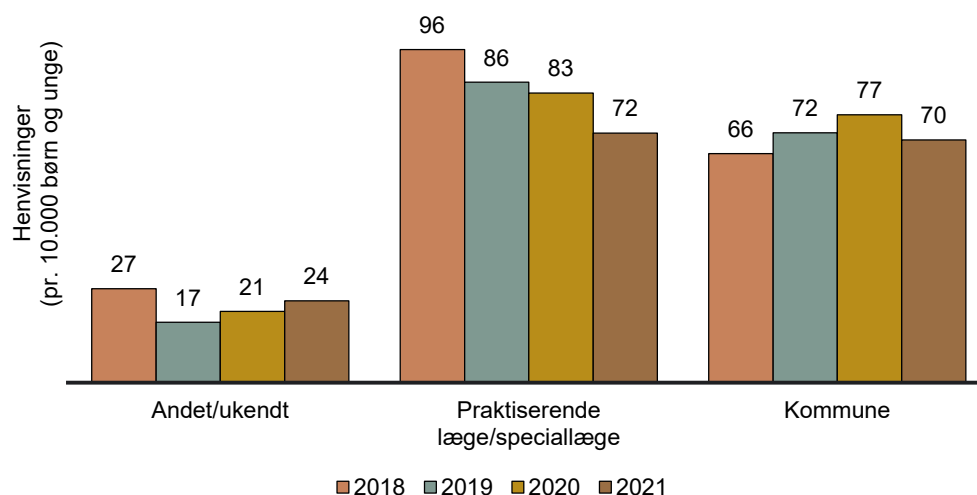
Andelen af afviste henvisninger er vist i Figur 57. Her ses det, at andelen af henvisninger, som blev afvist, lå relativt stabilt i perioden på omkring 30% af det samlede antal henvisninger. Der ses en lille stigning på 3 procentpoint fra 2018 til 2019, men andelen falder herefter igen med 4 procentpoint og ligger på 29% i både 2020 og 2021.

Figur 57:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Sjælland



I Figur 58 præsenteres antallet af henvisninger i Region Sjælland, fordelt på de forskellige henvisende instanser, kategoriseret som: *Kommune*, *Praktiserende læge/speciallæge* og *Andet/ukendt*.

Figur 58: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på henviser



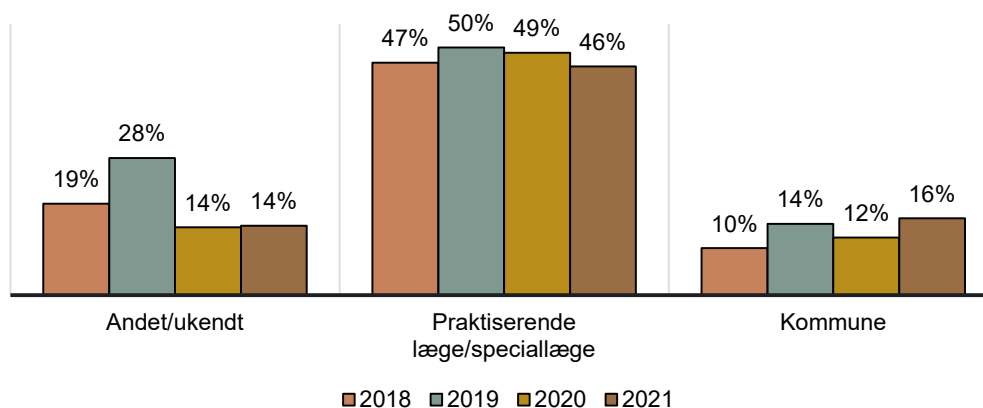
Note: Kategorien *Andet/ukendt* indeholder henvisninger fra "Akutordning", "Henvist fra sygehusafsnit", "Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb", "Klinisk enhed", "Andet – tandlæge" samt henvisninger uden oplysninger om den henvisende instans. Kategorien *Praktiserende læge/speciallæge* indeholder henvisninger fra "Alment praktiserende læge", "Praktiserende læge" samt "Praktiserende speciallæge". Kategorien *Kommune* indeholder henvisninger fra "Anden (UNS)" eller "Andet (LPR2)", som ifølge Region Sjælland primært indeholder henvisninger fra kommunen. Kategorien kan dog muligvis også indeholde få henvisninger, som kommer fra en anden instans end kommunen.

Figur 58 viser, at størstedelen af henvisningerne i alle årene kommer fra de praktiserende læger eller praktiserende speciallæger, mens kommunerne også står for en stor del af henvisningerne. Antallet af henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger* er faldende i perioden og går fra 96 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen i 2018 til 72 henvisninger i 2021. Samtidig ses der en stigning i antallet af henvisninger fra *kommunen*, som stiger fra 66 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 til 77 henvisninger i 2020. I 2021 er antallet af henvisninger fra de praktiserende læger/speciallæger og antallet af henvisninger fra kommunerne således næsten samme størrelse. Antallet af henvisninger fra *andre/ukendte* henvisende instanser er markant mindre og falder i perioden fra 27 henvisninger til 24 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen.

Udviklingen i andelen af henvisningerne fra de henvisende instanser, som bliver afvist, er vist i Figur 59. Her ses det, at andelen af afviste henvisninger er størst for henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger*, hvor knap 50% af henvisningerne blev afvist i perioden. Derimod blev kun 10-16% af henvisningerne fra *kommunen* afvist i perioden. Andelen af afviste henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger* falder en smule i

løbet af perioden fra 50% i 2019 til 46% i 2021, mens andelen af afviste henvisninger fra *kommunen* stiger i perioden fra 10% i 2018 til 16% i 2021. Tages der ikke højde for forskelle i projektaktivitet projektkommunerne imellem, ser det ikke ud til, at projektaktiviteten generelt set har medvirket til færre afviste henvisninger fra kommunerne. Der kan dog også være andre underliggende faktorer, som kan være med til at forklare tendensen, og det kan derfor ikke entydigt konkluderes, at projektaktiviteten ikke har haft en effekt på andelen af afviste henvisninger fra kommunerne.

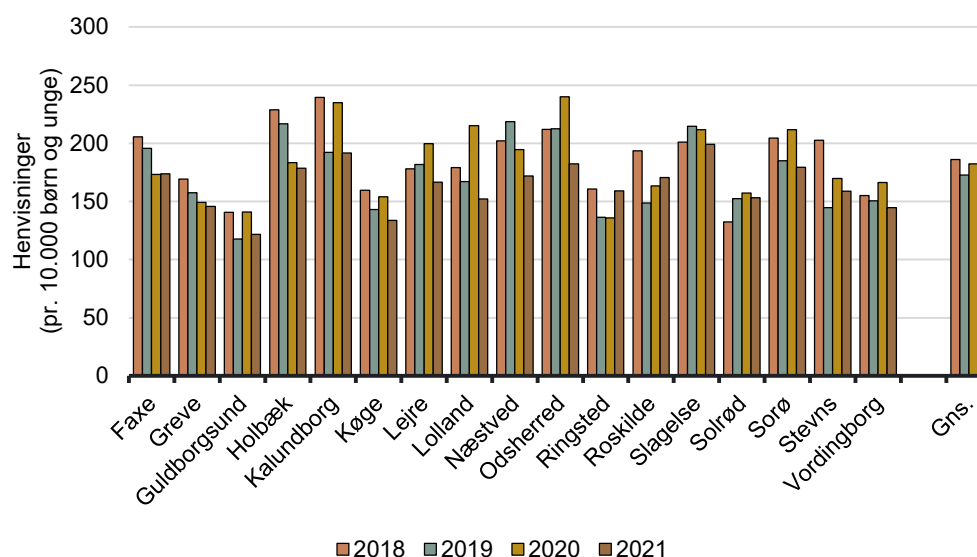
Figur 59: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Sjælland



Note: Se anmærkning til Figur 58.

Figur 60 viser udviklingen i antallet af henvisninger i Region Sjælland fordelt på den henvistes bopælskommune. Antallet af henvisninger er opgjort per 10.000 børn og unge i samme kommune.

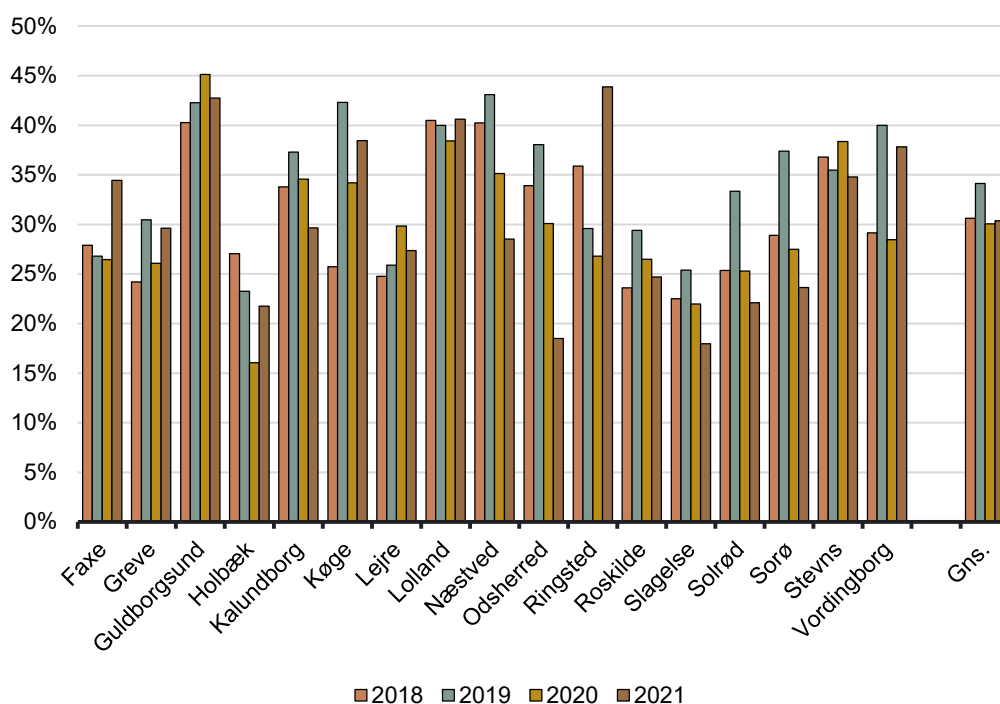
Figur 60: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på kommune



Figur 60 viser, at Kalundborg og Odsherred Kommuner henviste flest børn og unge til psykiatrien i perioden med henholdsvis 215 og 212 henvisninger i gennemsnit om året per 10.000 børn og unge i kommunen. Det laveste antal henvisninger ses i Guldborgsund Kommune, hvor der i gennemsnit var 130 henvisninger om året per 10.000 børn og unge. Udviklingen i antallet af henvisninger per år varierer meget fra kommune til kommune, men i flere kommuner (Guldborgsund, Kalundborg, Køge, Lolland, Sorø, Stevns og Vordingborg) ses der et fald i antallet af henvisninger fra 2018 til 2019, en stigning fra 2019 til 2020 og herefter et fald igen fra 2020 til 2021. Dette stemmer overens med den overordnede tendens for Region Sjælland vist i Figur 49.

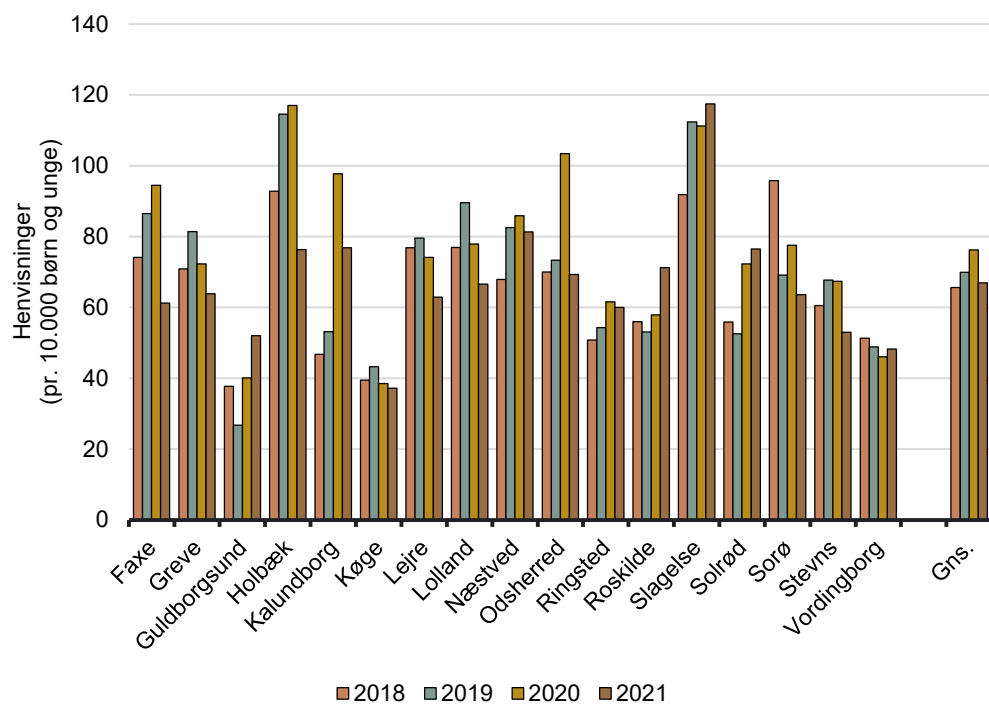
Ses der i stedet på den årlige andel af henvisningerne i kommunerne, som bliver afvist, skiller især Guldborgsund Kommune sig ud, hvor 43% af henvisningerne i gennemsnit bliver afvist om året i perioden fra 2018 til 2021. Slagelse og Holbæk Kommuner har den laveste gennemsnitlige andel af afviste henvisninger på 22%, jf. Figur 61.

Figur 61: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Sjælland



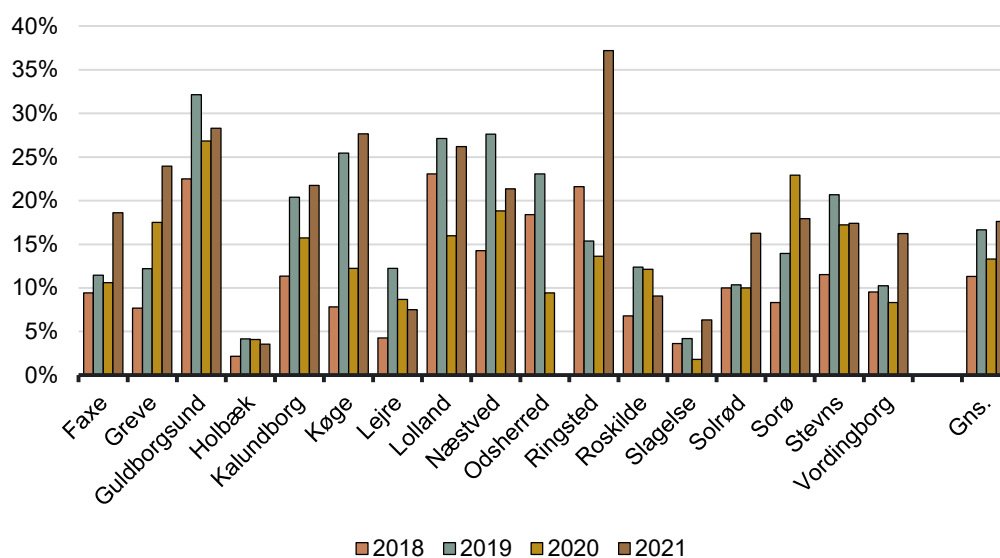
Antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge, hvor kommunen er den henvisende instans, er vist fordelt på projektkommunerne i regionen i Figur 62. Her er det især Slagelse og Holbæk Kommuner, der skiller sig ud med et højt antal henvisninger fra kommunen på tværs af perioden, mens Guldborgsund og Køge Kommuner har færrest henvisninger fra kommunen.

Figur 62: Antal henvisninger i Region Sjælland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Fokuseres der på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er det de samme kommuner, som skiller sig ud, jf. Figur 63. I Slagelse og Holbæk Kommuner bliver i gennemsnit kun 4% af henvisningerne fra kommunen afvist i perioden 2018 til 2021. I Holbæk Kommune ses der en lille stigning i antallet af afviste henvisninger fra 2% til 4% fra 2018 til 2019, hvorefter niveauet ligger stabilt resten af perioden. I Slagelse ses der derimod et fald fra 2019 til 2020, hvorefter der ses en relativ stor stigning fra 2% i 2020 til 6% i 2021. Den største andel af henvisninger, som bliver afvist, ses i Guldborgsund Kommune, hvor 27% af henvisninger fra kommunen i gennemsnit bliver afvist. Andelen er størst i 2019, hvorefter den falder, men der ses en lille stigning igen fra 2020 til 2021.

Figur 63: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Sjælland



Overordnet set er der ingen af kommunerne i Region Sjælland, hvor andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, samlet set er faldet fra 2018 til 2021. Der er dermed igen ingen indikationer på, at projektaktiviteten i de forskellige kommuner er lykkedes med at reducere andelen af afviste henvisninger.

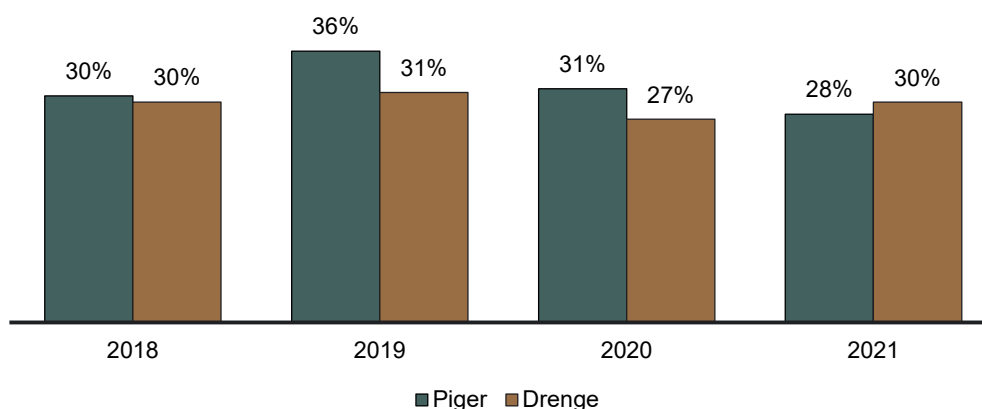
Tabel 9 viser antallet af afviste henvisninger og henvisninger i alt per 10.000 børn og unge i Region Sjælland fordelt på henholdsvis drenge og piger. Her ses det, at drengene i regionen har både flere henvisninger og flere afviste henvisninger på tværs af perioden. Forskellen er størst i 2018 og mindst i 2021, hvor både det totale antal henvisninger og antallet af afviste henvisninger kommer på næsten samme niveau som antallet for pigerne. Herved er der i 2021 en meget lille forskel på antallet af henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger for drenge og piger.

Tabel 9: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Sjælland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	25	29	27	23	104
Alle henvisninger	83	79	86	82	331
DRENGE					
Afviste henvisninger	31	30	26	24	111
Alle henvisninger	105	96	95	83	379

Figur 64 viser andelen af afviste henvisninger ud af det samlede antal henvisninger for henholdsvis piger og drenge i regionen.

Figur 64: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Sjælland



Ud fra figuren ses det, at pigerne i alle årene, undtagen i 2021, får afvist en større andel henvisninger end drengene, omend forskellen ikke er markant. I 2018 er der kun 1 procentpoint forskel på andelen af afviste henvisninger blandt piger og drenge, mens forskellen er størst i 2019, hvor den er på cirka 6 procentpoint. For både drenge og piger er andelen af afviste henvisninger størst i 2019. Dette kan, jf. Tabel 9, både tilskrives et fald i det samlede antal henvisninger og en stigning i antallet af afvisninger.

Det har ikke været muligt at inddele projektkommunerne i Region Sjælland ud fra deres aktivitetsniveau i perioden, da aktivitetsdata ikke er angivet på kommuneniveau. Derfor kan der ikke udledes noget omkring en mulig sammenhæng mellem projektaktivitet og udvikling i henholdsvis antallet af henvisninger henvist fra kommunerne samt andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunerne.

6.5.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at der for perioden januar 2018 til oktober 2021 i Region Sjælland har været et lille fald i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Antallet af henvisninger i 2021 kan dog ikke sammenlignes med de øvrige år, da der mangler data for de sidste tre måneder af året. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, har været relativt stabil i perioden på omkring 30%, dog med et lille udsving i 2019. De praktiserende læger og speciallæger stod for den største andel af henvisninger i perioden, men knap halvdelen af disse henvisninger er blevet afvist. Derimod blev kun 10-16% af henvisninger fra kommunen afvist, men denne andel har været stigende i perioden. Det tyder derfor ikke på, at projektaktiviteten overordnet set har medført en betydelig reduktion i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist. Når der dykkes ned i de enkelte kommuner, ses et lignende billede for andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist; ingen af kommunerne har oplevet en samlet reduktion i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i perioden fra 2018 til 2021.

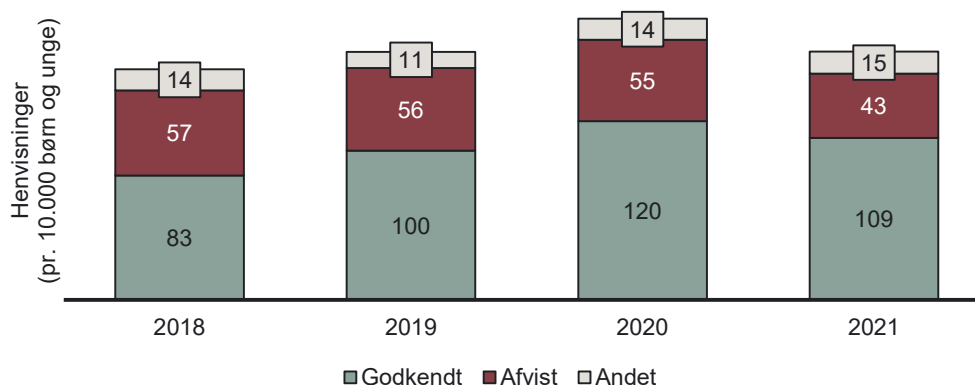
6.6 Udviklingen i henvisninger i Region Hovedstaden (2018-2021)

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har i perioden fra januar 2018 til oktober 2021 modtaget 12.879 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er vist i Tabel 10. Her ses det, at der i regionen var flest henvisninger i 2020 og færrest i 2018. I tabellen og alle figurer nedenfor skal der dog tages højde for, at tallene for 2021 kun indeholder henvisninger fra januar til og med september. Et lavere antal henvisninger i 2021 kan derfor ikke tolkes som en egentlig tendens, da der mangler data for de tre sidste måneder af året.

Tabel 10: Antal henvisninger i Region Hovedstaden i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	2.926	3.173	3.606	3.174	12.879

I Figur 65 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, afviste og andet.

Figur 65: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på henvisningsstatus

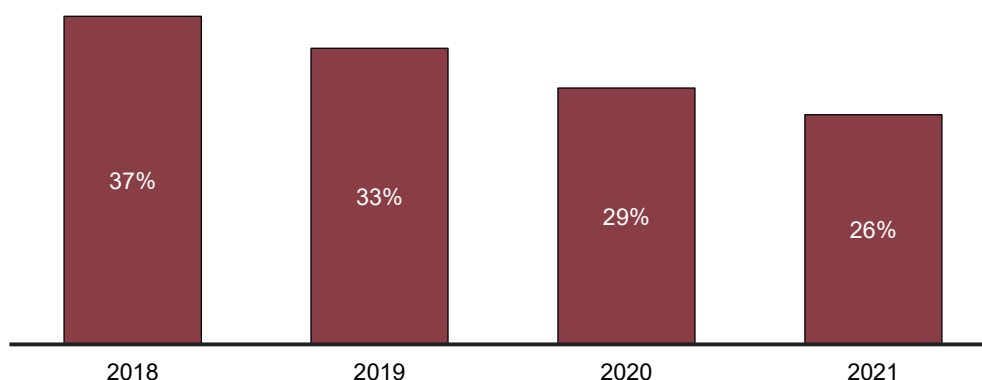
Note: Henvisningsstatus er inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Andet dækker over kategorierne "Afventer gennemgang", "Annulleret", "Lukket" samt "Ufuldstændig".

Figur 65 viser, at der i perioden var mellem 154 og 189 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen om året. Fra 2018 til 2020 ses der en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen. Denne stigning er drevet af en stigning i antallet af godkendte henvisninger, mens antallet af andet og afviste henvisninger har været relativt konstant i løbet af perioden. Størstedelen af henvisningerne bliver godkendt, og andelen af godkendte henvisninger udgør mellem halvdelen og to tredjedele af det samlede henvisningsantal i løbet af perioden.

Figur 66 fokuserer specifikt på andelen af henvisningerne, som bliver afvist. Her ses det, at andelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, som bliver afvist, er faldet med 11 procentpoint i perioden fra 37% i 2018 til 26% i 2021. Sammenholdes dette med Figur 59 ses det, at dette fald primært skyldes en stigning i antallet af godkendte henvisninger og ikke et fald i antallet af afviste henvisninger.

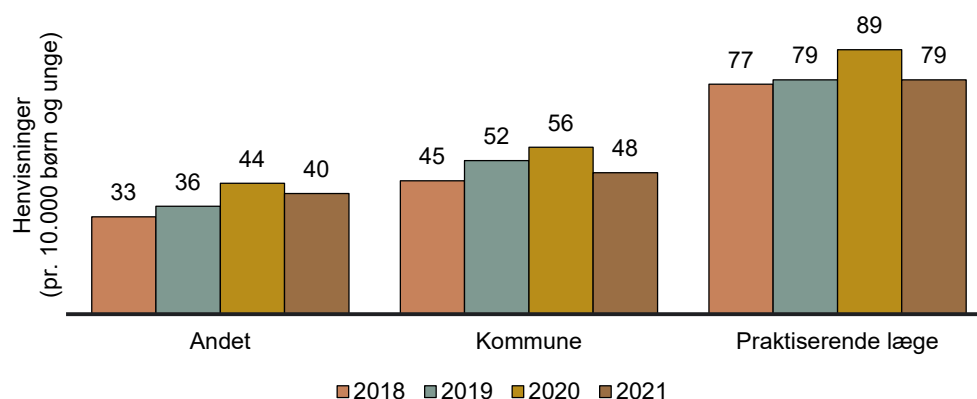
I Figur 67 præsenteres antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 66: Andelen af henvisninger som bliver afvist i Region Hovedstaden



I Figur 67 præsenteres antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 67: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på henviser

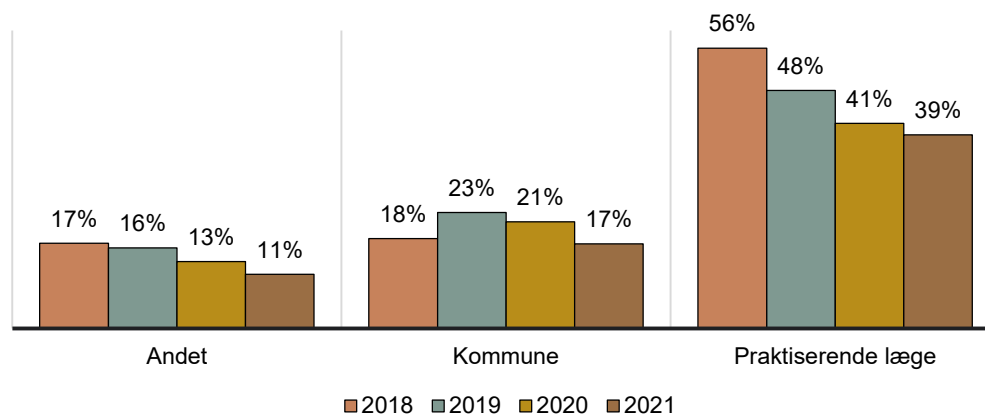


Note: *Andet* indeholder alle henvisninger, som ikke er blevet kategoriseret af regionen.

Figur 67 viser, at de praktiserende læger er den instans, der sender flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021 i Region Hovedstaden. De står i alle årene for cirka halvdelen af henvisningerne, mens kommunerne står for cirka 30% af det samlede antal henvisninger om året. Antallet af henvisninger har for alle tre instanser været jævnt stigende fra 2018 til 2020. Herefter falder antallet igen, men dette fald kan helt eller delvist forklares ved, at figuren ikke indeholder data for de sidste tre måneder af 2021.

I Figur 68 præsenteres udviklingen i andelen af henvisninger fra hver henvisende instans, som bliver afvist.

Figur 68: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Hovedstaden

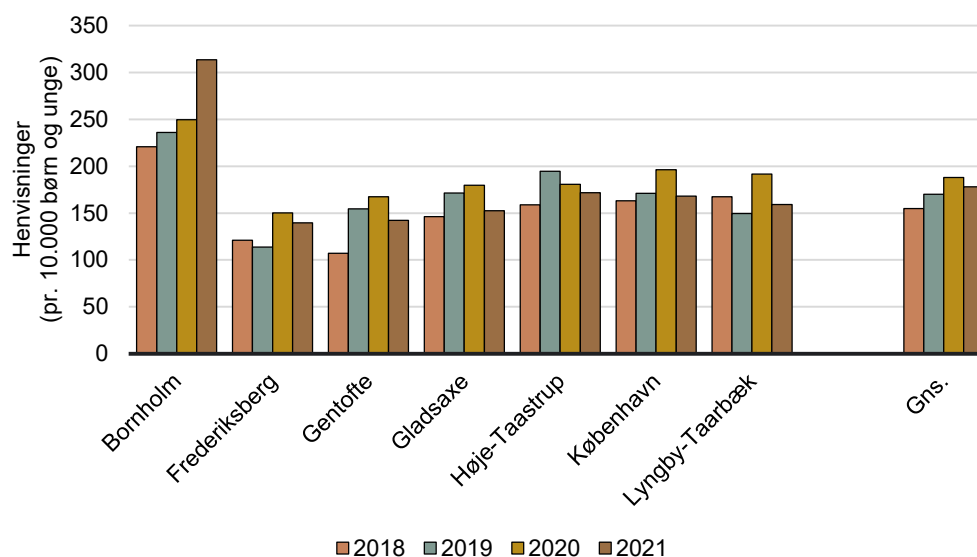


Note: Kategorien "Andet" indeholder henvisninger, hvor regionen ikke har angivet den henvisende instans.

Figur 68 viser, at de praktiserende læger har den største afvisningsandel blandt de tre grupper af henvisende instanser. Her bliver mellem 56% og 39% af henvisningerne afvist i løbet af perioden, mens kun mellem 17% og 23% af henvisninger fra kommunen bliver afvist. Afvisningsandelen for de praktiserende læger er dog faldende gennem hele perioden. For henvisninger fra kommunen ses der derimod en stigning på 5 procentpoint fra 2018 til 2019, hvorefter der ses et fald frem mod 2021. Den samlede udvikling i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er dermed næsten uændret i løbet af perioden. Andelen af henvisninger fra *Andet*, som bliver afvist, er også faldet i løbet af perioden, fra 17% i 2018 til 11% i 2021.

Antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på den henvistes bopælskommune er vist i Figur 69.

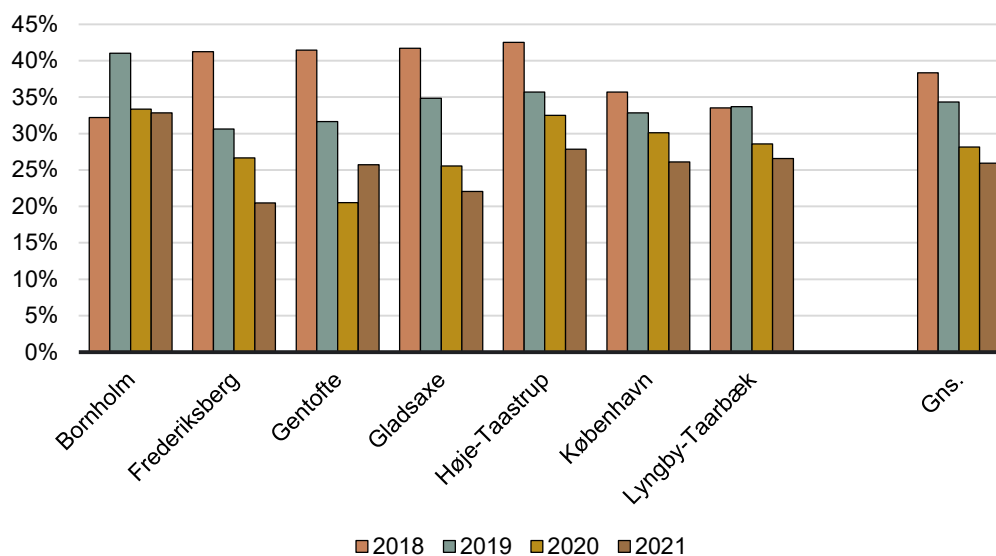
Figur 69: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på projektkommuner



Figur 69 viser, at Bornholms Regionskommune har markant flest henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i forhold til de øvrige projektkommuner i Region Hovedstaden, og at antallet har været stigende i løbet af perioden fra 221 henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i 2018 til 314 henvisninger i 2021. Frederiksberg Kommune har i gennemsnit det laveste antal henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen, hvor antallet af henvisninger stiger fra 121 henvisninger i 2018 til 140 henvisninger i 2021. Generelt ses en stigning i antallet af henvisninger i løbet af perioden i alle projektkommunerne i Region Hovedstaden på nær Lyngby-Taarbæk Kommune, som har haft et lille fald i antallet af henvisninger.

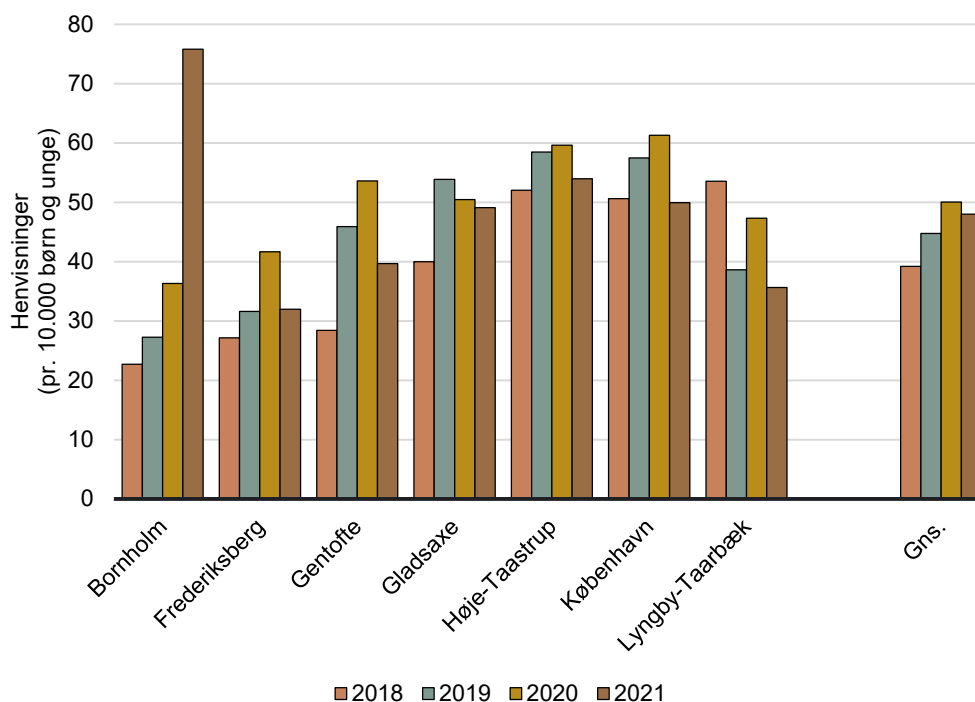
Andelen af henvisningerne i kommunerne, som bliver afvist, er vist i Figur 70.. Her ses en generel tendens til, at andelen af afviste henvisninger har været faldende i løbet af projektperioden i alle projektkommunerne i Region Hovedstaden på nær i Bornholms Regionskommune, hvor andelen har haft en lille stigning. Frederiksberg og Gladsaxe Kommune har begge oplevet et markant fald i andelen af afviste henvisninger på omkring 20 procentpoint fra henholdsvis 41% og 42% til 20% og 22%. Gentofte og Høje-Taastrup Kommune har ligeledes oplevet et stort fald på omkring 15 procentpoint i løbet af perioden fra 2018 til 2021.

Figur 70: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver projektkommune i Region Hovedstaden



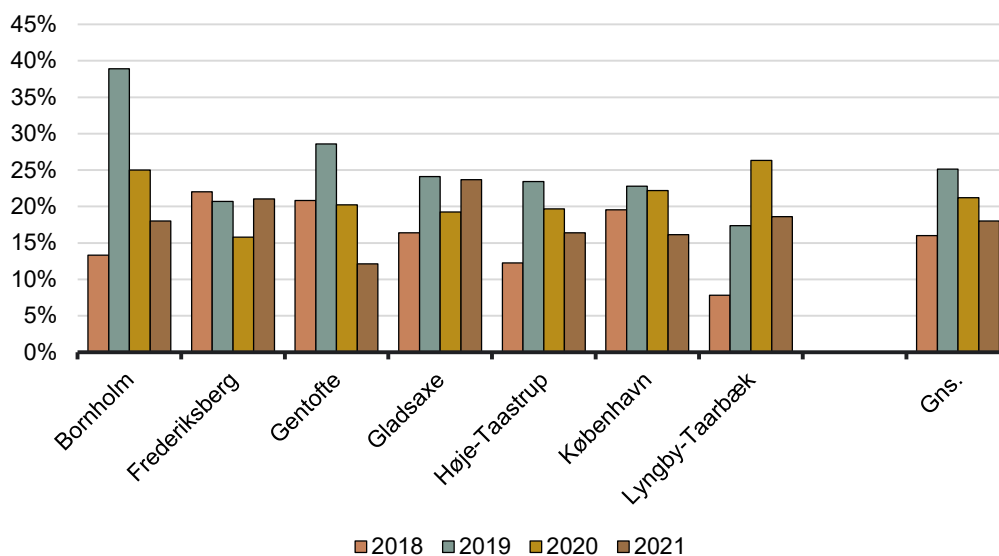
Figur 70 fokuserer specifikt på de henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans. Tendensen blandt kommunerne er ikke entydig, men mange kommuner har oplevet en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2020 og derefter et fald fra 2020 til 2021. Faldet fra 2020 til 2021 kan dog ikke tolkes som en egentlig tendens, da figuren mangler data for de sidste tre måneder af 2021. Den største stigning ses i Bornholms Regionskommune, hvor der især 2021 skete en stor stigning i antallet af henvisninger fra kommunen til 76 henvisninger per 10.000 børn og unge sammenlignet med blot 36 henvisninger året inden. Frederiksberg Kommune har i gennemsnit det laveste antal henvisninger fra kommunen i løbet af perioden (33 henvisninger), mens Høje-Taastrup har det højeste gennemsnit (56 henvisninger) af antal henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge.

Figur 71: Antal henvisninger i Region Hovedstaden, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på projektkommuner



Dykker vi ned i andelen af henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, som bliver afvist, ses der varierende tendenser fra kommune til kommune. Dette er vist i Figur 71. Kun tre af de syv projektkommuner (Frederiksberg, Gentofte og København) har oplevet et fald i andelen af afviste henvisninger. Det største fald ses i Gentofte Kommune, hvor andelen af afviste henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, er faldet med 9 procentpoint fra 21% til 12% i løbet af de fire år. Dermed ser det ud til, at projektaktiviteten kan have haft en effekt på andelen af afviste henvisninger fra kommunen i disse kommuner. Faldet kan dog også skyldes andre faktorer, og vi kan derfor ikke foretage entydige kausale fortolkninger baseret på disse data. I de resterende fire kommuner (Bornholm, Gladsaxe, Høje-Taastrup og Lyngby-Taarbæk) ses en stigning i andelen af afviste henvisninger i løbet af perioden, og det ser dermed ikke ud til, at projektaktiviteten har haft en nævneværdig effekt på andelen af afviste henvisninger i disse kommuner.

Figur 72: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver projektkommune i Region Hovedstaden



I Tabel 11 præsenteres antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Hovedstadens projektkommuner fordelt på køn.

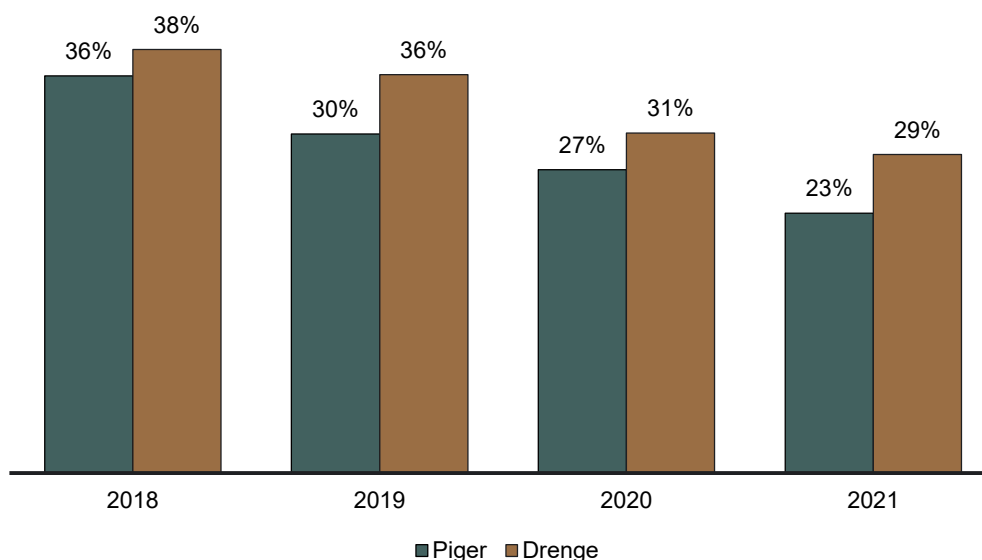
Tabel 11: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Hovedstaden

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	25	23	26	20	94
Alle henvisninger	70	75	95	87	327
DRENGE					
Afviste henvisninger	32	33	29	23	117
Alle henvisninger	85	91	94	80	350

Tabel 11 viser, at projektkommunerne i regionen har henvist flere drenge end piger i løbet af projektperioden, og at der også er flere af disse henvisninger, som er blevet afvist. Antallet af henvisninger af piger er steget i løbet af perioden fra 70 til 87 henvisninger per 10.000 børn og unge, mens det for drengene er faldet fra 85 til 80 henvisninger per 10.000 børn og unge. Antallet af afviste henvisninger er faldet for både piger og drenge med henholdsvis 5 og 9 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen.

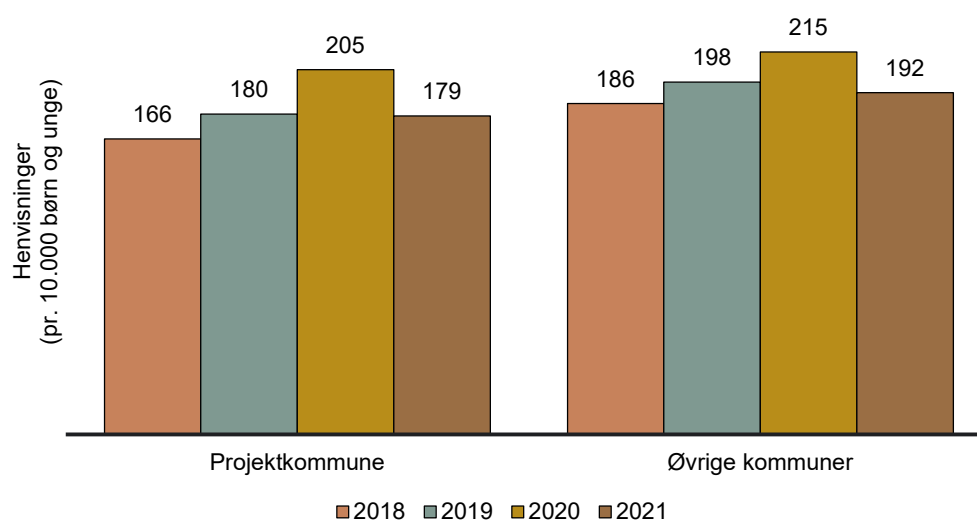
Dykes der ned i andelen af henvisningerne, som bliver afvist, ses det, at piger generelt får afvist en lavere andel af deres henvisninger i alle fire projektår, jf. Figur 73.. Andelen er dog faldet jævnt i løbet af projektperioden for både drenge og piger. For pigerne er andelen af afviste henvisninger faldet fra 36% til 23%, mens andelen for drengene er faldet fra 38% til 29%.

Figur 73: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Hovedstaden



Figur 73 præsenterer det årlige antal henvisninger fordelt på henholdsvis projektkommuner (Bornholm, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Høje-Taastrup, København og Lyngby-Taarbæk) og øvrige kommuner uden for projektet i 2018-2021.

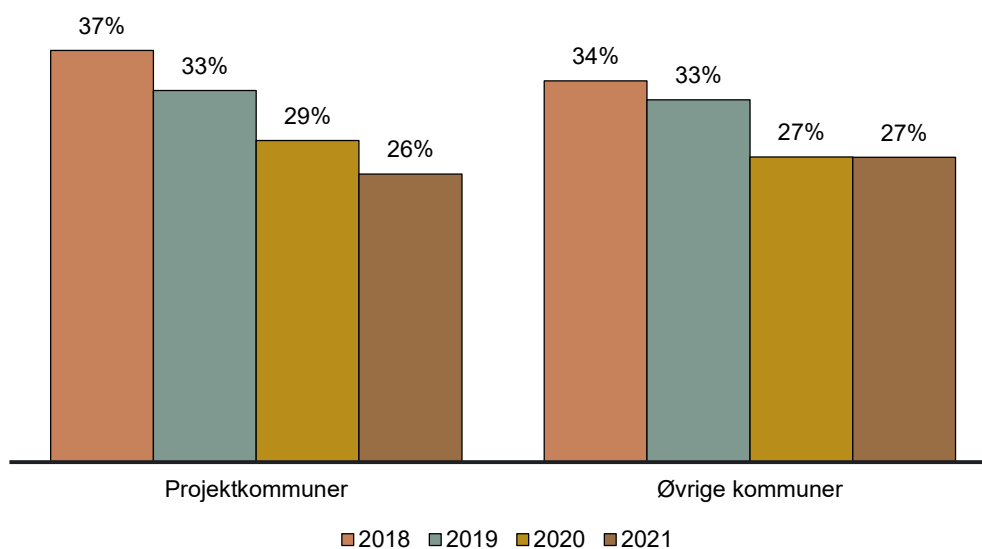
Figur 74: Antal årlige henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på projektkommuner og øvrige kommuner



På figuren ses en stigning i antallet af henvisninger til og med 2020 blandt såvel projektkommuner som øvrige kommuner, hvorefter antallet falder (data for 2021 skal dog tages med det forbehold, at det ikke inkluderer oktober-december). Blandt projektkommunerne stiger antallet af henvisninger fra 166 henvisninger i 2018 til 205 henvisninger i 2020 – det vil sige en stigning på 39 henvisninger. Herefter falder det til 179 henvisninger, hvilket fortsat er et højere antal henvisninger end udgangspunktet i 2018, trods data for 2021 ikke er opdateret for årets sidste tre måneder. Blandt de øvrige kommuner stiger antallet af henvisninger fra 186 henvisninger i 2018 til 215 i 2020, det vil sige en stigning på 29 henvisninger, hvorefter antallet atter falder til 192 henvisninger – fortsat et stykke over udgangspunktet i 2018. Udviklingen i figuren tyder ikke på, at projektaktiviteten har haft en synlig indvirkning på udviklingen i antallet af henvisninger, når projektkommuner sammenlignes med øvrige kommuner. Dog kan der være en række underliggende faktorer, der også påvirker dette, hvorfor der ikke kan konkluderes på sammenhængen mellem projektaktivitet og udvikling i henvisningsantal.

Figur 74 viser andelen af afviste henvisninger ud af det samlede antal henvisninger i Region Hovedstadens projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner.

Figur 75: Andel afviste henvisninger i Region Hovedstadens projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner

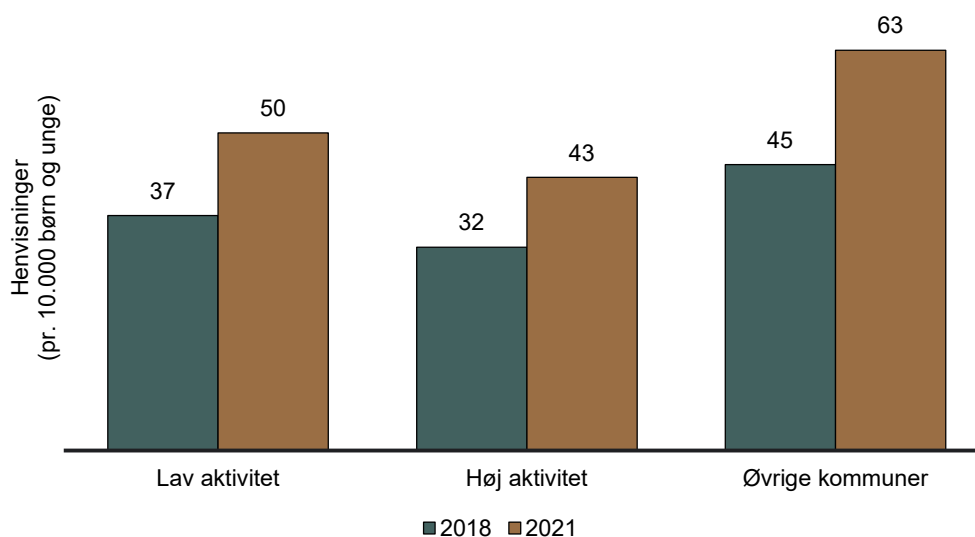


Figuren viser, at der i begge grupper af kommuner ses et fald i andelen af afviste henvisninger i løbet af projektperioden. I projektkommunerne er faldet på 11 procentpoint fra 37% i 2018 til 26% i 2021, mens det i de øvrige kommuner er på 7 procentpoint fra 34% i 2018 til 27% i 2021. Faldet er altså en smule større i projektkommunerne end i de øvrige kommuner. Dette tyder på, at projektaktiviteten kan have medvirket til et større fald i andelen af afviste henvisninger, selvom forskellen på projektkommunerne og de øvrige kommuner ikke er markant.

Figur 75 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Hovedstaden, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 75 for yderligere forklaring). Data

er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal igangværende og afsluttede forløb for henholdsvis New Forest Parenting Programme, Forældreпилотer inddelt i henholdsvis gruppeforløb og individuelle forløb samt vejledning i læringsmiljø, FÅ STYR PÅ angsten, EMO-unge inklusive vejledning i læringsmiljø, SPIS og Selvskade i perioden marts 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år. Henvisningsdata for øvrige kommuner i Region Hovedstaden, der ikke har været en del af projektet, er ligeledes afbilledet i figuren.

Figur 76: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Hovedstaden for kommuner med lav og høj projektaktivitet samt øvrige kommuner

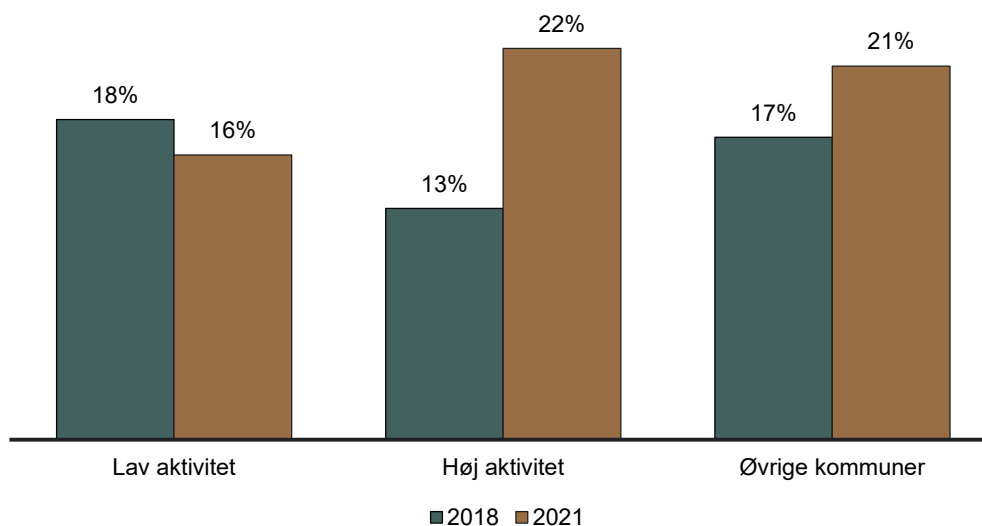


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner samt øvrige kommuner, der ikke har indgået i projektet. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Høje-Taastrup og Københavns Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe Kommuner. Øvrige kommuner indeholder alle kommuner, der ikke har indgået i projektet.

Det ses på figuren, at der forekommer nogenlunde samme udvikling i antallet af henvisninger henvist fra kommunen på tværs af kommuner med lav og høj projektaktivitet samt øvrige kommuner uden for projektet. For kommuner med lavt aktivitetsniveau ses en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge fra 37 henvisninger i 2018 til 50 henvisninger i 2021. For kommuner med et højt aktivitetsniveau ses en stigning i antallet af henvisninger fra 32 henvisninger i 2018 til 43 henvisninger i 2021, mens øvrige kommuner oplever en stigning fra 45 til 63 henvisninger fra 2018 til 2021. Sammenlignes antallet af henvisninger i 2021 for de tre kommuneinddelinger ses en variation i antallet, hvor projektkommuner med et højt aktivitetsniveau oplever det laveste antal af henvisninger (43 per 10.000 børn og unge), mens øvrige kommuner uden for projektet oplever det højeste antal henvisninger (63 henvisninger per 10.000 børn og unge), det vil sige en difference på 20 henvisninger per 10.000 børn og unge.

Figur 76 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist af kommunerne i Region Hovedstaden fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 76 for yderligere forklaring på inddeling af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 77: Andel afviste henvisninger fra kommunen i Region Hovedstaden for kommuner med lav og høj projektaktivitet



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Høje-Taastrup og Københavns Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe Kommuner.

På figuren ses, at der for kommuner med den laveste projektaktivitet sker et lille fald på 2 procentpoint i andelen af afviste henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2021. For kommuner med den højeste projektaktivitet ses en markant stigning i andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen fra 13% i 2018 til 22% i 2021, det vil sige en samlet stigning på 9 procentpoint. Blandt øvrige kommuner uden for projektet sker en lille stigning i antallet på 17-21% i perioden.

Af de viste figurer over projektaktivitet fremgår det, at der ikke kan ses en betydelig forskel i udviklingen af henvisninger mellem de kommuner, der har en høj projektaktivitet, til de kommuner, der har en lav projektaktivitet, samt blandt øvrige kommuner. Fokuseres der på andelen af afviste henvisninger ses, at den største stigning i andelen af afviste henvisninger samt den største andel af afviste henvisninger i 2021 er at finde blandt kommuner med højt aktivitetsniveau i perioden.

Dette betyder *ikke*, at projektaktiviteterne ikke kan have en positiv virkning på udviklingen i antal af henvisninger. Det viser blot, at denne virkning i projektperioden ikke i sig selv har været så markant, at den ændrer den samlede udvikling i henvisninger fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med kommuner med mindre projektaktivitet.

6.6.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden er steget i regionens projektkommuner i løbet af projektperioden fra 2018 til 2021. Denne stigning er især drevet af en stigning i antallet af henvisninger, som bliver godkendt. Dermed er andelen af det samlede henvisningsantal, som bliver afvist, faldet i løbet af perioden. De praktiserende læger står for den største andel af henvisningerne, men en stor andel af disse bliver afvist. Kommunerne står for en mindre andel af det samlede henvisningsantal, men en markant lavere andel af henvisningerne fra kommunen bliver afvist. Bornholms Regionskommune er den kommune, der har flest henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen, mens Frederiksberg Kommune har færrest. Andelen af henvisninger, der bliver afvist, er faldende på tværs af næsten alle projektkommuner i perioden, men dykkes der ned i andelen af afviste henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, ses der ingen entydig tendens på tværs af kommunerne, hvor nogle har oplevet en generel stigning i andelen af afviste henvisninger, mens andre har oplevet et fald. Sammenlignes projektkommuner med øvrige kommuner, ses samme tendens for udviklingen i både antal henvisninger og andelen af afviste henvisninger, dog med et større fald i andelen af afviste henvisninger blandt projektkommunerne. Samtidig kan der ikke ses en positiv indvirkning på henvisningsudviklingen, når kommunerne sammenlignes på lavt og højt aktivitetsniveau, hvorfor der ikke ses et entydigt billede på sammenhængen mellem projektaktivitet og udvikling i henvisninger.

7 Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprojekt

7.1 Region Nordjylland: Tværfagligt Udgående Team

7.1.1 Målgrupper

I projektet i Region Nordjylland er den fremskudte funktion rettet mod børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor kommuner har behov for sparring om problemstillinger og udfordringer i indsatsen, og hvor der ikke i forvejen er en aktiv sag i børne- og ungdomspsykiatrien.

7.1.2 Organisering

Projektet er et fælles projekt på tværs af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland og alle kommuner beliggende i regionen. Alle kommuner er således repræsenteret i styregruppen for projektet sammen med børne- og ungdomspsykiatrien.

Projektet er bygget op om, og en videreførelse af, en udgående enhed i psykiatrien kaldet Tværfagligt Udgående Team (TUT). Dette team tilbyder sparring med kommunerne med et psykiatrifagligt perspektiv. Der sparres om, hvori de psykiske vanskeligheder hos barnet eller den unge kan bestå samt mulige tiltag i nærmiljøet, der kan afhjælpe vanskelighederne. Teamet leverer alene sparring. I kommunerne skal man således selv følge op på den sparring, der gives i forhold til udfordringer og muligheder for det enkelte barn og dennes familie. Teamet består af mellem tre en halv og fire stillinger bemandet af socialrådgivere, specialpsykolog og sygeplejerske.

Der er endvidere en aftale med den centrale visitation i børne- og ungdomspsykiatrien om, at hvis et barn eller en ung har været drøftet med TUT, og der er mistanke om en psykiatrisk problemstilling, så skal henvisning ikke afvises. Omvendt kan den centrale visitation og ambulatorierne (i udvalgte sager på konference) anbefales inddragelse af TUT.

Projektet har været organiseret i tæt sammenhæng med projekt om implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Der er derfor et vist overlap i aktiviteter i de to projektforbøb.

7.1.3 Praksis i den fremskudte funktion

Funktionen er bygget op om to elementer: deltagelse i konsultative netværksmøder og fremskudt psykiatri. Begge elementer handler om at give en psykiatrifaglig og sektorspecifik sparring i enkeltsager, hvor kommune (eller almen praksis) oplever at have brug for sparring i forhold til børn, hvor der er – eller er mistanke om – psykiske vanskeligheder.

Ved de konsultative netværksmøder deltager ansatte i TUT i netværksmøder om enkeltsager. Møderne er arrangeret af og forankret i de enkelte kommuner. Fra september 2019 til september 2021 havde TUT deltaget i 256 konsultative netværksmøder.

Som fremskudt psykiatri deltager TUT hver måned i et tværfagligt sparringsforum i hver enkelt kommune. Her kan kommunale praktikere og almen praksis bede om at få en sag drøftet. Fremskudt psykiatri afholdes en fast dag hver måned, og der er afsat tre timer til

dette. Aalborg er dog en undtagelse. Her er der afsat fem timer grundet Aalborgs størrelse. TUT har fra september 2019 til september 2021 givet sparring på 483 sager som fremskudt psykiatri.

Tilgangen bygger på en stepped care-model, hvor tiltag på et lavere specialiseringsniveau skal afprøves, før der kan henvises til eller inddrages repræsentanter fra et højere specialiseringsniveau. Denne tilgang ligger i forlængelse af arbejdet med at implementere forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser.

7.1.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Der har i projektet også været fokus på generel kompetenceudvikling blandt det kommunale personale. Der er udviklet program for undervisningsdage om henholdsvis spiseforstyrrelser, skolevægring og unge i mistro, hvor der samtidig på undervisningsdagene er blevet gjort opmærksom på mulighederne i TUT. Hver kommune har kunnet vælge at modtage to undervisningsdage i løbet af projektperioden. Det er ansatte i Tværfagligt Udgående Team, der har forestået undervisningen. Cirka 1.000 kommunalt ansatte medarbejdere på tværs af pædagoger, lærere, psykologer, sundhedsplejersker og socialrådgivere har deltaget i denne undervisning frem til oktober 2021.

Der er ligeledes afholdt fire tværgående temadage om a) tværsektoriel samskabelse – de fælles børn, b) ledelsesseminar om strategisk forankring og implementering, c) det forebyggende mindset og d) lederseminar om bedre forløb. I alt har mellem 600 og 700 ledere og medarbejdere deltaget i disse temadage.

Opbygning af tværsektoriel forståelse er endvidere blevet understøttet af muligheden for tværsektoriel praktik. Her har særligt kommunalt personale været på endagspraktik i de psykiatriske ambulatorier. Der har været stor efterspørgsel efter dette.

To psykologer fra hver kommune har kunnet modtage supervision fra regionalt ansat personale. Her er der særligt blevet givet supervision i forhold til konkrete forhold i konkrete sager og mere generelt i forhold til, hvornår en problemstilling er relevant for psykiatrisk behandling, og hvornår den ikke er.

7.2 Region Midtjylland: Fremskudt psykiatri

7.2.1 Målgrupper

I projektet i Region Midtjylland er der arbejdet med tre delprojekter, hvor den fremskudte funktion har været målrettet forskellige målgrupper. I delprojekt 1: Forebyggelse af angst og depression hos børn og unge har målgrupperne været henholdsvis børn og unge i alderen 0-18 år med symptomer på angst (Cool Little Kids, Cool Kids og Chilled) og børn og unge i alderen 0-18 år med behov for behandling i forhold til depressive symptomer, hvor de depressive symptomer enten er eneste symptom eller dominerende symptom. I delprojekt 2: Forebyggende indsats ved begyndende skolevægring har målgruppen været skolebørn med bekymrende fravær, hvor der ikke har været mere end to måneders sammenhængende fuldstændigt fravær. Her har 190 børn modtaget en indsats fra september 2019 til oktober 2021. I delprojekt 3: Henvisning for almen praksis har den direkte målgruppe været almen praksis og den kommunale forvaltning, hvor læge

vurderer, at der eventuelt er behov for en støttende kommunal indsats til familier med børn med psykiske vanskeligheder.

7.2.2 Organisering

Delprojekt 1 om angst og depression er gennemført i et samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) i Region Midtjylland og Aarhus, Skive, Ikast-Brande, Favrskov, Syddjurs, Silkeborg og Odder Kommuner (Samsø Kommune udgået efter 2019). I dette delprojekt er den konkrete borgerrettede indsats forankret i de deltagende kommuner, der tilbyder manualbaseret lettere behandlende indsatser for de to målgrupper efter en række systematiske vurderinger, herunder blandt andet telefonisk opkald (tjekliste), opstartsmøde med caseformulering, samtaler, diverse spørgeskema/vurderinger med mere. Dette gøres på baggrund af uddannelse af kommunalt ansatte terapeuter, der har gennemgået Cool Kids-certificering i CEBU og kompetenceudvikling via BUA i forhold til angst.

Der er endvidere i hver kommune nedsat et Tværfagligt Rådgivningsteam (TRT), hvor der er tilknyttet faste psykologer fra BUA. BUA tilbyder fast sparring og supervision til alle TRT'ere.

Delprojekt 2 om skolevægring er gennemført i et samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) i Region Midtjylland og Viborg, Herning, Lemvig, Ringkjøbing-Skjern, Struer, Syddjurs, Norddjurs, Favrskov og Silkeborg Kommuner. Også i dette delprojekt er den konkrete borgerrettede indsats forankret i de deltagende kommuner, hvor der tilbydes et standardiseret struktureret – men ikke manualbaseret – indsatsforløb med gennemgående tovholder til de deltagende børn og unge.

Også her varetages undervisning af kommunalt personale (tovholdere) af ansatte fra BUA. Der tilbydes ligeledes fast sparring og videorådgivning i hver kommune fra ansatte ved BUA, hvor der er specifikke BUA-medarbejdere knyttet til hver kommune. BUA har varetaget den del af undervisningen, der drejer sig om psykopatologi. Der er ligeledes indhentet ekstern kompetenceudvikling.

Delprojekt 3 om henvisning fra almen praksis er gennemført i samarbejde mellem praktiserende læger og Viborg og Herning Kommuner. Speciallæge fra BUA har afsat tid til sparring hver uge. Der har dog været meget få henvendelser.

KOMMUNE	DELPROJEKT 1	DELPROJEKT 2	DELPROJEKT 3
AARHUS	x		
FAVRSKOV	x	x	
HERNING		x	x
IKAST-BRANDE	x		
LEMVIG		x	
NORDDJURS		x	
ODDER	x		
RINGKØBING-SKJERN		x	
SILKEBORG	x	x	
SKIVE	x		
STRUER		x	
SYDDJURS	x	x	
VIBORG		x	x

7.2.3 Den borgerrettede praksis

I delprojekt 1 om angst og depression har der været arbejdet med almen forebyggelse, målrettet rådgivning og målrettet behandling. Se mere om den almene forebyggelse nedenfor. Den målrettede rådgivning har bestået af tværfaglig rådgivning organiseret i tværfaglige rådgivningsteam, der har været nedsat i hver af de deltagende kommuner. Til hvert TRT har der været tilknyttet medarbejdere fra BUA, der kan indgå i sparring og supervision. Her er 318 børn blevet drøftet i de tværfaglige rådgivningsteam fra september 2019 til oktober 2021. Den målrettede behandling har bestået af standardiserede individuelle og gruppebaserede forløb med lettere behandling gennem Cool Kids, Chilled, eget udviklet depressionsforløb og individuelt tilpassede forløb. Alle forløb har været baseret på kognitiv adfærdsterapi. Per oktober 2021 har 464 børn været igennem et lettere behandlingsforløb.

Endvidere har der i TRT'erne per oktober 2021 været gennemført supervision på cirka 180 sager.

I delprojekt 2 om skolevægring har der været arbejdet med at iværksætte standardiserede strukturerede individuelle forløb for børn med bekymrende skolefravær. Det særlige har her været, at der er blevet tildelt en gennemgående tovholder, der har koordineret den samlede indsats og været kontaktperson til barn og familie. Der har været løbende opfølgning på indsatsen. Frem til oktober 2021 har 189 børn og unge været optaget i et individuelt tilrettelagt forløb.

BUA har været til rådighed for konkret rådgivning (via video) ugentligt for de deltagende kommuners tovholdere og eventuelle andre relevante parter. Ligeledes er der tilbudt faglig sparring og supervision hver fjerde uge på gruppebasis for de kommunale tovholdere. Der har ifølge projektregistreringer i oktober 2021 været gennemført sparring på 355 sager, og der er gennemført 130 supervisionssessioner.

I delprojekt 3 om henvisninger fra almen praksis har man søgt at styrke dialogen mellem almen praksis og den kommunale indsats. Dette er gjort, ved at der er udviklet et korrespondancemodul, der kan anvendes i de praktiserende lægers fagsystem, hvor der har været mulighed for direkte skriftlig kommunikation mellem almen praksis og den kommunale forvaltning. Tanken har været, at den praktiserende læge kan rette direkte henvendelse til kommunen, når almen praksis oplever familier, hvor der er børn med psykiske vanskeligheder, der eventuelt kan have behov for kommunal støtte. Ligeledes kan kommunen informere om iværksatte tiltag for de givne familier.

Der er kun modtaget data om antal henvisninger fra almen praksis til den ene kommune i projektet. Her har der været 126 henvendelser frem til juli 2021, hvoraf cirka 34 vurderes relevante i kommunen.

7.2.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Den almene forebyggelse er primært gennemført som oplæg, udarbejdelse af materiale og undervisning til frontpersonale i skoler og dagtilbud. Der er per oktober 2021 gennemført oplæg for fagprofessionelle i alle i kommuner i projektet fordelt på i alt 51 oplæg.

7.3 Region Syddanmark

7.3.1 Målgruppe

- Den primære målgruppe for indsatsen i Region Syddanmark er børn og unge i alderen 6-17 år med tegn på mistvivsel og/eller lettere psykiske problemstillinger.
- Derudover er der i projektet gennemført aktiviteter målrettet henholdsvis forældre og pårørende til børn i målgruppen samt de fagprofessionelle i kommunerne.

7.3.2 Organisering

Projektet er etableret i et samarbejde mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen. Projektet er regionalt forankret i henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatri Odense og Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland og i kommunerne – som oftest i kommunernes PPR.

Der er i forbindelse med projektet etableret en udgående fremskudt funktion, der med ansættelse af 10 fremskudte regionale medarbejdere tilsammen dækker 21 lokale sparringsfora (Fanø hører under Esbjerg). Derudover er der ansat en psykiatrifaglig konsulent, der varetager en supervisionsrolle i forhold til de udgående regionale medarbejdere.

Som en del af projektet er kommunernes PPR ligeledes opnormeret med henblik på at sikre ressourcer til at varetage en lettere behandlende rolle sammen med de udgående medarbejdere fra psykiatrien samt til at koordinere indsatsen i kommunen.

7.3.3 Den borgerrettede praksis

Indsatsen i projektet er bygget op om en række elementer, der tilsammen skal understøtte arbejdet med at identificere og hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel tidligere og i nærmiljøet, henholdsvis:

- Regional deltagelse i månedlige kommunale sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune.
- Forskellige typer af direkte indsatser, hvor region og kommune begge er involveret, herunder forebyggende og lettere behandlende indsatser.

Sparringsmøderne fungerer som et gensidigt mødeforum, hvor kommunen kan bringe sager med, som de har udfordringer med, og psykiatrien kan bringe sager ind, som ikke hører til i psykiatrien. Derudover kan de regionale medarbejdere bringe sager med, der kommer gennem henvendelse fra almen praksis. Møderne holdes i kommunen for at være tæt på barnets nærmiljø. Der er på tværs af kommunerne drøftet 858 sager på sparringsmøder igennem forløbet frem til medio oktober 2021.

Formålet med sparringsmøderne er i kraft af den tværsektorielle deltagelse helt overordnet at få identificeret og handlet på barnet eller den unges udfordringer og psykiske mistrivsel, inden disse udvikler sig til en mere indgribende problematik, der kræver et egentligt behandlingsforløb i psykiatrien. Målet er samtidig at sikre en bedre koordinering på tværs, herunder at understøtte sammenhængende forløb og bedre overgange mellem indsatser, når der iværksættes støtte til den enkelte.

På tværs af kommunerne er der afsat mellem 45 minutter til halvanden time per sag. I flere kommuner arbejdes der ligeledes med opfølgning på tidligere sager på møderne.

- Et resultat af sparringsmøderne er i flere tilfælde, at den kommunale PPR, ofte i samarbejde med den regionale medarbejder, i en kortere periode tilrettelægger et lettere behandlingsforløb i sammenhæng med andre indsatser omkring barnet eller den unge.
- De direkte indsatser, hvor de regionale medarbejdere er involveret, har meget forskellig karakter og dækker over eksempelvis:
 - Afklarende samtaler
 - Samtaleforløb med psykoedukation
 - Deltagelse i møder med kommunen
 - Kvalificering af henvisninger
 - Tilbage melding til praktiserende læge
 - Supervision af fagpersonale

7.3.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Ud over den direkte borgerrettede indsats er der samtidig i projektet arbejdet tværsektorielt med henholdsvis:

- Kompetenceudvikling på skoler og for andre fagprofessionelle i kommunerne
- Forældrekurser
- Webinarer målrettet henholdsvis frontmedarbejdere og forældre
- Sparring til forældre

Der er i forløbet afholdt i alt ni forældrekurser, men det skal overordnet bemærkes, at afholdelse af forældrekurser har været udfordret grundet COVID-19. På tværs af kommuner og region har man derfor forsøgt at finde andre løsninger undervejs, eksempelvis i form af tilbud om telefonsparring eller onlinesparring 1:1 til de forældrepar, der gerne vil deltage i forældretilbud, men som blev ramt af COVID-19 restriktioner.

Der er ligeledes produceret et redskabsbaseret webinar om følelser og følelsesregulering målrettet forældre til skole- og teenagebørn. Der er derudover afviklet webinarer om angst og OCD ad tre omgange – hver gang med 20-30 tilmeldte.

Kompetenceudviklingen af frontpersonalet har ligeledes været udfordret af COVID-19, hvorfor der også her er arbejdet med produktion af og deltagelse i webinarer, der samtidig har vist sig at være lettere at prioritere for medarbejderne i en travl hverdag. Der er således produceret et webinar om angst hos børn og unge målrettet frontpersonale samt været deltagelse i webinar med Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, webinaret "Tilbage til Skole" fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense samt webinar om PDA (Pathological Demand Avoidance) med oplægsholdere fra SPUTNIK.

7.4 Region Sjælland: Bakkehuset

7.4.1 Målgruppe

Målgruppen for Bakkehusets indsats er defineret som børn og unge, der har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) i Roskilde, hvor henvendelsen ikke har ført til en indlæggelse.

Der har i registreringsperioden været i alt 1.588 forløb i Bakkehuset, hvoraf 467 forløb er afsluttet til psykiatrien, og 928 er afsluttet til egen læge. 75 børn eller unge har haft mere end ét forløb i Bakkehuset i perioden.

7.4.2 Organisering

Region Sjælland har i samarbejde med fire kommuner, henholdsvis Faxe, Roskilde, Holbæk og Kalundborg, som den eneste region etableret og afprøvet en egentlig tværsektoriel enhed: Bakkehuset.

Roskilde og Kalundborg Kommuner deltager hver med frikøbt arbejdskraft i den nye enhed sammen med børne- og ungdomspsykiatrien, der er repræsenteret med 12 medarbejdere med erfaring fra psykiatrien, henholdsvis børne- og ungdomspsykiater, sygeplejersker, socialrådgiver, specialpsykolog/psykologer, lærer og pædagog med flere.

De kommunale medarbejdere er sagsbehandlere, som samtidig har en deltidsstilling i deres egen kommune. Denne organisering betyder i praksis, at de bibeholder følingen med socialfagligheden samt udvikling i praksis i kommunerne, som kan bringes aktivt i spil i Bakkehuset. Det opleves samtidig som en styrke, at flere kommuner er repræsenteret i Bakkehuset, fordi det giver et indblik i forskellighederne kommunerne imellem i forhold til eksempelvis kommunale tilbud og visitationspraksis.

De regionale medarbejdere refererer til Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, og de kommunale medarbejdere refererer til den kommune, hvorfra de er frikøbt.

7.4.3 Den borgerrettede praksis

Hensigten med Bakkehuset er at tilbyde børn, unge og familier støtte til det videre forløb efter henvendelsen. Afsættet for den indsats, der tilbydes i Bakkehuset, er at bidrage til at understøtte tværsektoriel koordinering og skabe en sammenhængende indsats på Trin 2 i terminologien udviklet i forbindelse med de nationale forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser.

Bakkehusets indsats består i praksis af to hovedelementer, henholdsvis facilitering af samarbejde, udredning og koordinering af aktører på tværs af de relevante sektorer på et tidspunkt, hvor familierne har oplevet ikke at kunne få støtte andre steder, samt tilbuddet om et fast kontaktpunkt og samtaleforløb.

Alle børn/unge får tildelt en fast kontaktperson i forbindelse med indsatsen i Bakkehuset, og den løbende kontakt med familierne består af familiernes fremmøde i Bakkehuset, støttende samtaler, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg. Formen på de støttende samtaler er fleksibel, og det er et særligt fokus hos medarbejderne, at familierne skal kunne mødes, hvor det giver mening og opleves som trygt for dem.

Da alle i målgruppen per definition er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling, følger Bakkehuset op på igangværende indsatser og vurderer, om der skal iværksættes en uddybende vurdering og indsats, eller om der skal ske yderligere udredning, diagnosticering og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis der skal iværksættes uddybende vurdering og indsats, optræder Bakkehuset som tovholder i denne proces, hvor der knyttes en specifik kontaktperson til familien. Bakkehuset har kompetencerne til at udrede, men varetager ikke denne opgave. Fokus er på koordinering og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde samt at sikre familierne et fast holdepunkt, imens det vurderes, hvilken indsats der er brug for og hvor.

7.4.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Det er et grundlæggende princip i Bakkehusets praksis, at kompetenceudvikling og udbredelse af erfaringerne fra arbejdet i Bakkehuset spredes gennem det eksemplariske princip. Således er der ikke planlagt kompetenceudvikling gennem kurser, temadage eller lignende. I stedet arbejder Bakkehuset på at være til stede i det konkrete arbejde med børn, unge og deres familier i samarbejde med de øvrige aktører for igennem denne kontakt at være med til at opkvalificere indsatsen i den konkrete sag, med håb om at dette vil have en mere generel indflydelse på indsatsen hos de relevante aktører.

Endvidere gøres erfaringerne fra arbejdet i Bakkehuset til genstand for fælles drøftelser i det formelle forum for samarbejde mellem regionens psykiatri og kommunerne i regionen.

7.5 Region Sjælland: headspace

7.5.1 Målgruppe

Målgruppen for projektet er som udgangspunkt børn og unge i alderen 12-25 år, der henvender sig til headspace. Målet er, at børn og unge, der har behov for et forløb i psykiatrien, får det rigtige brobyggende tilbud, samt at hjælpe unge, der har det svært og mistrives, men ikke falder inden for målgruppen for PAM.

Der har i headspace Roskilde været tilknyttet 961 unge i perioden 2019-2021. På tværs af de 961 unge er der i alt blevet afholdt 1.929 samtaler med medarbejdere/frivillige i headspace og 86 samtaler alene med den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet headspace i projektperioden. Det er uklart, hvor mange samtaler der er afholdt, hvor både en medarbejder eller frivillig fra headspace samt den fremskudte medarbejder har deltaget.

7.5.2 Organisering

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien Region Sjælland og headspace Danmark med udgangspunkt i headspace Roskilde.⁴

En psykiatrisk sygeplejerske fra det regionale TOP-team (Tidlig Opsporing af Psykose) er frikøbt til fysisk tilstedeværelse som fremskudt medarbejder i headspace otte timer om ugen. Den psykiatriske sygeplejerske er ansat i psykiatrien, og alt, der har med personaleledelse at gøre, er således varetaget i psykiatrien.

I headspace er den fremskudte medarbejder betragtet som en integreret del af headspace-teamet på lige fod med øvrige medarbejdere og frivillige og er således tænkt ind i hverdagen som en del af den samlede personale- og frivilligruppe. Der er afholdt halvårslige evalueringsmøder af den fremskudte funktion med den psykiatriske sygeplejerske i forhold til indhold og aktiviteter, og vedkommende er tilbudt de samme kurser i facilitering af frivillige og samtaletilbud som øvrige medarbejdere.

I den organisering, der er afprøvet i forbindelse med projektet, kan den fremskudte regionale medarbejder ikke brobygge direkte til psykiatrien, men skal igennem TOP-team eller, hvis det er akut, igennem PAM. Den primære brobygning fra headspace foregår til praktiserende læge.

⁴ I projektføreløbet er der søgt om og fået godkendelse til at anvende uforbrugte midler til også at ansatte fremskudte regionale psykiatrimedarbejdere i headspace Kalundborg, Slagelse, Lolland og Guldborgsund. Disse indgår ikke i evalueringen.

7.5.3 Den borgerrettede praksis

Den fremskudte psykiatriske sygeplejerske har i stort omfang i fællesskab med medarbejdere og frivillige i headspace selv defineret sin rolle ud fra den overordnede opgavebeskrivelse og de lokalt afdækkede behov. Dette har resulteret i en opgaveportefølje rettet mod de unge bestående af:

- Samtaler med unge – både samtaler, der er varetaget udelukkende af den psykiatriske sygeplejerske, og samtaler, der er afholdt sammen med frivillige og ansatte. Samtalerne er et vigtigt redskab i arbejdet med såvel opsporing, som brobygning.
- Input til og facilitering af gruppeforløb blandt andet om NÆB (nervøsitet, ængstelighed og bekymring) og forløb overleveret fra socialpsykiatrien om autismespektrumforstyrrelser.

7.5.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

En væsentlig del af den samlede opgave for den fremskudte medarbejder er opkvalificering af frivillige og medarbejdere i headspace i forhold til problemstillinger, der falder inden for psykiatriens felt. Opkvalificeringen er både formaliseret gennem undervisning, gennem deltagelse i samtaler og gennem sparring.

- Væsentlige aktiviteter i opkvalificeringen:
- Opkvalificering af frivillige blandt andet gennem sparringsamtaler – med særligt fokus på før-/eftersparring i forbindelse med samtaler med unge eller pårørende.
- Kompetenceudvikling gennem undervisning blandt andet i psykiatriens opbygning, den praktiserende læges rolle, psykoser, spørgeteknikker i forhold til selvmordstanker med mere samt rådgivning, i forhold til hvad der er inden for normalområdet og kan rummes i headspace, og hvad der skal håndteres i psykiatrien.
- Det bliver fremhævet af de interviewede fra headspace, at såvel undervisning som den løbende sparring fra den psykiatriske sygeplejerske har medført en langt større sikkerhed i forhold til konkrete vurderinger af, hvorvidt en problemstilling kan håndteres i headspace, eller der skal noget mere til. Samtidig bliver det fremhævet, at der er en stor tryghed i, at den fremskudte medarbejder kan være med til at kvalitetssikre den enkeltes vurdering i tvivlstilfælde.

7.6 Region Hovedstaden: STIME – Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed

7.6.1 Målgruppe

STIME-projektet er et omfattende og mangefacetteret projekt, der har omfattet en række forskellige målgrupper. Projektets fire spor har omfattet indsatser målrettet henholdsvis børn og unge fra 10 til 17 år med tidlige tegn på spiseforstyrrelser, børn og unge fra 12 til 17 år med selvskadende adfærd, børn og unge fra 6 til 17 år med tegn på angst eller depression og børn og unge fra 3 til 10 år med udfordringer i forhold til uro, opmærksomhed eller impulsivitet.

Per 1. oktober 2021 var der på tværs af de fire målgrupper afsluttet 854 forløb med børn, unge eller forældre, og 242 var i gang. Her er afbrudte forløb og henvisninger til anden type indsats ikke medregnet.

Mere end 1.000 familier fordelt på de syv deltagende kommuner har således modtaget en indsats i projektperioden. Vi har ikke data på, om nogle familier har deltaget flere gange eller med flere personer, og der kan derfor ikke gives et præcist antal.

7.6.2 Organisering

Kommunerne visiterer til og gennemfører lettere behandlingsforløb og opkvalificerer egne fagpersoner. Den lettere behandling og opkvalificering gennemføres af STIME-behandlere ansat i kommunernes PPR (i Københavns Kommune dog personale ansat i Rådgivnings- og behandlingsenhed for unge med spiseforstyrrelser). Psykologer ansat i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) uddanner og superviserer STIME-behandlerne i kommunerne og tilbyder kommunerne lettilgængelig rådgivning. Der uddannes til de specifikke behandlingsforløb og generelt i kognitiv adfærdsterapi.

Der har været et løbende samarbejde om udvikling af indsatser og tilgang i et fælles samarbejdsforum. Det har her været vigtigt, at dette var et ligeværdigt forum, hvor der ikke var en egentlig projektejer. Det har været nødvendigt at arbejde på baggrund af enighed om beslutninger og tilgang. Samarbejdsmodellen er ikke formaliseret yderligere end de af styregruppen nedsatte arbejdsgrupper.

7.6.3 Den borgerrettede praksis

Inden for hver af de fire målgrupper er der blevet arbejdet med tre gensidigt afhængige indsatsområder:

- Lettere behandlingsarbejde med barnet/den unge og familien
- Vejledning i læringsmiljøet med henblik på understøttelse af behandlingsarbejdet
- Kompetenceudvikling med henblik på tidlig opsporing, præcis visitation og varetagelse af lettere behandling

Den lettere behandling har bestået af seks forskellige behandlingsprogrammer, hvor to er i forvejen eksisterende og evidensbaserede programmer, og fire programmer er udviklet som led i projektet:

- Når tanker om krop og mad fylder for meget (per 1. oktober 2021 har 83 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når svære følelser fører til selvskade (per 1. oktober 2021 har 95 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når bekymring eller tristhed fylder for meget – få styr på angsten (per 1. oktober 2021 har 576 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når bekymring eller tristhed fylder for meget – lettere behandling af unge (per 1. oktober 2021 har 140 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring – New Forest Parenting Programme (per 1. oktober 2021 har 95 familier gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring – forældreпилoterne (per 1. oktober 2021 har 107 familier gennemført eller er i gang med forløbet)

7.6.4 Vejledning og kompetenceudvikling for professionelle

Der er i projektet også et stort fokus på at understøtte udviklingen af kompetencerne hos de fagprofessionelle, der arbejder tættest på børn og unge i hverdagen. Således er der udviklet guides, som STIME-behandlere og PPR-medarbejdere kan bruge til at vejlede de lærere og pædagoger, der varetager det almene trivselsarbejde, i, hvor de i hverdagen kan støtte op om det lettere behandlingsforløb, barnet eller den unge deltager i. Der er per 1. oktober 2021 gennemført 46 vejledningsforløb.

Der gennemføres endvidere uddannelse af STIME-behandlere, der består af kommunalt personale, der varetager den lettere behandling, jf. de seks programmer beskrevet ovenfor. Uddannelsen omfatter undervisning i de fire STIME-udviklede programmer og varetages af psykologer ansat i BUC. Desuden undervises i de to evidensbaserede programmer. Denne undervisning varetages af eksterne leverandører. Der er per 1. oktober 2021 uddannet 201 STIME-behandlere.

STIME-behandlerne tilbydes desuden metodesupervision hver fjerde uge. Dette suppleres med mulighed for akut råd og vejledning om visitation og konkrete sager gennem telefonrådgivning. Der har i oktober 2021 været over 100 telefoniske henvendelser. Supervision og vejledning varetages af psykologer ansat i BUC, der har modtaget supervisorsuddannelse og supervision.

Endelig har der været fokus på opkvalificering til fagprofessionelle, der har den direkte kontakt med familierne, det vil sige PPR, lærere, pædagoger, socialrådgivere, sundhedsplejersker, udgående medarbejdere, ledere i dagtilbud og skole, AKT, ressourcepersoner og studievejledere. Opkvalificering af frontpersonale varetages af de uddannede STIME-behandlere i kommunerne og skal understøtte kompetencerne til at opfange og handle relevant og STIME-understøttende på centrale tegn på psykisk mistrivsel i forhold til de fire målgrupper. Per 1. oktober 2021 har cirka 3.200 kommunalt ansatte deltaget i opkvalificering.

8 Bilag C: Anvendt metode

I dette afsnit uddybes evalueringsdesignet som præsenteret i kapitel 2 med overvejelser om datakilder og dataindsamling. Først gøres der rede for de anvendte datakilder, hvorefter der gøres yderligere rede for databehandlingen i forbindelse med den gennemførte analyse af data om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

8.1 Datakilder

Evalueringen gør brug af såvel kvalitative som kvantitative datakilder. I det følgende præsenteres de konkrete datakilder, der anvendes til at besvare evalueringens undersøgelsesspørgsmål.

8.1.1 Kvalitative datakilder

Interviews

Der er i forbindelse med evalueringen gennemført en række interviews med relevante aktører i de seks projekter for at afdække det oplevede indhold og de oplevede resultater af de gennemførte forsøg med fremskudt funktion. Der har ligeledes været fokus på udfordringer og muligheder i arbejdet med at implementere de fremskudte funktioner i praksis. Der er således søgt gennemført fokusgruppeinterviews med følgende interessenter i hvert af projekterne:

- Styregruppen for det pågældende projekt, bestående af repræsentanter for kommuner, region og i et enkelt tilfælde almen praksis
- Projektledelsen, bestående af ledere og udviklingskonsulenter i region og kommune, der har haft dagligt ansvar for projektet
- Projektmedarbejdere fra kommune og region, som har været udførende, ansvarlige eller koordinerende i forhold til den projektspecifikke praksis
- Samarbejdspartnere, herunder projekternes vigtigste regionale og kommunale samarbejdspartnere, samt repræsentanter for almen praksis, der har været påvirket af projektarbejdet. Der har her været en stor repræsentation blandt kommunalt PPR-ansatte og skoleledelser

I forbindelse med evalueringen er der ligeledes søgt gennemført interviews med forældre til børn eller unge, der har været i kontakt med en eller flere af de fremskudte funktioner. I et enkelt tilfælde har barnet deltaget i interview sammen med en forælder, og endvidere har to unge deltaget i et fællesinterview. Interviews med forældre er hovedsageligt gennemført som enkeltinterviews.

Interviewene er ikke kvantitativt repræsentative på tværs af de mange og differentierede borgere, der har været i målgruppen for indsatsen i de seks projekter. Interviewene fungerer som vigtige udsagn, der nuancerer erfaringerne med de fremskudte funktioner set fra en brugervinkel.

Det er projektledelsen i de seks projekter, der har udvalgt interviewpersoner på anmodning fra Implement. Det er således de enkelte projekter, der har indhentet kontaktoplysninger og i de fleste tilfælde arrangeret interviews med de professionelle interviewpersoner. I forhold til brugerinterviews så har de lokale projektledelser – på baggrund af samtykke og udleveret orienteringsskrivelse – udleveret kontaktoplysninger til Implement, der efterfølgende har taget kontakt og har planlagt interviews.

Interviewene har, afstemt efter deltagerne, været tilrettelagt med afsæt i følgende hovedtemaer:

- Beskrivelse af den nye praksis – og forandringen fra tidligere praksis
- Beskrivelse af, hvilke metoder der har været behov for i den nye praksis, og hvilke der har været anvendt og er blevet udviklet i forbindelse med projektet
- Beskrivelse af, hvordan den nye praksis har været organiseret i praksis, herunder hvem der har været de relevante aktører, og hvordan indsatsen er blevet ledet
- Hvad er der kommet ud af den nye praksis – med særligt fokus på betydningen for børn, unge og deres forældre
- Vurdering af, hvad der har haft størst betydning i de fremskudte funktioner
- Vurdering af væsentligste erfaringer med implementering af de fremskudte funktioner

Der er udarbejdet skriftlig meningskondensering af alle gennemførte interviews.

Dokumenter

Der er endvidere indsamlet skriftlige dokumenter, der omfatter relevante projekt-, proces- og vejledningsbeskrivelser, flow charts, projekternes egne gennemførte evalueringer (inkl. en omkostningsvurdering), udarbejdede borgerrejser, udarbejdet undervisningsmateriale og registreringer af gennemførte projektaktiviteter. Det har været op til det enkelte projekt at vurdere, hvilke dokumenter der er relevante i evalueringssammenhæng.

Dokumenterne er i analysen i overvejende grad brugt som data i forbindelse med analysen af indsatsernes indhold og de anvendte kompetencer.

8.1.2 Kvantitative datakilder

De kvantitative data, der anvendes i evalueringen, udgøres af to elementer. For det første indsamles og analyseres data om alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i 2018 til oktober 2021 i hele Danmark. Dette gøres for at undersøge mulige sammenhænge mellem de fremskudte funktioner og udviklingen i omfang og resultat af henvisningerne. Data indhentes fra de relevante fagsystemer i de regionale børne- og ungdomspsykiatrier. Indsamling og behandling af disse data gennemgås nærmere i selvstændigt afsnit nedenfor, da denne analyse udgør en omfattende og væsentlig del af den samlede evaluering.

For det andet indsamles og behandles data om projektaktiviteter. Disse data varierer på tværs af de seks projekter (og delprojekter) og består af løbende registreringer gennemført af projekterne selv. Det drejer sig om følgende typer af data:

- Deltagere i undervisnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter
- Gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter
- Evaluering af kompetenceudviklingsaktiviteter
- Gennemførte sparringsmøder
- Gennemførte netværksmøder
- Måling af trivsel hos børn og familier (SDQ)
- Måling af kommunernes vurdering af samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien

De fleste data har været indsamlet systematisk gennem hele projektperioden af de enkelte projekter med udgangspunkt i et udarbejdet og af Sundhedsstyrelsen godkendt projektspecifikt evalueringsdesign. De enkelte projekter har endvidere kunnet supplere med øvrige data, som projektet selv har fundet relevant at inddrage.

8.2 Metodiske overvejelser om indsamling og undersøgelse af henvisningsdata

En væsentlig datakilde til evaluering af projekterne og undersøgelse af resultaterne af de fremskudte funktioner er data om henvisninger til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Data er indsamlet med henblik på at kunne følge en eventuel påvirkning af antallet af henvisninger og omfanget af afviste henvisninger.

Der er i analysen søgt anvendt et såkaldt difference-in-difference-design, hvor udviklingen over en årrække i henvisninger fra projektkommuner sammenlignes med udviklingen i ikke-projektkommuner for på den måde at kunne identificere eventuelle forskelle i udviklingen. For at muliggøre denne type analyse er udviklingen i henvisninger sammenholdt med aktivitetsdata for at identificere mulig samvarians.

Det er en meget væsentlig præmis, at projekterne er gennemført i en periode, der har været påvirket væsentligt af COVID-19-pandemien. Det betyder, at den udvikling, der sammenlignes, ikke kan siges at være en normal udvikling, og at der derfor ikke kan konkluderes i forhold til de fremskudte funktioners påvirkning af de normale henvisningsmønstre. Til gengæld betyder netop difference-in-difference-tilgangen, at variationen følges ens på tværs af de fem regioner, at forskellen i udvikling (forskellen på forskellen) derfor stadig – alt andet lige – burde kunne identificeres, hvis effekten er stor nok. Hertil skal det dog bemærkes, at COVID-19 ikke kan forudsættes at have lige stor indflydelse over hele landet. Det har ikke været muligt inden for rammerne af nærværende evaluering at kontrollere for variansen i den geografiske udbredelse af COVID-19.

Der bør endvidere tages en række forbehold i forhold til direkte sammenligning af henvisninger og projektaktivitet.

- Forskellige opgørelsesmetoder for henvisninger og særligt for resultatet af disse
- Forskellige målgrupper i projekterne
- Forskellige typer af aktivitet i projekterne
- Forskellige måder at opgøre samme aktivitet på i de forskellige projekter
- Forskelle i, hvor omfattende de forskellige typer af aktivitet har været
- Variationen i betydningen af COVID-19-udbredelse og restriktioner på tværs af de danske kommuner

Alle disse forhold giver anledning til, at resultaterne af analysen skal tolkes med forsigtighed. Dette gælder både i forhold til afvisning og bekræftelse af hypoteser om sammenhænge.

8.2.1 Henvisningsdata

Data om henvisninger er indsamlet ved at anmode de fem regioner om data om alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatri i perioden 1. januar 2018 til 1. oktober 2021, herunder henvisningsdato, henviser (kategori, for eksempel privatpraktiserende læge, kommune med mere), henvisningsdiagnose, så vidt denne eksisterer, resultat af henvisningen (for eksempel afvisning, omvisitering, kontakt med mere), bopælskommune, alder og køn.

Den deskriptive analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien (Bilag A) for de fem regioner er således baseret på henvisningsdata tilsendt fra regionerne for perioden januar 2018 til september 2021. I tilfælde hvor henvisningsdata præsenteres som antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien er dette opgjort per 10.000 børn og unge i alderen 0-17 år (befolkningsdata er indhentet fra Danmarks Statistik fra 4. kvartal i hvert af de pågældende år for hver kommune i regionen for børn og unge i aldersgruppen 0-17 år). Det er vigtigt at understrege, at henvisningsdata for 2021 ikke repræsenterer et helt år, men blot til og med september 2021. Det er derfor ikke muligt at konkludere på det endelige antal henvisninger for 2021. For at give mulighed for en indikation på udviklingen set i forhold til de tidligere år er antallet af henvisninger for oktober, november og december 2021 estimeret ved at multiplicere henvisningstallet for de ni første måneder med 1,33 (12/9).

Kategorisering af henvisninger:

Henvisningsstatus er i behandlingen af datamaterialet inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Nedenfor er kategoriseringen beskrevet for hver region.

- **Region Hovedstaden:** Andet dækker over kategorierne "Afventer gennemgang", "Annulleret", "Lukket" samt "Ufuldstændig". Godkendte og Afviste henvisninger dækker over kategorierne "Godkendt" og "Afvist".
- **Region Midtjylland:** Afviste henvisninger består af kategorierne "Afvist" samt "Afsluttet til praktiserende speciallæge". Det har ikke været muligt at inddele henvisningerne i Region Midtjylland ud fra henvisningsstatus "Andet" samt "Godkendt" grundet ændringer i regionens registreringspraksis af henvisningsdata undervejs i perioden.
- **Region Nordjylland:** Afviste henvisninger består af kategorien "Annullerede". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Afsluttet til ambulans kontakt" samt "Afsluttet til indlæggelse". Andet dækker over "Omvisiteret til ekstern samarbejdspartner" samt "Venter på visitation".
- **Region Sjælland:** Andet dækker over kategorierne "Annulleret af henviser", "Annulleret af patient (død)", "Dobbelthenviisning", "Er i forløb i psykiatrien", "Flyttet til anden region" samt "Udeblevet". Godkendte og Afviste henvisninger dækker over kategorierne "Godkendt" og "Afvist".

- **Region Syddanmark:** Afviste henvisninger består af kategorien "Afsluttet uden forløb". Henvisninger afsluttet uden forløb dækker over flere delkategorier, der ud fra datasættet ikke er mulige at underkategorisere. En større andel af delkategorierne dækker over afviste henvisninger. Dog kan det også gælde årsager såsom "Patient er begyndt på behandling et andet sted", "Patient har sagt nej til behandling" samt "Patienten er i igangværende forløb". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Fysisk eller virtuel kontakt" samt "Venter på 1. kontakt". Andet dækker over "Venter på visitation/kontakt" samt "Afsluttet uden kontakt".

8.2.2 Opgørelse af aktivitetsdata

I Bilag A er henvisningsdata også opgjort i forhold til projektkommunernes projektaktivitetsniveau. Her er projektkommunerne inddelt i kvartiler efter aktivitetsniveau. For hver region præsenteres det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i den pågældende region, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet. Det samme er gjort for andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist fra kommunerne. Projektkommunerne i regionen er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. For Region Hovedstaden og Region Midtjylland er der øvrige kommuner, som ikke er indgået i projektet. Disse kommuners udvikling i henvisninger er ligeledes afbilledet som referencegruppe til kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet. Henvisningsdata præsenteres udelukkende for de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Befolkningstallene er indhentet fra Danmark Statistik for 4. kvartal i hvert af de pågældende år. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år, da data ikke tillader fordeling per år for alle aktivitetstyper og -opgørelser. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke præsenteret i bilaget.

Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra før projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

Aktivitetsdata per region

- **Region Hovedstaden:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal igangværende og afsluttede forløb for henholdsvis New Forest Parenting Programme, Forældrepiloter inddelt i henholdsvis gruppeforløb og individuelle forløb samt vejledning i læringsmiljø, FÅ STYR PÅ angsten, EMO-unge inklusive vejledning i læringsmiljø, SPIS og Selvskade i perioden marts 2019 til oktober 2021.
- **Region Midtjylland:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal TRT-indsatser samt sparringsindsatser summeret på tværs af delprojekterne om *Angst og Depression* og *Skolevægning* i perioden 2019 til oktober 2021.
- **Region Nordjylland:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager drøftet på henholdsvis faglige sparringsmøder og konsultative netværksmøder afholdt i perioden januar 2019 til og med september 2021.
- **Region Sjælland:** Det har ikke været muligt at inddele projektkommunerne i Region Sjælland ud fra deres aktivitetsniveau i perioden, da aktivitetsdata, grundet organiseringen af den fremskudte funktion, ikke er angivet på kommuneniveau.
- **Region Syddanmark:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager per sparringsteam i perioden marts 2019 til oktober 2021.

Implement Consulting Group

Strandvejen 54

2900 Hellerup, Denmark

implementconsultinggroup.dk

Phone: +45 4586 7900

Email: info@implement.dk

CVR: 32767788

BANK: Danske Bank



Afdeling: Økonomi og Planlægning

Dato: 10. februar 2023

Udarbejdet af:

E-mail: Alice.Lund.Riis-Hoegh@rsyd.dk

Telefon: 2924 9421

Evaluering: Afprøvning af fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien – Sundhedsstyrelsen

Pixiversion

Som afslutning på projektperioden 2018-2021 for satspuljeprojektet Fremskudt funktion gennemførte konsulentfirmaet Implement en nationalevaluering af de 6 projekter.

Evalueringen finder seks fremskudt funktion indsatser, som viser gode resultater:

- Faste sparringsmøder (Region Syddanmark, Region Nordjylland, Region Midtjylland)
- Styrkede netværksmøder (Region Syddanmark, Region Nordjylland)
- Standardiserede indsatsforløb (herunder lettere manualbaseret behandling) (Region Hovedstaden og Region Midtjylland)
- Psykiatrien i frivillig forening (Headspace, Region Sjælland)
- Tværsektoriel enhed (Bakkehuset, Region Sjælland)
- Kompetenceudvikling målrettet forældre (Region Syddanmark og Region Hovedstaden)

Alle ovennævnte indsatser giver - i varierende grad:

- En tidligere indsats
- En mindre indgribende indsats, som er integreret i børn og unges hverdagsliv
- Forældrene oplever at deres barn bliver hjulpet og at de bliver bedre klædt på til at støtte deres barn

På tværs af næsten alle projekterne har der været fokus på generel opkvalificering af kommunalt personale, og der peges entydigt på, at dette er gode initiativer, der er med til at sikre en bedre gensidig forståelse af vilkårene og opgaverne i de to sektorer uden behov for en anden organisering.

Konklusioner for Region Syddanmark

Det fremhæves at sparringsmøder, som flere regioner har haft som en bærende del af deres Fremskudt funktion medfører mindre indgribende indsats og at indsatsen i højere grad integreres i nærmiljøet.

I Region Syddanmark har forældre deltaget på de tværsektorielle sparringsmøder, hvilket opleves som meningsfuldt for såvel forældre som professionelle i forhold til at sikre gennemsigtighed, helhedsorientering og involvering af forældrenes perspektiv i sagen. I forbindelse med sparringsmøder har Region Syddanmark indarbejdet muligheden for, at de regionale medarbejdere kan tilbyde kortere rådgivningsforløb til forældre i sager, indtil det videre forløb er afklaret. Dette opleves meningsfuldt og værdiskabende for kommunerne og for de interviewede familier.

Som det eneste sted har der i Region Syddanmark også været fællessektoriel støtte og vejledning efter sparringsmøderne – direkte indsatser – hvor kommunale medarbejdere og



regionale medarbejdere yder selve indsatsen til barnet, den unge og eventuelt forældre i tæt samarbejde. Et sådant samarbejde understøtter således også en helhedsorienteret tilgang i såvel problemforståelse som intervention.

Lovmæssige udfordringer

Evalueringen peger på de udfordringer der er i sundhedsloven i forhold til at arbejde forebyggende og tværsektorielt og at de forskellige regioner ikke har været enige i de juridiske rammer for indsatserne. I evalueringen adresseres behovet for en tydeliggørelse af reglerne og at der ses på et behov for en revidering af loven.

Almen praksis

Der har været begrænset data på indsatsen om almen praksis, hvorfor evalueringen ikke kan sige noget om dette i Region Syddanmark.

I Region Midtjylland er der forsøgt med en elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunen, dog uden positive resultater.

Erfaringer fra de andre regioner

Standardiserede indsatsforløb

Både Region Midtjylland og Region Hovedstaden har arbejdet med standardiserede indsatsforløb, herunder lettere manualbaseret behandlingstilbud. Evalueringen viser at der er gode erfaringer med dem, især den systematiserede tilgang og den lettere adgang til igangsættelse af en indsats har været helt afgørende.

Evalueringen har ikke forholdt sig det behandlingsmæssige indhold og som det påpeges kender man endnu ikke til den langvarige effekt af indsatserne. Her bliver det afgørende, om det også på længere sigt betyder, at børn og familie kan undgå behov for kontakt med det børne- og ungdomspsykiatriske system.

Kommunerne med lettere behandlingsprogrammer har fået en mere nuanceret tilbudsvifte, og det betyder at kommunerne har bedre mulighed for at sætte måltrettet ind med en mindre indgribende indsats.

I nogle kommuner er de lettere behandlingstilbud blevet tilbudt til børn og familier der venter på et behandlingstilbud i psykiatrien, hermed har man undgået at situationen forværres i ventetiden.

Der er generel stor tilfredshed blandt forældrene, de oplever at have fået relevant vejledning og nye værktøjer til at støtte deres børn. Det har været trygt at der har været en gennemgående tovholder.

Da de lettere behandlingstilbud har været manuelt baseret, har de meget faste kriterier for målgruppen. Det har af flere fagprofessionelle i og udenfor programmerne oplevet som en meget smal målgruppe, hvilket i praksis har medført frustration over, at det ikke er muligt at tilbyde et barn en indsats, som vurderes effektiv, fordi barnet faldt udenfor inklusionskravene.

Erfaringen er at der bør være familieinddragelse og individuelle samtaler som led i den lettere behandling, og at programmerne virker bedst, hvis der også gives opbyggende støtte i barnets hverdagsmiljø.



I de fleste programmer skal familien og børn selv henvende sig for at få hjælp, og det har betydet, at det ofte vil være de mere ressourcerstærke familier, der får gavn af tilbuddet. På trods af det øgede fokus på opsporing, er det stadig vanskeligt at opspore unge med selvskaade og spiseforstyrrelse, da det ikke nødvendigvis kommer til udtryk i skolen. Der har været stor variation i hvilken lovgivning de standardiserede programmer er blevet tolket som. Nogle har tolket indsatsen som en specialpædagogisk støtte, jf. folkeskoleloven, hvor andre har opfattet forløbene som § 11 stk. 3-forløb, jf. serviceloven. Flere peger på, at opgaven ikke med den nuværende lovgivning kan forankres i PPR, da der ikke her er baggrund for at tilbyde egentlig individuel behandling.

Tværasektoriel enhed

I Region Sjælland har man opbygget en selvstændig organisatorisk enhed, Bakkehuset, med egen ledelse og finansiering. Enheden har hverken visitationskompetence til kommunal eller psykiatrisk behandling.

Målgruppen er børn, der er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Bakkehuset tilbyder som udgangspunkt et forløb indtil der er etableret en stabil anden relevant indsats. Alle børn/unge får tildelt en fast kontaktperson i den tværasektorielle enhed, og den løbende kontakt med familierne består af familiernes fremmøde i enheden, støttende samtaler, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg. Den faste kontakt er med til at skabe ro omkring familien og sikre overblik og en rød tråd i forløbet på et tidspunkt, hvor mange familier oplever kaos og usikkerhed. Det bliver samtidig fra såvel medarbejdere som familie fremhævet, at netop den stabile kontakt og den lette adgang til støtte er afgørende for indsatsen i Bakkehuset, fordi familierne oplever, at der er nogen, der hører dem og står sammen med dem, for at skabe klarhed og finde den rigtige vej for deres barn eller unge menneske.

I Bakkehuset er medarbejderne formelt ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, og der er repræsenteret medarbejdere med meget forskellige baggrunde. Medarbejderne med kommunal baggrund er socialrådgivere, som samtidig har en deltidsstilling som sagsbehandler i den kommune, de er frikøbt fra.

Organiseringen med delestillinger understøtter bedre sammenhængende borgerforløb og sikrer, at grænsefladerne mellem sektorer bliver mindre skarpe og mindre komplicerede. Evalueringen viser at enheden nok nærmere kan ses som en brobygger mellem sektorer, frem for en egentlig tværasektoriel aktør, da der ikke er bevillingsmyndighed eller direkte visitering.

Henvisninger

Tendensen i stigning i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien ses i hele landet.

Andelen af henvisninger, som bliver afvist, ligger for alle regionerne på gennemsnitligt 30% i perioden (2018-2021) og er faldet en smule gennem perioden i alle regionerne undtagen Region Syddanmark, hvor der ses en lille stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist.



Ses der specifikt på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, ses det at der fra 2018 til 2021 er en mindre stigning eller stagnation for Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens der for Region Sjælland er tale om en markant stigning. I Region Nordjylland ses der som den eneste region et fald i andelen af afviste henvisninger fra kommuner.

I Region Nordjylland ses det, at faldet i andelen af afviste henvisninger fra kommunerne netop er størst i de kommuner, der har haft den største grad af projektaktivitet. Dette kan indikere, at der kan være en sammenhæng mellem aktiviteterne indført med projektet og en udvikling i retning af "bedre" henvisninger. Resultatet skal dog tolkes med forbehold, da der også i Region Nordjylland har været en praksis, hvor sager, der har været drøftet i de tværsektorielle fora, ikke afvises i psykiatrien.

På baggrund af det tilgængelige data kan det konkluderes, at de afprøvede fremskudte funktioner ikke i sig selv har påvirket udviklingen i en så høj grad, at dette kan ses i antallet af henvisninger og andelen af afviste henvisninger. Undtagelsen er udviklingen i Region Nordjylland, hvor der ses det største fald i andelen af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i netop de kommuner der (i forhold til indbyggertallet) har anvendt tværsektorielle sparringsfora og netværksmøder mest. Dette kan indikere, at de fremskudte funktioner i Region Nordjylland har en mulig positiv påvirkning på henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

Matrikelløse indsatser på det mest specialiserede socialområde

Afdækning, designtræk og
screeningsparametre

Marts 2023

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.sbst.dk

Indhold udarbejdet af Komponent
for Social- og Boligstyrelsen.
Udgivet marts 2023

Download eller se rapporten på
www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

ISBN: 978-87-94371-54-4

Indhold

Indhold	2
Formål og opsummering	4
Baggrund og formål	4
Opsummering af centrale punkter i afdækningen	4
Hvorfor bliver indsatserne matrikelløse	4
Centrale designtræk i en matrikelløs indsats	4
Input til NATKOs tilbudsscreening.....	5
Metode og dataindsamling	6
Del 1: Beskrivelse og kendetegn.....	8
Hvad er højt specialiserede matrikelløse indsatser?.....	8
Kendetegn ved målgrupperne på børne- og ungeområdet.....	10
Kendetegn ved indsatserne på børne- og ungeområdet	12
Hvorfor matrikelløse indsatser.....	12
Kendetegn ved højt specialiserede matrikelløseindsatser	12
Konkrete eksempler på højt specialiserede matrikelløse indsatser	13
Kendetegn ved målgrupperne på voksenområdet	20
Kendetegn ved indsatserne på voksenområdet.....	20
Hvorfor matrikelløse indsatser.....	20
Kendetegn ved højt specialiserede matrikelløse indsatser	21
Konkrete eksempler på højt specialiserede matrikelløse indsatser	22
Kommunernes vurdering af rammerne for at levere matrikelløse indsatser på et højt specialiseret niveau	32
Væsentlige kriterier for højt specialiserede matrikelløse indsatser	33
Del 2: Designtræk i højt specialiserede matrikelløse indsatser	36
Hvorfor – årsagerne til at indsatsen bliver matrikelløs	36
Borgerens/familiens ønske	36
Rehabiliterende og forebyggende grundtanke om inklusion i almenområdet	37
Borgeren har behov, som er vanskelige at imødekomme i et matrikelfast socialt tilbud	37
Generelle designtræk - indhold i indsatser.....	37
Designtræk i forhold til forskellige målgrupper	38
Forslag til supplerende parametre i national koordinationsstrukturens tilbudsscreening	40
Særlige karakteristika inden for de fire eksisterende screeningsparametre	41

Særlige karakteristika som peger på et nyt screeningsparameter	42
Øvrige opmærksomhedspunkter i forhold til matrikelløse indsatser	43
Bilag	44
Forberedelse til interview	44
Målgruppen.....	44
Definition af matrikelløse indsatser	46
Hvordan kan I forberede jer til interviewet.....	46

Formål og opsummering

Baggrund og formål

Der er et meget begrænset overblik over og viden om matrikelløse indsatser på det mest specialiserede socialområde i Danmark. Der er derfor behov for et større indblik i, hvad der særligt kendetegner højt specialiserede matrikelløse indsatser, og om disse særlige kendetegn peger på et behov for at justere og supplere den nationale koordinationsstrukturens (NATKO) tilbudsscreeningsmodel. Ambitionen med afdækningen er ikke på nuværende tidspunkt at få et fuldt dækkende overblik over højt specialiserede matrikelløse indsatser, men at indlede dataindsamlingen.

Formålet med afdækningen er at beskrive, hvilke generiske kendetegn der i sammenhæng kan udgøre en højt specialiseret matrikelløs indsats. Afdækningen skal give et billede af, hvad der karakteriserer indsatserne og de målgrupper, de er rettet imod. Endelig skal det indhentede datamateriale vurderes i sammenhæng med NATKOs tilbudsscreeningsmodel.

På baggrund af dataindsamlingen skal der gives bud på forskellige typer af højt specialiserede matrikelløse indsatser og gives anbefalinger til parametre, som kan supplere NATKOs tilbudsscreeningsmodel med afsæt i de fire specialiseringsparametre, som NATKO har udviklet.

Rapporten er opdelt i to dele.

Den første del beskriver det datamateriale vedr. målgrupper og kendetegn ved matrikelløse indsatser, som er indsamlet i kommunerne. Den anden del beskriver generiske designtræk ved matrikelløse indsatser og stiller forslag til supplerende parametre i NATKOs tilbudsscreening.

Rapportens del 1 afdækker således observationerne fra dataindsamlingen i kommunerne, mens del 2 udleder en række generiske træk til kvalificering af NATKOs tilbudsscreeningsmodel.

Opsummering af centrale punkter i afdækningen

Hvorfor bliver indsatserne matrikelløse

Afdækningen viser, at der er tre væsentlige årsager til, at indsatserne bliver matrikelløse.

Borgerens ønske om at blive i nærmiljøet tæt på sit netværk er den væsentligste grund. Det understøttes af kommunernes ambition om at arbejde forebyggende og rehabiliterende og så vidt muligt sikre, at borgerne kan få et liv tæt på netværk, skole m.m. Endelig er der, ifølge kommunerne, mange borgere med komplekse behov, som ikke kan rummes i matrikelfaste tilbud. De kan fx have svært ved at indgå i en social kontekst, fordi de har en adfærd, som er udfordrende for andre beboere, eller de kan selv blive voldsomt belastede af at leve tæt på andre. Når matrikelfaste tilbud ikke kan imødekomme borgernes behov, er det nødvendigt at etablere matrikelløse indsatser.

Centrale designtræk i en matrikelløs indsats

De matrikelløse indsatser består af et netværk af indsatser, som er bygget op som et stillads rundt om den enkelte borger. Indsatserne i netværket forandrer sig efter udviklingen i borgernes behov. Den matrikelløse indsats er typisk sammensat af flerfaglige specialiserede, højt specialiserede og almene ydelser. Sættningen af indsatserne i stilladset rundt om borgerne varierer. Borgere med et højt funktionsniveau har ikke brug for den samme sættning af indsatser, som borgere med komplekse udfordringer. Den højt

specialiserede del af indsatsen, som er direkte rettet mod borgeren, udgør typisk kun en delmængde af netværksstrukturen og er ofte periodevis. Den leveres i borgernes hjem, eller borgerne modtager ydelsen hos leverandøren i et afgrænset tidsrum. De alm. specialiserede og almene ydelser i netværket udgør ofte den primære støttende indsats i hverdagen. Det kan være i form af socialpædagogisk støtte, familieindsatser, sundhedsindsatser (medicin, fysioterapi), støtte i skolen m.v.

For, at en matrikelløs indsats kan siges at være højt specialiseret, skal der indgå et højt specialiseret element i netværksstrukturen. Den højt specialiserede leverandør bidrager med en ydelse rettet direkte mod borgeren og kan rådgive eller opkvalificere medarbejdere, der varetager den del af den daglige indsats, som per definition ikke er højt specialiseret.

Input til NATKOs tilbudsscreening

Når indsatsen bliver matrikelløs ændres behovene i forhold til det højt specialiserede element i indsatsen. De fire eksisterende screeningsparametre (aktiv praksis, kompetencer, samarbejdsformer og vidensdistribution) er stadig relevante i en matrikelløs kontekst, men afdækning har vist, at der er supplerende behov.

Det kræver en særlig faglighed at udøve den højt specialiserede ekspertise i en flerfaglig indsats, hvor den højt specialiserede ydelse udgør en mindre del af den samlede indsats. Det højt specialiserede element i indsatsen skal i højere grad integreres og spille sammen med de øvrige indsatser. Afdækningen har fx vist, at de øvrige delindsatser ofte er afhængige af vidensoverførsel og kompetenceudvikling fra den højt specialiserede leverandør, så borgerens højt specialiserede behov også kan imødekommes i den daglige indsats.

Nye kriterier inden for de eksisterende screeningsparametre

Afdækningen peger på nye kriterier ift. at opbygge erfaring og faglig ekspertise i en **aktiv praksis**. Når den højt specialiserede del af indsatsen ikke er matrikelfast, er det væsentligt, hvordan leverandøren af delindsatsen er hængt op på en "moderorganisation", der kan sikre et fagligt miljø og et tilstrækkeligt flow af borgersager. Der er også brug for at opbygge et fagligt miljø i den daglige indsats rundt om borgeren. Derfor er det væsentligt, hvordan leverandøren overfører sin "aktive praksis" til de øvrige indsatser i netværket af ikke-højt specialiserede indsatser.

Der er også afdækket nye behov for **kompetencer** ift. uddannelse og praksisviden hos leverandørerne af højt specialiserede indsatser. Relationen til borgeren får en anden karakter, når indsatsen ikke gives i en matrikelfast ramme. Det kræver også særlige relationelle kompetencer at praktisere tværfagligt samarbejde i netværket af indsatser rundt om borgeren. De relationelle kompetencer er derfor centrale for de medarbejdere, der skal levere højt specialiserede matrikelløse indsatser.

Samarbejdsformerne skifter karakter, når indsatsen bliver matrikelløs. Når borgeren ikke er forankret i et højt specialiseret matrikelfast tilbud, er der et større behov for at sikre koordination og samspil mellem indsatserne i netværkskonstruktionen, så borgerens indsatsbehov dækkes. I et netværk af flerfaglige leverandører er en klar rolle- og ansvarsfordeling afgørende for at skabe en sammenhængende indsats. Det er derfor relevant at skærpe kravene til leverandøren om at indgå i et relevant forpligtende og formaliseret samarbejde, hvor roller og ansvar mellem leverandørerne på tværs af faggrupper og sektorer fastsættes afhængigt af borgernes behov.

Endelig er der behov for andre former for **vidensdistribution** i en matrikelløs indsats. De relevante metoder og teknikker i den højt specialiserede indsats skal videregives til andre leverandører i netværket. I nogle tilfælde er det nok, at leverandøren har en rådgivende rolle. I

andre tilfælde er det nødvendigt at supervisere og træne metoder og teknikker ude hos borgeren sammen med de medarbejdere, der skal varetage den daglige indsats. Et supplerende kriterie til vidensdistribution i en matrikelløs kontekst kan derfor inkludere overførsel af viden via didaktiske og pædagogiske metoder.

Nyt supplerende screeningsparameter

De højt specialiserede indsatsers **tilgængelighed** er afgørende for, om borgeren har adgang til den nødvendige ekspertise. Afdækningen viser, at geografisk afstand er en barriere. Borgere, der bor langt fra de store byer er ofte ekskluderede fra de højt specialiserede indsatser. Der er derfor behov for at indarbejde en vis grad af mobilitet som et kriterie i tilbudsscreeningen. Afdækningen viser også, at tilgængelighed i form af fleksibilitet og rummelighed i indsatserne er afgørende, hvis borgere med komplekse problemer skal sikres adgang til den højt specialiseret ekspertise. Materialet viser, at kombinationerne af borgernes udfordringer er mangfoldige. Det betyder, at borgerne ofte ikke passer ind i de veldefinerede målgrupper. Der er derfor behov for at indarbejde et kriterie om fleksibilitet og rummelighed i tilbudsscreeningen, fordi borgene i de matrikelløse indsatser typisk har et bredt spektrum af udfordringer.

Metode og dataindsamling

Der er gennemført en kort foranalyse for at sikre kvalificering af den kortlægningsramme, som efterfølgende er brugt til at afdække kommunernes brug af højt specialiserede matrikelløse indsatser. Her blev der gennemført interviews med to kommuner om både børne- og voksenområdet, Region Midtjylland, Selveje Danmark samt Dansk Blindesamfund.

Der er efterfølgende gennemført interviews med syv kommuner. Heraf to kommuner, hvor både voksen- og børneområdet er repræsenteret, tre kommuner på voksenområdet og to kommuner på børneområdet. Der er sikret repræsentation ift. geografisk spredning (alle regioner er repræsenteret samt kommuner med forskellig befolkningstæthed). De udvalgte kommuner er dog ikke repræsentative for hele landet.

De syv kommuner modtog et forberedelsesskema med en spørgeramme, en beskrivelse af, hvilke målgrupper der kan være omfattet af højt specialiserede indsatser samt en definition af matrikelløse indsatser (se bilag). Det var ikke en del af analyserammen, at kommunerne skulle foretage en systematisk gennemgang af deres indsatser for personer i de 35 målgrupper, som er omfattet af NATKO. Den indsamlede viden bygger dermed på kommunernes screening af, hvad de oplever som eksempler på højt specialiserede matrikelløse indsatser.

For at kvalificere og supplere data fra bidragsyderne blev der gennemført en valideringsworkshop med deltagelse af Region Hovedstaden samt direktører fra det kommunale socialområde, som i forvejen sidder i et nationalt koordinationsforum og derfor kender konteksten for afdækningen.

Dataindsamlingen afspejler de udvalgte kommuners billede af, hvilke behov hos borgerne som er komplekse og sjældne, og hvilke indsatser, de umiddelbart vurderer, er højt specialiserede. Foranalysen viste, at kommunerne bedst kan beskrive højt specialiserede matrikelløse indsatser via konkrete borgerforløb. I det indsamlede materiale kommer borgerperspektivet derfor før tilbudsperspektivet.

Kommunerne har per definition ikke mange sager på det mest specialiserede socialområde, og det har derfor vist sig at være svært for de deltagende kommuner præcist at afgrænse målgruppen for de højt specialiserede matrikelløse indsatser, selvom de har haft et forberedelsesskema. I dataindsamlingen er der spurgt ind til, hvordan kommunerne arbejder med højt specialiserede indsatser. Det er væsentligt at være opmærksom på, at kommunernes

forståelse af 'højt specialiseret' ikke nødvendigvis flugter en til en med NATKOs specialiseringsparametre. Kortlægningen bygger dermed på en begrænset dataindsamling, og giver derfor ikke et fuldstændigt billede af kendetegn for højt specialiserede matrikelløse indsatser - men tegner et tydeligt billede af, hvordan kommunerne arbejder netværksorienteret med matrikelløse indsatser.

Del 1: Beskrivelse og kendetegn

Denne første del af afdækningen indeholder en præsentation af dataindsamlingen i kommunerne. Formålet er at give et billede af:

- Hvad der er de særlige problemstillinger og behov **hos målgruppen**
- Hvad der er de typiske kendetegn i de matrikelløse **indsatser**, som iværksættes
- Hvilke rammer, der ifølge kommunerne skal være til stede, hvis en højt specialiseret indsats skal leveres matrikelløst.

I denne første del af rapporten kortlægges de fund, som er indsamlet i de ni kommuner med fokus på:

- En introduktion, som beskriver rammen for afdækningen
- En generel beskrivelse af kendetegn for målgrupperne og indsatserne for børn og unge under 18 år. Herunder konkrete cases, som illustrerer udfordringerne og kompleksiteten i indsatserne
- En generel beskrivelse af kendetegn for målgrupperne og indsatserne for voksne, som også illustreres via konkrete cases
- En beskrivelse af, hvilke rammer kommunerne vurderer skal være til stede, for at en højt specialiseret indsats kan leveres matrikelløst.

Hvad er højt specialiserede matrikelløse indsatser?

Kortlægningen har taget udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens definition af målgrupper med behov for højt specialiserede indsatser samt styrelsens definition af matrikelløse indsatser. De præsenteres nedenfor:

Den overordnede definition på **målgrupper med behov** for højt specialiserede indsatser er:

Personer med meget komplekse eller sjældent forekommende behov. Udvikling og opretholdelse af indsatserne vil derfor typisk kræve særlige faglige kompetencer samt national koordinering og planlægning på tværs af kommuner og regioner.

Definitionen på **matrikelløse indsatser** er:

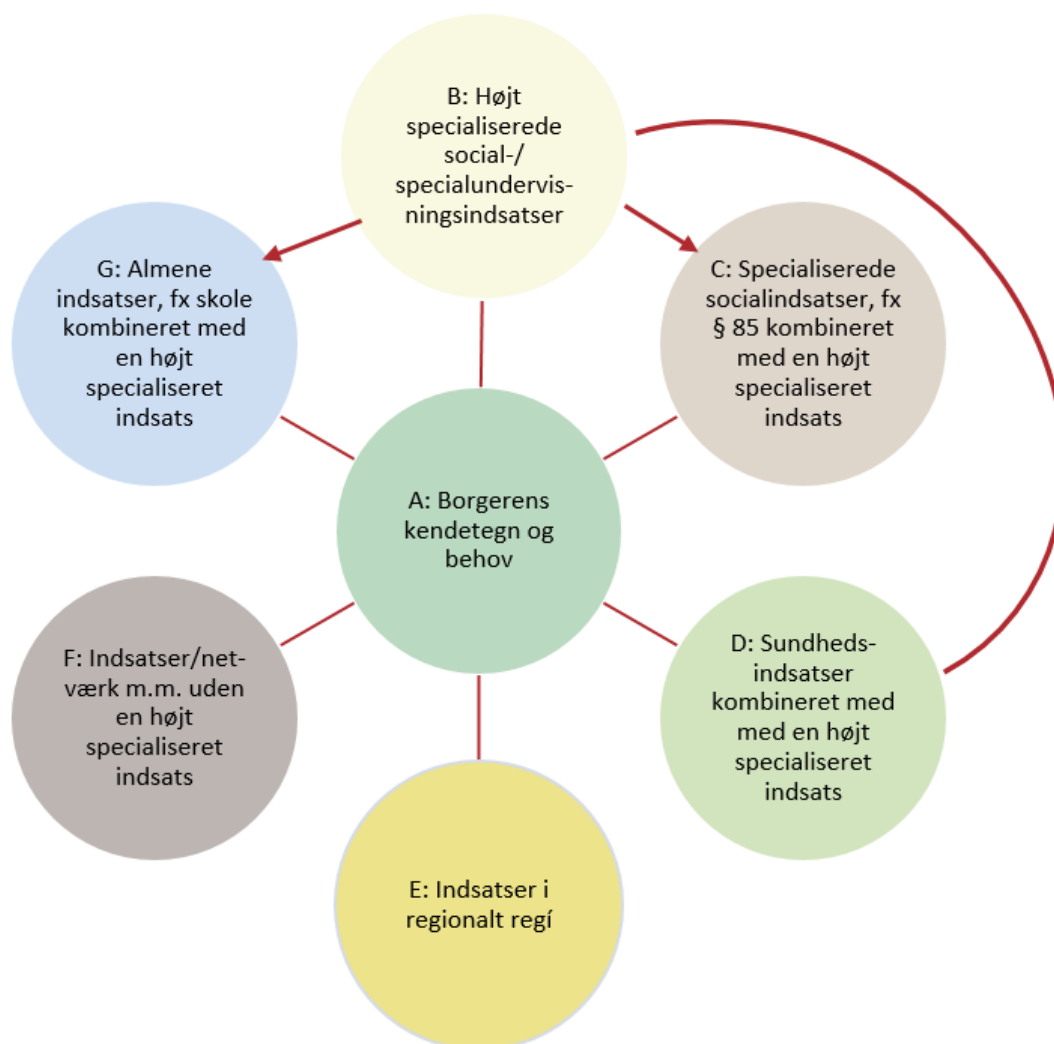
- Barnet, den unge eller voksne har ikke fast bopæl hos leverandøren
- Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandører af indsatsen
- Indsatsen har hjemmel i serviceloven eller i lov om specialundervisning for voksne
- Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte.

Afdækningen har ikke givet anledning til at foreslå ændringer i de overordnede definitioner af henholdsvis målgrupper med behov for højt specialiserede indsatser samt matrikelløse indsatser. Den vigtigste iagttagelse er, at betegnelsen "matrikelløse indsatser" ikke umiddelbart skaber et genkendeligt billede i kommunerne. Kommunerne har fx kun fundet eksempler, hvor borgerne bor i eget hjem. Der er dog ikke fundet alternative betegnelser, som er mere

dækkende. Kommunerne bruger selv betegnelser som ambulante socialindsatser, hybride netværksindsatser og mobile socialindsatser.

Vi har, som beskrevet under metode, taget det afsæt, at kommunerne bedst kan beskrive højt specialiserede matrikelløse indsatser ved at illustrere dem via konkrete borgerforløb. Afdækningen har vist, at det primære kendetegn ved en specialiseret matrikelløs indsats er, at den er sammensat af en række indsatser til den enkelte borger for at matche dennes komplekse behov. Den bedste måde at illustrere de højt specialiserede matrikelløse indsatser er via netværkskort. Et typisk simplificeret netværkskort er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 1



Uddybende forklaring af figuren:

- Cirkel A i midten af figuren: borgerens kendetegn og behov.
- Cirkel B: Den højt specialiserede del af den matrikelløse indsats givet efter serviceloven og/eller specialundervisningslovgivningen. Den højt specialiserede leverandør bidrager med ydelser rettet direkte mod borgeren (som defineret i specialebeskrivelserne). Afdækningen viser også, at den højt specialiserede leverandør kan rådgive eller

opkvalificere medarbejdere, der varetager den daglige indsats, som ikke per definition er højt specialiseret.

- Cirkel C: Den øvrige del af indsatsen efter serviceloven eller specialundervisningslovgivningen, som kan varetages af en bredere medarbejdergruppe, evt. med rådgivning fra specialist til at matche borgerens behov.
- Cirkel D: Den del af indsatsen, som består af ydelser efter sundhedsloven (fx sundhedspleje, fysioterapi, medicin mv.) evt. med rådgivning fra specialist til at matche borgerens behov.
- Cirkel E: Indsatser efter sundhedsloven i regionalt regi. Her er primært tale om indsatser i psykiatrien, men der er også eksempler på bistand fra andre regionale sundhedsteams.
- Cirkel F: Den almene del af indsatsen. Det kan fx være folkeskole, uddannelse og arbejdsmarked, evt. med rådgivning fra specialist til at matche borgerens behov.
- Cirkel G: indsatser og netværk, som ikke kræver særlige kompetencer, herunder fx familie, fritid mv.

De røde pile viser, hvordan den højt specialiserede indsats spiller sammen med de øvrige indsatser. Det kan både ske gennem tæt koordination af den højt specialiserede indsats med øvrige indsatser eller som led i en højt specialiseret konsultativ rolle ift. at rådgive og kompetenceopbygge de medarbejdere, der skal udføre indsatsen lokalt til borgere med sjældne eller komplekse behov.

I afdækningen er en højt specialiseret matrikelløs indsats således typisk et netværk af indsatser målrettet en borger, der bor i eget hjem. Kommunernes cases repræsenterer borgere, hvor barnet/den unge eller voksne bor med sin familie, i en plejefamilie eller i eget hjem. I forundersøgelsen var der også eksempler på borgere, som modtager højt specialiserede matrikelløse indsatser i sociale tilbud. Præmissen for de højt specialiserede matrikelløse indsatser er dermed, at de etableres i sammenhæng med, hvor borgeren bor.

Som allerede nævnt kan de højt specialiserede matrikelløse indsatser være organiseret på forskellig vis. De kan enten leveres af en højt specialiseret leverandør, som leverer konkrete ydelser, fx måltidsstøtte til borgere med svære spiseforstyrrelser, støtte til rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade, udredning af særlige behov ved sjældne handicap mv. Den borgerrettede indsats kan være indledende, enkeltstående, hyppig eller periodevis.

I flere af de cases, som vi har indsamlet fra kommunerne, spiller de højt specialiserede leverandører også en væsentlig rolle i at bistå med rådgivning og opkvalificering af de kommunale medarbejdere. Det kan fx være kommunale medarbejdere, som skal overtage opgaven med at yde måltidsstøtte til borgere med svære spiseforstyrrelser eller et videnscenter, som giver rådgivning til det team af medarbejdere, som løser opgaverne i hjemmet hos en borger med en sjælden eller kompleks problemstilling.

Der er tydelige forskellige kendetegn for målgruppen af børn og unge under 18 år og målgruppen af voksne i datamaterialet. Derfor er beskrivelserne af kendetegnene for målgruppen nedenfor opdelt på børn og unge samt voksne.

Kendetegn ved målgrupperne på børne- og ungeområdet

Højt specialiserede indsatser for børn og unge er typisk matrikelløse. Hvis familien (eller plejefamilien) har ressourcer til, at barnet/den unges højt specialiserede behov kan varetages med udgangspunkt i hjemmet, stiller kommunen det nødvendige indsatsstillads op omkring

familien. Forældreevne og tilknytning til forældrene er som udgangspunkt afgørende på børne- og ungeområdet, hvor der er fokus på at yde støtte til, at barnet eller den unge "kan opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende", jf. SEL § 46 stk. 1.

På børne- og ungeområdet er der også en særlig forpligtelse til at gribe ind ved særlige behov, selvom familien ikke ønsker hjælp. Dog skal barnets eller den unges vanskeligheder så vidt muligt løses i samarbejde med familien og med familiens medvirken, jf. SEL § 46 stk. 3.

Særlige kendetegn for målgruppen på børne- og ungeområdet er derfor, at indsatsen ofte leveres i form af støtte til den samlede familie, ud fra barnets/den unges behov og med udgangspunkt i at understøtte bl.a. barnets/den unges udvikling, sundhed og familiemæssige relationer. Hertil har kommunen et særligt ansvar, jf. SEL § 46.

I kortlægningen er der følgende karakteristika på børn og unge, som udpeges til at have sjældne eller komplekse behov:

- Unge med svære spiseforstyrrelser eller anden selvskadende adfærd kombineret med udviklingsforstyrrelser/psykiatriske diagnoser
- Unge med psykiatriske diagnoser og stofmisbrug
- Børn og unge med skader efter seksuelt misbrug
- Børn med udviklingsforstyrrelser kombineret med lav IQ eller tilknytningsforstyrrelser
- Omsorgssvigtede unge, herunder tidligere anbragte med uhensigtsmæssig adfærd, fx misbrug og kriminalitet kombineret med fx en udviklingsforstyrrelse
- Adoptivbørn med svære udfordringer, hvor det kan være svært at afgøre, hvad årsagen er (tidligt omsorgssvigt, vold og/eller seksuelt misbrug, tilknytningsforstyrrelse, medfødt nedsat funktionsniveau mm)
- Børn og unge, som er under udredning/er udredt i børne- og ungepsykiatrien og bl.a. har svære belastningsreaktioner, tilknytningsforstyrrelser, angst m.v., hvor man må forvente en øget risiko for, at nogle af disse børn og unge i voksenlivet vil blive diagnosticeret med alvorlige psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser
- Børn og unge i familier, hvor forældrene ikke alene tilstrækkeligt kan imødekomme barnets behov, hvorfor der er behov for en indsats, der kan defineres som højt specialiseret. Det er kompleksiteten i kombinationen mellem barnet/den unges behov og familiens udfordringer, som skaber behovet for en indsats, som kommunerne definerer som højt specialiseret. Der gives flere eksempler på, at opvækstbetingelser og manglende forældrekompetencer kan komplicere indsatsen
- Børn med handicap kombineret med psykiske udfordringer
- Børn med svære multiple funktionsnedsættelser.

De beskrevne karakteristika ovenfor viser, at det især er børnesager med høj grad af kompleksitet, som fylder, når kommunerne skal give eksempler på, hvad de oplever som højt specialiserede indsatser. Kommunerne har også børnesager, hvor barnet eller den unge har et sjældent handicap, men de vurderes ikke på samme vis at være vanskelige at håndtere af kommunerne, når først barnet/den unge er udredt og har fået bevilliget en indsats. Disse tilbud kan også indeholde højt specialiserede matrikelløse indsatser. Et eksempel kan være børn/unge med synsnedsættelse, som med den nødvendige støtte kan gå i en almen skole.

Kendetegn ved indsatserne på børne- og ungeområdet

Hvorfor matrikelløse indsatser

Datagrundlaget viser, at der primært er tre grunde til, at indsatserne er matrikelløse.

Den primære grund til, at indsatserne tilbydes som matrikelløse er, at familien ofte har et stærkt ønske om, at barnet eller den unge skal blive i hjemmet. I forlængelse heraf peger flere af kommunerne i afdækningen på, at de har en målsætning om at sikre en opvækst så tæt på det normale som muligt. Nogle kommuner har derfor valgt at prioritere en meget omfattende støtte til familierne. Erfaringen er, at det er nemmere at fastholde barnet i skole og væsentlige fællesskaber, hvis de bor hjemme eller i en plejefamilie i lokalområdet. De matrikelløse indsatser kan tilrettelægges fleksibelt, så de møder barnets og familiens særlige behov.

Kommunerne baserer sig ofte på indsatsrampen, hvor der er stor opmærksomhed på at arbejde med tidlige og forebyggende indsatser¹. Når den forebyggende indsats opprioriteres, leder det til, at der i højere grad bruges matrikelløse indsatser.

Endelig er der flere eksempler på børn og unge med komplekse behov, som også kommer fra socialt udsatte familier. Disse børn og unge har skiftet anbringelsessted flere gange forud for, at indsatsen bliver matrikelløs. Som et alternativ til anbringelse iværksættes støtte til familien. Modstanden og konfliktniveauet i anbringelsen har i disse cases betydet, at det ikke har været muligt at skabe udvikling for barnet. Der er derfor eksempler på, at der etableres massive matrikelløse indsatser i hjem, hvor forældrenes ressourcer til at varetage omsorgen for barnet er reduceret.

Kendetegn ved højt specialiserede matrikelløse indsatser

De særlige kendetegn for matrikelløse indsatser, som denne afdækning finder på børne- og ungeområdet, er deres helhedsorienterede og tværfaglige karakter. Nogle kommuner betegner det som et stillads, der sættes op rundt om familien. Andre kommuner beskriver, at de udarbejder en 24/7-plan, hvor alle behov, både de højt specialiserede, de specialiserede og de almene, kortlægges og koordineres. Der indgår dermed flere tilbud/delindsatser i den ofte tværfaglige indsats rundt om familien eller den unge. Den højt specialiserede indsats udgør således kun en delmængde i de indsatser, som er afdækket i forbindelse med denne kortlægning.

I de fleste af de kommunale beskrivelser af matrikelløse indsatser er der et konsultativt element i den del af indsatsen, som (set med kommunernes øjne) er forankret hos en højt specialiseret leverandør. VISO har en helt særlig rolle her, idet VISO ofte bidrager med en koordinerende, kompetenceopbyggende og rådgivende rolle i opstartsfasen for de medarbejdere, der skal varetage indsatsen rundt om familien og den unge. Det kan både være myndighed, det socialpædagogiske personale, herunder familiebehandlere samt det sundhedsfaglige personale, skolelærere mv., der modtager rådgivning eller opkvalificering. VISO bruges således ofte som led i udarbejdelsen af den lovpligtige børnefaglige undersøgelse (BFU), jf. SEL § 50 og handleplan, jf. SEL § 140.

I afdækningen er kommunerne blevet spurgt til, hvilke leverandører, de har gjort brug af til børn og unge med meget komplekse eller sjældne behov. Her peger de fx på Center for

¹ Læs mere om indsatsrampen på Socialstyrelsens hjemmeside sbst.dk: <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/om-socialstyrelsens-viden/redskaber-til-styring-og-udvikling/noegletalsredskaber-og-indsatsrætter>

Spiseforstyrrelse, Elsass Fonden, Epilepsihospitalet Filadelfia, Platangården, Taleinstituttet og Hjerneskadecenter Nordjylland. Dette udsnit er på ingen måde dækkende for, hvad der findes af tilbud på landsplan – men blot disse få eksempler tegner et billede af, at kommunerne søger bistand til en bred vifte af komplekse og sjældne problemstillinger.

Der er typisk en række social- og sundhedsfaglige elementer i de matrikelløse indsatser:

- Der gøres ofte brug af familiebehandling.
- Aflastning tilbydes/iværksættes ofte som supplement ift. matrikelløse indsatser for børn med højt specialiserede behov. SEL § 84 benyttes, når der er behov for aflastning af forældre og SEL § 52 stk. 3 nr. 5 benyttes, når der er behov aflastning af barnet eller den unge.
- Der er ofte støtte i hjemmet, fx i form af, at familien får praktisk bistand til fx rengøring, jf. SEL § 52 stk. 3, nr. 2.
- Der er også eksempler på sundhedsfaglige indsatser i hjemmet (medicin og sundhedspleje), jf. bl.a. SUL § 120.
- PPR og skole/dagtilbud er ofte en vigtig del af indsatsen for at sikre specialpædagogiske/didaktiske elementer ift. fastholdelse i skolen.
- Kontaktpersoner, jf. SEL § 52 stk. 3, nr. 6 bruges ofte i indsatsen overfor unge.
- Ofte afholdes netværksmøder med deltagelse af alle relevante aktører og leverandører, som informationskilde ved opfølgning på indsatsen/handleplanen, jf. SEL § 70

Den regionale børne- og ungepsykiatri er ofte også inddraget i de matrikelløse indsatser. I den flerhed af udfordringer, som barnet/den unge har, er psykiske udfordringer ofte et væsentligt element. Her er det fra et kommunalt perspektiv afgørende, at der er et tæt og velkoordineret samarbejde mellem bopælskommune og børne-/ungepsykiatrien for at lykkes med den samlede indsats. Der er i denne sammenhæng eksempler på, at manglende tilgængelighed betyder, at familierne og de unge fravælger psykiatrien, eller at den unge har et misbrug eller en udviklingsforstyrrelse, der gør, at de afvises i psykiatrien. Tilgængelighed og samarbejde mellem den regionale og kommunale sektor er ikke et fokuspunkt for denne afdækning, men det er tydeligt i afdækningen, at et velkoordineret samarbejde med psykiatrien ofte i praksis vil være forudsætningen for at lykkes med de matrikelløse sociale indsatser.

Konkrete eksempler på højt specialiserede matrikelløse indsatser

Der er indsamlet en række eksempler fra kommunerne på børne- og ungeområdet. Nedenfor præsenteres eksempler fra de fem hovedmålgrupper, som NATKO benytter i sit overblik.

Fysiske funktionsnedsættelser (Kombination med andre udfordringer)

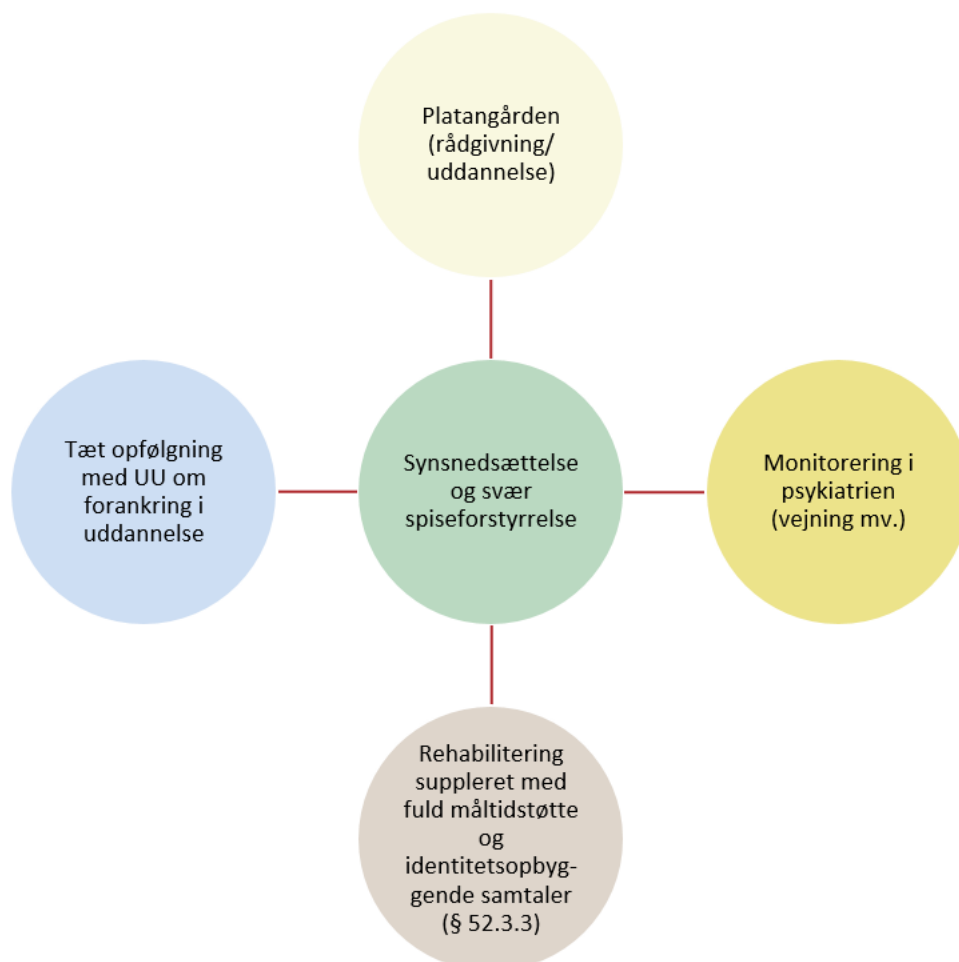
Eksempel: Ung pige med synsnedsættelse og svær spiseforstyrrelse

Barnet/den unges særlige behov: Behov for støtte ift. både synsnedsættelse og spiseforstyrrelse.

Familien/omgivelserne: Mor har en psykisk lidelse i kombination med en spiseforstyrrelse.

Kendetegn ved indsatsen: Pigen har boet på Synscenter Refsnæs. Efter nogle år på skolen blev hun indlagt med spiseforstyrrelse, der medførte, at hun skulle have yderligere hjælp på skolen. Pigen ønsker at bo på eget værelse, og samtykket til anbringelse er trukket tilbage. Hun har pga. synsnedsættelse og spiseforstyrrelse behov for støtte af større omfang. Kommunen har etableret et ambulante rehabiliteringstilbud for unge med svære spiseforstyrrelser med fuld måltidsstøtte, identitetsopbyggende samtaler m.m. Det har været muligt, fordi kommunens medarbejdere har været på et uddannelsesforløb på Platangården. Der er et tæt samarbejde med Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU-vejledning) om mulighederne for at skabe en fremtidig tilknytning til arbejdsmarkedet, og der arbejdes på at bryde den isolation og ensomhed, som pigens aktuelt er i. Pigen er tilknyttet psykiatrien

Figur 2



Intellektuel/kognitiv forstyrrelse (Kombination med andre udfordringer)

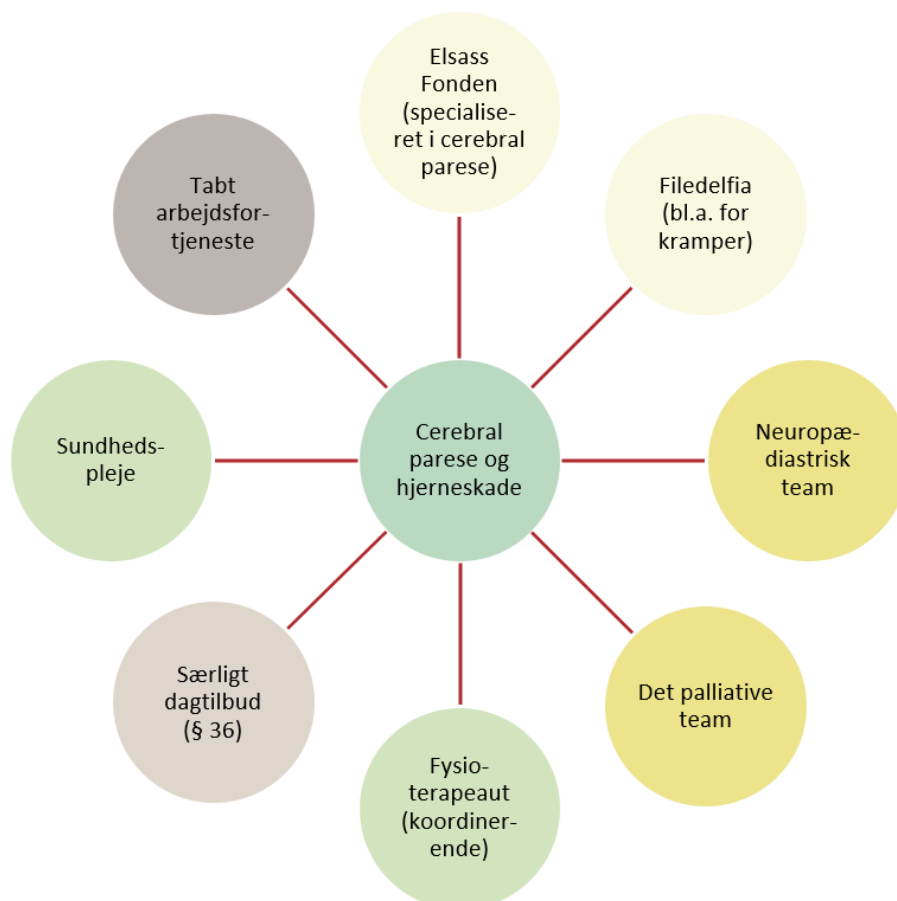
Eksempel: 1½ år gammel dreng med cerebral parese. Har haft to hjerneblødninger og er hjerneskadet. Der er mistanke om påvirkning af både syn og hørelse

Barnet/den unges særlige behov: Multible og komplekse problemstillinger.

Familien/omgivelserne: Familien er velfungerende. Forældrene har ikke andre børn og har et stærkt ønske om at beholde barnet i hjemmet.

Kendetegn ved indsatsen: Den tilknyttede fysioterapeut koordinerer indsatsen og varetager den primære indsats i hjemmet, så familien bliver skånet for kontakten med alt for mange aktører. Fysioterapeuten koordinerer tæt med psykolog og sagsbehandler. Kommunen benytter en særlig samarbejdsmodel i komplekse sager, hvor der er et stort koordineringsbehov. PPR, socialrådgivere, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl. sidder i samme team. Øvrige aktører i indsatsen er Elsass Fonden (cerebral parese), Det neuropædiatriske team og det palliative team i regionalt regi, Epilepsihospitalet Filadelfia (bl.a. for kramper), sundhedspleje og særligt dagtilbud, jf. SEL § 36. Forældrene modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste.

Figur 3



Udviklingsforstyrrelse (Kombination med andre udfordringer)

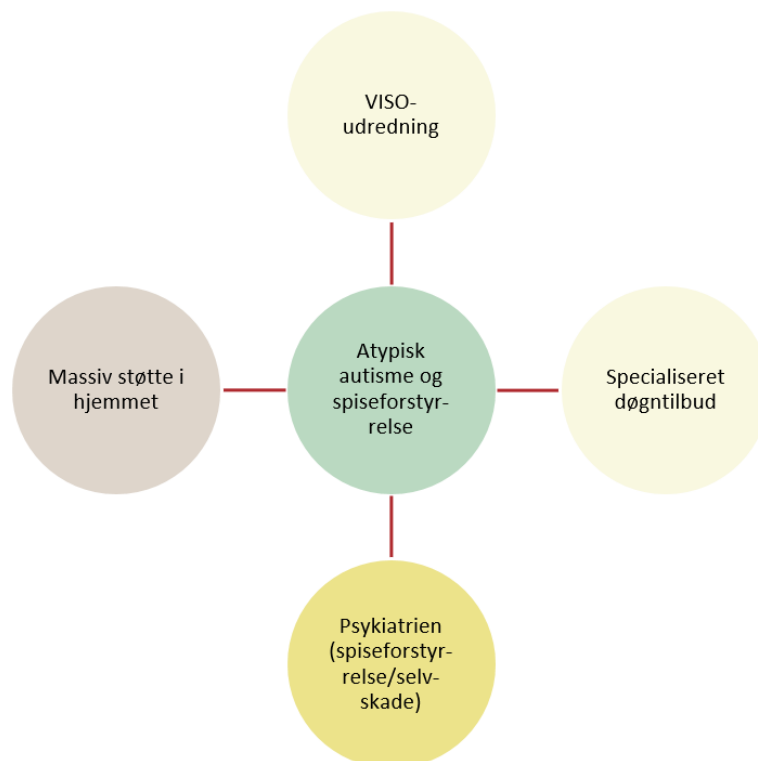
Eksempel: Ung pige med atypisk autisme, spiseforstyrrelse og mistanke om erhvervet hjerneskade

Barnet/den unges særlige behov: Pigen vil helst være hos sine forældre, men hendes tilstand vurderes at være for kritisk. Pigen er under udredning i VISO. Der sker desuden udredning i den regionale psykiatri, da pigens tilstand er selvskadende.

Familien/omgivelserne: Forældre har tidligere modtaget tabt arbejdsfortjeneste, været på orlov og har fået § 85-støtte i form af måltidsstøtte til pigens tilrettelæggelse, men det var ikke tilstrækkeligt.

Kendetegn ved indsatsen: Pigen har været i et specialiseret botilbud, som samarbejder med Center for Spiseforstyrrelser. Efter det kom hun i et specialtilbud (døgninstitution) for spiseforstyrrede, men hun trives ikke og vil ikke være langt væk fra forældrene. Kommunen finder det svært at finde et egnet tilbud og forsøger derfor at etablere en matrikelløs indsats, mens de afventer VISO-udredning. Kommunen har et samarbejde med Enhed for Spiseforstyrrelser i regionalt regi for at sikre og opbygge de nødvendige kompetencer. Pigen er tilknyttet psykiatrien.

Figur 4



Psykiske vanskeligheder (Kombination med andre udfordringer)

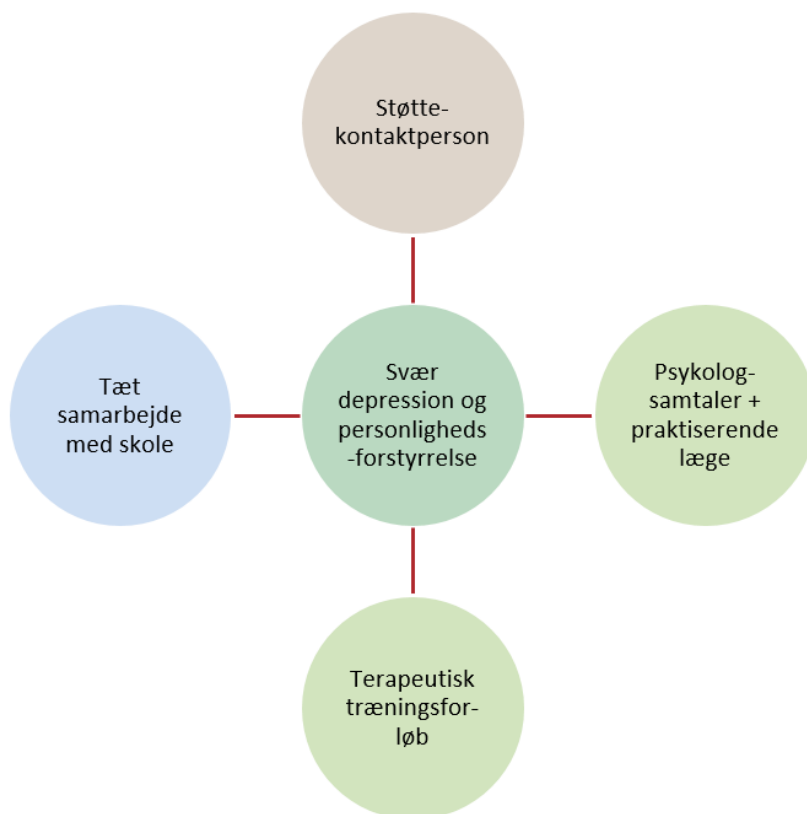
Eksempel: Ung pige med svær depression og personlighedsforstyrrelse

Barnet/den unges særlige behov: Pigen har en svær depression og personlighedsforstyrrelse. Hun er selvskadende og har besvimelsesanfald i udfordrende situationer. Der er mistanke om seksuelle overgreb.

Familien/omgivelserne: Pigen er meget tæt knyttet til sin mor og vil ikke væk fra familie eller i behandling. Der har været et anbringelsesgrundlag bl.a. pga. vold i familien.

Kendetegn ved indsatsen: Støttekontaktperson, terapeutisk træningsforløb, psykologbehandling (privatpraktiserende psykolog) og tæt samarbejde med pigens skolen. Der har været en del tilbagevisninger fra psykiatrien. Praktiserende læge og PPR har flere gange forsøgt at henvise til psykiatrien, men psykiatrien mener, at der er tale om et socialt problem. Det skaber en del udfordringer i indsatsen, at psykiatrien ikke indgår. Der er ikke adgang til højt specialiseret behandling.

Figur 5



Sociale problemstillinger (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)

Eksempel: Dreng med tilknytningsforstyrrelse, lav IQ, under udredning for ADHD og kriminalitetstruet

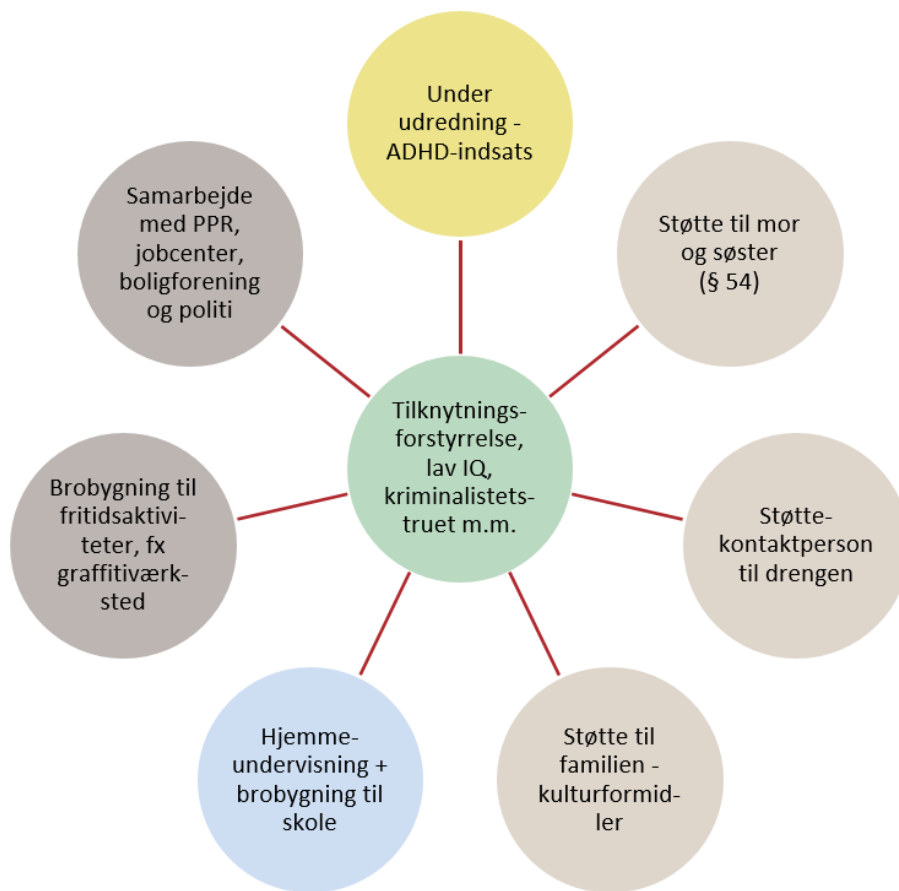
Barnets særlige behov: Drengen er tilknyttet psykiatrien, hvor han er under udredning for ADHD. Samtidigt er han voldsomt udadreagerende. Han været tvangsanbragt i fem år.

Familien/omgivelserne: Far har PTSD, mor har lav IQ, bror har lav IQ og er på vej til førtidspension, søster er selvskadende og anbragt udenfor hjemmet. Familien har anden etnisk baggrund og tilknytning til et bandemiljø. Der er ofte husspektakler og familien ligger i konflikt med boligforeningen. Familien oplever, at udfordringerne er skabt pga. indgreb fra kommunen.

Kendetegn ved indsatsen: Der har været sammenbrud i flere tidligere anbringelser på grund af massiv modstand fra familien. Drengen og hans familie har kæmpet for at få ham hjemgivet. Der har ikke været progression i anbringelserne.

Indholdet i den matrikelløse indsats: Kommunen har købt bistand fra fire forskellige fagpersoner. En professionel kulturformidler med anden etnisk baggrund, som kan oversætte og skabe narrativer, som giver genklang og kan accepteres af drengen og familien. En kontaktperson til drengen, som skaber tillid, tager udgangspunkt i drengens ønsker og som forsøger at bygge bro til andre aktiviteter, herunder fx aktiviteter i et graffiti-laboratorium, afsøgning af muligheder i fodboldklubber osv. Der arbejdes desuden med tillidsopbygning og med udfordrende adfærd. En lærer, som varetager hjemmeundervisning og vurderer indlæringsmulighederne med det formål at skabe brobygning til et skoletilbud. En støtteperson, som primært mor og søster har tillid til, som samler trådene og hjælper med konfliktløsning m.m., jf. § 54. De fire fagpersoner er et team, der koordineres af en udførerenhed i kommunen, som arbejder med tilbud til familier med komplekse behov. Herudover er der et tæt samarbejde med politi, boligforening, PPR og jobcenter, som også er koordineret af udførerenheden. Kommunen har valgt en tæt koordinationsmodel for at sikre viden, kompetenceopbygning, faglig kvalitet og tæt monitorering. Den faglige sparring og koordinering er forankret i kommunen, men indsatserne købes af private leverandører med høj specialiseringsgrad. Enheden rykker ud hele døgnet.

Figur 6



Kendetegn ved målgrupperne på voksenområdet

Der kan være flere grunde til, at kommunerne i afdækningen tilbyder voksne borgere en matrikelløs indsats. For flertallet af borgerne gælder det, at de ønsker et så normalt liv som muligt. De ønsker at bevare tilknytningen til familien, fællesskaber og lokalområdet. De ønsker derfor ikke at bo på et botilbud, selvom de har særligt komplekse behov.

For andre borgere gælder det, at de har en udviklingsforstyrrelse, psykisk sygdom eller social udfordring, som betyder, at de ikke kan magte at bo i et socialt tilbud, eller de har en adfærd eller social udfordring, som gør, at et socialt botilbud ikke kan imødekomme borgerens behov.

Eksempler på målgrupper i afdækningen, som vurderes at have sjældne eller komplekse behov:

- Voksne med erhvervet hjerneskade
- Voksne med udviklingsforstyrrelser kombineret med komplekse belastningsreaktioner/adfærdsmønstre, OCD eller angst
- Voksne med udviklingshæmning kombineret med udviklingsforstyrrelser eller andre udfordringer
- Voksne med svær psykisk sygdom evt. i kombination med udadreagerende adfærd og misbrug
- Voksne med svære og ofte livstruende spiseforstyrrelser
- Voksne med udviklingsforstyrrelser kombineret med svær selvskade
- Voksne med epilepsi kombineret med andre udfordringer (psykisk sygdom, udviklingsforstyrrelser)
- Voksne med senfølger efter seksuelle overgreb
- Voksne med svære sociale problemer, fx massivt misbrug, kriminalitet mm. i kombination med fx psykisk sygdom, lav IQ og hjerneskade
- Voksne med multiple funktionsnedsættelser, fx døvblind
- Voksne med sjældne handicap, fx Spielmeyer-Vogt.

De beskrevne karakteristika viser – ligesom på børne- og ungeområdet – at det især er borgersager med høj grad af kompleksitet, som fylder, når kommunerne skal give eksempler på, hvornår der er behov for højt specialiserede indsatser. Der er dog også flere eksempler på borgere, der har en velfungerende hverdag i eget hjem på trods af et sjældent handicap. Her er beskrivelser af, hvordan en matrikelløs højt specialiseret indsats kan understøtte dette. Det ser vi bl.a. på synsområdet.

I kommuneafdækningen ser vi flere eksempler på yngre end ældre borgere, der får en matrikelløs indsats. Kommunerne peger på, at de ser en udvikling, hvor yngre borgere i større udstrækning lægger vægt på at bo hjemme frem for i et socialt tilbud. Kommunerne vurderer, at det mønster vil blive forstærket i fremtiden.

Kendetegn ved indsatserne på voksenområdet

Hvorfor matrikelløse indsatser

I de fleste af de kommuner, som har bidraget til dataindsamlingen, er der ikke i samme udstrækning som på børne- og ungeområdet, en generel målsætning om at iværksætte matrikelløse indsatser for borgere med højt specialiserede behov. For udvalgte målgrupper (fx på området for erhvervet hjerneskade) har flere kommuner dog en klar strategi om at etablere flere matrikelløse indsatser ud fra en målsætning om, at de specialiserede indsatser, så vidt muligt, skal forankres i nærmiljøet og bygge bro til det almene.

I afdækningen viser det sig – ligesom på børne- og ungeområdet – at flere af de borgere, som nu modtager matrikelløse indsatser, tidligere har boet i et socialt tilbud. Det er, når borgerne ikke længere kan benytte de eksisterende sociale tilbud, at der bliver iværksat alternative og fleksible løsninger. De fleste kommuner beskriver, at de iværksætter en matrikelløs indsats, fordi borgeren ikke vil bo i et socialt tilbud, eller fordi indsatsen i et socialt tilbud ikke har fungeret.

Kommunernes erfaring er, at det kan være udfordrende at etablere en matrikelløs indsats i borgerens eget hjem for borgere med komplekse behov. Det kan være vanskeligt at rekruttere personale, fordi borgerne ofte har en adfærd, som kræver helt særlige relationelle kompetencer. Indsatsen kan med andre ord være belastende for arbejdsmiljøet. Det kræver ofte også mange ressourcer at sikre opfølgning og koordinering af indsatsen. Flere kommuner har dog gjort den erfaring, at en række borgere trives bedre, når de ikke er i en institutionel ramme, som kan stresser dem.

Opsummerende giver kommunerne følgende begrundelser for at iværksætte en matrikelløs indsats på voksenområdet:

- Borgeren ønsker at bo i eget hjem og det kan – sammenholdt med borgerens funktionsniveau – imødekommes med en matrikelløs indsats
- Borgeren mistrives i det fællesskab, som et socialt botilbud udgør, og det er ikke muligt at sikre trivsel gennem fx skærmning
- Borgeren har en adfærd, der kan udgøre en trussel for øvrige beboeres sikkerhed og trivsel i et socialt tilbud
- Borgeren har så sammensatte og komplekse behov, at et socialt botilbud har vanskeligt ved at rumme kompleksiteten.

Kendetegn ved højt specialiserede matrikelløse indsatser

Kommunerne rekvirerer ofte den del af indsatsen, som de vurderer til at være højt specialiseret hos eksterne leverandører (både offentlige og private). Det kan både være i form af en udgående indsats til borgeren eller i form af rådgivning/opkvalificering af de medarbejdere, der varetager indsatsen i den pågældende kommune. De højt specialiserede leverandører sikrer på den måde supervision og kompetenceudvikling hos medarbejderne, så de i den daglige indsats med borgerne kan tilføre en højt specialiseret viden som supplement til de øvrige specialiserede indsatser, fx socialpædagogisk støtte, jf. SEL § 85 og/eller tilbud om beskyttet beskæftigelse, jf. SEL § 103 eller aktivitets- og samværstilbud, jf. SEL § 104.

Kommunerne har givet eksempler på eksterne aktører, som de benytter til matrikelløse indsatser til borgere med sjældne eller meget komplekse behov og/eller til supervision og kompetenceudvikling hos medarbejderne. Det drejer sig fx om Center for Selvmordsforebyggelse, Center for Døve (CFD), Center for Sjældne Sygdomme, Dialog mod vold, Center for Spiseforstyrrelser, Elsass Fonden, Filadelfia, Sexologisk klink, Neurocenter Hammel og Frejacentret. Listen omfatter blot et lille udsnit af tilbud, som kan levere matrikelløse indsatser til specifikke borgergrupper, og der er således på ingen måde tale om en udtømmende liste. Ligesom på børne- og ungeområdet tegner disse få eksempler et billede af, at kommunerne indhenter bistand til en bred vifte af komplekse og sjældne problemstillinger.

VISO spiller også på voksenområdet en helt central rolle, idet VISO ofte bidrager med en koordinerende, kompetenceopbyggende og rådgivende rolle i opstartsfasen ved etablering af matrikelløse indsatser.

Et andet træk, som også går igen, er, at der er et stort behov for, at den regionale psykiatri i vid udstrækning er involveret i de matrikelløse indsats. I den flerhed af udfordringer, som borgeren har, er psykiske udfordringer ofte et væsentligt element. Set fra et kommunalt perspektiv er det afgørende, at der er et tæt og velkoordineret samarbejde mellem bopælskommune og psykiatrien for at lykkes med den samlede indsats.

Der er altid andre social- og sundhedsfaglige elementer i de matrikelløse indsats, som supplerer den højt specialiserede indsats. Det drejer sig om:

- SEL § 85, som ofte udgør kernen i en matrikelløs indsats, hvor ekstern leverandør leverer den højt specialiserede indsats eller yder supervision/kompetenceudvikling til de relevante medarbejdere
- SEL § 83 til personlig hjælp og pleje eller støtte til praktiske opgaver i hjemmet
- Sundhedsydelse som fx fysioterapi og psykologbehandling
- Beskyttet beskæftigelse, jf. SEL § 103 eller aktivitets- og samværstilbud, jf. SEL § 104
- Ydelse efter beskæftigelsesloven, fx støttet beskæftigelse eller brobygning og støtte til uddannelse
- Samarbejde med frivillige, politi, boligforeninger m.m. kan indgå i indsatsen
- Forældre, som kan købes ind til støtte efter SEL § 85, typisk af en anden aktør. I visse tilfælde er forældrene tidligere blevet kompenseret ved tabt arbejdsfortjeneste.

Det er de deltagende kommuners erfaring, at det i de fleste tilfælde er adfærden hos borgeren, som gør, at indsatsen bliver kompleks og medfører, at der er behov for at etablere fleksible og individuelle matrikelløse indsats. Disse typer af indsats kaldes også i høj grad på relationelle kompetencer og kompetencer til at skabe motivation for adfærdsændringer.

I den sammenhæng gør flere kommuner opmærksom på, at nogle borgere med svære sociale udfordringer og langvarigt misbrug har højt specialiserede behov (bl.a. pga. erhvervet hjerneskade, dobbeltdiagnose m.v.), men at de ikke kan indgå i en højt specialiseret indsats. Der er således indsamlet eksempler på borgere med meget komplekse udfordringer, hvor kommunerne har etableret kravsfrie indsats, herunder skurvognsprojekter. Der kan således for nogle borgergrupper være modstand i forhold til at modtage højt specialiserede rehabiliterende indsats.

Konkrete eksempler på højt specialiserede matrikelløse indsats

Der er indsamlet en række eksempler fra kommunerne på voksenområdet. Nedenfor præsenteres eksempler fra de fem hovedmålgrupper, som NATKO benytter i sit overblik.

Fysiske funktionsnedsættelser (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)

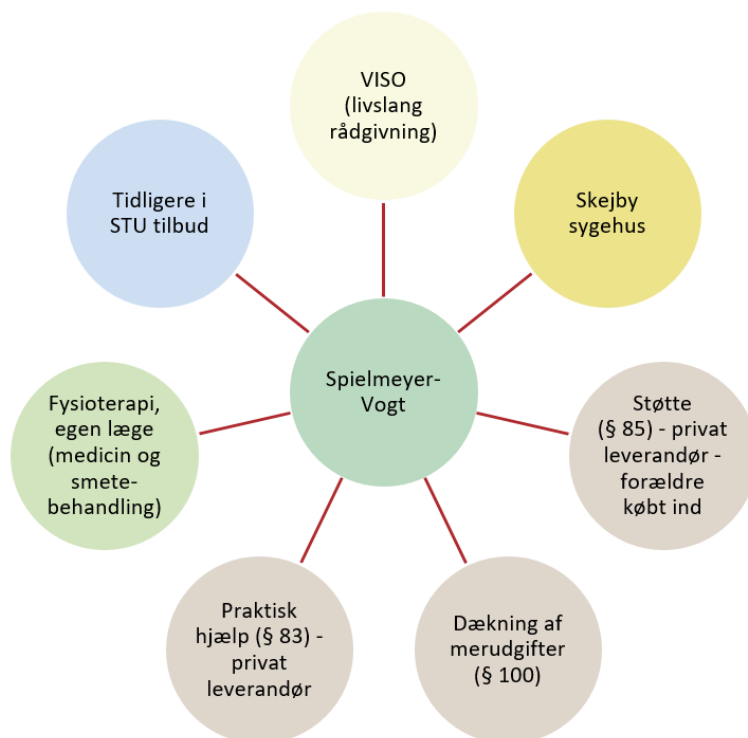
Eksempel: Ung mand med Spielmeier-Vogt (arvelig kromosomfejl)

Borgerens særlige behov: Den unge mand er meget hårdt ramt og plaget af sygdommen (er i fase 3). Han har svært ved at synke, har mistet sprog, intet syn, epileptiske anfald, svære kramper m.m.

Familien/omgivelserne: Det er forældrenes stærke ønske, at han skal bo hjemme. Forældrene er ressourcestærke og har gode fysiske rammer. Den ene forælder er værge.

Kendetegn ved indsatsen: Kommunen får varig rådgivning fra VISO - bl.a. via en specialist fra Skejby Sygehus, som sikrer, at der er kvalitet i indsatsen. Den unge mand har tidligere været i STU-tilbud, men det er ikke længere muligt for ham at deltage i et dagtilbud. Der er to støttepersoner på hele døgnet, jf. SEL §§ 85 og 83 samt bevilget dækning af merudgifter, jf. SEL § 100. Støtten varetages af privat firma, og forældre er ansat af det private firma til at dække nogle af timerne. Firmaet står for at sikre relevante kompetencer ved ansættelse. Øvrige indsatser er bl.a. sundhedsydelse (medicin), fysioterapi og egen læge. Den daglige koordinering varetages af det private firma.

Figur 7



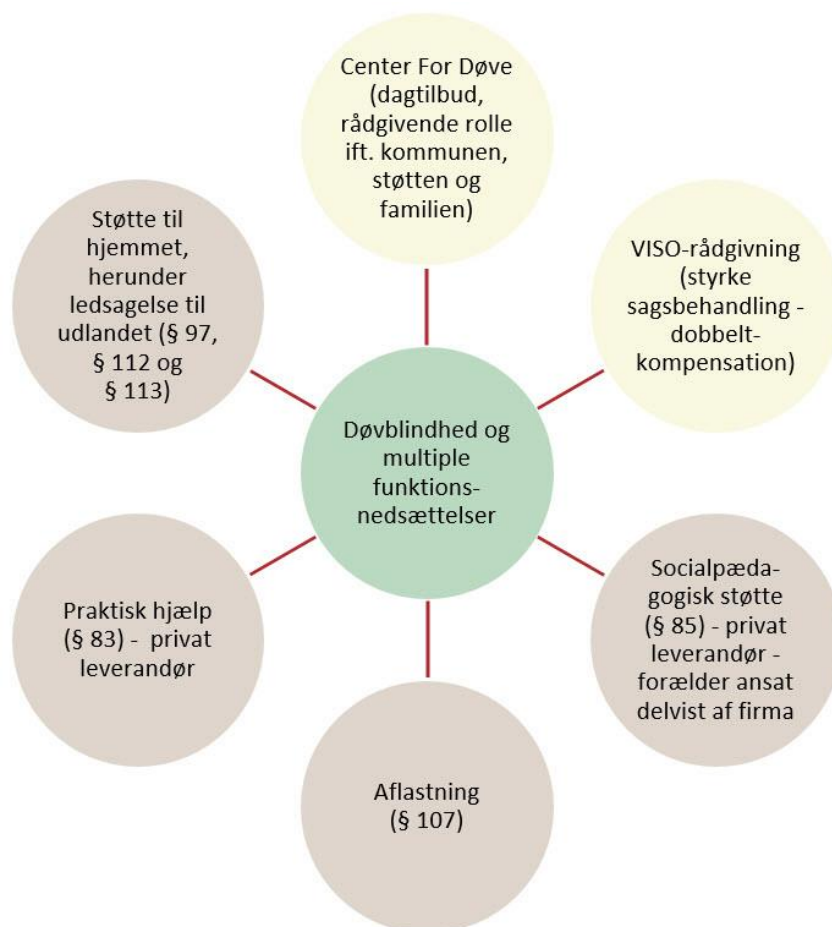
Eksempel: Ung med døvblindhed og multiple funktionsnedsættelser

Borgerens særlige behov: Den unges behov er komplekse og døvblindhed er et sjældent handicap.

Familien/omgivelserne: Den unge og dennes familie har anden etnisk baggrund end dansk. Familien har stor modstand mod anbringelse i botilbud. De giver udtryk for, at deres søn vil dø, hvis han flyttes fra familien.

Kendetegn ved indsatsen: Socialpædagogisk støtte, jf. SEL § 85 og personlig hjælp og pleje, jf. SEL § 83. Opgaven er udliciteret til et privat firma, som har ansat moderen til den unge. Øvrige tilbud er SEL § 84 aflastning, som finder sted på tilbud efter SEL § 107, beskyttet beskæftigelse, jf. SEL § 104, støtte til befordringsudgifter, jf. SEL § 195 og ledsagelse, jf. SEL § 97, når familien er i udlandet. Dertil kommer hjælpemidler og forbrugsgoder, jf. SEL §§ 112 og 113. Center For Døve (CFD) bidrager til den samlede indsats med rådgivning. Derudover modtager kommunen rådgivning fra VISO, idet der er indikationer på dobbeltkompensation. Alternativet til den matrikelløse indsats er en indstilling til Familieretshuset, iht. SEL § 129, jf. § 131 (optagelse i botilbud uden samtykke). Kommunens vurdering er pt., at en indstilling til Familieretshuset omkring tvangsflytning vil forværre borgerens situation.

Figur 8



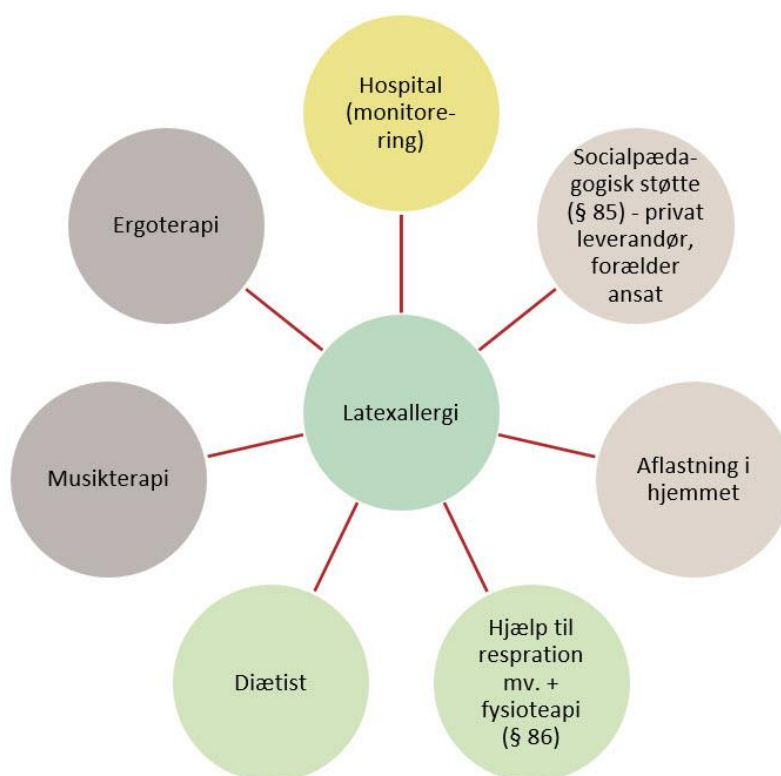
Eksempel: Ung mand med ekstrem latexallergi

Borgerens særlige behov: Han kan dø indenfor få minutter, hvis han påvirkes af et latexprodukt. Har brug for respirationshjælp, ekstrem skærmning ift. materialer med latex, specialkost samt talepædagog til kommunikativ træning.

Familien/omgivelserne: Det er forældrenes stærke ønske, at han bor hjemme, og kommunens vurdering er, at der ikke er et alternativ, som giver samme kombination af menneskelige relationer og sikkerhed.

Kendetegn ved indsatsen: Socialpædagogisk støtte, jf. SEL § 85 varetages af privat firma, som også har ansat en af forældrene. Øvrig indsats består bl.a. fysio- og ergoterapi, jf. SEL § 86, aflastning i hjemmet, jf. SEL § 84, diætist samt medicinering med støtte fra hospital. Kommunikativ træning er bevilliget efter specialundervisningsloven (musikterapi og ergoterapi).

Figur 9



Intellektuel/kognitiv forstyrrelse (Kombination med andre udfordringer)

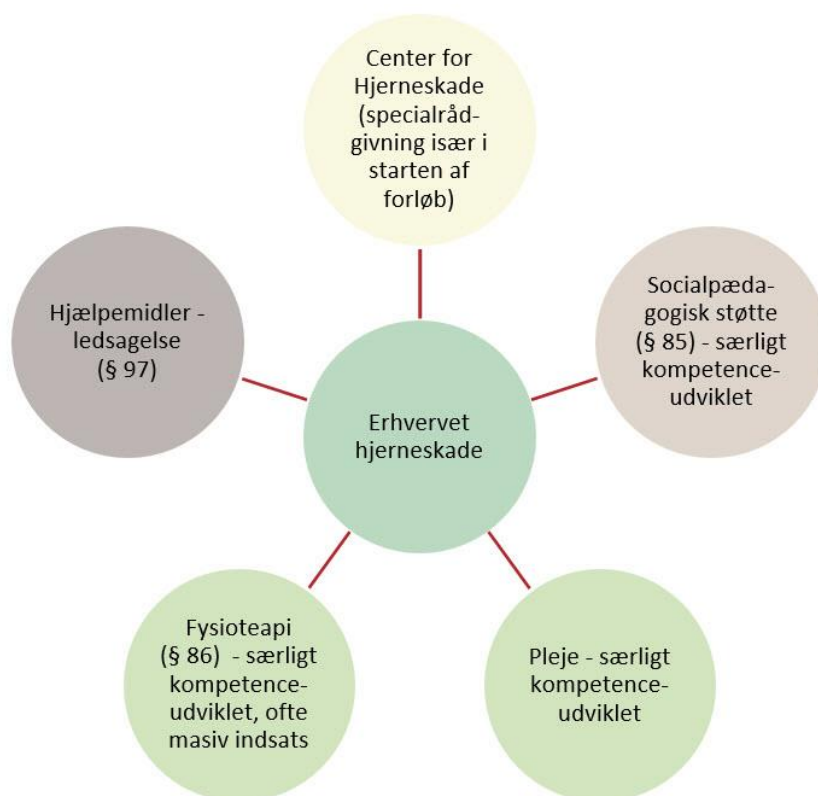
Eksempel: Borgere med erhvervet hjerneskade

Borgerens særlige behov: Vi har fået flere eksempler på borgere, som har erhvervet hjerneskade og som har fået specialiserede behov. Borgerne står i stor livsændring bl.a. med tab af erhvervsevne.

Familien/omgivelserne: Etablering af matrikelløse indsatser sker ofte, når borgeren har primærrelationer, fx ægtefælle, som er ressourcestærke, og hvor det kan bidrage positivt til borgerens trivsel og funktionsniveau at være i vante omgivelser.

Kendetegn ved indsatsen: Borgeren har typisk forud for den matrikelløse indsats modtaget højt specialiseret rehabilitering i hospitalsregi - i eget hjem. Indsatsen videreføres i eget hjem i tæt samarbejde/under supervision fra hjerneskadecenter. Indsatsen kan enten leveres af ekstern leverandør eller af kommunale medarbejdere med særlige kompetencer. Derudover består indsatsen generelt af socialpædagogisk støtte og praktisk hjælp, jf. SEL §§ 85 og 83, ergo- og fysioterapi, jf. SEL § 86, ledsagelse, jf. SEL § 97 og i nogle tilfælde psykologbistand. Sidstnævnte kan også være et relevant tilbud til de pårørende. Der vil typisk også være adgang til hjælpemidler.

Figur 10



Udviklingsforstyrrelse (kombination med andre udfordringer)

Eksempel: Ung kvinde med svær udefineret autisme, medfødt mindre hjerneskade udviklet til senere svær hjerneskade i frontallapper, kan ikke fastslå IQ

Borgerens særlige behov: Kvinden er fysisk velfungerende, men har tidligere modtaget dom til psykiatrisk behandling. Kvinden har været anbragt i højt specialiseret tilbud, men kan ikke blive i tilbuddet pga. rømning. Hun handler impulsivt og har en adfærd, som både er til fare for hende selv og andre. Hun har bl.a. sat ild til eget værelse og opholdsrum på socialt bosted.

Familien/omgivelserne: Almindelig familie som er "tyndslidt".

Kendetegn ved indsatsen: Højt specialiseret botilbud er afprøvet, og det er vanskeligt af finde andre alternativer, som kan rumme kvinden. Løsningen er blevet, at hun bor i egen lejlighed med massiv bemanning, jf. SEL § 84 stk. 2. Ingen specifikke krav i handleplanen pt. udover at sikre ro, aktiviteter og motion, som gør hende træt. Den pågældende kommune har nedsat en styregruppe specifikt til sagen. Deltagere i styregruppen er kvindens mor, som er værge, myndighed og interne socialpædagoger, der sammen sikrer tæt opfølgning. VISO bidrager til udredning.

Figur 11



Eksempel: Ung kvinde med Aspergers og kompleks selvskade

Borgerens særlige behov: Kvinden er ekstremt selvskadende og har været anbragt på en af de særlige pladser i psykiatrien, efter at hun har måtte forlade to botilbud. Hun spiser barberblade, har en dom for overfald og ønsker ikke at være i psykiatrien. Hun trives ikke i et fællesskab, og psykiatriens vurdering er, at et nyt højt specialiseret botilbud ikke er løsningen.

Netværk: Har en søskende, som har multiple funktionsnedsættelser.

Kendetegn ved indsatsen: Der sættes massivt ind med SEL § 85 socialpædagogisk støtte leveret af en privat specialiseret aktør, som modtager tæt supervision fra psykiatrien (de særlige pladser).

Figur 12



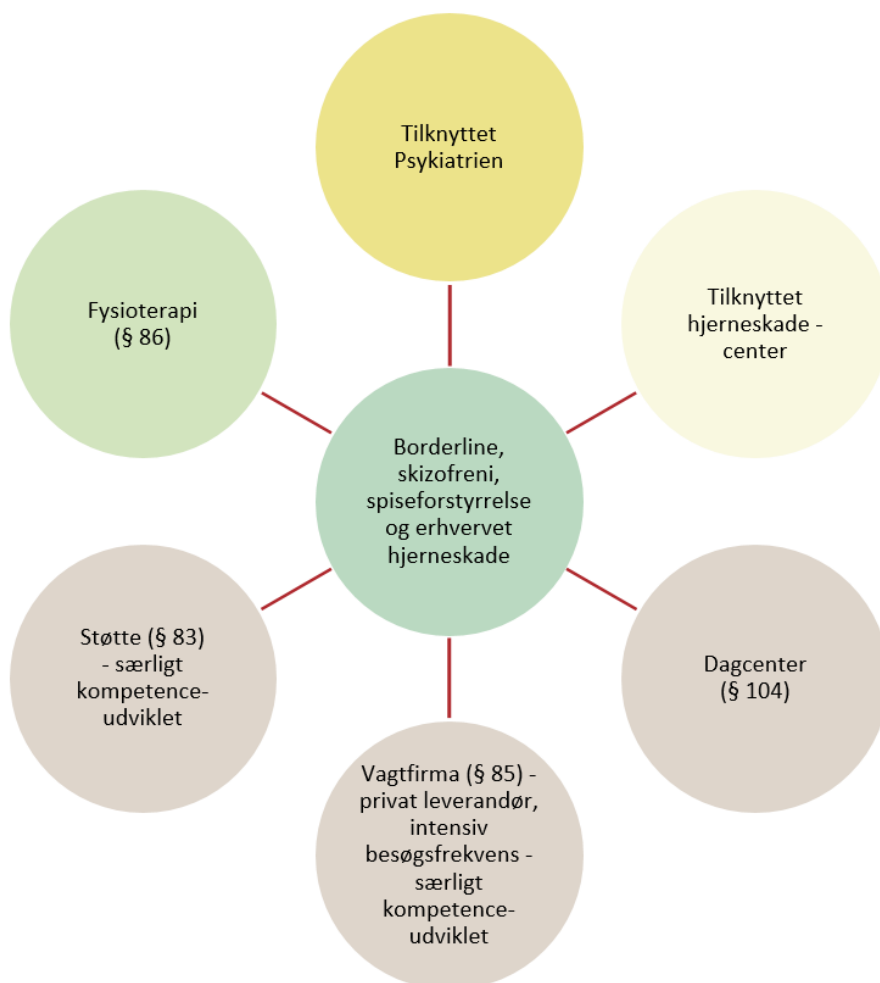
Psykiske vanskeligheder (Kombination med andre udfordringer)

Eksempel: Voksen kvinde med borderline, skizofreni, spiseforstyrrelse og erhvervet hjerneskade

Borgerens særlige behov: Kompleks kombination af psykiske lidelser samt erhvervet hjerneskade pga. selvmordsforsøg. Kvinden bliver vred og udadreagerende, hvis hun bliver utryg.

Kendetegn ved indsatsen: Kvinden har boet på botilbud for borgere med hjerneskade, men var meget utilfreds og utryg i tilbuddet. Dette er nu erstattet med socialpædagogisk støtte, jf. SEL § 85, hvor hun modtager et meget højt antal besøg om dagen, idet der er behov for løbende beroligelse. Nogle af besøgene forsøges erstattet med virtuelle besøg, så der er færre mennesker og mindre uro i hjemmet. Udover socialpædagogisk støtte består indsatsen af fysioterapi, jf. § 86, vagtfirma, jf. § 85, aktivitets- og samværstilbud, jf. § 104, tilknytning til lokalpsykiatrien, hjemmepleje, jf. § 83. Alle aktører har modtaget målrettet kompetenceudvikling. Der arbejdes på at nedbringe antallet af aktører for at skabe mere ro trods behovet for massiv hjælp.

Figur 13



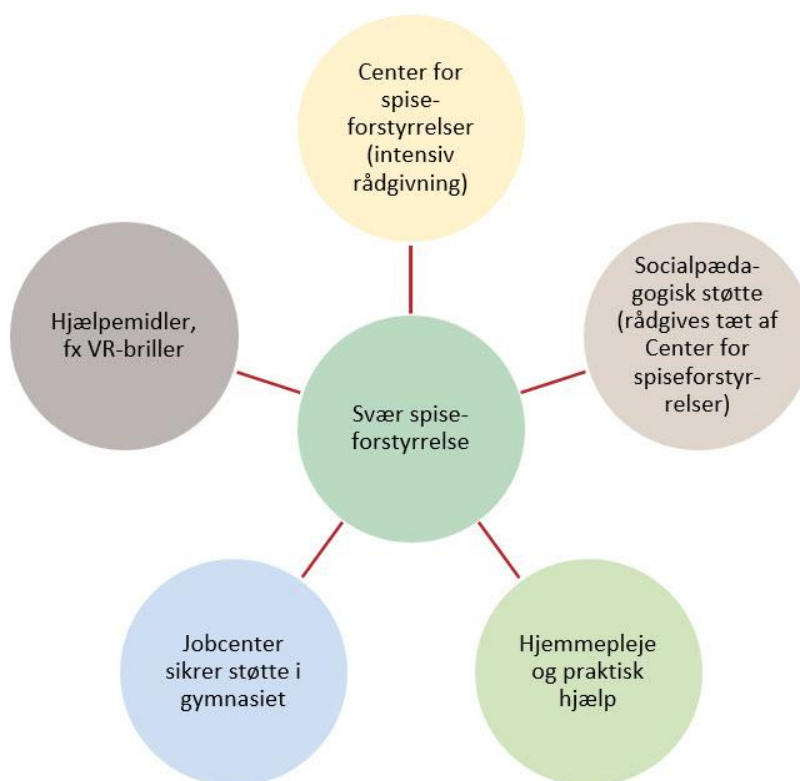
Eksempel: Ung kvinde med meget kritisk spiseforstyrrelse

Borgerens særlige behov: Har brug for intensiv måltidsstøtte mv.

Familien/omgivelserne: Hun bor delvist i egen lejlighed og delvist ved sine forældre.

Kendetegn ved indsatsen: Center for spiseforstyrrelser har udarbejdet anbefalinger til kost. Den pågældende kommune har uddannet et ekspertteam i specialpædagogisk støtte, som kan bidrage til indsatsen i tæt samarbejde med Center for spiseforstyrrelser. Ligesom der sker kompetenceudvikling af øvrige medarbejdere, som har kontakt til borgeren, herunder fx hjemmeplejen. Udover måltidsstøtte arbejdes der med VR-briller til spiseforstyrrelser, som skaber struktur og mere frihed.

Figur 14



Psykiske vanskeligheder (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)

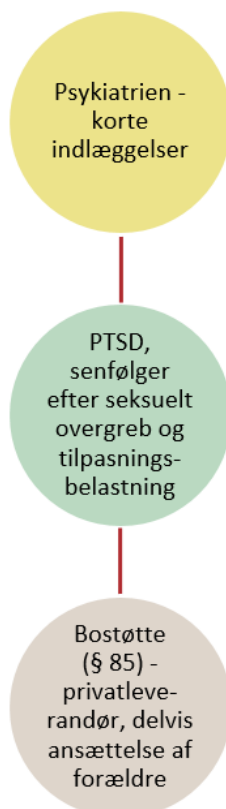
Eksempel: Ung kvinde med PTSD, senfølger efter seksuelt overgreb og reaktiv tilpasningsbelastning

Borgerens særlige behov: Borgeren har boet i botilbud, hvor hun blev tiltagende voldsomt udadreagerende og selvdestruktiv. Det førte til mandsopdækning og flere eksempler med massiv magtanvendelse. Hun indlægges jævnligt i psykiatrien, som har vanskeligt ved at udrede hende og bidrage til formulering af relevante løsninger.

Familien/omgivelserne: Kvinden er adopteret med velfungerende adoptivforældre.

Kendetegn ved indsatsen: Der er afprøvet flere botilbud og specialtilbud, der bl.a. har kompetencer ift. borgere med kompleks autisme, og kvinden har været indlagt i retspsykiatrien. Kvindens forældre tilbyder efter de mange afbrudte forløb at lade sig ansætte. Kommunen vælger at entrere med et privat firma med relevante kompetencer, som ansætter forældrene. Der har ikke været voldsomme episoder, efter kvinden er kommet hjem. Den private leverandør er ansvarlig for at sikre fagligheden i indsatsen. Kommunen vurderer, at det var en forkert beslutning at finde en løsning udenfor hjemmet i første omgang, da kvinden har brug for tillidsfulde relationer. Det er dog ikke en varig løsning, fordi den vil være for belastende for familien på længere sigt. Planen er en gradvis brobygning til et SEL § 107 botilbud.

Figur 15



Sociale problemstillinger (Kombination med andre udfordringer)

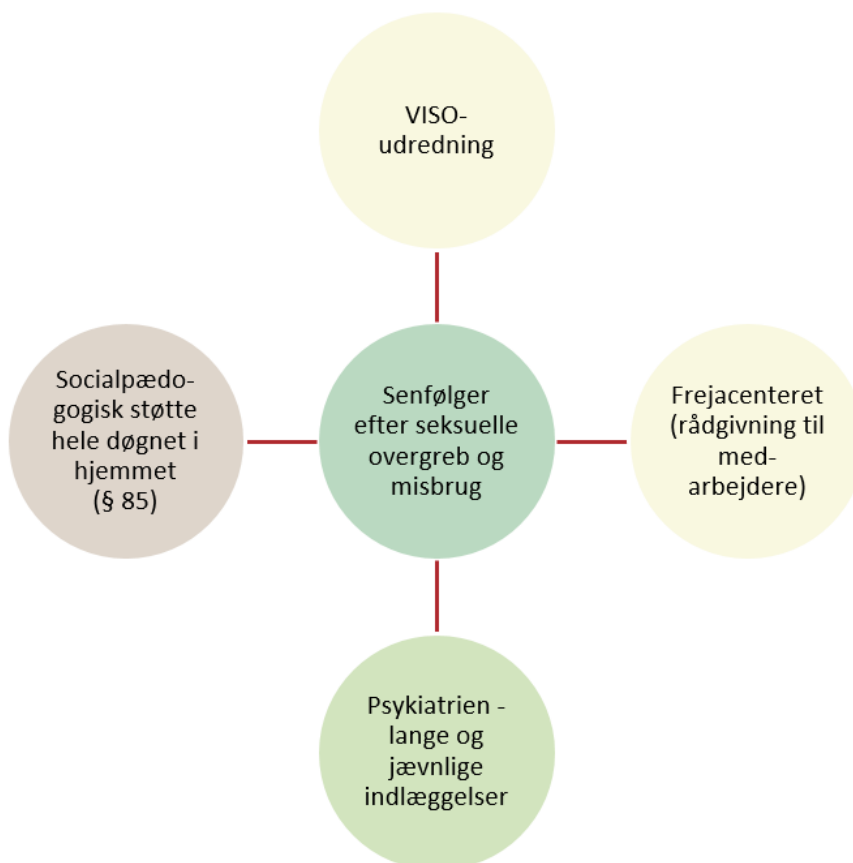
Eksempel: Voksen kvinde med senfølger efter seksuelle overgreb og misbrug af alkohol

Borgernes særlige behov: Kvinden har været udsat for flere voldtægter og fysiske overfald. Hun er veluddannet og er meget vred på sig selv. Jævnligt indlagt i psykiatrien, men det skal helst undgås, da hun stifter bekendtskab med mænd, som forværrer hendes udfordringer.

Netværk: Familien bor i samme lokalområde som kvinden.

Kendetegn ved indsatsen: VISO har været inddraget i udredning af kvinden. Det har været forsøgt at iværksætte et ambulans tilbud i regi af Frejacenteret, men det ønsker kvinden ikke. Kommunen vælger derfor at købe bistand fra Frejacenteret til at oplære egne medarbejdere fra den socialpædagogiske støtte, jf. SEL § 85, som hun modtager støtte fra på døgnbasis. Det kræver særlige kompetencer at komme i kvindens hjem, idet hun har en stærkt afvigende adfærd. Kommunen samarbejder med kvindens læge og politiet.

Figur 16



Kommunernes vurdering af rammerne for at levere matrikelløse indsatser på et højt specialiseret niveau

Social- og Boligstyrelsen har – som beskrevet i indledningen – udviklet en screeningsmodel i regi af NATKO til at vurdere om sociale tilbud og specialundervisningstilbud har forudsætningerne for at være højt specialiserede. Denne model skal også kunne omfatte tilbud, som er leverandører af matrikelløse indsatser.

Social- og Boligstyrelsen har fokus på følgende specialiseringsparametre i sin tilbudsscreeningsmodel:

- Aktiv praksis – den grundlæggende præmis for at udvikle specialisering er at ”øvelse gør mester”. Det betyder, at leverandørerne skal have en aktiv praksis, hvor igennem de opbygger erfaring og faglig ekspertise på det pågældende område
- Kompetencer - leverandørerne skal have et tilstrækkeligt antal medarbejdere med kompetencer opnået gennem uddannelse og praksiserfaring, som er relevant for de beskrevne indsatser
- Samarbejdsformer - leverandørerne bidrager til sammenhængende forløb for borgere med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov
- Vidensdistribution - leverandørerne både anvender og bidrager til at udbrede aktuelt bedste viden om faglige tilgange og metoder med relevans for de indsatser, der indgår i den højt specialiserede indsats.

Idet parametrene er designet til at screene matrikelfaste tilbud, kan de ikke uden videre overføres til den enkelte matrikelløse indsats. Når det er sagt, vil specialiseringsparametrene være relevante at have i fokus, når en leverandør af matrikelløse indsatser samlet set skal vurderes. Derfor vil vi i det følgende inddrage de fire specialiseringsparametre i en drøftelse af, hvilke rammer der efter kommunernes vurdering skal være til stede, hvis den højt specialiserede del af indsatsen skal fungere i en matrikelløs kontekst. Nedenstående baserer sig således på vurderinger fra de kommuner, som har deltaget i kortlægningen.

Væsentlige kriterier for højt specialiserede matrikelløse indsatser

Kommunerne peger på følgende parametre - udover Social- og Boligstyrelsens fire parametre – som afgørende, når en højt specialiseret indsats skal fungere i en matrikelløs sammenhæng:

- Tilgængelighed
- Rummelighed og fleksibilitet
- Koordination
- Adgang til rådgivning og overblik.

Tilgængelighed

Den højt specialiserede indsats skal være tilgængelig uanset, hvor i landet borgeren bor. Her kan netop den matrikelløse løsning muliggøre, at højt specialiserede kompetencer kan indgå i en indsats på trods af fysiske afstande.

Rummelighed og fleksibilitet

Med rummelighed sættes der fokus på, at borgere med komplekse behov kan inkluderes i en højt specialiseret matrikelløs indsats. Her bliver den matrikelløse indsats et modsvar på, at specialiserede tilbud med fastdefinerede målgrupper afviser borgere, hvis der er en flertydighed i behov og diagnoser. De matrikelløse indsatser skal således kunne fungere fleksibelt ift.

borgerens behov og problemstillinger og løbende kunne tilpasse sig, når der sker ændringer i borgerens tilstand.

Koordination

Der er et særligt behov for at sikre helhedsorienterede forløb for borgerne i de matrikelløse indsatser, fordi de ofte består af en flerhed af indsatser. Kapaciteten til at få den højt specialiserede indsats effektivt koordineret med de øvrige elementer i en matrikelløs indsats er afgørende for at møde borgernes behov og sikre den samlede kvalitet af indsatsen.

Adgang til rådgivning og overblik

Endelig efterspørger kommuner adgang til hurtig rådgivning og et systematisk overblik over de højt specialiserede matrikelløse tilbud. Som nævnt tidligere trækker kommunerne i høj grad på VISO, hvor de vurderer at få rådgivning af høj kvalitet – men de oplever også VISOs udredninger som en tidskrævende proces, hvor der er et ønske om muligheden for 'akutrådgivning'. Flere af de kommunale medarbejdere i afdækningen beskriver, at de kan stå i akutte situationer, hvor de mangler et overblik over indsatser til sjældne og komplekse målgrupper.

I forhold til Social- og Boligstyrelsens fire specialiseringsparametre har kommunerne følgende vurderinger i forhold til spørgsmålet om, hvordan en højt specialiseret indsats kan fungere i en matrikelløs kontekst.

Aktiv praksis og kompetencer

Der er en række særlige opmærksomhedspunkter ift. at sikre specialiseringen i matrikelløse indsatser. En matrikelløs indsats er som udgangspunkt mere individbåret, og det kan derfor være en udfordring at sikre et fagligt kollegialt tilhørsforhold for medarbejdere, der primært arbejder hos enkeltborgere. Det fremhæves derfor som væsentligt, at der sikres et fagligt fællesskab med fokus på fælles metodetilgang. Der bør derfor være en dialog på tværs af den højt specialiserede indsats og øvrige indsatser, så der er en fælles tilgang til borgeren. Det faglige fællesskab kræver koordination, som nævnt ovenfor, hvor enten kommunen eller den specialiserede leverandør kan være tovholder ift. at sikre dette. Den eksterne leverandør vil være garant for den aktive praksis, som kan udbredes i det faglige fællesskab, så det også indbefatter de kommunale medarbejdere. Kommunerne lægger vægt på, at det ikke er muligt at standardisere indholdet i de højt specialiserede matrikelløse indsatser, fordi de netop er fleksibelt tilpasset den enkelte borger, men det er muligt at sikre systematik ift. kompetencer, metodebrug og fokus på effekt af indsatsen.

Samarbejdsformer

Som nævnt ovenfor under koordination er samarbejdskapacitet helt afgørende for at kunne lykkes i de matrikelløse indsatser. Det kræver både en formaliseret ramme for samarbejdet (klar afklaring af roller og ansvar) og samarbejdskompetencer hos de medarbejdere, som indgår i indsatsen. Det er et ansvar, som både ligger hos den eksterne leverandør og den pågældende kommune. Under dette parameter er der også fokus på den organisatoriske forankring af de nye kompetencer og metoder, som den højt specialiserede matrikelløse indsats tilfører organisationen.

Vidensdistribution

Som berørt under 'Adgang til rådgivning og overblik' er det helt essentielt for de deltagende kommuner, at der findes vidensmiljøer, hvor de kan hente rådgivning og bistand, når de møder borgere med sjældne og komplekse behov. Kommunerne i afdækningen har fokus på, hvordan

de får overblik og viden om, hvor de kan hente bistand i de komplicerede borgersager. Den ønskede bistand har fokus på udredning af borgere med meget komplekse og sjældne behov samt vejledning ift. tilrettelæggelse af de faglige indsatser.

Del 2: Designtræk i højt specialiserede matrikelløse indsatser

I denne anden del af afdækningen er der på baggrund af dataindsamlingen en præsentation af generelle kendetegn ved højt specialiserede matrikelløse indsatser og anbefalinger til parametre, som kan kvalificere den nationale koordinationsstrukturens tilbudsscreening i forhold til matrikelløse indsatser.

Del 2 er opdelt i tre afsnit:

- I første afsnit er der en kort beskrivelse af, hvorfor og hvornår højt specialiserede indsatser bliver matrikelløse
- I andet afsnit er der et bud på designtræk i de matrikelløse indsatser (hvad indsatser typisk indeholder for forskellige målgrupper af borgere)
- I det sidste afsnit er der forslag til supplerende kriterier i tilbudsscreeningen.

Hvorfor – årsagerne til at indsatsen bliver matrikelløs

Der er primært identificeret tre årsager til, at indsatserne bliver matrikelløse

- Borgerens/familiens ønske
- Rehabiliterende og forebyggende grundtanke om inklusion i almenområdet
- Borgeren har behov, som er vanskelige at imødekomme i et matrikelfast socialt tilbud.

Årsagerne er nærmere beskrevet nedenfor.

Borgerens/familiens ønske

Borgerens/familiens ønske om, at den pågældende person bliver i sit nærmiljø, er den vigtigste årsag til, at indsatserne bliver matrikelløse. Det er en trend, som må forventes at blive forstærket fremover. Kommunerne i afdækningen peger på, at de ser en udvikling, hvor yngre borgere i større udstrækning lægger vægt på at bo hjemme frem for i sociale tilbud.

Der er forskellige karakteristika i forhold til de borgere, der selv ønsker en matrikelløs indsats:

- De har selv ressourcer til – trods et højt specialiseret behov – at mestre deres hverdag og evt. uddannelse eller beskæftigelse, hvis de får den nødvendige højt specialiserede støtte. Det kan fx være en borger med et synshandicap. Denne gruppe af borgere har et højt funktionsniveau på trods af et sjældent handicap.
- Borgerens netværk har ressourcer til at støtte op om et barn eller en ægtefælle, som har behov for en højt specialiseret indsats. Familien eller det tætte netværk kan kompensere og støtte op om borgeren. Det kan fx være en ægtefælle/netværk til en borger med erhvervet hjerneskade.
- Borgeren/familien har et stærkt ønske om, at borgeren/barnet bliver i nærmiljøet, selvom de ikke har tilstrækkelige ressourcer til at mestre egen eller deres familiemedlems særlige behov. Det kræver en særlig intensiveret matrikelløs

indsats, hvor det alt efter borgerens/barnets udvikling kan blive nødvendigt at overgå til et døgndækket tilbud på længere sigt. Omvendt er der også inden for denne kategori flere eksempler på børn/borgere, som tidligere har været anbragt/boet i botilbud, hvor opholdet har måtte afsluttes.

Rehabiliterende og forebyggende grundtanke om inklusion i almenområdet

Kortlægningen viser, at der særligt på børne- og ungeområdet er fokus på at arbejde med forebyggende indsatser med afsæt i indsatsstrappen. Når den forebyggende indsats opprioriteres, leder det til, at der i højere grad bruges matrikelløse indsatser. Der er således på børne- og ungeområdet et stærkt fokus på at iværksætte højt specialiserede matrikelløse indsatser rundt om familien eller den unge, så barnet eller den unge kan fastholde et liv tæt på netværk, skole mv. De mere institutionsbårne løsninger, hvor den unge eller barnet anbringes i et højt specialiseret tilbud bruges først, hvis den forebyggende indsats ikke lykkes.

Tendensen på voksenområdet er ikke helt så entydig. Dog har vi allerede nævnt, at der blandt yngre borgere ses en bevægelse mod øget brug af højt specialiserede matrikelløse indsatser. Årsagen kan være, at der i kortlægningen primært har været fokus på de meget komplekse borgersager. Derfor er billedet lidt mere blandet. Kortlægningen peger dog på, at indsatser til voksne, der har mange ressourcer, et højt funktionsniveau eller har et netværk med støttende ressourcer, som udgangspunkt bliver matrikelløse med et rehabiliterende sigte. Særligt på hjerneskadeområdet er der i kortlægningen fremkommet flere eksempler på, at kommunerne arbejder systematisk med at etablere højt specialiserede matrikelløse indsatser med et rehabiliteringssigte. Ligeledes er der fremkommet eksempler ift. borgere med en spiseforstyrrelse.

Borgeren har behov, som er vanskelige at imødekomme i et matrikelfast socialt tilbud

Som det kort blev berørt under punktet om borgerønsker, er der i kommuneafdækningen flere eksempler på børn/voksne, som tidligere har været anbragt/boet i botilbud, hvor opholdet er afsluttet. En væsentlig årsag til, at indsatserne bliver matrikelløse, er således, at borgerne ikke kan rummes i de matrikelfaste højt specialiserede tilbud. Det kan skyldes, at borgeren har en adfærd, som kan være utrygskabende for andre beboere, og/eller det vurderes, at de relevante kompetencer ikke er til stede, og at der derfor er behov for en mere sammensat indsats. Kortlægningen har også vist eksempler på borgere, som har et stort behov for skærmmning grundet en sjælden lidelse, som gør, at kommunen vælger at etablere en skræddersyet og individualiseret indsats.

Det gælder derfor, at ligesom der er borgere med et højt funktionsniveau, der får en matrikelløs rehabiliterende indsats, er der også borgere, som får en matrikelløs indsats, fordi de har et meget lavt funktionsniveau. Komplex eller meget udfordrende adfærd påvirker borgerens funktionsniveau og kan have betydning for, om borgeren kan rummes i en højt specialiseret matrikelfast indsats.

Generelle designtræk - indhold i indsatser

Som beskrevet i del 1 i denne afdækning er de matrikelløse indsatser sammensat af en række indsatser bygget op om den enkelte borger. Indsatserne er typisk flerfaglige og bundet op på forskellige lovgivningsområder. Samtidig gælder det for de matrikelløse indsatser, at de kan være sammensat af både højt specialiserede, specialiserede og almene ydelser, som tilsammen udgør den matrikelløse indsats. Der vil også ofte være flere leverandører af ydelser i en matrikelløs indsats. Matrikelløse indsatser er således kendetegnet ved en stor diversitet.

Når det er sagt, kan der dog peges på en række fællestræk. Et meget centralt aspekt vedrører den højt specialiserede del af ydelsen i indsatsen. Den kan være flersidig, idet den både kan være direkte borgerrettet eller være indirekte med fokus på de medarbejdere, der i det daglige er i tæt kontakt med den berørte borger. Den direkte borgerrettede ydelse er kendetegnet ved at være mobil, idet den ofte vil blive leveret i borgerens bolig eller på anden vis let tilgængeligt for borgeren. Det betyder med andre ord, at leverandøren sender medarbejdere ud i borgerens hjem for at levere en ydelse, eller er i kontakt med borgeren i forbindelse med en udredning. Den medarbejderrettede indsats har en rådgivende og kompetenceopbyggende funktion, der skal sikre, at de involverede medarbejdere får de nødvendige kompetencer og viden, som skal til for at imødekomme borgerens behov. Endelig har den højt specialiserede indsats i visse tilfælde en koordinerende rolle i forhold til at sikre sammenhængen til og mellem indsatserne rundt om borgeren.

Der er ofte et særligt behov for den højt specialiserede rådgivning og viden i den indledende fase af et sags- og udredningsforløb, idet der ved etablering af en matrikelløs indsats er behov for en grundig afdækning af, hvad delelementerne i indsatsen skal indeholde. Her spiller VISO ofte en vigtig rolle i at bistå med udredning af borgerens behov og rådgive kommunen om den faglige indsats. Kommunerne i kortlægningen peger på, at VISO har en styrke i at kunne rådgive tværfagligt og dermed bidrage til at sikre, at der er god sammenhæng i den matrikelløse indsats.

Udover VISO trækker kommunerne på en række højt specialiserede videnscentre, når der er behov for rådgivning. Eksempler på disse er fremhævet i del 1. Disse videnscentre trækkes ifølge kortlægningen ind i perioder, hvor der særligt er behov for deres ekspertise i støtten til den pågældende borger. Videnscentre har sjældent en koordinerende rolle i indsatsen.

Det er primært eksterne aktører (ofte private), som forestår den sociale indsats i borgerens hjem. Disse aktører har ofte også det gennemgående ansvar for at sikre, at den nødvendige højt specialiserede ekspertise bliver koordineret og integreret i indsatsen (ud over det ansvar, som ligger hos myndighed). Eksterne aktører udvælges ifølge kommunerne på baggrund af tidligere erfaringer om pålidelighed og høj faglighed.

Endelig er der eksempler på, at større kommuner etablerer højt specialiserede vidensnetværk og selv leverer og koordinerer indsatsen (fx på området for erhvervet hjerneskade og ift. måltidsstøtte til borgere med svære spiseforstyrrelser), som en af de kommunale indsats på socialområdet.

Designtræk i forhold til forskellige målgrupper

I kortlægningen er der identificeret nogle forskelle i designtræk afhængigt af:

- Individ- eller familieorienteret indsats
- Borgerens/barnets generelle funktionsniveau
- Borgerens mulighed for at indgå i en social kontekst.

Individ- eller familieorienteret indsats

De matrikelløse indsats har forskellige kendetegn på henholdsvis børne-/ungeområdet og voksenområdet.

På børne- og ungeområdet tager indsatserne som udgangspunkt afsæt i en helhedsorienteret familieindsats (barnets egen familie eller plejefamilie), og indsatserne er oftest matrikelløse selv for børn/unge med et meget lavt funktionsniveau. Der er indikationer i kortlægningen på, at det

ofte er et højt specialiseret dagtilbud eller skoletilbud, der sikrer den hyppige højt specialiserede støtte til familien.

På voksenområdet er de matrikelløse indsatser typisk individuelt tilrettelagt. Der kan dog også være et netværks- og pårørendefokus, idet forældre til voksne og ægtefæller kan indgå som støtte i indsatsen. Servicelovens § 85 bruges i vid udstrækning som grundlag for at etablere matrikelløse indsatser til borgere over 18 år, hvor leverandøren af § 85-støtten typisk står for koordineringen af indsatsen.

Borgerens/barnets generelle funktionsniveau

De matrikelløse indsatser har forskellige kendetegn afhængigt af barnets/borgerens funktionsniveau.

For personer med et relativt højt funktionsniveau peger kortlægningen på, at indsatserne ofte er matrikelløse. Borgere med et højt funktionsniveau har sjældent behov for et komplekst stillads af indsatser for at mestre hverdagen. Formålet med den højt specialiserede matrikelløse indsats vil typisk være rådgivning og kompetenceudvikling til hhv. borgeren, borgerens netværk og relevante medarbejdere omkring borgeren. Borgere med et højt funktionsniveau kan fx være borgere med en alvorlig synsnedsettelse eller et erhvervet varigt høretab. Der skal dog være en særlig opmærksomhed på, når der sker ændringer i borgerens liv (fx ændringer i hjemmet, i netværket, på uddannelse eller arbejde). Kortlægningen peger på, at der for borgere med et højt funktionsniveau er et stort behov for koordination mellem det almene (skole, jobcenter, hjælpemidler, kompenserende støtte til uddannelse) og den højt specialiserede indsats, som kan være afgørende for, at borgeren fastholder sit høje funktionsniveau.

For borgere med et lavt funktionsniveau er indsatserne typisk kendetegnet ved, at der ydes intensiv støtte til at mestre hverdagen. Hvis der iværksættes en matrikelløs indsats for voksne, er det ofte fordi, der er særlige ressourcer i borgerens nærmeste netværk eller pga. et meget stærkt ønske fra borgeren om ikke at bo i et socialt tilbud. Indsatsen for børn er som tidligere nævnt typisk også matrikelløs for børn med lavt funktionsniveau. Borgere med et lavt funktionsniveau kan fx være voksne med en kompleks erhvervet hjerneskade. Typiske kendetegn ved den matrikelløse indsats er, at der er tilrettelagt et massivt stillads af socialfaglige og sundhedsfaglige indsatser. Der er typisk færre almene indsatser (skole, uddannelse og beskæftigelse).

Det højt specialiserede element i indsatsen kan variere ift. funktionsniveauet. Borgere med højt funktionsniveau kan i høj grad selv omsætte og bruge den viden, som leveres fra videnscentre mv. (fx mobility træning). For borgere med et lavt funktionsniveau består indsatsen ofte i højt specialiseret behandling og (re)habilitering.

Der er typisk særlige behov for rådgivning og kompetenceudvikling af borgerens netværk og medarbejdere, der varetager den daglige indsats hos borgeren, så de mestrer metoder, der kan imødekomme borgerens komplekse eller særlige behov. Der er derfor et vigtig didaktisk kompetencebehov hos den højt specialiserede leverandør af indsatsen.

Behovet for koordination varierer ift. funktionsniveau. Hvis der er et relativt højt funktionsniveau, vil den højt specialiserede del af indsatsen skulle rettes mere mod inklusion i det almene (skole, uddannelse og job). Hvis funktionsniveauet er lavt, vil koordinationsbehovet i højere grad rette sig mod den socialfaglige og sundhedsfaglige støtte i hverdagen og (re)habilitering ift. mestring af hverdagslivet. Der er generelt i matrikelløse indsatser både et særligt behov for at koordinere den direkte støtte til borgeren, så den bliver en del af en sammenhængende indsats, og der er

behov for at sikre, at supervision, kompetenceudvikling, videregivelse af viden til øvrige aktører i den matrikelløse indsats.

Borgerens mulighed for at indgå i en social kontekst

Kompetencer til at kunne indgå i en social kontekst er typisk en integreret del i vurderingen af borgerens funktionsniveau. Denne kompetence har en særlig betydning for, hvilke typer af indsatser der vælges.

Der kan være flere grunde til, at en borger har udfordringer med at indgå i en social kontekst. En grund kan være, at borgeren har meget særegne lidelser eller handicap, der ikke kan rummes i en social kontekst (fx en borger med ekstrem latexallergi). En anden grund kan være, at borgeren har en adfærd, som vanskeliggør social kontakt ved fx at være stærkt udadreagerende, grænseløs eller farlig. Hvis en borger tilhører en af målgrupperne for en højt specialiseret indsats og samtidig har et omfattende misbrug kan det også være ekskluderende, fordi borgeren ikke kan modtage den indsats, som tilgodeser vedkommendes øvrige højt specialiserede behov. Endelig kan borgeren være voldsomt belastet af for mange sociale stimuli, som betyder, at de skal skærmes i udpræget grad.

Udfordringer med at indgå i en social kontekst er stærkt medvirkende til, at indsatsen bliver matrikelløs. Kortlægningen viser, at centrale elementer i den matrikelløse indsats i så fald er opbygning af tillid, relationsarbejde, arbejde med motivation og redskaber til low arousal-pædagogik m.m.

For borgere, der bliver belastet voldsomt af for mange sociale stimuli, er der yderligere tegn på, at den matrikelløse indsats forsøges etableret med så få indsatser og medarbejdere som muligt, hvor den enkelte medarbejder så skal kunne udføre en mere tværfaglig indsats for at håndtere borgerens multiple udfordringer. Eksemplerne vedrører bl.a. borgere med autismediagnoser, angst og PTSD.

Forslag til supplerende parametre i national koordinationsstrukturens tilbudsscreening

Den nationale koordinationsstruktur (NATKO) skal sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Som led i at varetage denne opgave har NATKO udviklet en tilbudsscreeningsmodel. Screeningsmodellen er oprindeligt udviklet med fokus på matrikelfaste indsatser, og opgaven er her at vurdere, hvordan modellens parametre med fordel kan justeres og suppleres til også at omfatte højt specialiserede matrikelløse indsatser.

NATKO's screeningsmodel retter sig her mod den højt specialiserede del af den matrikelløse indsats, som gives efter serviceloven og/eller specialundervisningslovgivningen (cirkel B i netværksskottet).

I dette afsnit vurderes de parametre, som allerede er udviklet i regi af NATKO, set i lyset af kortlægningens resultater. Endvidere drøftes resultater fra kortlægningen, som peger på behovet for at udvikle nye parametre.

I Social- og Boligstyrelsens model for udarbejdelse af specialebeskrivelser er der fastsat fire generelle specialiseringsparametre (disse er uddybende beskrevet i rapportens del 1):

- Aktiv praksis
- Kompetencer
- Samarbejdsformer

- Vidensdistribution².

På baggrund af de særlige designtræk, som gælder for matrikelløse indsatser, sættes i det følgende fokus på nedenstående to punkter, som kan indgå i Social- og Boligstyrelsens videre udvikling af NATKOs tilbudsscreeningsmodel:

- Særlige karakteristika inden for de fire eksisterende screeningsparametre
- Særlige karakteristika som peger på et nyt screeningsparameter.

Særlige karakteristika inden for de fire eksisterende screeningsparametre

Social- og Boligstyrelsens fire specialiseringsparametre er også højst relevante, når en leverandør skal varetage en højt specialiseret indsats i en matrikelløs kontekst. Som beskrevet i del 1 er der dog særlige behov, som yderligere kan indarbejdes i parametrene.

Der ligger en særlig faglighed i at være et "matrikelløst tilbud" som skal passe ind i en helhedsorienteret kontekst med andre indsatser i en matrikelløs indsats. Det kan give anledning til at supplere kriterierne ift. de fire specialiseringsparametre med afsæt i Social- og Boligstyrelsens model for udarbejdelse af specialebeskrivelser fra oktober 2021.

Aktiv praksis

Kortlægningen har sat fokus på, at det kan være en udfordring at sikre et fagligt fællesskab for medarbejdere, der primært arbejder hos enkeltborgere. Parameteret aktiv praksis har fokus på, at øvelse gør mester, hvor det centrale er, hvordan leverandøren af den højt specialiserede indsats opbygger erfaring og faglig ekspertise på det pågældende område. I en screeningsmodel kan parameteret med fordel have to fokusområder. For det første er det væsentligt, hvordan leverandøren af den matrikelløse indsats er bundet op på en 'moderorganisation', der kan sikre et fagligt miljø og tilstrækkeligt med flow af borgersager, som gør, at leverandøren har den tilstrækkelige ekspertise. For det andet kan der sættes fokus på, hvordan leverandøren overfører sin aktive praksis til den matrikelløse indsats ved at indgå i et fagligt fællesskab med de øvrige indsatser i den samlede matrikelløse indsats. Den eksterne leverandør vil via sin erfaring og metodetilgang være garant for den aktive praksis, som kan udbredes i det faglige fællesskab, så det også indbefatter de kommunale medarbejdere.

Kompetencer

Det vil også for de matrikelløse indsatser være relevant at formulere specifikke krav til grund-, efter- og videreuddannelse eller til et vist niveau af praksiserfaring afhængigt af, hvilket fagligt område der er tale om.

Relationelle kompetencer er helt centrale for medarbejderne i de matrikelløse indsatser. Det handler både om relationen mellem medarbejdere og borgere, som får en anden karakter, når indsatsen foregår matrikelløst - og dermed i mere fleksible rammer. Men ikke mindst om relationen mellem de forskellige aktører i den matrikelløse indsats, hvor den højt specialiserede leverandør kan have et særligt ansvar for at få det tværfaglige samarbejde til at fungere qua sin særlige ekspertise og rådgivningsfunktion.

² En nærmere beskrivelse af specialiseringsparametrene kan læses i publikationen: Specialer og specialfunktioner på det specialiserede socialområde – model for udarbejdelse af specialebeskrivelser, Socialstyrelsen, oktober 2021.

Når den højt specialiserede leverandør indgår med rådgivning og kompetenceudvikling af de øvrige medarbejdere i den matrikelløse indsats, kræver det også didaktiske og pædagogiske kompetencer hos de medarbejdere, som varetager den højt specialiserede indsats.

Der kan således formuleres krav til relationelle, tværfaglige og didaktiske kompetencer hos den højt specialiserede leverandør.

Samarbejdsformer

Samarbejdskapacitet er helt afgørende for at kunne lykkes i de matrikelløse indsatser. Borgerne er ikke forankret i et højt specialiseret matrikelfast tilbud. Netværket af indsatser rundt om borgeren er mere fleksibelt, men også mere løst. Det er kommunernes erfaring, at de matrikelløse indsatser kræver mere koordination og tværfagligt samarbejde for at sikre en sammenhængende indsats for borgerne. Det er vigtigt, at den højt specialiseret del af indsatsen indgår i samarbejdet. Derfor er det relevant at skærpe kravene til, hvordan den højt specialiserede leverandør sikrer den formelle ramme for samarbejdet (roller og ansvar) og samarbejdskompetencerne hos de medarbejdere, som indgår i indsatsen fra leverandøren (se ovenfor). Der kan således fx formuleres krav til, at leverandørerne i relevant omfang samarbejder med andre leverandører på tværs af faggrupper og sektorer. Det er et yderst væsentligt parameter i de matrikelløse indsatser, som skal kunne rumme borgere med meget sammensatte behov. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde skal garantere, at leverandørerne kan arbejde fleksibelt og sikre, at den højt specialiserede indsats indarbejdes i hele netværket, så indsatsen bliver sammenhængende.

Vidensdistribution

Behovet for vidensdistribution ændrer karakter, når indsatsen bliver matrikelløs. Som beskrevet tidligere er der et stort behov for overførsel af specialistviden til de øvrige aktører i netværksstrukturen. Behovet for vidensdistribution i netværket rundt om borgeren kan være meget forskelligt afhængigt af borgerens behov. Hos borgere med meget sjældne og komplekse behov, kan der være behov for, at leverandøren af den højt specialiserede indsats har en superviserende rolle og praktiserer og træner metoder og tilgange ude hos borgeren sammen med de medarbejdere, som skal varetage den daglige indsats.

Der bør fortsat være fokus på, at leverandørerne dels anvender aktuelt bedste viden på området, dels kan dokumentere effekt og dels bidrager aktivt til at udbrede viden på området. Det sidste er ikke kun målrettet den konkrete matrikelløse indsats, som leverandøren indgår i, men kommunerne generelt. De efterlyser øget kendskab til, hvilke leverandører de kan henvende sig til, når de møder borgere med sjældne eller meget komplekse behov ift. udredning og tilrettelæggelse af faglige indsatser.

Særlige karakteristika som peger på et nyt screeningsparameter

Kortlægningen viser, at de højt specialiserede indsatseres tilgængelighed er afgørende for, om borgerne får gavn af den højt specialiserede ekspertise i indsatsen. Der er to forskellige dimensioner i definitionen af tilgængelighed i denne sammenhæng:

- Tilgængelighed geografisk
- Tilgængelighed ift. rummelighed og fleksibilitet.

Tilgængelighed geografisk

Kortlægningen indikerer, at borgere, der bor langt fra de større byer, ikke i så høj grad har adgang til de højt specialiserede indsatser. For borgere med komplekse problemer og sjældne

handicap kan geografisk afstand være en barriere. Hvis de matrikelløse indsætter skal opretholde en høj specialisering, er det derfor afgørende, at den højt specialiserede del af indsatsen udføres tæt på borgerne. Tilgængelig er i den sammenhæng ikke kun borgerrettet, men også et spørgsmål om, hvordan de specialiserede leverandører stiller deres viden til rådighed for de kommunale medarbejdere, som også er en del af den matrikelløse indsats.

Der kan derfor med fordel formuleres krav til, hvordan de højt specialiserede leverandører gør sig tilgængelige for borgere i relevante dele af landet (region, landsdel, hele landet) samt hvordan denne tilgængelighed også sker for relevante medarbejdere.

Tilgængelighed ift. rummelighed og fleksibilitet

Kortlægningen peger på, at borgerne i de matrikelløse indsætter har meget komplekse behov. Borgerne passer typisk ikke ind i faste 'kasser' og veldefinerede målgrupper. Kombinationen af borgernes udfordringer er mangfoldige. Der fremkommer således et stort behov for, at leverandøren af den højt specialiserede indsats kan arbejde fleksibelt med deres målgrupper og også håndtere udfordringer, som ligger udenfor deres gængse speciale. Det kan eventuelt ske ved at arbejde tværfagligt sammen med andre højt specialiserede tilbud/leverandører, så den matrikelløse indsats samlet set kan rumme borgerens sammensatte behov. Et vigtigt kriterium i specialiseringsparametrene er derfor, at leverandørerne kan arbejde fleksibelt og udvise rummelighed over for borgere med et bredt spektrum af udfordringer. Dette parameter skal ses i sammenhæng med parametrene vedrørende kompetencer og samarbejdsformer.

Øvrige opmærksomhedspunkter i forhold til matrikelløse indsætter

Den nationale koordinationsstruktur (NATKO) ansvarsområde er højt specialiserede indsætter og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Denne afdækning har haft til formål at belyse, hvad der kendetegner højt specialiserede matrikelløse indsætter og på den baggrund kvalificere NATKOs tilbudsscreeningsmodel.

Igennem kortlægningen og bearbejdningen af det bagvedliggende datamateriale er det blevet meget synligt, at VISO spiller en helt central rolle på både børne- og voksenområdet, idet VISO ofte bidrager med en koordinerende, kompetenceopbyggende og rådgivende rolle i opstartsfasen ved etablering af matrikelløse indsætter. Ligesom rigtig mange af de tilbud, som nævnes som højt specialiserede – og som bidrager til de matrikelløse indsætter – er VISO leverandører. Denne afrapportering har været et bidrag til at skabe større overblik over kendetegn ved matrikelløse indsætter. VISO vurderes at være en vigtig videnspart, hvis dette overblik skal udbygges. VISO må endvidere kunne forventes at spille en særlig rolle i at rådgive om, hvordan højt specialiserede individuelle matrikelløse indsætter bedst etableres – både i konkrete borgersager, og i forhold til at udtrække nogle mere generelle læringspunkter.

Samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale sektor har ikke været et fokuspunkt for denne afdækning, men det er tydeligt i afdækningen, at et velkoordineret samarbejde med psykiatrien ofte i praksis vil være forudsætningen for at lykkes med de matrikelløse sociale indsætter. Den regionale psykiatri er ofte inddraget i de matrikelløse indsætter både på børne- og voksenområdet. I den flerhed af udfordringer, som borgerne har i denne kortlægning, er psykiske udfordringer ofte et væsentligt element, hvor det er afgørende set fra et kommunalt perspektiv, at der er et tæt og velkoordineret samarbejde mellem bopælskommune og psykiatrien for at lykkes med den samlede indsats.

Bilag

Kommunerne modtog materiale, der kunne støtte dem i deres forberedelse af interviewene. Forberedelsesskemaet kan ses nedenfor.

Forberedelse til interview

Formålet med afdækningen er at finde kendetegn ved matrikelløse indsatser for borgere, der har behov for en højt specialiseret indsats.

Nedenfor er der en beskrivelse af, hvilke målgrupper der kan være omfattet af højt specialiserede indsatser og den nuværende definition af en matrikelløs indsats. I må gerne udfordre definitionerne. En del af vores opgave er bl.a. at komme med input til at kvalificere definitionen af en matrikelløs indsats.

Målgruppen

Den overordnede definition:

Personer med særligt komplekse eller sjældent forekommende behov for indsatser. Indsatserne kræver ofte specialviden eller en særlig tværfaglig eller tværsektoriel tilrettelæggelse som den enkelte kommune kan have svært ved at udvikle eller opretholde lokalt.

I skemaet nedenfor er der en opstilling af konkrete målgrupper indenfor de fem hovedmålgrupper (fysiske funktionsnedsættelser, intellektuel/kognitive forstyrrelse, udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder og sociale problemstillinger). I kan bruge listen som inspiration. Vi modtager gerne jeres bud på andre borgere, som I vurderer, er i målgruppen for en højt specialiseret indsats.

Den nationale koordinationsstruktur på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde

Fysiske funktionsnedsættelser		Intellektuel/kognitiv forstyrrelse		Udviklingsforstyrrelse		Psyriske vanskeligheder		Sociale problemstillinger		
Syns-nedsættelse	Hørenedsættelse	Erhvervet hjerneskade	Medfødt hjerneskade	Autismespektrumforstyrrelse	Udviklingsforstyrrelse af tale og sprog	Angst	Personlighedsforstyrrelse	Overgreb	Omsorgssvigt	
Døvblindhed	Mobilitets-nedsættelse		Udviklingshæmning					Forandret virkelighedsopfattelse	Misbrug	Hjæmløshed
Kommunikationsnedsættelse									Kriminalitet	Prostitution
							Stress-belastning	Selvskadende adfærd		

Konkrete målgrupper aktuelt omfattet af den nationale koordinationsstruktur

Personer med svære former for muskelsvind	Børn og unge med kompleks erhvervet hjerneskade	Personer med autisme og svær spiseforstyrrelse	Personer med svære spiseforstyrrelser	Voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen
Personer med rygmarvsbrok	Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade	Børn med verbal dyspraksi	Socialt udsatte voksne med svære psykiske vanskeligheder og omfattende misbrug	Børn og unge med seksuelt bekymrende eller grænseoverskridende adfærd
Personer med medfødt døvblindhed	Voksne med epilepsi og svær udviklingshæmning i botilbud	Børn og unge med autisme uden talesprog eller med komplekse kommunikationsbehov		Børn og unge med alvorlige kriminalitetsproblematikker og sociale eller psykiatriske problemstillinger
Personer med erhvervet døvblindhed, som ikke er aldersrelateret	Personer med medicinsk intractabel epilepsi med behov for støtte i skolen eller rehabilitering			Udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug
Børn og unge med et varigt høretab	Personer med komplekse følger af cerebral parese			Børn, unge og yngre voksne med alvorlig selvskadende adfærd
Voksne med et erhvervet, varigt høretab	Personer med kognitive funktionsnedsættelser og udfordrende adfærd med behov for særforanstaltninger eller lignende			
Børn og unge med alvorlig syns-nedsættelse	Personer med svær udviklingshæmning og psykisk lidelse			
Voksne med alvorlig syns-nedsættelse	Unge og voksne med udviklingshæmning og dom for kriminalitet			
Personer med multiple funktionsnedsættelser uden talesprog	Personer med udviklingshæmning og misbrug			
Børn og unge med Spielmeier-Vogt sygdom eller lignende sjældne progredierende sygdomme	Personer med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb			
Personer med Huntingtons sygdom	Personer med udviklingshæmning og demens			
	Personer med Prader-Willi syndrom			
	Børn med Shaken Baby Syndrome			
	Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering af rusmidler og psykofarmaka			

Definition af matrikelløse indsatser

Den nuværende definition af matrikelløse indsatser er følgende:

- *Barnet, den unge eller voksne har ikke fast ophold hos leverandøren.*
- *Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandører af indsatsen*
- *Indsatsen har hjemmel i serviceloven eller i lov om specialundervisning for voksne*
- *Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte.*

Det er vores erfaring, at der også bruges andre ord og definitioner for det, der kendetegner matrikelløse indsatser. Det kan fx være:

Indsatsen leveres som ambulante indsatser. Det kan både være hos en ekstern leverandør, en kommunal udførerenhed, som mobile tilbud der gives i eget hjem m.m.

Indsatsen har hjemmel i serviceloven eller i lov om specialundervisning for voksne. Dele af indsatsen vil typisk være højt specialiseret, som suppleres af et stillads/net af øvrige indsatser. Det kan både være indsatser med hjemmel i serviceloven, almene indsatser som fx skole/uddannelse og andre indsatser som behandlingstilbud, sundhedstilbud, beskæftigelsestilbud m.m.

For nogle målgrupper vil udfordringerne øges over tid og sigtet for indsatsen kan være at bevare borgerens muligheder for at blive i almenmiljøet. Dette kan i sig selv være en kompleks opgave, som kræver højt specialiserede kompetencer.

Hvordan kan I forberede jer til interviewet

I kan med udgangspunkt i skemaet over højt specialiserede målgrupper overveje, om I har konkrete eksempler på borgere, som matcher eller har samme kompleksitet, som I giver en matrikelløs indsats. I kan også udtrække en leverandørliste, hvis I vurderer, at den kan give jer inspiration ift., hvilke højt specialiserede indsatser, I køber hos eksterne leverandører.

Forslagene til forberedelse nedenfor kræver ikke grundige søgninger i jeres sagsbehandlingssystemer. Det er tilstrækkeligt at I genkalder jer cases, som I umiddelbart husker dem.

Med udgangspunkt i konkrete cases/borgereksempler kan I overveje følgende:

- Kendetegn ved borgeren (udfordringer, problemstillinger, diagnoser, særlige behov m.m.)
- I kan evt. tegne et netværkskort for de cases som I har fundet, eller I kan notere jeres observationer i et skema - fx som det, der er skitseret nedenfor
- Jeres bud på, hvor mange borgere I ca. har i målgrupper, som er omfattet af en højt specialiseret matrikelløs indsats
- Er der særlige overvejelser ift., hvordan I sikrer kvalitet i indsatsen
- Har I adgang til de nødvendige højt specialiserede indsatser, som skal indgå i et matrikelløst set up.

På vores møde arbejder vi videre med, hvad der kendetegner de matrikelløse indsatser, som borgerne får. Vi forventer derfor ikke, at I har cases på alle hovedmålgrupperne eller I på forhånd udarbejder en færdig kortlægning/tegning af jeres netværkskort, for de cases, som I har. Det kan være vanskeligt at presse en borger ind i en af hovedmålgrupperne, fordi de har udfordringer på tværs af målgrupperne. I vælger blot den hovedmålgruppe, hvor det giver mest mening at placere borgeren

Borgerkende-tegn	Typer af indsatser	Paragraffer	Ca. hyppighed af indsatser	Baggrund for at vælge matrikelløs indsats	Ca. antal borgere
Fysiske funktionsnedsættelser (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)					
Borgerkende-tegn ved case 1	Typer af indsatser for case 1	Paragraffer, der er i spil for case 1	Er der indsatser som er daglige, ugentlige, månedlige, halvårslige eller kun for en kort periode for case 1	Jeres baggrund for at vælge en matrikelløs indsats for case 1	Ca. antal borgere i hele målgruppen, som umiddelbart får en matrikelløs indsats
Intellektuel/kognitive forstyrrelse (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)					
Borgerkende-tegn ved case x	Typer af indsatser for case x	Paragraffer, der er i spil for case x	Er der indsatser som er daglige, ugentlige, månedlige, halvårslige eller kun for en kort periode for case x	Jeres baggrund for at vælge en matrikelløs indsats for case x	Ca. antal borgere i hele målgruppen, som umiddelbart får en matrikelløs indsats
Udviklingsforstyrrelse (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)					
Borgerkende-tegn ved case x	Xx	Xx	Xx	Xx	Xx
Psykiske vanskeligheder (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)					
Borgerkende-tegn ved case x	Xx	Xx	Xx	Xx	Xx
Sociale problemstillinger (lille målgruppe eller kombination med andre udfordringer)					
Borgerkende-tegn ved case x	Xx	Xx	Xx	Xx	Xx

Vi ser frem til at drøfte jeres input og overvejelser.



Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk



**Social- og
Boligstyrelsen**

Kommunale udfordrin- ger på det specialise- rede socialområde for voksne

2022-perspektiver

april 2023

Viden til gavn

Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for voksne

Publikationen er udgivet af
Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.sbst.dk

Udgivet april 2023
Download eller se rapporten på
www.sbst.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital udgivelse: ISBN 978-87-94371-64-3

Indhold

Forord	0
Indledning	1
Sammenfatning	3
1 Organisering, styring og kvalitet	5
1.1 Kommunernes oplevede udfordringer for de organisatoriske fokusområder	7
1.2 Øvrige udfordringer for de organisatoriske fokusområder	12
2 Udfordringer på målgruppeniveau	13
2.1 Udviklingen i kommunernes udfordringer med målgrupperne	16
2.2 Kommunernes bemærkninger til de målgruppespecifikke udfordringerne	31
3 Aktuelle temaer	32
3.1 Pårørende til voksne på det sociale område	32
3.2 Understøttelse af borgernes trivsel og sundhed på det sociale område	34
3.3 Velfærdsteknologi i den sociale indsats	34
3.4 Stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap	35
3.5 Inddragelse af borgerens perspektiver	37
3.6 Stigende antal unge med psykisk sårbarhed, udsathed eller handicap	38
3.7 Den rehabiliterende tilgang på handicapområdet	39
4 Litteratur	40
Bilag 1 – Udvikling af spørgeskemaundersøgelsen	42
Bilag 2 – Målgrupper	43

Forord

Social- og Boligstyrelsen samarbejder tæt med kommunerne om udvikling af sociale indsatser til gavn for de børn, unge og voksne, som har behov for støtte. For at sikre en effektiv og en høj grad af implementering i udviklingen og udbredelsen af virksomme sociale indsatser er det vigtigt for Social- og Boligstyrelsen at have et aktuelt og dækkende billede af, hvilke udfordringer kommunerne oplever.

Socialstyrelsen (nu Social- og Boligstyrelsen) gennemførte i sommeren 2022 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes perspektiver på udfordringer og behov i arbejdet med henholdsvis børn, unge og familier og voksne på det specialiserede socialområde. Denne rapport indeholder resultaterne på det specialiserede voksenområde fra 18 år og opefter. Styrelsen har udgivet en tilsvarende rapport på børn- og unge området.

I 2020 gennemførte Socialstyrelsen undersøgelsen første gang, hvorfor denne undersøgelse skal ses som en gentagelse af 2020 undersøgelsen, dog med mindre justeringer og ændringer i undersøgelsens aktuelle temaer. Desuden har VIVE tidligere, på vegne af den daværende Socialstyrelse, gennemført tilsvarende undersøgelser af kommunernes udfordringsbillede (VIVE, 2018; VIVE, 2019)¹.

Resultaterne af undersøgelsen giver blandt andet mulighed for at målrette udviklingen og udbredelsen af virksomme sociale indsatser til de områder, hvor kommunerne oplever de største udfordringer. Undersøgelsen benyttes blandt andet som grundlag for Social- og Boligstyrelsens arbejde med udviklings- og investeringsprogrammerne på det sociale område, hvor der årligt igangsættes en række initiativer, der har til hensigt at udvikle og udbrede virksomme sociale indsatser, som efterspørges bredt i landets kommuner.

Socialområdet hænger tæt sammen med andre velfærdsområder. Undersøgelsen afspejler dette ved en række tværgående fokusområder, målgruppespecifikke fokusområder og aktuelle temaer. Udviklingen af nye effektive indsatser retter sig her først og fremmest mod socialområdet, men initiativerne kan også gå på tværs til sundheds-, beskæftigelses-, uddannelses- og socialområdet, når det tværgående arbejde bidrager til at løse en social problemstilling.

En stor tak skal lyde til alle jer i kommunerne, som har bidraget med jeres perspektiver på centrale udfordringer på det specialiserede socialområde. Vi er meget glade for, at så stor en andel af kommunerne har bidraget til undersøgelsen. Det betyder, at vi har fået et dækkende og meget værdifuldt overblik over de udfordringer, som der opleves rundt om i landet. Dette bidrager til et solidt grundlag for at igangsætte nationale initiativer, der virker i praksis og hjælper de børn, unge og voksne, som har behov for støtte.

Vi håber samtidig, at resultaterne kan bidrage til refleksioner og nye tiltag på socialområdet i den enkelte kommune, og at vi i samspil kan forbedre initiativer, indsatser og effekten for den enkelte borger.

Ellen Klarskov Lauritzen

Direktør, Social- og Boligstyrelsen

¹ Se bilag 1 for nærmere information om udviklingen og gennemførelsen af undersøgelsen.

Indledning

Undersøgelsen består overordnet af tre blokke, som hver omfatter en række fokusområder eller temaer, jf. boks 1. Første blok omfatter organisatoriske fokusområder, som har betydning for arbejdet med at yde en kvalificeret og effektiv indsats på det sociale område. Anden blok omfatter en række målgruppespecifikke fokusområder, mens tredje blok omfatter syv udvalgte aktuelle temaer, der er særligt interessante i disse år.

Boks 1 – Indhold i spørgeskemaundersøgelsen på det specialiserede voksenområde



Organisatoriske fokusområder omfatter arbejdet med:

- en strategi for det specialiserede voksenområde
- en forebyggende og mindre indgribende indsats
- sagsbehandling
- koordinering og samarbejde på tværs af fagområder i kommunen
- koordinering og samarbejde på tværs af kommuner
- koordinering og samarbejde mellem sektorer
- koordinering og samarbejde med civilsamfund og andre aktører
- indsats og metode: kvalitet i indsats og metode
- indsats og metode: tilbudsvifte.

De 17 målgrupper omfatter²:

- unge og voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade
- unge og voksne med autismespektrumforstyrrelser
- unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser
- unge og voksne med erhvervet hjerneskade
- unge og voksne med fysiske handicap
- unge og voksne med stofmisbrug
- unge og voksne i hjemløshed
- unge og voksne, der lever med vold i nære relationer
- unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen
- unge og voksne socialt udsatte grønlandere
- unge og voksne i prostitution eller prostitutionlignende relationer
- unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug
- unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt
- unge og voksne med selvskaade og/eller spiseforstyrrelse
- unge og voksne i psykisk mistrivsel med risiko for at udvikle mere alvorlige vanskeligheder
- unge og voksne med psykiske vanskeligheder
- unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien

Spørgsmål til hver målgruppe

- identificering
- vækst i målgruppeomfang
- en forebyggende og mindre indgribende indsats
- tilbud og indsatser
- samarbejde med borgere
- samarbejde på tværs af kommunen om indsatser og tilbud
- samarbejde med relevante sektorer om indsatser og tilbud
- kompetencer og viden hos fagprofessionelle
- udfordringer med målgruppen samlet set.



Aktuelle temaer omfatter:

- pårørende til voksne på det sociale område
- understøttelse af borgernes trivsel og sundhed på det sociale område
- velfærdsteknologi i den sociale indsats
- stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap
- inddragelse af borgerens perspektiver
- stigende antal unge med psykisk sårbarhed, udsathed eller handicap
- den rehabiliterende tilgang på handicapområdet.

² For nærmere beskrivelse af de specifikke målgrupper, se bilag 2.

Spørgeskemaet blev sendt til 95 af landets kommuner i maj 2022. Mailen var stilet til socialchefer (eller tilsvarende chefniveau på socialområdet). 86 pct. af landets kommuner har helt eller delvist gennemført spørgeskemaundersøgelsen på voksenområdet. Den høje svarprocent giver en høj grad af sikkerhed for, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes oplevede udfordringer på de områder, som er omfattet af undersøgelsen³.

Undersøgelsen giver et overordnet billede af kommunernes perspektiv på centrale udfordringer i arbejdet med socialt udsatte, personer med psykiske vanskeligheder og personer med handicap, men siger ikke noget om kvaliteten af det sociale arbejde eller borgeres eller andre aktørers oplevede udfordringer. I undersøgelsen belyses kommunale udfordringer hovedsageligt ud fra et organisatorisk og socialfagligt perspektiv, mens juridiske og økonomiske rammebetingelser i meget begrænset omfang belyses. Undersøgelsen belyser udfordringer i et bredt perspektiv, hvorfor undersøgelsen ikke kan bruges til at forklare årsager til udfordringer. Dette vil kræve yderligere undersøgelse og dialog med kommunerne.

En anden begrænsning i undersøgelsen er, at der ikke tages hensyn til eksempelvis omfang og forekomst af målgrupper. Der kan for eksempel være udfordringer relateret til nogle af de mindre målgrupper, som ikke opleves som store for kommunerne netop grundet målgruppens beskedne størrelse. Da resultater af kommunernes besvarelser angives samlet for hele landet, vil disse nuancer være sløret.

I forbindelse med dataindsamlingen opfordrede Socialstyrelsen kommunerne til at koordinere besvarelsen på det specialiserede voksenområde med relevante parter (det kunne være på tværs af enheder i kommunen, som eksempelvis beskæftiger sig med henholdsvis voksne med handicap og socialt udsatte voksne, afhængigt af hvordan den pågældende kommune er organiseret). Det vurderes, at kommunerne har foretaget denne koordination på forskellig vis. Det bemærkes, at resultaterne i denne rapport er kommunernes akkumulerede svar på landsplan. Denne rapport giver derfor ikke et udtømmende billede af udfordringer på det specialiserede voksenområde. Resultaterne vil derfor ikke nødvendigvis kunne genkendes hos de enkelte sagsbehandlere og afdelingsledere lokalt i kommunerne.

Svarskalaen består som udgangspunkt af fire kategorier, som omfatter "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" og "slet ikke". Nogle kommuner har bemærket, at de har manglet en kategori imellem "i høj grad" og "i mindre grad", hvilket kan have medført enten en over- eller underestimering af udfordringer og behov. I det følgende indgår besvarelserne "I meget høj grad"/"I høj grad", når der refereres til den samlede andel af kommuner, der oplever udfordringer på et givent område.

Rapporten indeholder de væsentligste resultater fra undersøgelsen. Alle resultater kan findes i den tilhørende bilagsrapport, som findes på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside.

³ Læs mere om dataindsamlingen i bilag 1.

Sammenfatning

I det følgende præsenteres en del af undersøgelsens resultater, hvor fokus er på de områder, hvor kommuner rapporterer om store og/eller stigende udfordringer på voksenområdet både i forhold til organisation, styring, kvalitet og målgrupper samt aktuelle temaer.

Udfordringer i arbejdet med data og kvalitetsudvikling

Kommunerne oplever også i 2022 udfordringer i relation til indsamling og anvendelse af data samt systematisk opfølgning. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at 60 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med at anvende data som grundlag for styring efter strategiske målsætninger. Desuden angiver 45 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer med at følge og udvikle kvaliteten i socialfaglige indsatser og metoder på en systematisk måde. 43 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med at anvende data om borgere til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis. De sidste to udfordringer er der færre kommuner, der oplever udfordringer med i 2022 sammenlignet med 2020.

Udfordringer i samarbejdet mellem sektorer

58 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer i samarbejdet med behandlingspsykiatrien, hvilket er en stigning fra 53 pct. i 2020. Markant færre kommuner oplever udfordringer med Familieretshuset, Kriminalforsorgen og den regionale somatiske behandlingsindsats. Herudover svarer 44 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer med at koordinere mellem lovgivninger.

Udfordringer med systematisk opfølgning i sagsbehandlingen

45 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med at sikre hyppig, systematisk og dokumenteret opfølgning på, om indsatsen har den ønskede effekt, og om de opstillede mål nås. I forhold til kommunernes oplevede udfordringer med at sikre udvikling af viden og kompetencer blandt fagprofessionelle i sagsbehandlingen, er der langt færre kommuner, der oplever udfordringer i 2022 (16 pct.) i forhold til 2020 (30 pct.)

Sikring af en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behov hos borgerne i kommunen

Markant flere kommuner oplever udfordringer med at sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behov hos borgerne i kommunen. I 2022 er andelen af kommuner med udfordringer i meget høj/i høj grad 42 pct., mens det i 2020 var 25 pct. En række kommuner nævner stigende kompleksitet hos borgeren og manglende ressourcer som nogle af hovedårsagerne til disse udfordringer.

Unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse og unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt

På voksensocialområdet oplever kommunerne særligt udfordringer med unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Særligt vækst i antallet og at sætte forebyggende og mindre indgribende ind udfordrer mange kommuner. Her er der også en relativ høj andel af kommunerne, der svarer "ved ikke".

Unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt, oplever mange kommuner stadig udfordringer med i 2022. 67 pct. af kommunerne har udfordringer med væksten i antallet, mens 63 pct. har udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen.

Stor andel af kommunerne svarer "ved ikke" ved nogle målgrupper

For unge og voksne i prostitution eller prostitutionslignende relationer, unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen og unge og voksne, der lever med vold i nære relationer svarer en relativ stor andel af kommunerne "ved ikke". Andelen af disse svar er relativt høje på tværs af de ni udvalgte fokusområder, som fremgår af boks 1.

Unge med fysisk handicap og udviklingshæmning udfordrer færrest kommuner

For målgrupperne unge og voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade og unge og voksne med fysiske handicap angiver færrest kommuner, at de oplever udfordringer. Henholdsvis 5 pct. og 1 pct. af kommunerne svarer, at de oplever udfordringer i meget høj/i høj grad.

De tre største udfordringer på tværs af målgrupper

På tværs af målgrupperne tegner der sig nogle generelle tendenser i forhold til det oplevede udfordringsbillede. Betragter man de tre største udfordringer inden for hver målgruppe på tværs af alle målgrupper, er udfordringer med at sætte ind med forebyggende og mindre indgribende tiltag den udfordring, som fremgår hyppigst. Dette gør sig gældende for 14 ud af 17 målgrupper.

Dernæst relaterer den næst hyppigste udfordring på tværs af målgrupper sig til vækst i antallet af individer i målgrupperne. For 10 af de i alt 17 målgrupper oplever kommunerne denne udfordring som en af de tre største.

Udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgrupperne ligger højt for 9 ud af de 17 målgrupper.

På tværs af målgrupperne er der væsentlig forskel på, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med eksempelvis unge og voksne med selvskadende adfærd og unge og voksne med fysiske handicap. Undersøgelsen afdækker ikke, hvilke faktorer der konkret ligger bag denne variation i udfordringsbilledet.

Pårørende og andet nært netværk til voksne

Mange kommuner giver udtryk for, at de oplever udfordringer i arbejdet med at inddrage og samarbejde med pårørende til voksne på det sociale område. For eksempel angiver 50 pct. af kommunerne, at de i mindre grad understøtter, at pårørende til voksne på det sociale område får den rette hjælp og støtte. Færre kommuner oplever til gengæld udfordringer med at have tilstrækkelige metoder og indsatser til at understøtte pårørendes involvering i den enkeltes liv. Det bemærkes dog, at kommunerne ikke har en generel forpligtelse til at yde hjælp og støtte til pårørende til voksne på socialområdet, alene fordi de er pårørende.

Den rehabiliterende tilgang på handicapområdet

En overvejende del af kommunerne angiver, at de i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer med den rehabiliterende tilgang på handicapområdet. 74 pct. af kommunerne oplever i mindre grad udfordringer med at arbejde rehabiliterende og forebygge yderligere funktionsevnedssættelser. 68 pct. oplever i mindre grad/slet ikke udfordringer med at arbejde med at implementere rehabilitering i alle kommunens indsatser og tilbud.

1 Organisering, styring og kvalitet

I spørgeskemaundersøgelsen blev kommunerne bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer på tværs af det sociale område. I dette afsnit præsenteres nogle af de væsentligste resultater fra undersøgelsens første del *De organisatoriske fokusområder*.

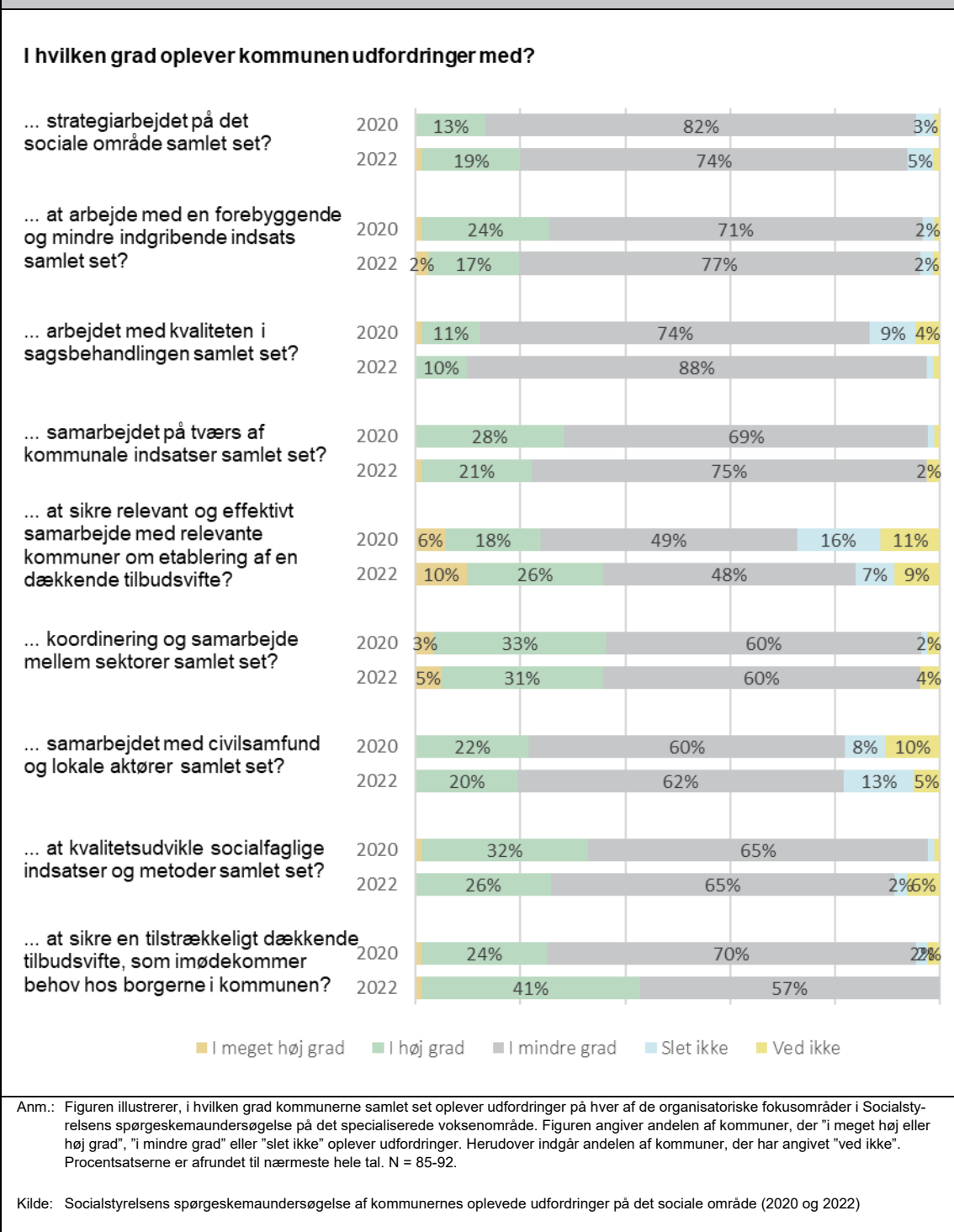
På tværs af de ni organisatoriske fokusområder er kommunerne blevet spurgt til, i hvilken grad de samlet set oplever udfordringer med det givne fokusområde, figur 1. Hertil angiver flest kommuner, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med

- at sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behov hos borgerne i kommunen (42 pct.). I forhold til 2020 er der en markant stigning i andelen af kommuner, der oplever udfordringer for dette fokusområde. I 2020 svarede 25 pct. af kommunerne, at de oplevede udfordringer i høj/meget høj grad.
- koordinering og samarbejde mellem sektorer (36 pct.), Dette er på niveau med resultaterne fra 2020.
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med relevante kommuner om etablering af en dækkende tilbudsvifte (36 pct.). Også her er der sket en stigning fra 2020 (24 pct.) i andelen af kommuner, der oplever udfordringer i høj/meget høj grad, jf. figur .

Færrest kommuner angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med kvaliteten i sagsbehandlingen (10 pct.). Dette fokusområde oplevede færrest kommuner også udfordringer med i 2020.

For nogle af fokusområderne er der færre kommuner i 2022, der oplever udfordringer, end i 2020. Blandt andet *at kvalitetsudvikle socialfaglige indsatser og metoder* (33 pct.), hvor der er sket et fald til 26 pct. af kommunerne der oplever udfordringer i høj/meget høj grad. Også for fokusområder *at samarbejde på tværs af kommunen om sociale indsatser* (28 pct.), er der sket et fald i andelen i 2022 (22 pct.)

Figur 1 – Kommunernes oplevede udfordringer på tværs af organisatoriske fokusområder på voksenområdet



I det følgende præsenteres kommunernes oplevede udfordringer inden for en række af de ni organisatoriske fokusområder. Selvom alle resultater er vigtige i Social- og Boligstyrelsens arbejde på det social område, så er det kun et udsnit af de væsentligste resultater fra undersøgelsen, som præsenteres nedenfor. Alle resultater kan findes i bilagsrapporten, der hører til denne rapport.

Første afsnit inddrager områder, hvor mange kommuner oplever udfordringer. Andet afsnit koncentrerer sig om de fokusområder, hvor udfordringsbilledet er mere begrænset. For begge afsnit vil udviklingen i forhold til undersøgelsen i 2020 blive inddraget.

1.1 Kommunernes oplevede udfordringer for de organisatoriske fokusområder

Sagsbehandling

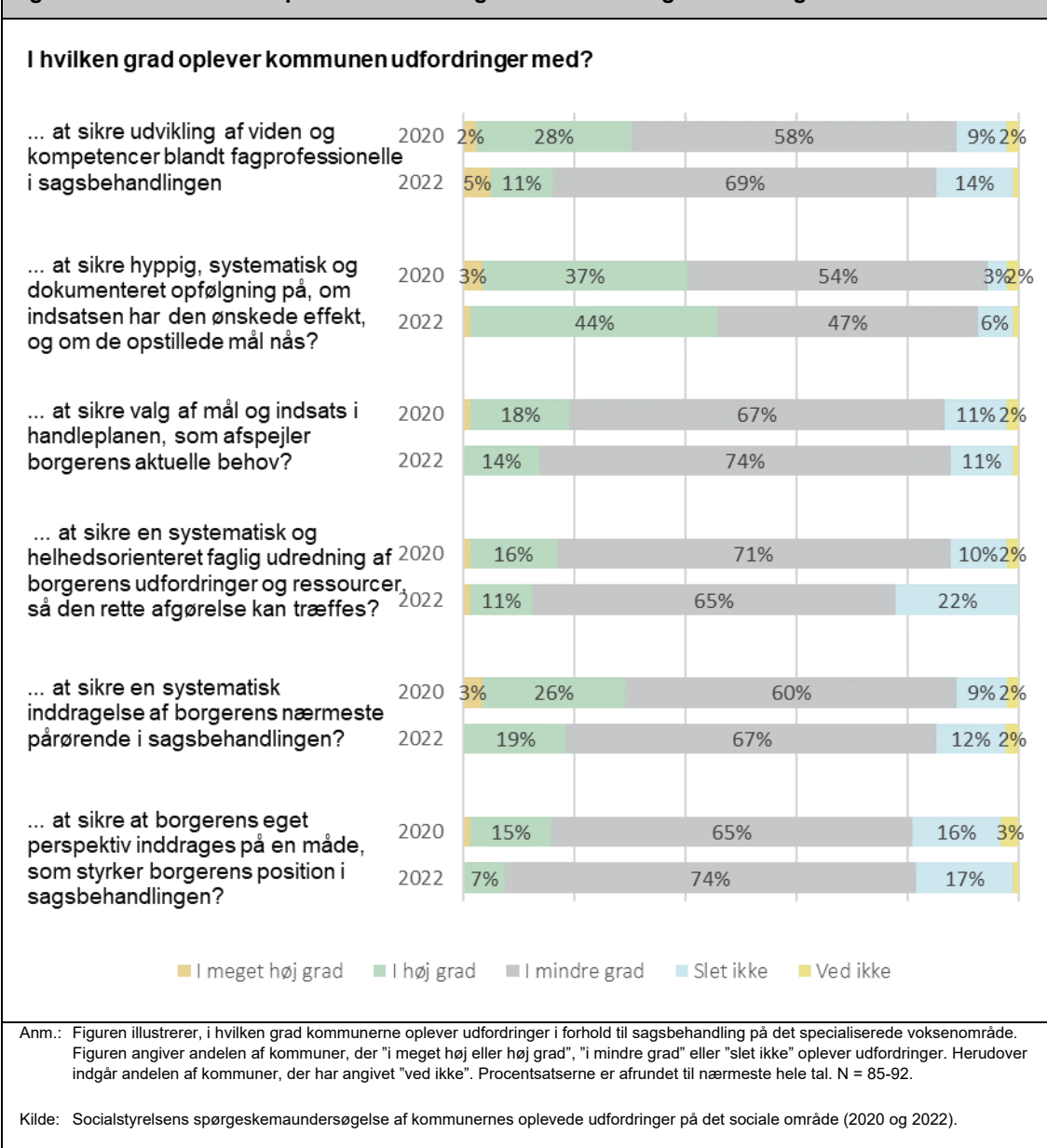
10 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med kvaliteten i *sagsbehandlingen* samlet set, jf. figur . Selvom mange kommuner ikke oplever store udfordringer samlet set, så er der områder, hvor en større andel oplever udfordringer i høj/meget høj grad. 45 pct. af kommunernes oplever udfordringer med at sikre hyppig, systematisk og dokumenteret opfølgning på, om indsatsen har den ønskede effekt, og om de opstillede mål nås. Denne er steget i forhold til 2020, hvor andelen var 40 pct., jf. figur 2.

Færre kommuner oplever udfordringer med blandt andet at investere i en forebyggende og mindre indgribende indsats, hvor de potentielle økonomiske gevinster ligger længere ude i fremtiden. I 2020 oplevede 30 pct. af kommunerne udfordringer på dette område, mens det i 2022 er 16 pct. 19 pct. af kommunerne oplevede i 2022 udfordringer med at sikre en systematisk inddragelse af borgerens nærmeste pårørende i sagsbehandlingen. Dette er et fald i forhold til 2020, hvor andelen var 31 pct.

En række kommuner nævner, at de forventer, at arbejdet med VUM 2.0 vil hjælpe dem i deres sagsbehandling. Men også at en stor mængde af sager udfordrer arbejdet med kvalitet, dokumentation og vidensopsamling.

En kommune skriver: *"Borgerinddragelse er et mindset som tager tid at implementere. Forhåbentlig hjælper VUM 2.0 os på vej. Antallet af sager hos den enkelte sagsbehandler betyder at tæt opfølgning er en stor udfordring."*

Figur 2 – Kommunernes oplevede udfordringer i forhold til sagsbehandling



Samarbejdet på tværs af kommunale indsatser

22 pct. af kommunerne angiver, at de i høj grad oplever udfordringer med *samarbejdet på tværs af kommunale indsatser til voksne* samlet set, jf. figur . Kommunerne angiver, at den største udfordring i samarbejdet på tværs af fagområder i kommunen relaterer sig til udfordringer med at koordinere mellem lovgivninger. Her angiver 44 pct. af kommunerne, at de i høj (40 pct.) eller i meget høj grad (4 pct.) oplever udfordringer. I 2020 var andelen 48 pct., jf. figur 3.

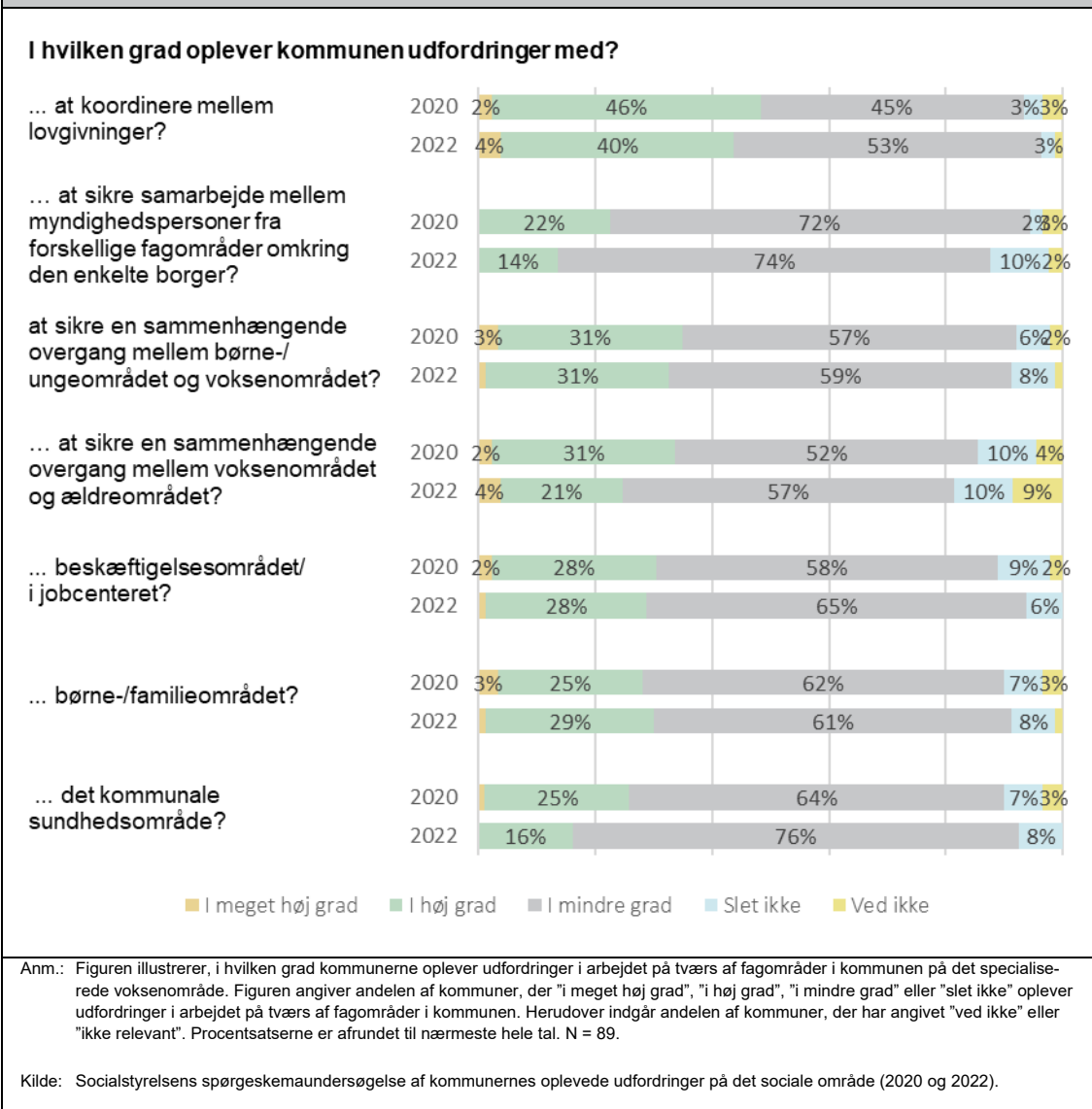
Adspurgte til, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer med at samarbejde med udvalgte fagområder i relation til voksenområdet, angiver flere kommuner, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med:

Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for voksne

- at sikre en sammenhængende overgang mellem børne-/ungeområdet og voksenområdet (31 pct. i 2022). Her er et mindre fald i andelen i forhold til 2020 (32 pct.)
- at skabe sammenhæng mellem indsats på det sociale område og beskæftigelsesområdet (30 pct.). Dette var stort set også niveauet i 2020 (29 pct.), jf. figur 3.

I 2022 er der færre kommuner, der oplever udfordringer med at sikre en sammenhængende overgang mellem voksenområdet og ældreområdet (25 pct. i 2022 mod 33 pct. i 2020). Samme billede gælder for koordinering og samarbejde med det kommunale sundhedsområde.

Figur 3 – Udfordringer i samarbejdet på tværs af kommunale indsats



Kommunernes koordinering og samarbejde på tværs af sektorer

I relation til *kommunernes koordinering og samarbejde på tværs af sektorer* angiver 36 pct. af kommunerne, at de i høj (26 pct.) eller i meget høj grad (10 pct.) oplever udfordringer med koordinering og samarbejde på tværs af sektorer, jf. figur . Dette er på niveau med 2020.

Kommunerne er derudover blevet spurgt til, i hvilken grad de oplever udfordringer i samarbejdet med henholdsvis behandlingspsykiatrien, den regionale somatiske behandlingsindsats, Familieretshuset og kriminalforsorgen. Særligt i forhold til behandlingspsykiatrien er der en markant højere andel af kommunerne, der oplever udfordringer. 58 pct. angiver, at de i høj/meget høj grad har udfordringer i dette samarbejde. Det er en stigning i forhold til 2020, hvor andelen var 53 pct., jf. figur 4. De oplevede udfordringer er markant større end for de øvrige adspurgte områder.

I VIVE's rapport vedrørende kommunernes oplevede udfordringer på voksensocialområdet i 2018, konkluderes det, at kommunernes største udfordring på tværs af målgrupper er koordinering mellem sektorer (VIVE, 2019).

Figur 4 – Kommunernes oplevede udfordringer i forhold til koordinering og samarbejde mellem sektorer



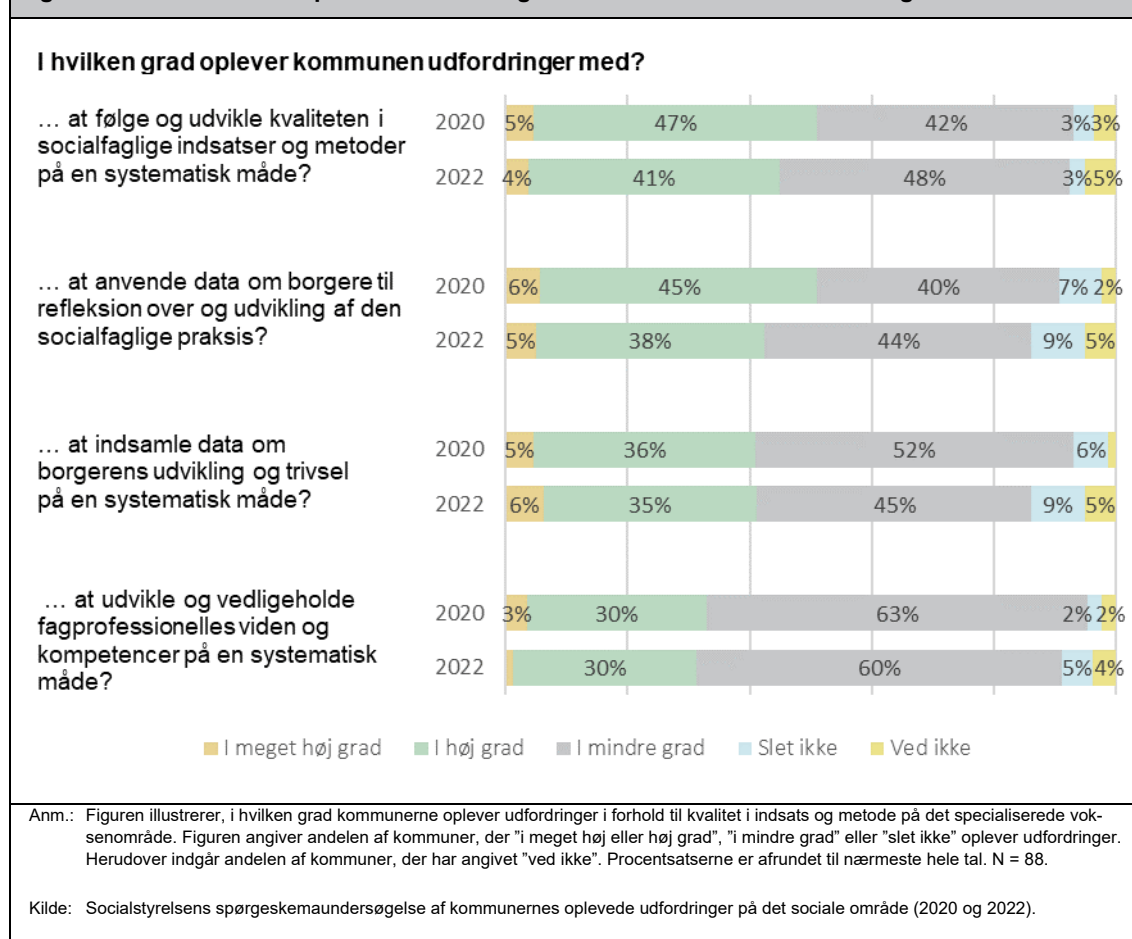
Kvalitetsudvikle socialfaglige indsatser og metoder

I forbindelse med arbejdet med at *kvalitetsudvikle socialfaglige indsatser og metoder* angiver flest kommuner, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med at følge og udvikle kvaliteten i socialfaglige indsatser og metoder på en systematisk måde (45 pct.).

Kommunerne oplever også udfordringer med at anvende data om borgere til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis (43 pct.) samt at indsamle data om borgerens udvikling og trivsel på en systematisk måde (41 pct.), jf. figur 5. Fælles for dem alle er, at færre kommuner oplever udfordringer i 2022 end i 2020. En tendens her kan være, at flere kommuner har fokus på netop kvaliteten i indsatser og tilbud og løbende tager hånd om udfordringerne.

Nogle kommuner kommenterer, at udfordringerne blandt andet skyldes manglende tid og ressourcer. Dette har også betydning i forhold til at få ny viden ind i organisationen.

Figur 5 – Kommunernes oplevede udfordringer i forhold til kvalitet i indsats og metode



Sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte

42 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med at sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behovene hos borgerne i kommunen, jf. figur . Dette er en markant stigning i forhold til 2020, hvor andelen var 25 pct.

Nogle kommuner angiver i deres kommentarer, at kompleksiteten i nogle borgeres behov er stigende og at det dermed er vanskeligere at finde egnede tilbud. En række kommuner nævner også, at de køber tilbud fra andre aktører (kommuner, private, etc.), hvilket giver udfordringer i forhold til at finde det rette match.

Kommunerne nævner også udfordringer med systematisk indsamling af data på grund af forskellige IT systemer. Fastholdelse af medarbejdere nævnes også som et udfordrende element i arbejdet med kvaliteten i indsatsen.

1.2 Supplerende bemærkninger til de organisatoriske fokusområder

Valide data er et område, som en række kommuner nævner som en udfordring. Det er især data på indsatser og effekterne af disse indsatser samt det at anvende disse på et efterfølgende strategisk niveau. Også i det forebyggende arbejde er der behov for viden og effekter af dette.

En kommune skriver: *"Det data der er muligt at anvende som strategiskstyring anvendes i høj grad. Et ønske kan være, at kunne udtrække data i forhold til sociale indsatsers effekt..."*

Kommunerne har i dag interne fagsystemer og eksterne analyse og ledelsesinformationssystemer til rådighed, som anvendes jævnligt. En udfordring for nogle kommuner er sammenligning på tværs af data og kommuner.

En kommune nævner: *"I forhold til data er vi blevet skarpe til systematisk dataregistrering og -analyser, men det er oplevelsen at det kan være svært at sammenholde data, herunder især for effekt, på tværs af landet på grund af varierende datakvalitet og -krav på socialområdet."*

Dette understøttes af, at 60 pct. af kommunerne udfordres med at anvende data, som grundlag for styring efter strategiske målsætninger. I 2020 var andelen 54 pct.

55 pct. af kommunerne i meget høj grad/i høj grad udfordringer med at investere i en forebyggende og mindre indgribende indsats, hvor de potentielle økonomiske gevinster ligger længere ude i fremtiden. Flere kommuner nævner i forlængelse heraf, at der løbende skal prioriteres mellem nuværende udfordringer og investering i fremtidige forebyggende løsninger.

En kommune skriver: *"Økonomiske begrænsninger udfordrer, men lokal velvilje til at forsøge at finde en balance imellem de korte og lange perspektiv og prioritere behårdt for de midler der er på området."*

En femtedel af kommunerne angiver, at de i høj grad oplever udfordringer i *koordineringen og samarbejdet med civilsamfund og lokale aktører*, jf. figur . Flere kommuner skriver, at der er et udviklingspotentiale her, men grundet andre prioriteringer er det svært at arbejde med.

En kommune skriver: *"Der er helt bestemt et udviklingspotentiale her - det handler mest om at vi selv skal prioritere at få sat gang i disse samarbejder."*

Tilbud og en løbende udvikling og sikring af disse er også en udfordring, da borgernes kompleksitet ikke altid passer i de nuværende tilbud.

En kommune skriver: *"Vi har mange varer på hylderne, men der kommer nye borgere til, som ikke nødvendigvis passer til det der er på hylderne."*

2 Udfordringer på målgruppeniveau

I undersøgelsen blev kommunerne bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer i arbejdet med 17 udvalgte målgrupper på det specialiserede voksenområde (se bilag 2). For hver målgruppe blev kommunerne spurgt ind til, i hvilken grad de oplever udfordringer i relation til følgende otte fokusområder:

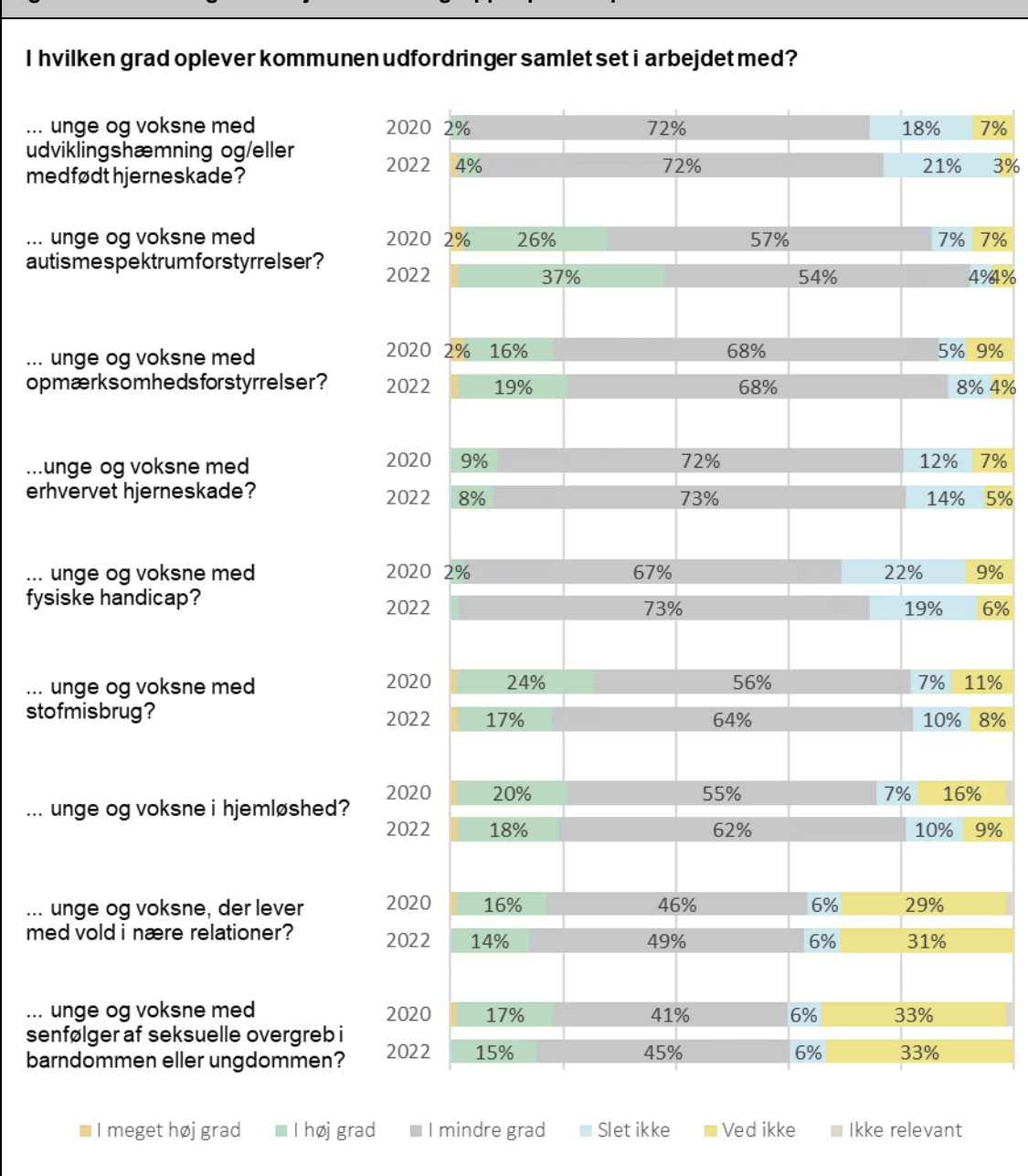
- identificering
- vækst i målgruppeomfang
- en forebyggende og mindre indgribende indsats
- tilbud og indsatser
- samarbejde med borgere
- samarbejde på tværs af kommunen om indsatser og tilbud
- samarbejde med relevante sektorer om indsatser og tilbud
- kompetencer og viden hos fagprofessionelle.

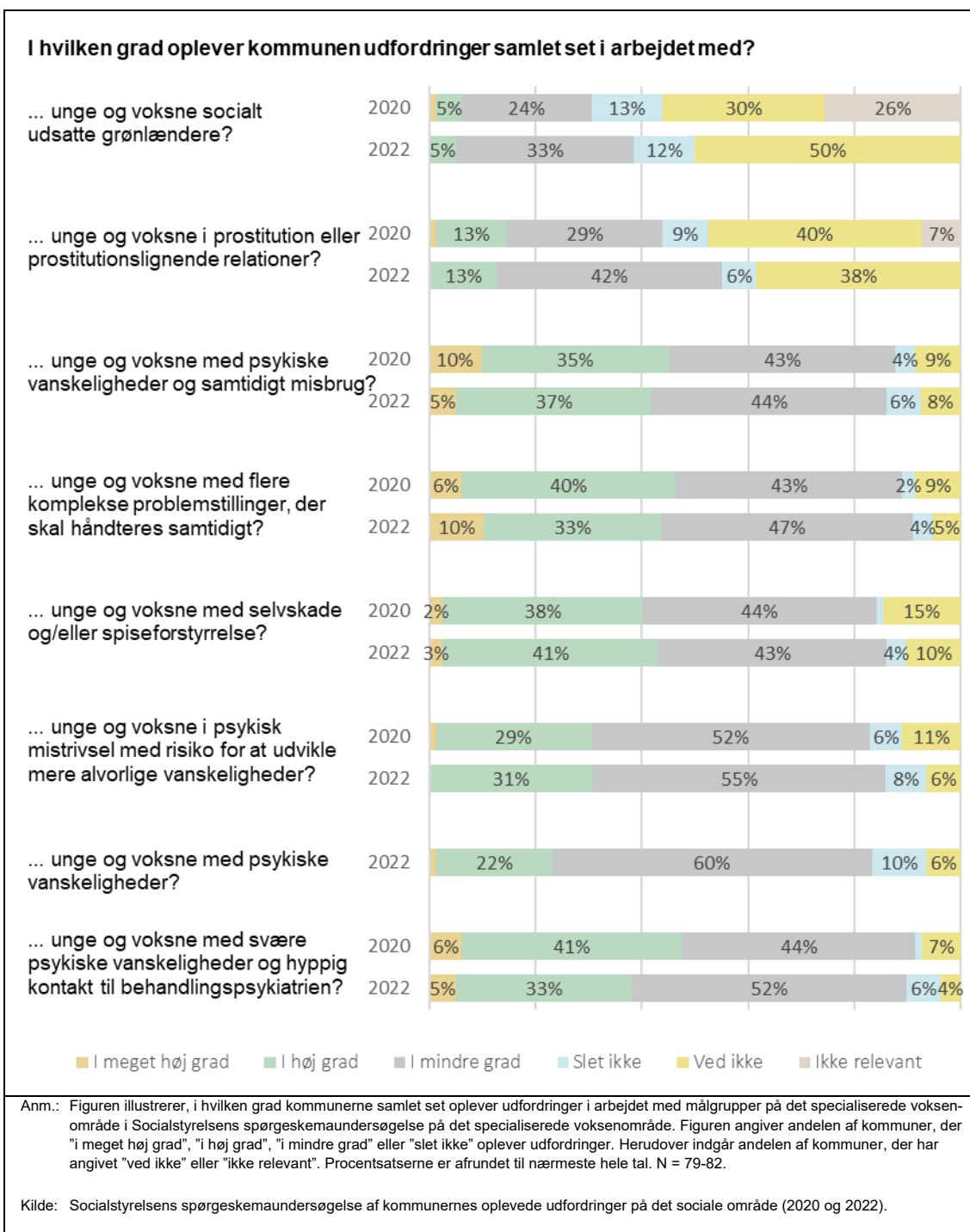
Derudover blev kommunerne spurgt til, i hvilken grad de oplever udfordringer i arbejdet med hver af de 16 målgrupper samlet set. Det er særligt følgende målgrupper, som flest kommuner angiver at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med:

- unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse (44 pct. i 2022 stigende fra 43 pct. i 2020).
- unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt (43 pct. i 2022 faldende fra 46 pct. i 2020)
- unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug (43 pct. i 2022 faldende fra 45 pct. i 2020)
- Unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien var i 2020 den målgruppe som udfordrede kommunerne mest i 2020, hvor 46 pct. angav udfordringerne i meget høj/i høj grad. I 2022 er andelen faldet til 42 pct., jf. figur 6.

I det følgende præsenteres udfordringsbilledet for nogle af de 17 målgrupper på det specialiserede voksenområde. Det er kun et udsnit af de væsentligste resultater fra undersøgelsen, som præsenteres nedenfor. Alle resultater kan findes i den tilhørende bilagsrapport, der hører til denne rapport. Igen skal det pointeres, at alle resultater er vigtige i Social- og Boligstyrelsens arbejde med at understøtte kommunerne på det sociale område.

Figur 6 – Udfordringer i arbejdet med målgrupper på det specialiserede voksenområde samlet set





2.1 Udviklingen i kommunernes oplevede udfordringer for målgrupperne

Unge og voksne med autismspektrumforstyrrelser

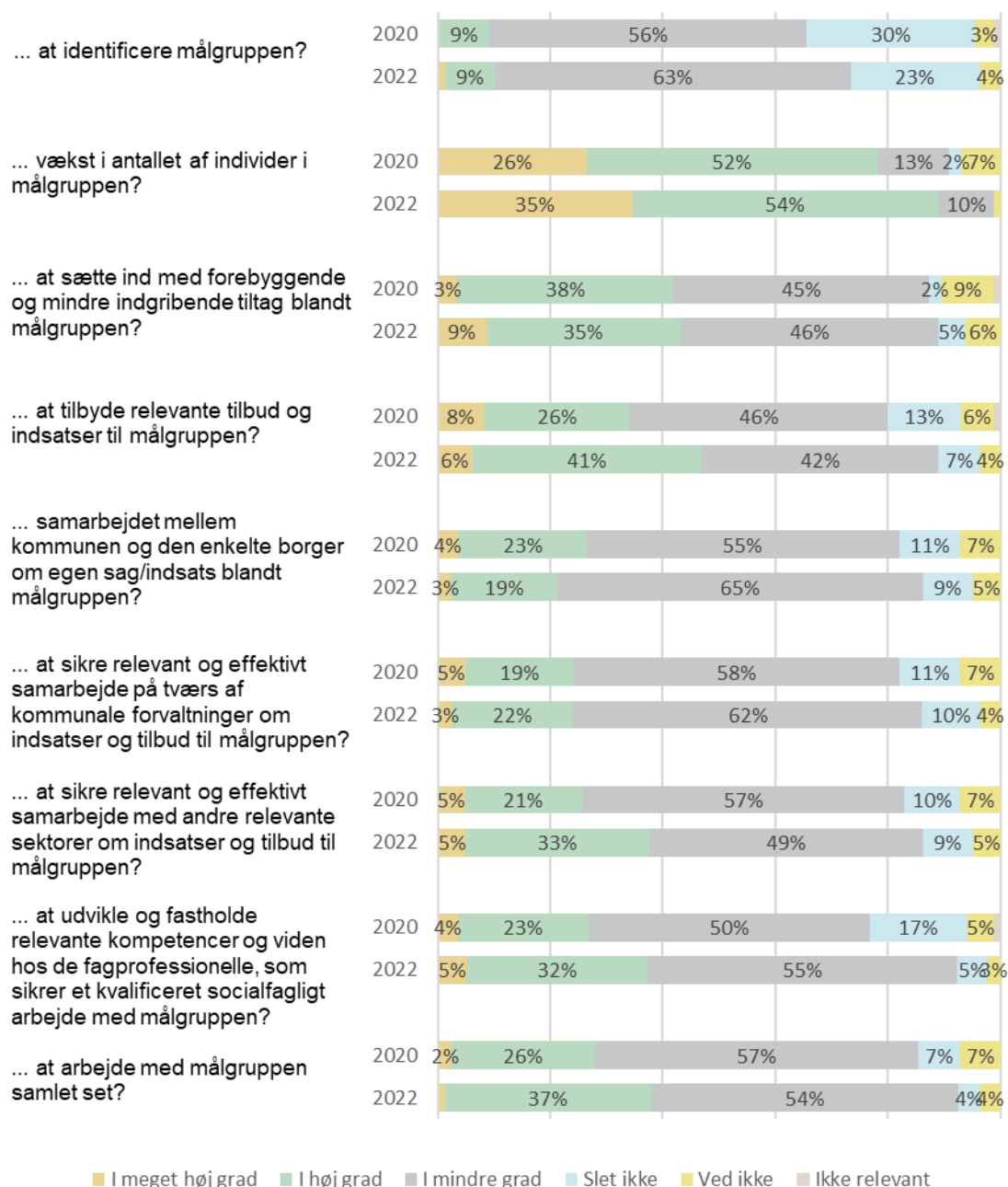
38 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med autismspektrumforstyrrelser, hvilket er en stigning siden 2020, hvor andelen var 28 pct. jf. figur 6. I arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (89 pct. i 2022 mod 78 pct. i 2020)
- at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen (47 pct. i 2022 mod 34 pct. i 2020), jf. figur 7.

Fem ud af otte fokusområder er steget siden 2022, hvor væksten i målgruppeomfang nævnes af flere kommuner.

Figur 7 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med autismespektrumforstyrrelser

I hvilken grad oplever kommunerne udfordringer med?



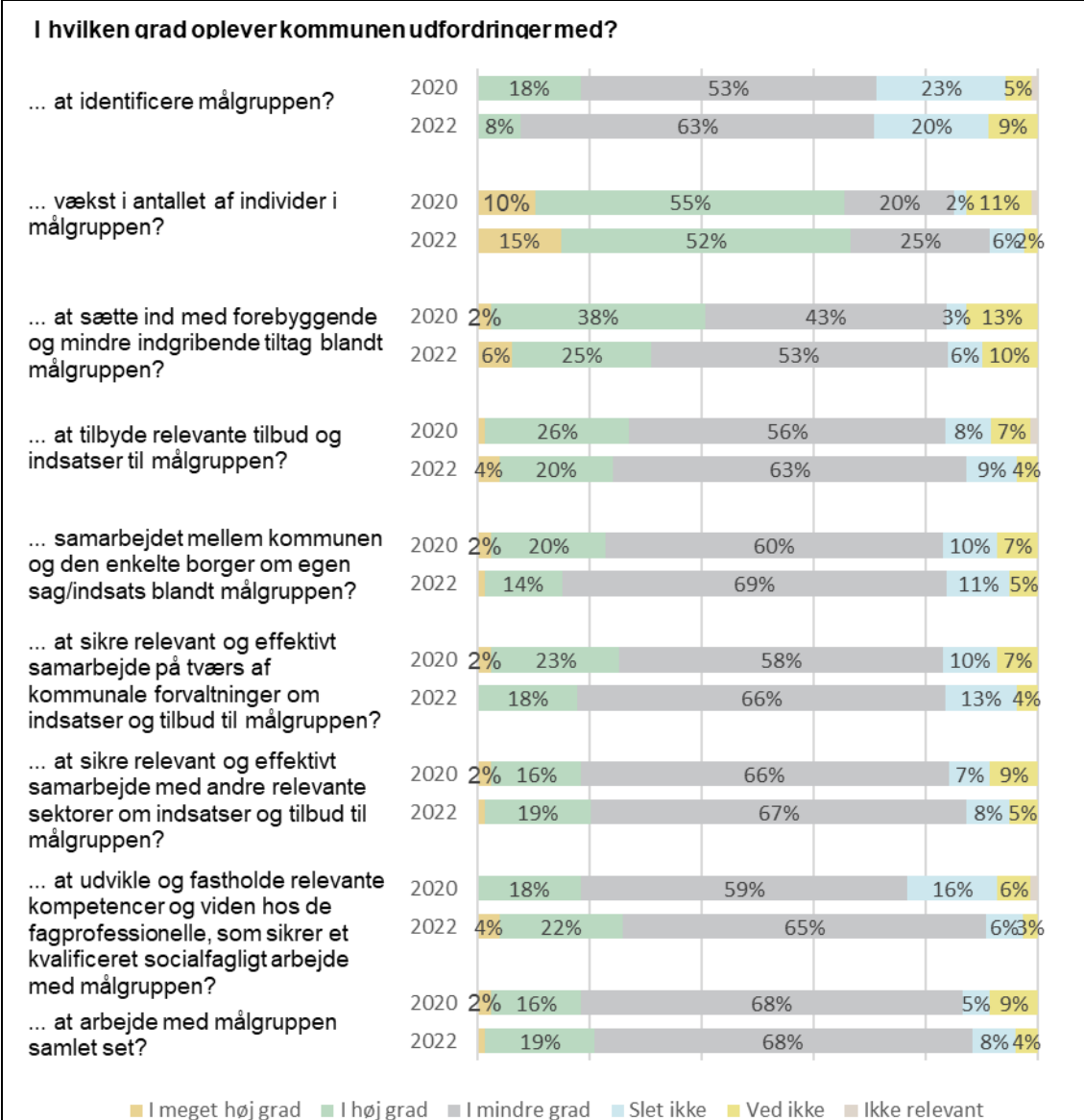
Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med autismespektrumforstyrrelser på det specialiserede voksenområde. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 82-87.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

Unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser

20 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser, jf. figur 6. I forbindelse med arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med vækst i antallet af personer i målgruppen (67 pct.) samt at sætte ind med forebyggende og mindre indgribende tiltag til målgruppen (31 pct.), hvilket er et fald i forhold til 2020 (41 pct.) jf. figur 8.

Figur 8 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser på det specialiserede voksenområde. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 82-87.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

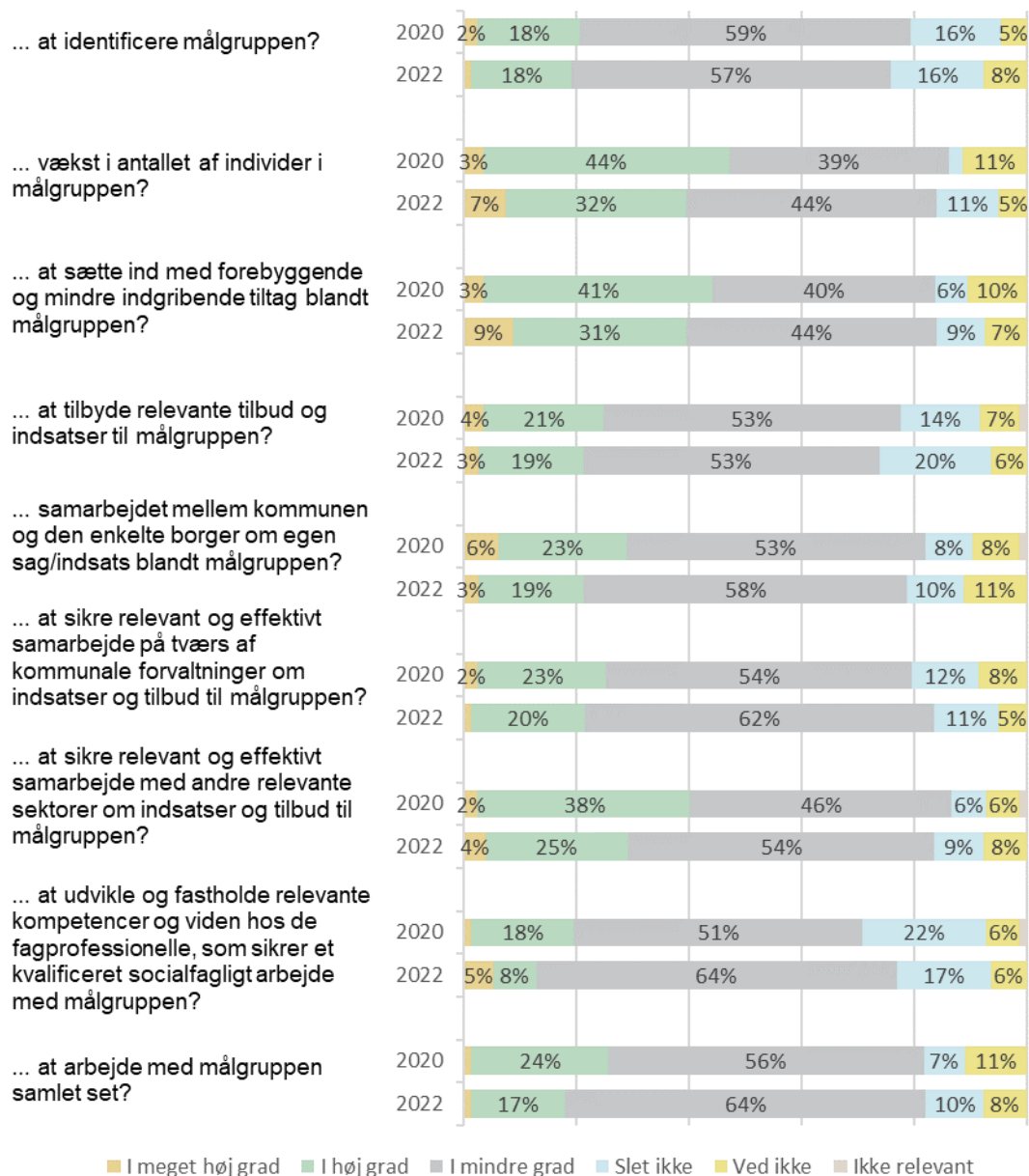
Unge og voksne med stofmisbrug

18 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med stofmisbrug, hvilket er et fald i forhold til 2020, hvor andelen var 25 pct., jf. figur 6. Generelt oplever færre kommuner udfordringer ved alle otte fokusområder i 2022 i forhold til 2020. Flest kommuner angiver, at de oplever følgende udfordringer i arbejdet med målgruppen:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (39 pct. i 2022 mod 47 pct. i 2020)
- at sætte ind med forebyggende og mindre indgribende tiltag til målgruppen (39 pct. i 2022 mod 44 pct. i 2020)
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (29 pct. i 2022 mod 40 pct. i 2020), jf. figur 9.

Figur 9 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med stofmisbrug

I hvilken grad oplever kommunerne udfordringer med?

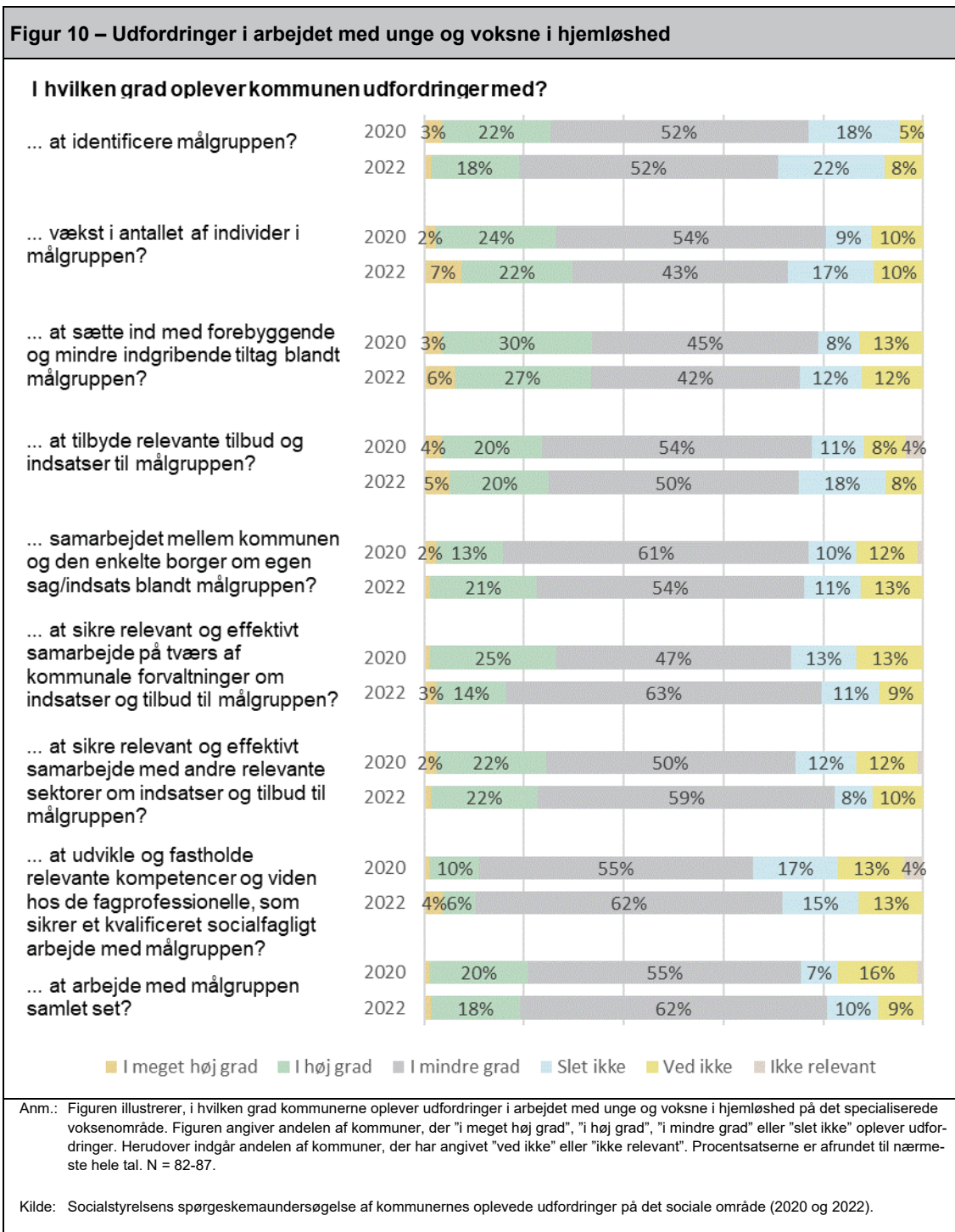


Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med stofmisbrug på det specialiserede voksenområde. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 82-87.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

Unge og voksne i hjemløshed

19 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne i hjemløshed, jf. figur 6. I arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der i høj eller i meget høj grad oplever dét at sætte ind med forebyggende og mindre indgribende tiltag til målgruppen som en udfordring (33 pct.), jf. figur 10.



Unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen

I undersøgelsen er kommunerne blevet spurgt til, i hvilken grad de samlet set oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen. Hertil angiver 15 pct. af kommunerne, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb, jf. figur 6. Adspurgt til otte mere specifikke udfordringer, angiver flest kommuner (42 pct.), at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med at identificere målgruppen. Dette er et markant fald i forhold til 2020, hvor andelen var 59 pct.

En markant andel af kommunerne svarer "ved ikke" til spørgsmål om målgruppen. Årsagen til dette kan ikke afdækkes i undersøgelsen, men en mulig forklaring kan være, at senfølgerne er skjult i andre sociale og psykiske vanskeligheder.

Unge og voksne i prostitution eller prostitutionslignende relationer

13 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne i prostitution eller prostitutionslignende relationer, jf. figur 6. Flest kommuner angiver, at de i forbindelse med arbejdet med målgruppen særligt oplever udfordringer med at identificere målgruppen (32 pct.), hvilket er et fald i forhold til 2020 (46 pct.).

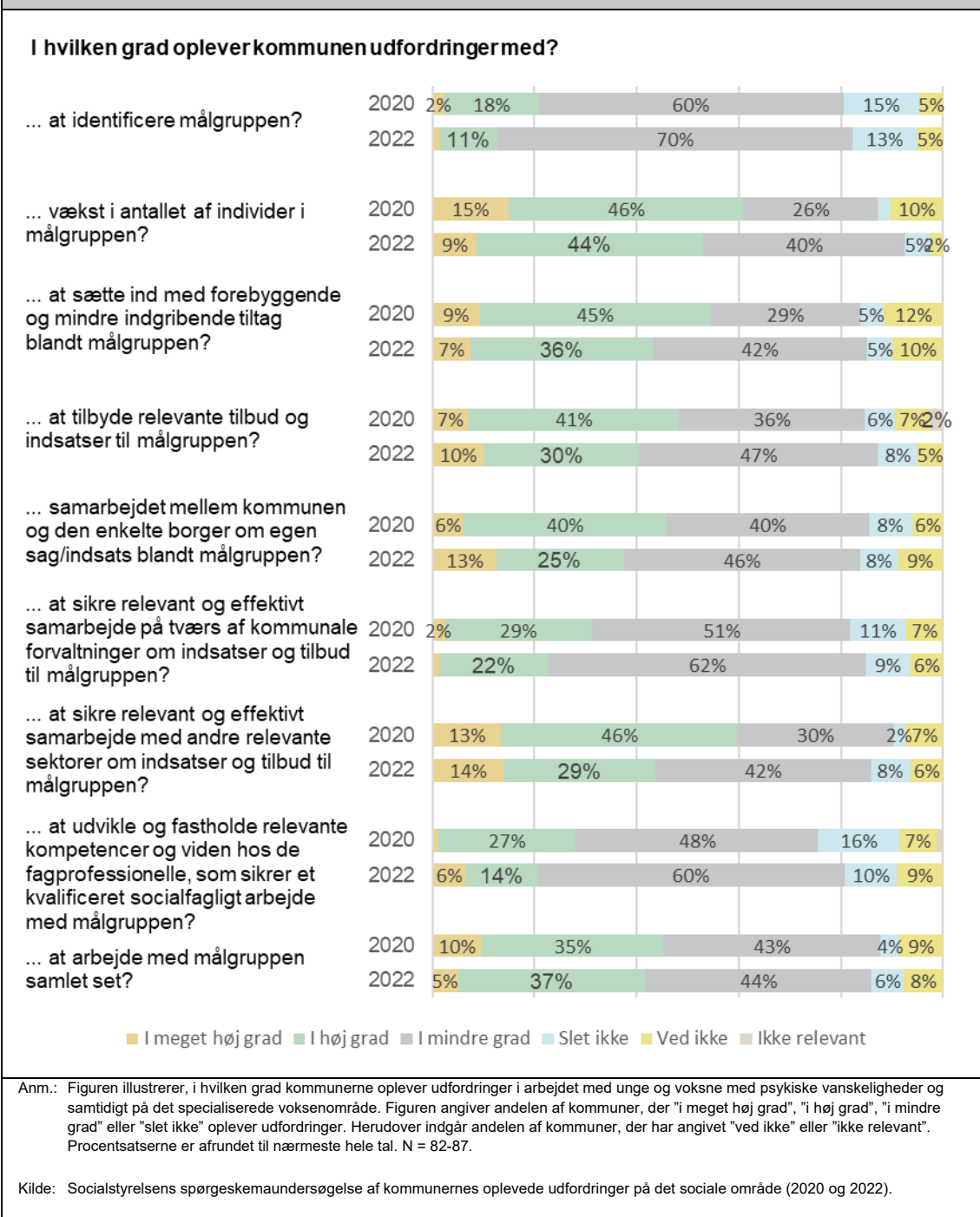
Også ved denne målgruppe svarer en stor andel af kommunerne "ved ikke" til, i hvilken grad de oplever udfordringer. Hvorvidt den store andel af "ved ikke"-svar skyldes manglende opmærksomhed på målgruppen eller andre årsager, kan undersøgelsen ikke svare på.

Unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug

42 pct. af kommunerne peger på, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med denne målgruppe, jf. figur 6. I arbejdet med unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug oplever kommunerne særligt udfordringer med et stigende målgruppeomfang samt med at sikre et relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen, jf. figur 11.

For alle otte fokusområder oplever færre kommuner i 2022 udfordringer i meget høj/høj grad i forhold til 2020. Særligt bemærkes et fald på 16 pct. point fra 2020 til 2022 i forhold til at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud.

Figur 11 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug



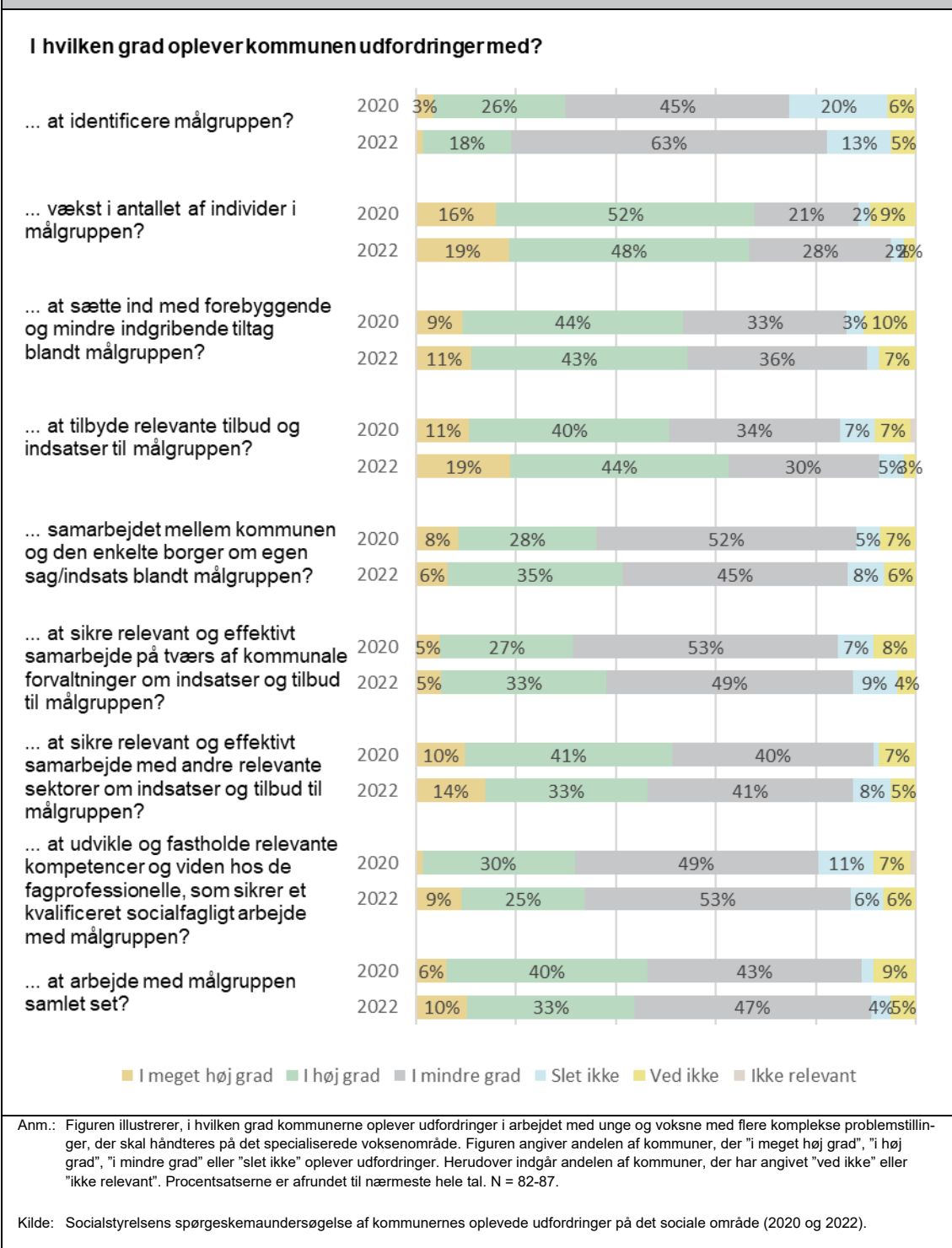
Unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt

43 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt. Dette er et mindre fald i andelen fra 2020 (46 pct.), jf. figur 6.

Med denne målgruppe oplever kommunerne særligt udfordringer med vækst i antallet af individer i målgruppen (58 pct.). Kommunerne angiver ligeledes, at de i høj eller meget høj grad oplever udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser for målgruppen, jf. figur 12.

For to ud af otte fokusområder er andelen af kommuner, der oplever udfordringer i meget høj/høj grad faldet. Undersøgelsens resultater kan indikere, at kommunernes er blevet bedre til at finde borgerne i målgruppen, men har sværere ved at finde de rette tilbud og indsatser både i samarbejdet med borgeren og på tværs af kommunale forvaltninger. Andelen af kommunerne, der er udfordret, er steget for disse fra 2020 til 2022.

Figur 12 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt



Unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse

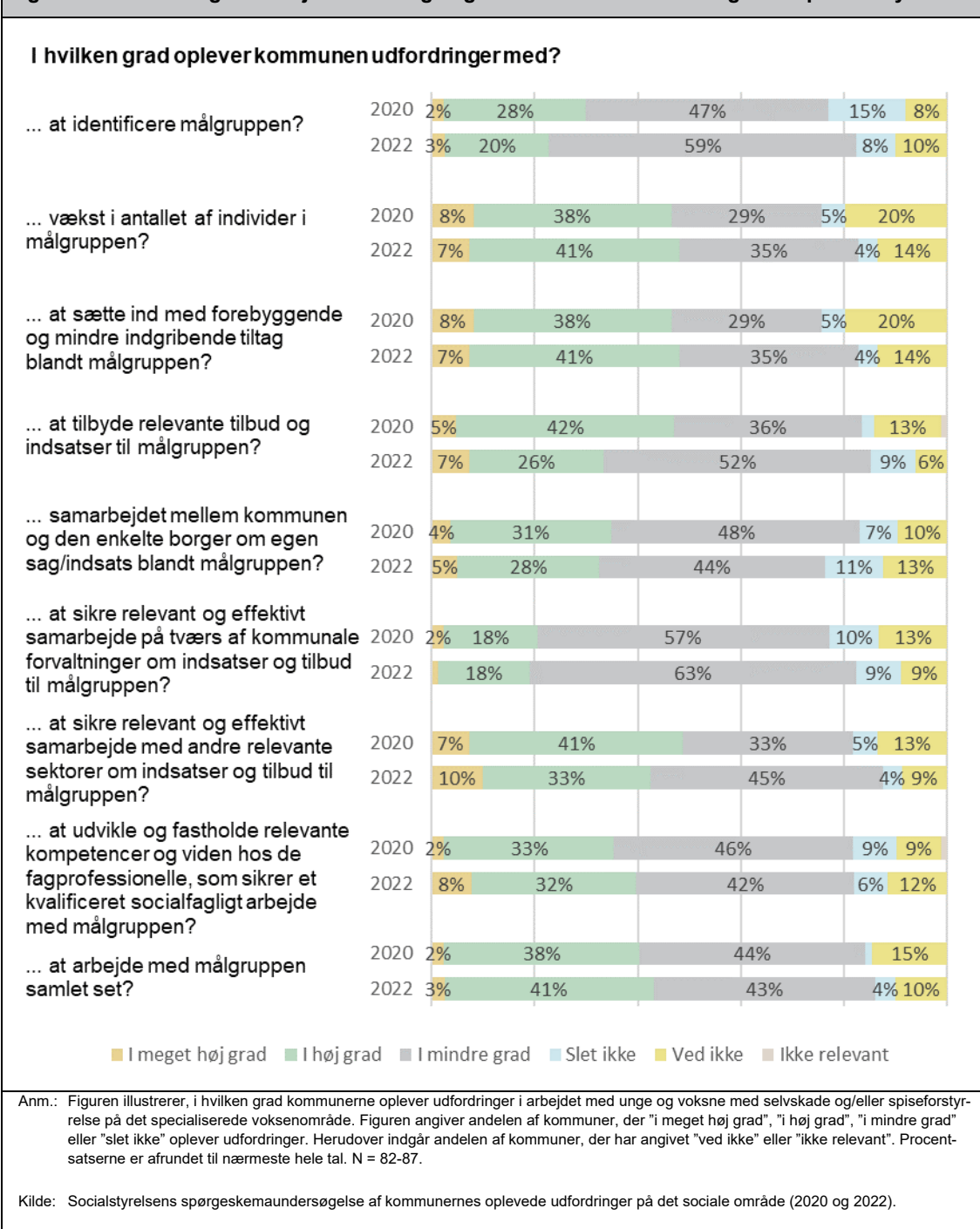
44 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Dette er en stigning i forhold til 2020, hvor andelen var 40 pct., jf. figur 6. I relation til arbejdet med målgruppen, er der flest kommuner, der i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med:

- at sætte ind med forebyggende og mindre indgribende tiltag til målgruppen (48 pct. i 2022 mod 46 pct. i 2020)
- vækst i målgruppeomfang (48 pct. i 2022 mod 46 pct. i 2020), jf. figur 13.

For to fokusområder er andelen af kommuner, der oplever udfordringer i meget høj/høj grad, faldet:

- at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen (33 pct. i 2022 mod 47 pct. i 2020)
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (43 pct. i 2022 mod 49 pct. i 2020)

Figur 13 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse



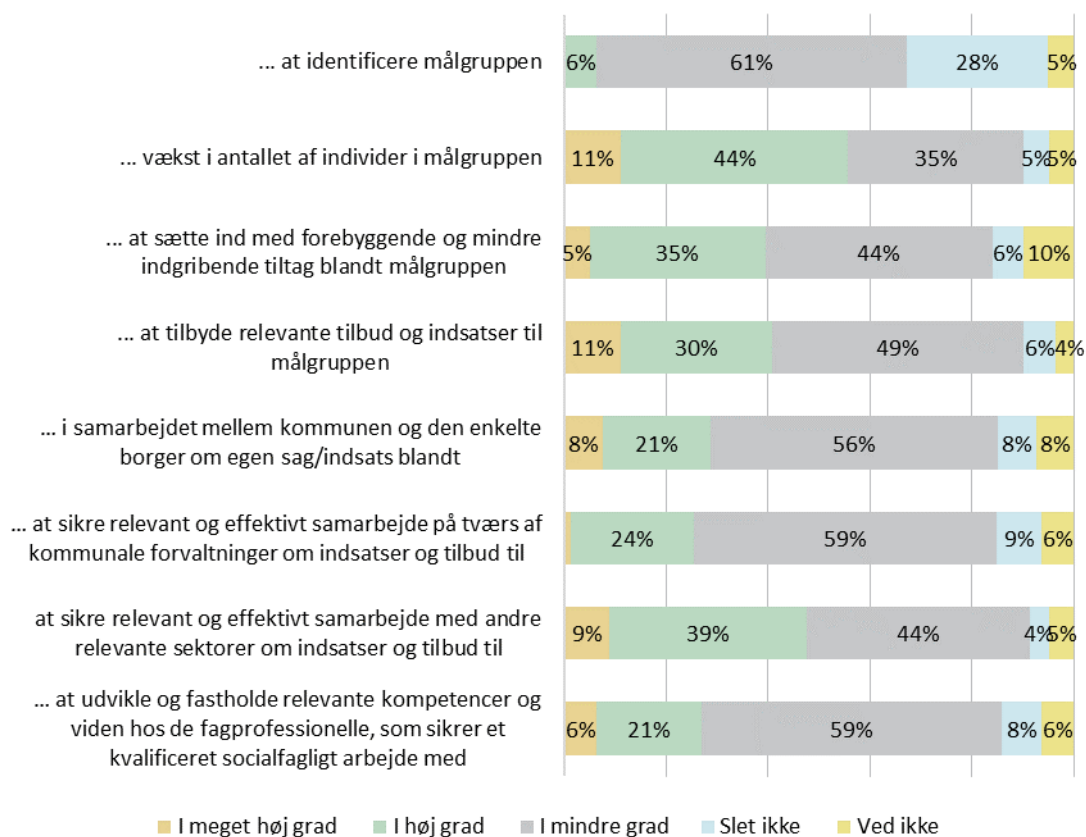
Unge og voksne med psykiske vanskeligheder

23 pct. af kommunerne angiver at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med målgruppen, jf. figur 6. Da det er en ny målgruppe i 2022 undersøgelsen, kan der ikke sammenlignes med data fra 2020.

Det er særligt vækst i målgruppeomfang, der udfordrer kommunerne (55 pct.). Samarbejdet med relevante sektorer udfordrer også mange kommuner, hvor andelen, der svarer i meget høj/høj grad er 48 pct., jf. figur 14.

Figur 14 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med psykiske vanskeligheder

I hvilken grad oplever kommunen udfordringer samlet set i arbejdet med...



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien på det specialiserede voksenområde. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 79-82.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2022).

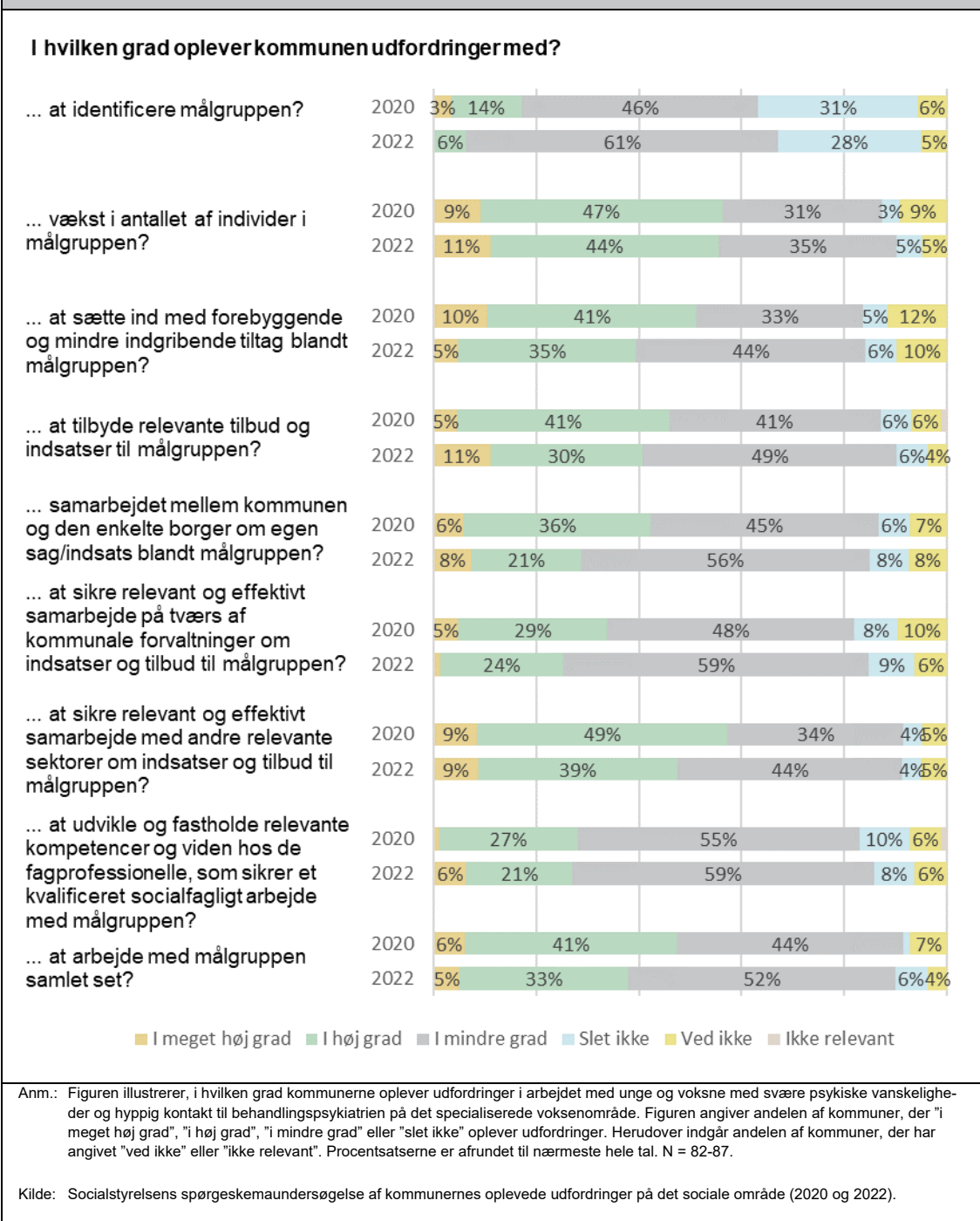
Unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien

38 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med målgruppen. Dette er et fald i andelen i forhold til undersøgelsen i 2020 (47 pct.), jf. figur 6.

For alle otte fokusområder er andelen af kommuner, der har udfordringer, faldet eller er på niveau med udfordringerne i 2020. På trods af dette er det stadig en målgruppe, som mange kommuner oplever udfordringer med. Særligt med følgende fokusområder:

- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (48 pct. i 2022 mod 57 pct. i 2020)
- vækst i antallet af personer i målgruppen (55 pct. i 2022 mod 56 pct. i 2020), jf. figur 15.

Figur 15 – Udfordringer i arbejdet med unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien



2.2 Kommunernes bemærkninger til de målgruppespecifikke udfordringerne

Kommunerne har i undersøgelsen haft mulighed for at kommentere på hvert målgruppespecifikt område, og de underliggende fokusområder særskilt. Herunder er medtaget et uddrag af disse kommentarer, som kan nuancere kommunernes oplevede udfordringer.

En række kommuner nævner at den stigende vækst giver udfordringer, da det kan betyde, at den enkelte borgers udfordringer kræver særlige tilbud eller indsatser.

En kommune skriver: *"Der er en vækst i borgere med komplekse udfordringer som ikke kan rummes inden for de nuværende botilbuds rammer, og som derfor fordrer et enkeltmandstilbud."*

Både væksten og kompleksiteten giver udfordringer i at sikre det rette tilbud til borgeren. Komplexiteten og udfordringer er individbaseret og kan variere væsentligt inden for samme målgruppe.

Flere kommuner nævner, at der er stor variation i samarbejdet med borgeren. Det er meget individuelt fra borger til borger. Samarbejdet afhænger også af de pårørendes involvering. En kommune skriver: *"Samarbejdet varierer fra sag til sag. Det er virkelig individuelt på alle parametre. Dertil kommer, at der også ofte er værger eller partsrepræsentanter med ind over sagerne, som igen ændrer samarbejdet."*

Udfordringer i forhold til kompetencer og viden hos de fagprofessionelle skyldes ofte fastholdelse og rekruttering af medarbejdere. En kommune skriver: *"Kommunen oplever i højere grad på udførerområdet udfordringer med at fastholde personale frem for at sikre mulighed for kompetenceudvikling. Ofte har områderne kun én specialist."*

En anden kommune skriver: *"Det er generelt en udfordring at fastholde kompetente medarbejdere- da der er stor efterspørgsel på hele fagområdet, hvorfor medarbejderne hyppigere skifter arbejdsplads."*

Af andre målgrupper, som kommunerne også har fokus på, nævnes blandt andet:

- Borgere med anden etnisk herkomst end dansk kan være svære at få kontakt til trods opsøgende indsatser
- Unge/Voksne med meget sammensatte komplekse psykiske funktionsnedsættelser
- Borgere med udviklingshæmning og samtidig demens
- Borgere med udviklingshæmning og psykiske udfordringer.

3 Aktuelle temaer

I den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse er kommunerne blevet spurgt til aktuelle temaer i relation til arbejdet med børn og unge på det sociale område. Aktuelle temaer består af et udvalg af temaer, som indgår i undersøgelsen i 2022 og har et særligt aktuelt fokus. Temaerne er udvalgt på baggrund af Socialstyrelsens erfaringer og løbende dialog med kommunerne samt egne behov for vidensafdækning. Nogle af temaerne er de samme som i 2020, for andre er der ændret i spørgsmål og enkelte temaer er udgået. På voksenområdet omfatter de aktuelle temaer følgende syv temaer⁴:

- Pårørende til voksne på det sociale område
- Understøttelse af borgernes trivsel og sundhed på det sociale område
- Velfærdsteknologi i den sociale indsats
- Stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap
- Inddragelse af borgerens perspektiver
- Stigende antal unge med psykisk sårbarhed, udsathed eller handicap
- Den rehabiliterende tilgang på handicapområdet.

I det følgende præsenteres resultaterne for de aktuelle temaer på børne- og ungeområdet. Nogle temaer er uddybet mere end andre temaer. Årsagen er dels hvis et tema har haft en markant udvikling siden 2020 eller hvis mange kommuner oplever udfordringer med det pågældende tema.

3.1 Pårørende til voksne på det sociale område

På tværs af de forskellige målgrupper på voksenområdet opleves det, at borgere kan have vanskeligt ved at skabe og vedligeholde et socialt netværk, samtidig med at et positivt netværk er væsentligt for borgerens udvikling og livskvalitet (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2018).

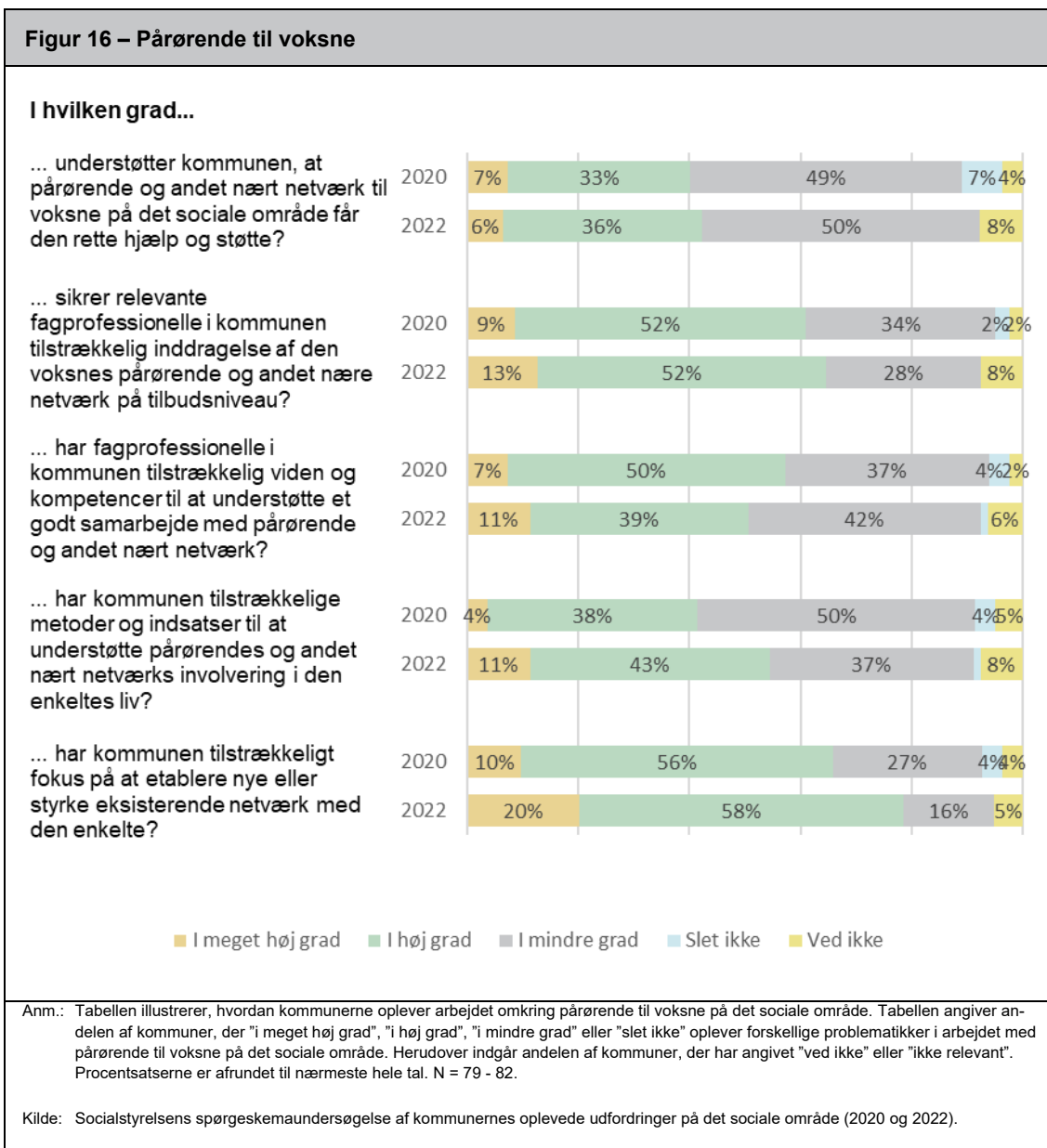
Det nære sociale netværk omkring voksne på det sociale område omfatter mennesker, der har en særlig betydning for borgeren og/eller har regelmæssig social kontakt med borgeren. Det kan være mennesker, der tilhører familien, for eksempel forældre, børn eller søskende, venner eller naboer.

I Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse undersøges kommunernes arbejde med borgernes nære netværk på tværs af målgrupper på socialområdet. Her angiver 58 pct. af kommunerne, at de i mindre grad eller slet ikke har fokus på, at pårørende til voksne på det sociale område får den rette hjælp og støtte, jf. figur 16. Det bemærkes dog, at kommunerne ikke har en generel forpligtelse til at yde hjælp og støtte til pårørende til voksne på socialområdet, alene fordi de er pårørende. Kommunerne skal dog i nogle situationer være opmærksomme på at inddrage pårørende til voksne, der modtager sociale indsatser. Det gælder for eksempel pårørende til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, jf. SEL § 82, stk. 2, hvor kommunerne er forpligtet til at påse, om pårørende kan hjælpe med at varetage en persons behov. Voksnes børn er også pårørende, som skal støttes. Kommunerne har en forpligtelse til at indgive underretninger på børn, også når de er pårørende til voksne, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at børnene a) har behov for støtte eller b) har været udsat for overgreb, jf. SEL § 153. Desuden kan der være tilfælde, hvor det giver god mening af socialfaglige hensyn

⁴ I spørgeskemaundersøgelsen indgik ligeledes et sjette tema om COVID-19. Resultaterne fra dette tema indgår ikke i denne rapport.

at inddrage pårørende til voksne med behov for sociale indsatser (Viden på tværs, 2020; Socialstyrelsen, 2012).

78 pct. af kommunerne har få eller ingen udfordringer med at have tilstrækkeligt fokus på at etablere nye eller styrke eksisterende netværk med den enkelte. Også at relevante fagprofessionelle i kommunen sikrer tilstrækkelig inddragelse af den voksnes pårørende og andet nære netværk på tilbudsniveau er noget mange kommuner har få eller igen udfordringer med. For begge gælder det, at flere kommuner oplever færre udfordringer i 2022 end i 2020.



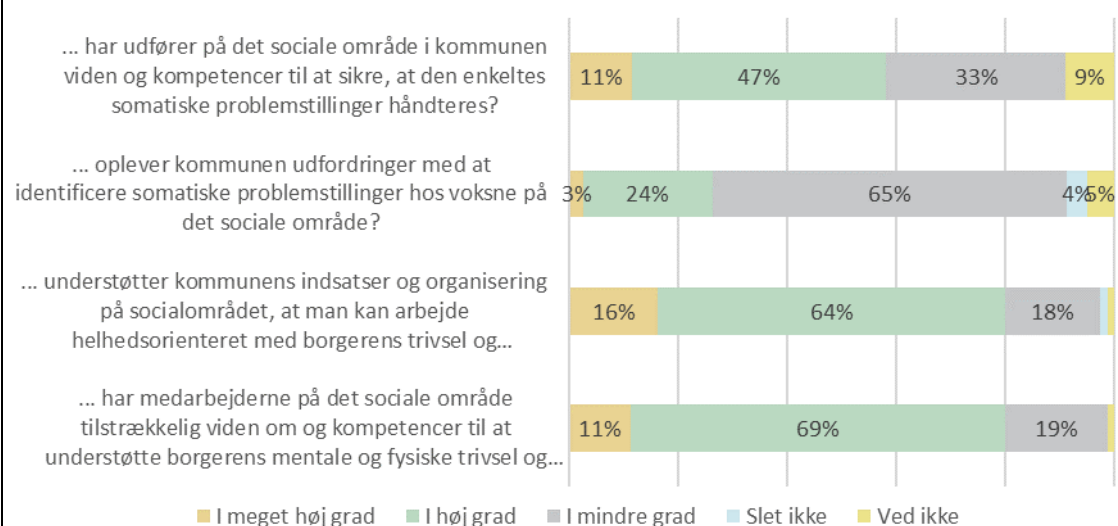
Af kommentarerne fra kommunerne skriver en række kommuner, at de har ansat pårørendekonsulenter/-vejleder, som en del af deres strategi for inddragelse af pårørende. Uddannelse af medarbejdere i f.eks. Åben Dialog eller KRAP nævnes også.

3.2 Understøttelse af borgernes trivsel og sundhed på det sociale område

Temaet er nyt i denne undersøgelse og derfor er det ikke muligt at sammenligne med tidligere resultater. Generelt oplever de fleste kommuner ikke udfordringer i arbejdet med at understøtte borgerens trivsel og sundhed på det sociale område. En tredjedel af kommunerne oplever i mindre grad udfordringer i forhold til om udfører har viden og kompetencer til at sikre at den enkeltes somatiske problemstillinger håndteres.

Figur 17 – Udfordringer i arbejdet med at understøtte borgerens trivsel og sundhed på det sociale område

I hvilken grad...



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med at understøtte borgerens trivsel og sundhed på det sociale område. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 80.

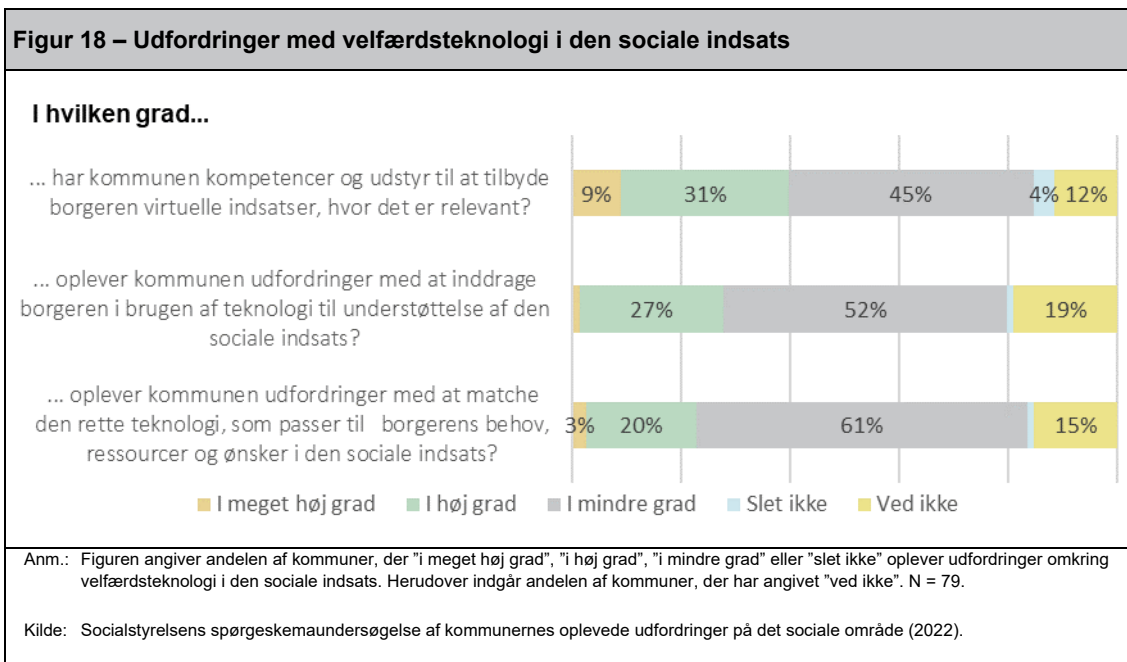
Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2022).

3.3 Velfærdsteknologi i den sociale indsats

Erfaringer fra blandt andet fagprofessionelle og brugerorganisationer peger på, at mange kommuner har svært ved at orientere sig i den konstante og ofte hurtige udvikling i velfærdsteknologiske løsninger samt ved at integrere disse løsninger i de sociale indsatser (KL, 2018; Socialstyrelsen, 2020). Der er stort fokus på velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, men knap så meget på socialområdet på trods af velfærdsteknologiens potentialer for at understøtte det sociale arbejde (Socialstyrelsen, 2020; Dansk Handicap Forbund, 2019; Nordens Velfærdscenter, 2020)

I Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse er kommunerne derfor blevet spurgt ind til brugen af velfærdsteknologiske løsninger i den sociale indsats. Her angiver 40 pct., at de oplever udfordringer med at tilbyde borgeren virtuelle indsatser, hvor det er relevant.

Størstedelen af kommunerne oplever mindre eller slet ikke udfordringer med at inddrage borgeren i brugen af teknologi eller matche den rette teknologi til borgerens behov, ressourcer og ønsker, jf. figur 18.



Nogle kommuner prioriterer velfærdsteknologiske løsninger. Det nævnes, at det har været nødvendigt med ekstra viden på dette område for at anvendelsen giver mening. Nogle kommuner har igangsat projekter for at få erfaring og viden om anvendelsen af velfærdsteknologiske løsninger. En kommune skriver: *"Det kan være en udfordring på nogle områder, hvor det kræver mere viden at få bragt velfærdsteknologi i spil."*

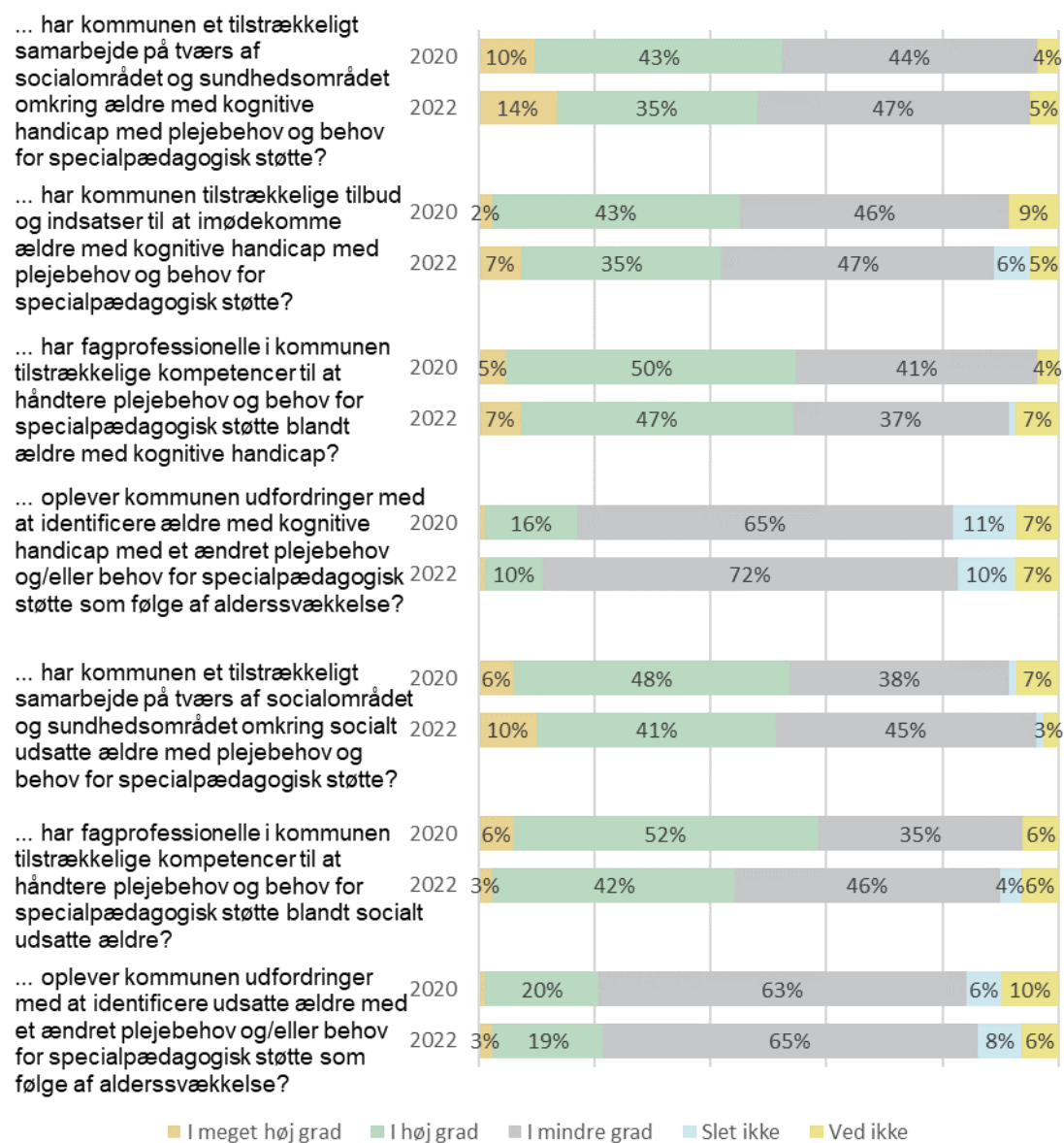
3.4 Stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap

Kommunerne møder et stigende antal ældre mennesker, der er socialt udsatte eller har et kognitivt handicap, og som vanskeligt kan rummes inden for de almene tilbud til ældre og til mennesker med kognitive handicap. Denne målgruppe kan opleve alderssvækkelse tidligere end andre mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2019b; Böttcher, L. & Dammeyer, J., 2010; Københavns Kommune, 2018).

I Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse er kommunerne derfor blevet spurgt ind til deres erfaringer i relation til håndtering af et stigende antal socialt udsatte ældre og ældre med kognitive handicap. Hertil angiver 22 pct. af kommunerne, at de i meget høj grad eller i høj grad oplever udfordringer med at identificere socialt udsatte ældre med et ændret plejebehov og/eller behov for specialpædagogisk støtte som følge af alderssvækkelse. Dette er på niveau med andelen i 2020. Generelt er fordelingen af kommunernes oplevelser på niveau med 2020. Den største forskel ses i spørgsmålet om hvorvidt fagprofessionelle i kommunen har tilstrækkelige kompetencer til at håndtere plejebehov og behov for specialpædagogisk støtte blandt socialt udsatte ældre. Her oplever 50 pct. at de i mindre grad/slet ikke har dette, hvilket er en stigning fra 35 pct. i 2020, jf. figur 19.

Figur 19 – Stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap

I hvilken grad...



Anm.: Tabellen illustrerer, hvordan kommunerne oplever forskellige problematikker der relaterer sig til det stigende antal ældre blandt socialt udsatte. Tabellen angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever forskellige problematikker. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 79-82.

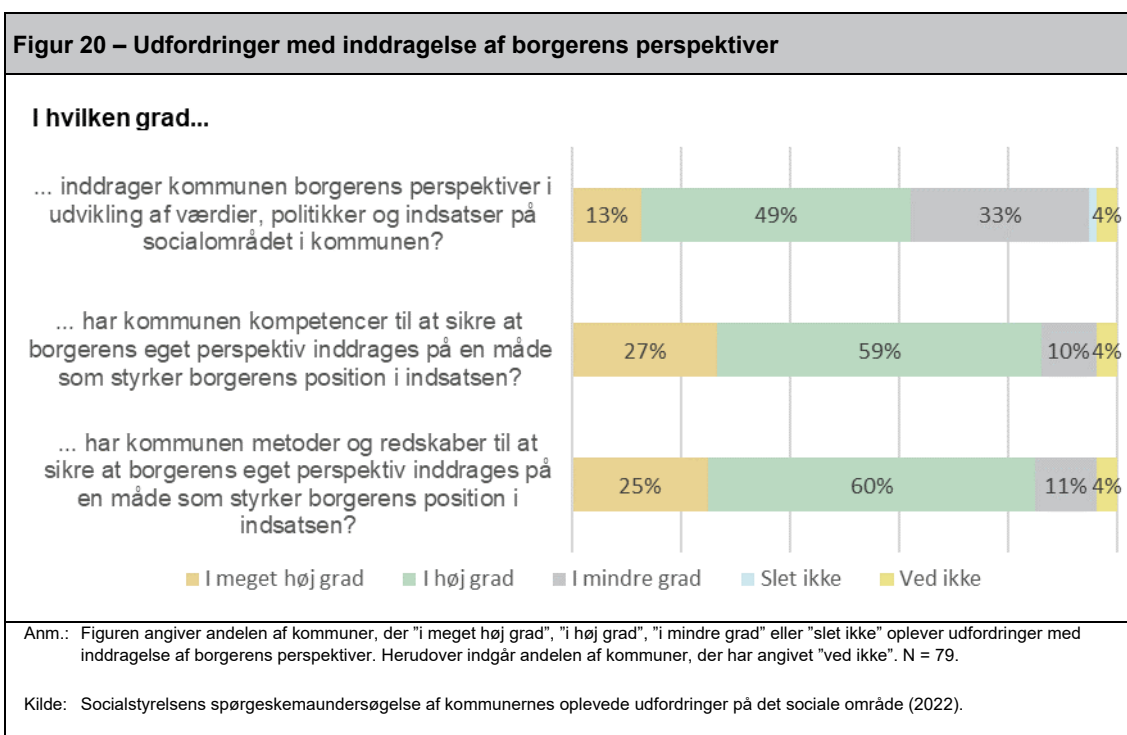
Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

Af kommunernes kommentarer fremgår det, at borgerne bliver ældre, hvilket ændrer på deres behov for pleje og støtte. Dette afstedkommer udvikling af kompetencer, ændrede boligrammer, stigende plejebehov, etc.

3.5 Inddragelse af borgerens perspektiver

Inddragelse af borgernes perspektiver og hvordan disse bliver anvendt er vigtige, når indsatser udvikles og anvendes. Dette er blandt andet nævnt i strategien for udvikling af den sociale indsats, som sidste år er blevet opdateret (Social og Ældreministeriet, 2022).

Temaet sætter fokus på i hvilken grad kommunerne har kompetencer, viden og redskaber til at inddrage borgerne. Temaet belyser en anden side af fokusområdet vedrørende samarbejdet med borgeren.

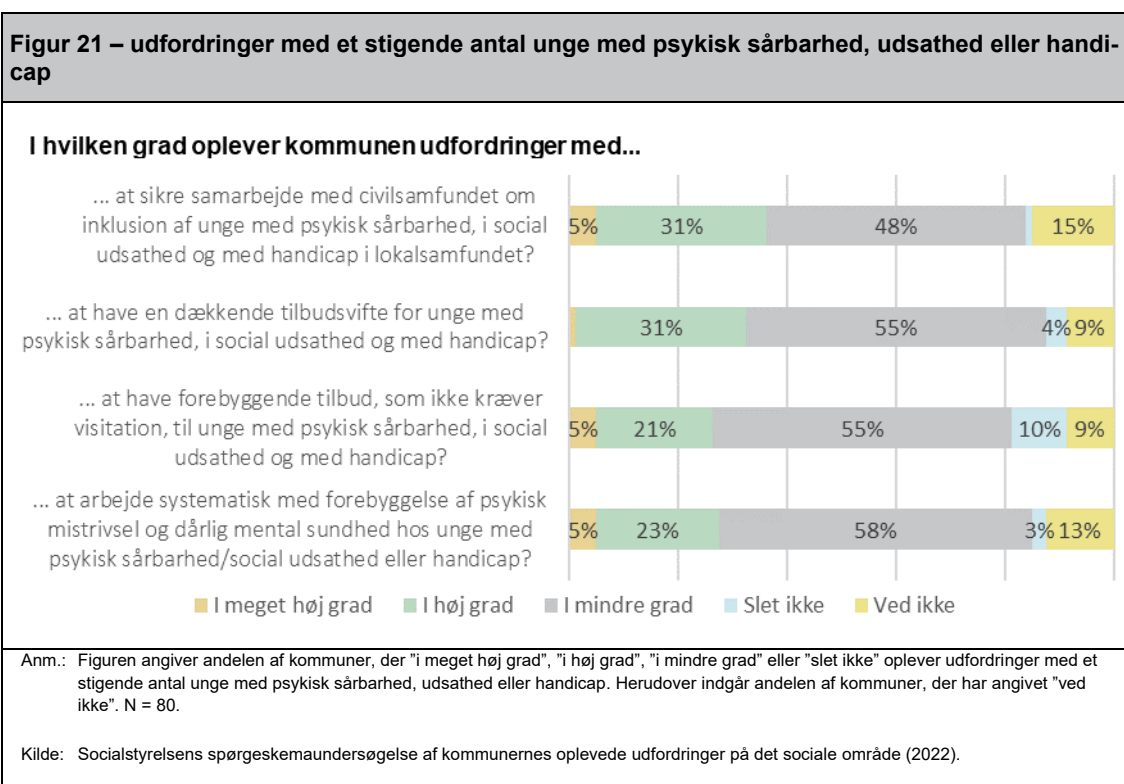


En stor andel af kommuner inddrager i høj/meget høj grad borgerens perspektiver dels i udviklingen af politikker og indsatser. Det samme gælder kompetencer, metoder og redskaber til inddrage og styrke borgerens position i indsatsen.

I deres kommentarer nævner en række kommuner, at de er i gang med at udvikle politikker, tilgange med udgangspunkt i et recovery - og rehabiliteringsperspektiv. En kommune skriver: *"Den politiske vision på området tager udgangspunkt i et recovery - og rehabiliteringsperspektiv. Der arbejdes konkret med et politisk pejlemærke omkring udvikling af recoveryperspektivet herunder også i forhold til borgere med svært kognitive begrænsninger."*

3.6 Stigende antal unge med psykisk sårbarhed, udsathed eller handicap

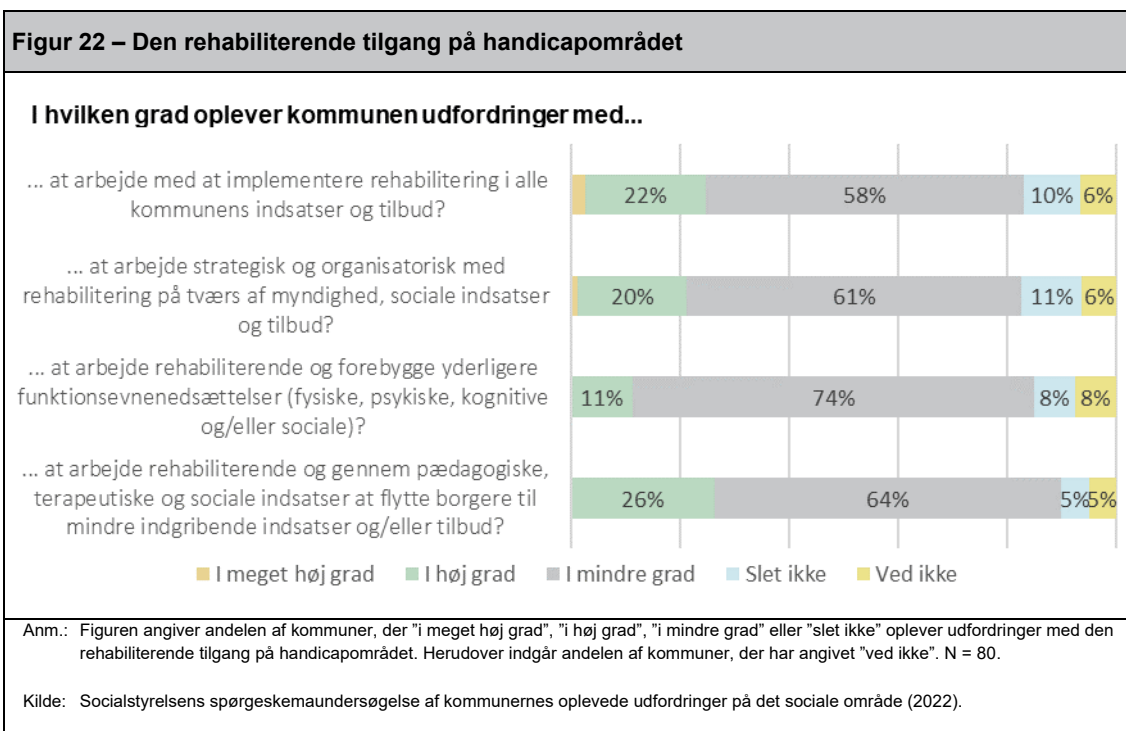
Overgangen til voksenlivet (+18 år) kan være svær for unge med psykisk sårbarhed, udsathed eller handicap. Ved at have et fokus på forebyggelse for de unge, vil det kunne mindste mistrivsel og en mere indgribende indsats senere hen. Ved både at have en systematik og de rette tilbud, vil der være større forudsætninger for at kunne gribe de unge rettidigt og bidrage til muligheden for at mestre eget liv.



Ca. en tredjedel af kommunerne oplever udfordringer i samarbejdet med civilsamfundet om inklusion af unge med psykisk sårbarhed og at have en dækkende tilbudsvifte. Omkring en fjerdedel af kommunerne har udfordringer med ikke visitationskrævende tilbud og i arbejdet med at forebygge mistrivsel og dårlig mental sundhed. I kommentarerne til kommunerne nævnes, at kompetencerne er til stede, men at der kan sættes tidligere ind. Stigningen i antallet af borgere i målgruppen udfordrer mange kommuner. Flere kommuner nævner, at stigningen presser ressourcerne, som ikke kan dække håndteringen af alles borgernes behov.

3.7 Den rehabiliterende tilgang på handicapområdet

Den demografiske udvikling i samfundet udfordrer velfærdsområdet, herunder også socialområdet. En rehabiliterende tilgang har vist et stort potentiale for at medvirke til at løse disse udfordringer. I en rehabiliterende tilgang kan der fx. arbejdes med at flytte borgeren til en mindre indgribende indsats eller velfærdsteknologiske løsninger kan implementeres og bidrage til at borgeren i højere grad gøres selvhjulpne. I marts 2022 udkommer en revideret udgave af Hvidbog om rehabilitering.



Mellem 11 pct. og 26 pct. af kommunerne oplever udfordringer med en rehabiliterende tilgang på handicapområdet. I kommunernes kommentarer fremgår det, at økonomi, faglige redskaber og metoder er vigtige. Ligeledes er der stor variation i arbejdet med rehabilitering i forhold til hvilke borgere, der arbejdes med.

I arbejdet med den rehabiliterende tilgang til handicapområdet nævner nogle kommuner, at forskellene i borgernes funktionsevne og potentiale er store. Dette gør det også svært at gå fra teori til praksis. En kommune skriver: *"Der er meget stor forskel på rehabiliteringspotentialet, alt efter hvilket tilbud og hvilken borger du fokuserer på."*

Til sidst i undersøgelsen har kommunerne også haft mulighed for at skrive, om der er andre udfordringer, der fylder i kommunerne. Her har flere kommuner nævnt de økonomiske rammer. Kommunernes nævner, at de økonomiske rammer udfordrer mulighederne for at arbejde med indsatser og tiltag på det sociale område. En kommune skriver: *"Der er udfordringer i forhold til forventningerne fra den enkelte borger i forhold til indsats, og priser på indsatser er stigende."*

4 Litteratur

- Böttcher, L. & Dammeyer, J. (2010). *Handicappsykologi. En grundbog om arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelse*. Samfundslitteratur.
- Danmarks Statistik. (2018). *Flest på kvindekrisecentre fra Region Hovedstaden*. Hentet fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30256>
- Dansk Handicap Forbund. (2019). *Surveyundersøgelse af velfærdsteknologi*. Forbund Dansk Handicap.
- KL. (Januar 2018). *Kortlægning af barrierer og udfordringer i arbejdet med velfærdsteknologi*. Hentet fra https://www.kl.dk/media/14206/nldbva35_iloqhzpxd7f.pdf
- Københavns Kommune. (2018). *Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende analyse af ældre borgere med handicap. Opfølgning på budgetaftale*. Hentet fra <https://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/Attachments/21172738-28693181-1.pdf>
- SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (2006). *Etniske minoriteter, frivilligt socialt arbejde og integration*. København.
- Social og Ældreministeriet. (2022). *Strategi for Udvikling af den Sociale Indsats*. København: Social- og Ældreministeriet.
- Social-, B.-o. Æ. (u.d.). *senfølger-efter-seksuelle-overgreb-i-barndommen-og-ungdommen*. Hentet fra sm.dk: <https://sm.dk/arbejdsomraader/udsatte-voksne/senfølger-efter-seksuelle-overgreb-i-barndommen-og-ungdommen>
- Socialstyrelsen. (2012). *Politik for pårørendesamarbejde i botilbud - et inspirationshæfte*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (Januar 2020). *Om velfærdsteknologi på det sociale område*. Hentet fra <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/hjaelpemiddelomradet/temaer/velfaerdsteknologi-paa-handicapomraadet>
- Socialstyrelsen. (2021). *Udfordringer i forhold til voksne på det specialiserede socialområde - kommunale perspektiver*. . Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. (2013). *Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. (2018). *Koncept for systematisk inddragelse af pårørende*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2019a). *Evaluering - Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser*. Kongens Lyngby: COWI.
- Sundhedsstyrelsen. (2019b). *Gode ældreliv med sundhed og trivsel*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Indsatser mod ulighed i sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt unge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Velfærdscenter, N. (2020). *Velfærdsteknologi kan gøre det op med farlig ensomhed*. Hentet fra <https://nordicwelfare.org/da/projekt/nordisk-taenketank-for-velfaerdsteknologi/>

Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for voksne

Viden på tværs. (November 2020). *Fremtidens borform - Sådan styrker I samarbejdet med borgere og pårørende*. Hentet fra <https://vpt.dk/handikapområdet/sadan-styrker-i-samarbejdet-med-borgere-og-paerørende>

VIVE. (2018). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet* .

VIVE. (2019). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet - Kortlægning af området for udsatte børn og unge og børn og unge med handicap*.

VIVE. (2021). *Salg af sex i Danmark 2020*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

VIVE. (2022). *Hjemløshed i Danmark 2022*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag 1 – Udvikling af spørgeskemaundersøgelsen

I udviklingen af spørgeskemaerne har Social- og Boligstyrelsen indledningsvist foretaget en kortlægning af eksisterende viden om udfordringer på socialområdet, hvor der blandt andet er hentet inspiration fra VIVE's undersøgelser af kommunernes perspektiver på udfordringer på det specialiserede socialområde fra 2018 (voksenområdet) og 2019 (børne- og ungeområdet). På baggrund af den indledende kortlægning identificerede Social- og Boligstyrelsen mulige temaer med et særligt fokus i 2020, som herefter blev kvalificeret af en faglig følgegruppe bestående af kommunale repræsentanter fra det sociale område samt via fokusgruppeinterview med regionale repræsentanter. Spørgeskemaet blev pilottestet blandt kommunale chefer og direktører inden endelig udsendelse.

I udviklingen af spørgeskemaerne er der tilstræbt ensartethed i emner og spørgsmålsformuleringer på tværs af henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. Dette er gjort for at få et ensartet og sammenligneligt data- og vidensgrundlag.

Den første undersøgelse blev sendt til alle landets kommuner i september 2020. Mailen var stilet til børne- og familiechefer (eller tilsvarende chefniveau) på socialområdet. Hver kommune kunne indsende én besvarelse for henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. Social- og Boligstyrelsen opfordrede derfor kommunerne til at koordinere deres besvarelse med relevante parter på det givne område for at få et så dækkende udfordringsbillede som muligt.

I 2022 har Social- og Boligstyrelsen revideret spørgerammerne og sendt en ny undersøgelse ud til kommunerne. De organisatoriske fokusområder og de målgruppespecifikke fokusområder er i videst muligt omfang bevaret, mens der er ændringer til både temaer og spørgsmål under de aktuelle temaer.

86 pct. af landets kommuner har gennemført eller delvist gennemført spørgeskemaundersøgelsen på børn og ungeområdet. Tre af de 98 danske kommuner indgår ikke i undersøgelsen, da de på grund af forpligtende kommunale samarbejder ikke selv varetager udførelsen af opgaver på udvalgte områder, herunder det sociale område, jf. bekendtgørelse om revision af den kommunale og regionale inddeling og om forpligtende kommunale samarbejder.

Den høje svarprocent giver en høj grad af sikkerhed for, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes oplevede udfordringer på de områder, som er omfattet af undersøgelsen. Kommunernes besvarelser skal ses som én samlet besvarelse. Dog kan det ikke udelukkes, at der er divergerende opfattelser af de enkelte spørgsmål internt i kommunerne. Kommunerne er dog blevet opfordret til at koordinere besvarelsen med forskellige repræsentanter så der opnås et samlet billede på tværs af den enkelte kommune.

Bilag 2 – Målgrupper

I dette bilag fremgår beskrivelser af de målgrupper, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen.

Voksenområdet	Kort beskrivelse
Unge og voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade	Omfatter mennesker over 18 år med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade.
Unge og voksne med autismspektrumforstyrrelser	Omfatter mennesker over 18 år med infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom og gennemgribende udviklingsforstyrrelse.
Unge og voksne med opmærksomhedsforstyrrelser	Omfatter mennesker over 18 år med ADD og ADHD.
Unge og voksne med erhvervet hjerneskade	Omfatter mennesker over 18 år med erhvervet hjerneskade.
Unge og voksne med fysiske handicap	Omfatter borgere over 18 år med bevægelseshandicap og kommunikationshandicap, for eksempel borgere med cerebral parese, gigtlidelser, muskelsvind, syns- og hørenedsættelse, døvblindhed, komplekse kommunikationsbehov og verbal dyspraksi. Målgruppen er meget differentieret, og den funktionsnedsættelse, som de forskellige diagnoser og syndromer kommer til udtryk ved, har en stor variation.
Unge og voksne med stofmisbrug	Omfatter mennesker over 18 år med et behandlingskrævende stofmisbrug.
Unge og voksne i hjemløshed	Omfatter mennesker over 18 år, som er i kortere eller længerevarende hjemløshed og i risiko for hjemløshed.
Unge og voksne, der lever med vold i nære relationer	Omfatter mennesker over 18 år, der er udsat for eller udøver vold i nære relationer, både med og uden børn.
Unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen	Omfatter mennesker over 18 år, der oplever problematikker i voksenlivet som følge af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen, for eksempel psykiske vanskeligheder eller seksualiseret adfærd.
Unge og voksne socialt udsatte grønlandere	Omfatter socialt udsatte mennesker over 18 år med grønlandsk baggrund, der har været i Danmark i kortere eller længere tid.
Unge og voksne i prostitution eller prostitutionslignende relationer	Omfatter mennesker over 18 år i prostitution og i prostitutionslignende relationer.
Unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug	Omfatter mennesker over 18 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.
Unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt	Omfatter mennesker over 18 år med en kombination af betydelige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt, for eksempel udviklingshæmning og psykiske vanskeligheder, misbrug og prostitution eller ADHD i kombination med at have oplevet hjemløshed, fængsel og/eller kronisk sygdom som følge af et misbrug.
Unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse	Omfatter mennesker over 18 år, der har en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd. Dette kan omhandle mennesker, der har været indskrevet i behandlingspsykiatrien. Denne gruppe omfatter risikoadfærd, lettere til svær for både spiseforstyrrelser og selvskade.
Unge og voksne i psykisk mistrivsel med risiko for at udvikle mere alvorlige vanskeligheder	Omfatter mennesker over 18 år med psykisk mistrivsel, der kan have brug for en forebyggende indsats for ikke at udvikle alvorligere vanskeligheder.
Unge og voksne med psykiske vanskeligheder	Omfatter mennesker over 18 år med psykiske vanskeligheder, dvs. mennesker, der i let, moderat eller svær grad er belastet af de psykiske vanskeligheder. Dette kan omhandle mennesker, der har modtaget eller fortsat modtager en indsats hos fx egen læge, privatpraktiserende psykolog, psykiater, eller i den regionale psykiatri. Mennesker, der ikke modtager eller har modtaget en indsats disse steder kan også være en del af denne målgruppe, da mennesker med psykiske vanskeligheder kan have et varierende funktionsniveau. Tilsvarende kan det være borgere, der modtager eller har

Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for voksne

	modtaget en kommunal indsats, eksempelvis inden for servicelovens rammer eller i beskæftigelsesregi, men det kan også være borgere, der ikke modtager eller har modtaget en sådan indsats.
Unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien	Omfatter mennesker over 18 år med svære psykiske vanskeligheder og hyppige og/eller langvarige behandlingsforløb i psykiatrien. Det omfatter blandt andet mennesker med skizofreni, bipolar lidelse og personlighedsforstyrrelse.



Social- og Boligstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk



Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for børn og unge

2022-perspektiver

april 2023

Viden til gavn

Kommunale udfordringer på det specialiserede socialområde for børn og unge

Publikationen er udgivet af
Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.sbst.dk

Udgivet april 2023
Download eller se rapporten på
www.sbst.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital udgivelse: ISBN 978-87-94371-65-0

Indhold

Forord	1
Indledning	2
Sammenfatning	4
1 Organisering, styring og kvalitet	6
1.1 Områder hvor mange kommuner oplever udfordringer	8
1.2 Supplerende bemærkninger til de organisatoriske fokusområder.....	12
2 Udfordringer på målgruppeniveau	14
2.1 Udviklingen i kommunernes oplevede udfordringer for målgrupperne	17
2.2 Kommunernes bemærkninger til de målgruppespecifikke udfordringer	26
3 Aktuelle temaer	28
3.1 Sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund	28
3.2 Det nære netværk omkring børn, unge og familier	28
3.3 Anbragte børn og unge.....	29
3.4 Velfærdsteknologi i den sociale indsats	31
3.5 Børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægning	31
3.6 Inddragelse af børn og unge med handicap.....	33
4 Litteratur	34
Bilag 1– Udvikling og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen	35
Bilag 2 – Målgrupper	36

Forord

Social- og Boligstyrelsen samarbejder tæt med kommunerne om udvikling af sociale indsatser til gavn for de børn, unge og voksne, som har behov for støtte. For at sikre en effektiv og en høj grad af implementering i udviklingen og udbredelsen af virksomme sociale indsatser er det vigtigt for Social- og Boligstyrelsen at have et aktuelt og dækkende billede af, hvilke udfordringer kommunerne oplever.

Socialstyrelsen (nu Social- og Boligstyrelsen) gennemførte i sommeren 2022 en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes perspektiver på udfordringer og behov i arbejdet med henholdsvis børn, unge og familier og voksne på det specialiserede socialområde. Denne rapport indeholder resultaterne på det specialiserede børne- og ungeområde op til og med 17 år. Styrelsen har udgivet en tilsvarende rapport på voksenområdet.

I 2020 gennemførte styrelsen undersøgelsen første gang, hvorfor denne undersøgelse skal ses som en gentagelse af 2020-undersøgelsen, dog med mindre justeringer og ændringer i undersøgelsens aktuelle temaer. Desuden har VIVE tidligere, på vegne af den daværende Socialstyrelse, gennemført tilsvarende undersøgelser af kommunernes udfordringsbillede (VIVE, 2018; VIVE, 2019)¹.

Resultaterne af undersøgelsen giver blandt andet mulighed for at målrette udviklingen og udbredelsen af virksomme sociale indsatser til de områder, hvor kommunerne oplever de største udfordringer. Undersøgelsen benyttes blandt andet som grundlag for Social- og Boligstyrelsens arbejde med udviklings- og investeringsprogrammerne på det sociale område, hvor der årligt igangsættes en række initiativer, der har til hensigt at udvikle og udbrede virksomme sociale indsatser, som efterspørges bredt i landets kommuner.

Socialområdet hænger tæt sammen med andre velfærdsområder. Undersøgelsen afspejler dette ved en række tværgående fokusområder, målgruppespecifikke fokusområder og aktuelle temaer. Udviklingen af nye effektive indsatser retter sig her først og fremmest mod socialområdet, men initiativerne kan også gå på tværs af sundheds-, beskæftigelses-, uddannelses- og socialområdet, når det tværgående arbejde bidrager til at løse en social problemstilling.

En stor tak skal lyde til alle jer i kommunerne, som har bidraget med jeres perspektiver på centrale udfordringer på det specialiserede socialområde. Vi er meget glade for, at så stor en andel af kommunerne har bidraget til undersøgelsen. Det betyder, at vi har fået et dækkende og meget værdifuldt overblik over de udfordringer, der opleves rundt om i landet. Dette bidrager til et solidt grundlag for at igangsætte nationale initiativer, der virker i praksis og hjælper de børn, unge og voksne, som har behov for støtte.

Vi håber samtidig, at resultaterne kan bidrage til refleksioner og nye tiltag på socialområdet i den enkelte kommune, og at vi i samspil kan forbedre initiativer, indsatser og effekten for den enkelte borger.

Ellen Klarskov Lauritzen

Direktør, Social- og Boligstyrelsen

¹ Se bilag 1 for nærmere information om udviklingen og gennemførelsen af undersøgelsen.

Indledning

Undersøgelsen består overordnet af tre blokke, som hver omfatter en række fokusområder eller temaer, jf. boks 1. Første blok omfatter organisatoriske fokusområder, som har betydning for arbejdet med at yde en kvalificeret og effektiv indsats på det sociale område. Anden blok omfatter en række målgruppespecifikke fokusområder, mens tredje blok omfatter seks udvalgte aktuelle temaer, der er særligt interessante i disse år.

Boks 1 – Indhold i spørgeskemaundersøgelsen på det specialiserede børne- og ungeområde



De organisatoriske fokusområder omfatter arbejdet med:

- en strategi for det specialiserede børne- og ungeområde
- tidlig og forebyggende indsats
- sagsbehandling
- koordinering og samarbejde på tværs af fagområder i kommunen
- koordinering og samarbejde på tværs af kommuner
- koordinering og samarbejde mellem sektorer
- koordinering og samarbejde med civilsamfund og andre aktører
- indsats og metode: kvalitet i indsats og metode
- indsats og metode: tilbudsvifte.

De 17 målgrupper² omfatter:

- børn og unge med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade
- børn og unge med autismspektrumforstyrrelser
- børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser
- børn og unge med kommunikationshandicap
- børn og unge med bevægelseshandicap
- børn med udadreagerende adfærd
- børn i psykisk mistrivsel
- unge i psykisk mistrivsel
- børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser
- børn og unge udsat for seksuelle overgreb
- børn og unge udsat for fysisk eller psykisk vold
- børn og unge i kriminalitet
- børn og unge med problematisk forbrug af rusmidler
- børn og unge i hjemløshed
- meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd
- sårbare familier
- meget udsatte familier.

Spørgsmål til hver målgruppe

- opsporing
- vækst i målgruppeomfang
- tidlig og forebyggende tiltag
- tilbud og indsatser
- samarbejde med borgere
- samarbejde på tværs af kommunen om indsatser og tilbud
- samarbejde med relevante sektorer om indsatser og tilbud
- kompetencer og viden hos fagprofessionelle
- udfordringer med målgruppen samlet set



De aktuelle temaer omfatter:

- sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund
- det nære sociale netværk omkring børn, unge og familier
- anbragte børn og unge
- velfærdsteknologi i den sociale indsats
- børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring
- inddragelse af børn og unge med handicap.

² For nærmere beskrivelse af specifikke målgrupper, se bilag 2.

Spørgeskemaet blev sendt til 95 af landets kommuner i maj 2022. Mailen var henvendt til børne- og familiechefer (eller tilsvarende chefniveau) på socialområdet. 88 pct. af landets kommuner har helt eller delvist gennemført spørgeskemaundersøgelsen på børne- og ungeområdet. Den høje svarprocent giver en høj grad af sikkerhed for, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes oplevede udfordringer på de områder, som er omfattet af undersøgelsen³.

Undersøgelsen giver et overordnet billede af kommunernes perspektiv på centrale udfordringer i arbejdet med socialt udsatte, personer med psykiske vanskeligheder og personer med handicap, men siger ikke noget om kvaliteten af det sociale arbejde eller borgeres eller andre aktørers oplevede udfordringer. I undersøgelsen belyses de kommunale udfordringer hovedsageligt ud fra et organisatorisk og socialfagligt perspektiv, mens juridiske og økonomiske rammebetingelser i meget begrænset omfang belyses. Undersøgelsen belyser udfordringer i et bredt perspektiv, hvorfor undersøgelsen ikke kan bruges til at forklare årsager til udfordringer i dybden. Dette vil kræve yderligere undersøgelse og dialog med kommunerne.

En anden begrænsning i undersøgelsen er, at der ikke tages hensyn til eksempelvis omfang og forekomst af målgrupper. Der kan for eksempel være udfordringer relateret til nogle af de mindre målgrupper, som ikke opleves som store for kommunerne netop grundet målgruppens beskædede størrelse. Da resultater af kommunernes besvarelser angives samlet for hele landet, vil disse nuancer være sløret.

I forbindelse med dataindsamlingen opfordrede Social- og Boligstyrelsen kommunerne til at koordinere besvarelsen på det specialiserede børne- og ungeområde med relevante parter (det kunne være på tværs af enheder i kommunen, som eksempelvis beskæftiger sig med henholdsvis unge med handicap og socialt udsatte unge, afhængigt af hvordan den pågældende kommune er organiseret). Som bemærket ovenfor, så er resultaterne i denne rapport kommunernes akkumulerede svar på landsplan. Denne rapport giver derfor ikke et udtømmende billede af de kommunespecifikke udfordringer på det specialiserede børne- og ungeområde. Resultaterne vil derfor ikke nødvendigvis kunne genkendes hos de enkelte sagsbehandlere og afdelingsledere lokalt i kommunerne.

Svarskalaen i undersøgelsen består som udgangspunkt af fire kategorier, som omfatter "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" og "slet ikke". Nogle kommuner har bemærket, at de har manglet en kategori imellem "i høj grad" og "i mindre grad", hvilket kan have medført enten en over- eller underestimering af udfordringer. I det følgende indgår besvarelserne "I meget høj grad"/"I høj grad", når der refereres til den samlede andel af kommuner, der oplever udfordringer på et givent område.

Rapporten indeholder de væsentligste resultater fra undersøgelsen. Alle resultater kan findes i den tilhørende bilagsrapport, som findes på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside. Der vil, hvor det er muligt, være sammenligninger med besvarelserne fra undersøgelsen fra 2020.

³ Læs mere om dataindsamlingen i bilag 1.

Sammenfatning

I det følgende præsenteres en del af undersøgelsens resultater, hvor fokus er på de områder, hvor kommuner rapporterer om store og/eller stigende udfordringer på børne- og ungeområdet både i forhold til organisation, styring, kvalitet og målgrupper samt aktuelle temaer.

Udfordringer med at indsamle og anvende data

På tværs af de organisatoriske udfordringer peger resultaterne i retning af, at kommunerne generelt oplever udfordringer i relation til indsamling og anvendelse af data. Heldigvis viser resultaterne også, at det generelt går den rigtige vej. 58 pct. af kommunerne oplevede udfordringer med at indsamle data om barnet/den unges progression på en systematisk måde i 2022 undersøgelsen. I 2020 var det 68 pct. af kommunerne, der angav, at de havde udfordringer på dette område. Altså et fald på 10 procent point, til trods for at det stadig er mere end hver anden kommune, der oplever det som en udfordring. Yderligere oplever 53 pct. af kommunerne udfordringer med at anvende data om børn og unge til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis. I 2020 var det 65 pct. af kommunerne der oplevede udfordringer her. Derudover er der 41 pct. af kommunerne, der oplever udfordringer med at anvende data som grundlag for styring efter målsætninger. Også her er der et fald i andelen af kommuner i forhold til 2020 (47 pct.).

Udfordringer i samarbejdet mellem sektorer

Et område som stadig udfordrer kommunerne er samarbejdet med øvrige sektorer. Samlet set svarer 44 pct. af kommunerne, at de oplever denne type af udfordringer. I 2020 var det 37 pct. Resultaterne dækker dog over en stor spredning i, hvilke sektorer kommunerne under ét oplever samarbejdsudfordringer med. I samarbejdet med blandt andet jordemødre, Ungdomskriminalitetsnævnet og Børnehuset (De Danske Børnehuse) oplever mange kommuner få eller slet ingen udfordringer. En overvægt af kommunerne oplever derimod udfordringer i samarbejdet med Familieretshuset (50 pct.) og børne- og ungepsykiatrien (72 pct.). En række kommuner angiver lange ventetider og tværfagligt samarbejde som punkter, der særligt giver udfordringer. Men nogle kommuner nævner også, at der er sket forbedringer siden 2020.

Udfordringer i at sikre tilstrækkeligt hjælp og støtte til fastholdelse af barnets/den unges hverdagsliv

I forbindelse med arbejdet med en tidlig og forebyggende indsats oplever 55 pct. af kommunerne udfordringer med at sikre, at børn og unge får tilstrækkelig hjælp og støtte til at fastholde deres almindelige hverdagsliv, hvis det er til barnets bedste. Dette er en stigning på 12 procentpoint siden 2020.

Autisme og opmærksomhedsforstyrrelser blandt børn og unge udfordrer kommunerne mere i 2022

En stor andel af kommunerne angiver, at de har udfordringer i forhold til målgruppen børn og unge med autismespektrumforstyrrelser. 59 pct. af kommunerne har i høj/meget høj grad generelt udfordringer med målgruppen. Dette er en lille stigning i forhold til 2020, hvor 55 pct. havde udfordringer i samme grad. For børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser oplever hver anden kommune udfordringer generelt set. Der er sket en markant stigning i andelen siden 2020.

Flere kommuner er udfordret i forhold til børn og unge med selvskadende adfærd

Næsten to ud af tre kommuner (60 pct.) oplever generelt udfordringer i relation til målgruppen børn og unge med selvskadende adfærd. Særligt omhandler det at kunne håndtere væksten i målgruppen, at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen og at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats for målgruppen. Antallet af kommuner, som er udfordret på de tre områder, er steget i forhold til 2020.

Psykisk mistrivsel blandt børn og unge udfordrer kommunerne mere i 2022

Det er op mod halvdelen af kommunerne, som oplever udfordringer med børn og unge i psykisk mistrivsel. Også her er det bl.a. vækst i antallet af børn og unge i psykisk mistrivsel, hvor mange kommuner er udfordret. Derudover er det samarbejdet med relevante sektorer og arbejdet hen imod tidlige og forebyggende indsatser. For stort set alle fokusområder er der sket en stigning i andelen af kommuner, der oplever udfordringer for disse to målgrupper (børn i psykisk mistrivsel og unge i psykisk mistrivsel).

De tre største udfordringer på tværs af målgrupper

Fælles for de indrapporterede udfordringer er, at kommunerne oplever tre særligt fremtrædende udfordringer på tværs af målgrupper

1. Vækst i målgruppeomfang er en af de udfordringer, som kommunerne oplever for mange af målgrupperne. For 11 ud af 17 målgrupper oplever mindst 25 pct. af kommunerne udfordringer med væksten i målgruppen.
2. At sætte ind med en tidlig og forebyggende indsats fremgår hyppigt som udfordring på tværs af målgrupperne. For 12 ud af 17 målgrupper oplever mindst 25 pct. af kommunerne udfordringer på dette område.
3. Samarbejde på tværs af sektorer oplever en høj andel af kommunerne som en udfordring. Her oplever mindst 25 pct. af kommunerne udfordringer for 11 ud af 17 målgrupper.

På tværs af målgrupperne er der væsentlig forskel på, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med eksempelvis børn og unge med autisme og børn og unge med fysiske funktionsnedsættelser såsom kommunikationshandicap og bevægelseshandicap, lige såvel som der er væsentlig forskel på, hvor store udfordringer kommunerne hver især oplever inden for samme målgruppe. Undersøgelsen afdækker ikke, hvilke faktorer der konkret ligger bag denne variation i udfordringsbilledet. Generelt set opleves væksten i målgruppen som en af største udfordringer på tværs af kommuner.

Børn og unge med bekymrende skolefravær fylder stadig meget i kommunerne

En stor del af kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring. 88 pct. af kommunerne oplever udfordringer med at skabe klarhed over skolefraværsproblematikker, som skal håndteres med en særlig indsats. Mange kommuner oplever også udfordringer med at følge systematisk op på bekymrende skolefravær (72 pct.) og at have viden og kompetencer til at håndtere bekymrende skolefravær (85 pct.). Alle er steget i forhold til 2020.

1 Organisering, styring og kvalitet

I spørgeskemaundersøgelsens første del blev kommunerne bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer på tværs af det sociale område, inden for ni organisatoriske fokusområder. I dette afsnit præsenteres nogle af de væsentligste resultater.

På tværs af de ni organisatoriske fokusområder er kommunerne blevet spurgt til, i hvilken grad de samlet set oplever udfordringer med det givne fokusområde, jf. figur 1. De fokusområder som flest kommuner angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med er områderne

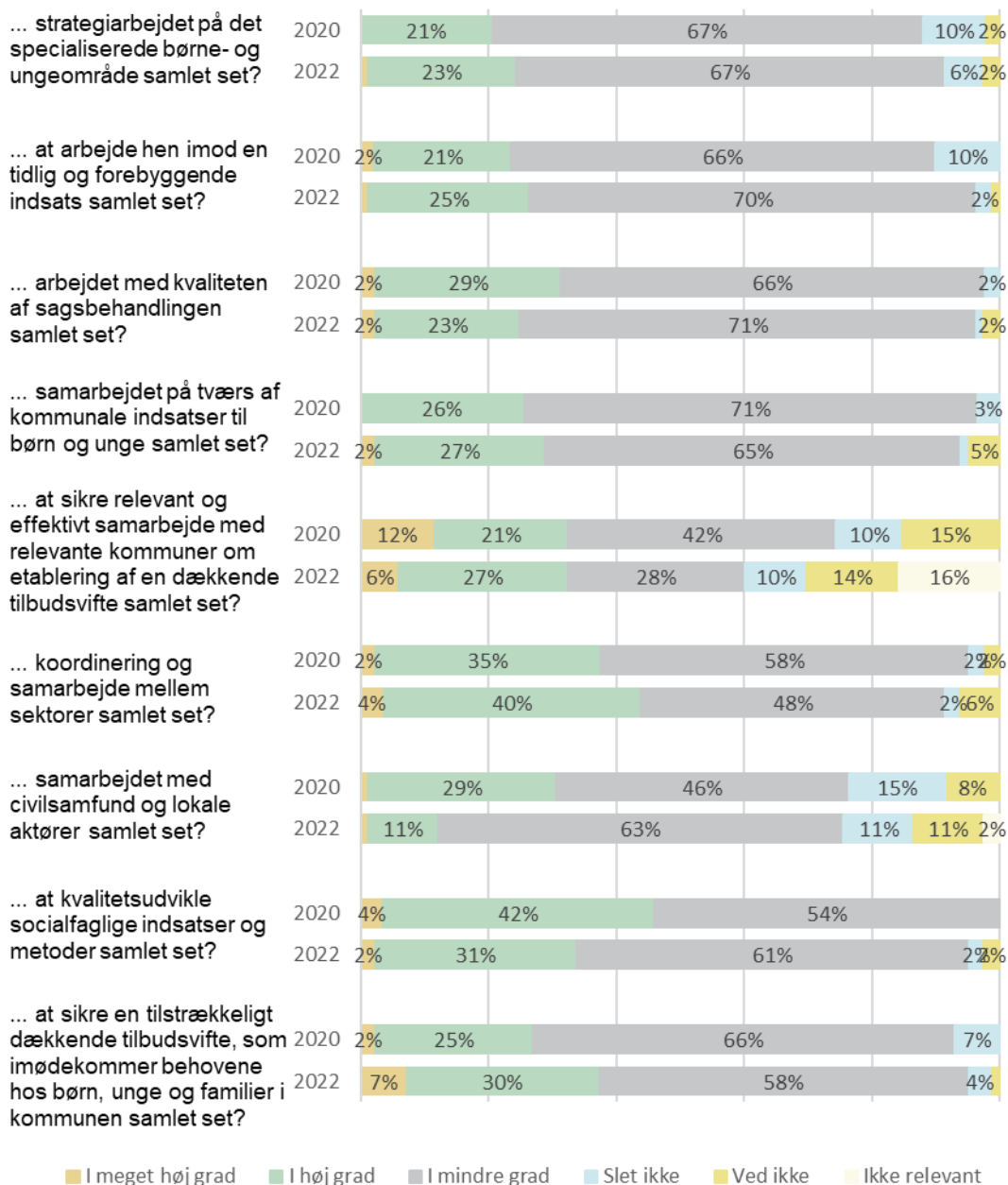
- koordinering og samarbejde mellem sektorer (44 pct.). Her er der en stigning i forhold til 2020 (37 pct.).
- at sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behovene hos børn, unge og familier i kommunen (37 pct.). Dette er en stigning i forhold til 2020 (27 pct.)
- koordinering og samarbejde på tværs af kommuner i forhold til at sikre relevant og effektivt samarbejde med relevante kommuner om etablering af en dækkende tilbudsvifte (33 pct.), hvilket er på niveau med 2020 undersøgelsen.

Fælles for ovenstående tre fokusområder er, at flere kommuner oplever disse som mere udfordrende i 2022 end i 2020.

De fokusområder som færrest kommuner angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med er *Koordinering og samarbejde med civilsamfund og lokale aktører* (13 pct.) og *strategiarbejdet* (24 pct.). Især er antallet af kommuner, der oplever udfordringer i *samarbejdet med civilsamfund* faldet markant fra 30 pct. i 2020 til 12 pct. i 2022. Strategiarbejdet er steget en lille smule fra 21 pct. i 2020 til 24 pct. i 2022).

Figur 1 – Kommunernes oplevede udfordringer på tværs af organisatoriske fokusområder på børne- og ungeområdet

I hvilken grad oplever kommunen udfordringer med?



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne samlet set oplever udfordringer på hver af de organisatoriske fokusområder i Social- og Boligstyrelsens spørgeskemaundersøgelse på børne- og ungeområdet. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 82-84.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

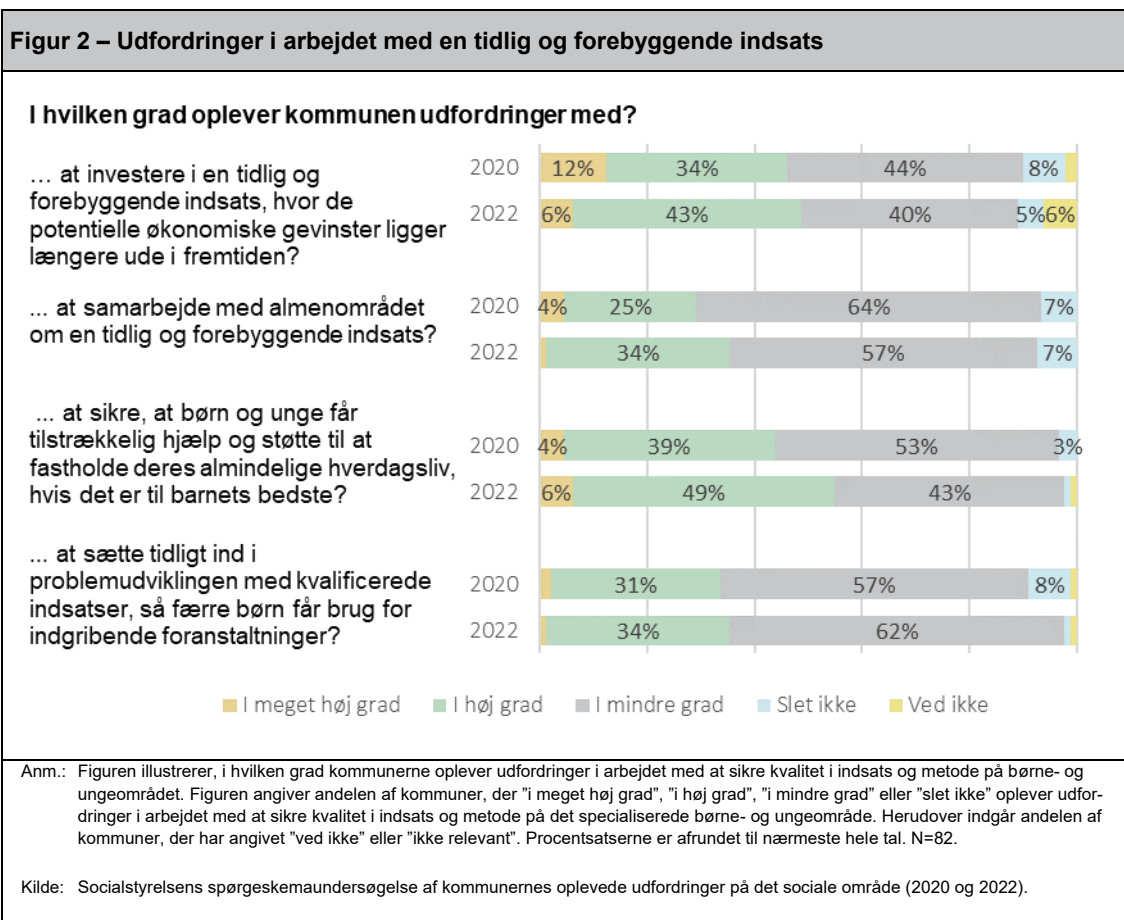
I det følgende præsenteres kommunernes oplevede udfordringer inden for en række af de ni organisatoriske fokusområder. Selvom alle resultater er vigtige i Social- og Boligstyrelsens arbejde på det social område, så er det kun et udsnit af de væsentligste resultater fra undersøgelsen, som præsenteres nedenfor. Alle resultater kan findes i bilagsrapporten, der hører til denne rapport.

Første afsnit inddrager områder, hvor mange kommuner oplever udfordringer. Andet afsnit koncentrerer sig om de fokusområder, hvor udfordringsbilledet er mere begrænset. For begge afsnit vil udviklingen i forhold til undersøgelsen i 2020 blive inddraget.

1.1 Områder hvor mange kommuner oplever udfordringer

En tidlig og forebyggende indsats

I arbejdet med en tidlig og forebyggende indsats oplever 55 pct. af kommunerne i meget høj grad/i høj grad udfordringer med at sikre, at børn og unge får tilstrækkelig hjælp og støtte til at fastholde deres almindelige hverdagsliv, hvis det er til barnets bedste, jf. figur 2. I forhold til 2020 er det en stigning på 11 pct. point. 49 pct. af kommunerne oplever også store udfordringer med at investere i en tidlig og forebyggende indsats, hvor de potentielle økonomiske gevinster ligger længere ude i fremtiden. Her er der en mindre stigning i forhold til 2020.

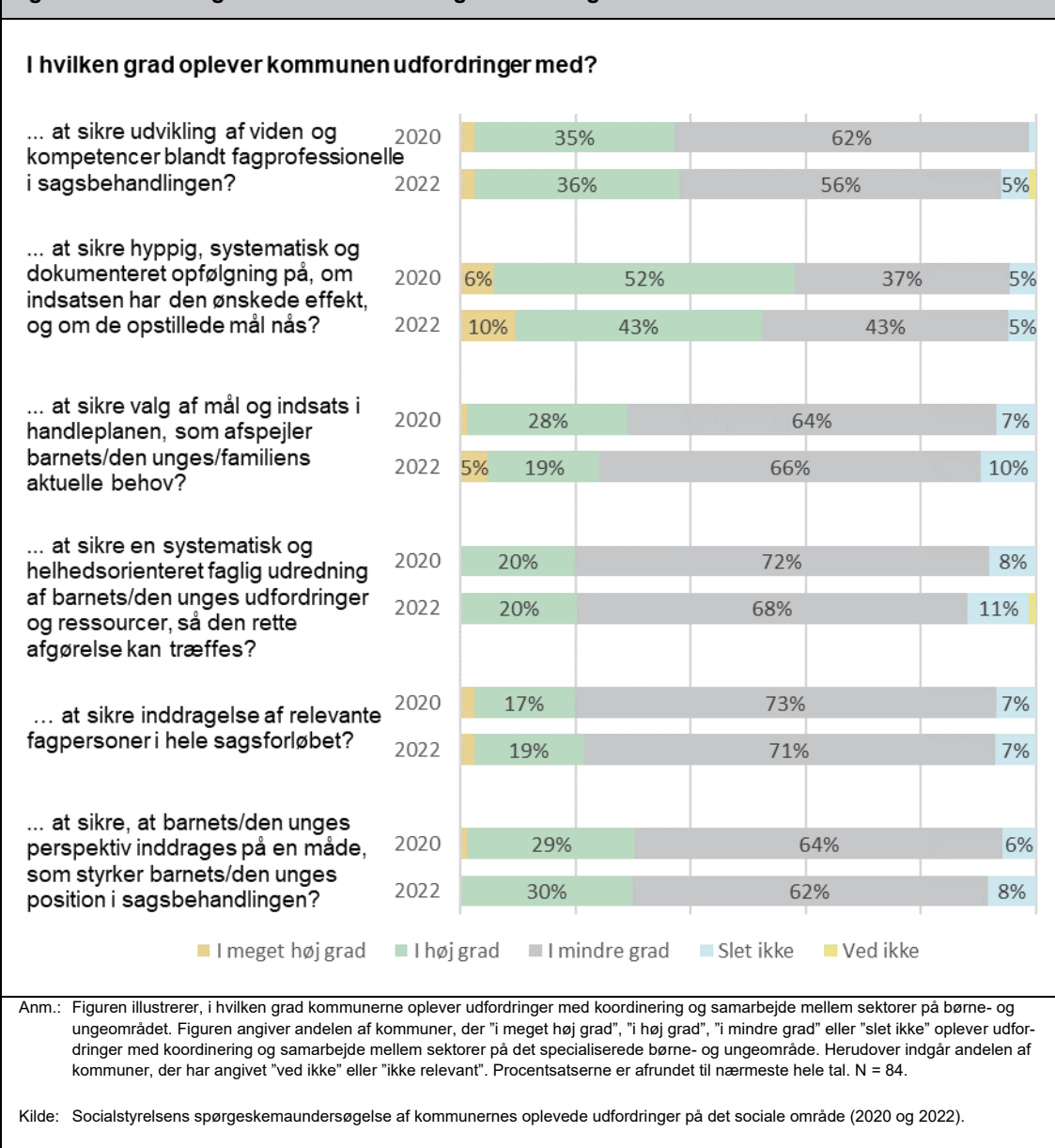


Kvalitet i sagsbehandlingen

Samlet set angiver ca. 25 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer med *kvaliteten i sagsbehandlingen*, jf. figur 1. 53 pct. af kommunerne angiver, at de i meget høj eller i høj grad oplever udfordringer med at sikre en hyppig, systematisk og dokumenteret opfølgning på, om den sociale indsats har den ønskede effekt, og om de opstillede mål nås. 70-79 pct. af kommunerne oplever få/slet ingen udfordringer med blandt andet inddragelse af relevante fagpersoner, valg af mål og indsats i handleplanen eller at sikre systematisk og helhedsorienteret faglig udredning, jf. figur 3.

I forhold til undersøgelsen i 2020 fordeler kommunernes svar sig på nogenlunde måde i 2022.

Figur 3 – Udfordringer med kvaliteten i sagsbehandling



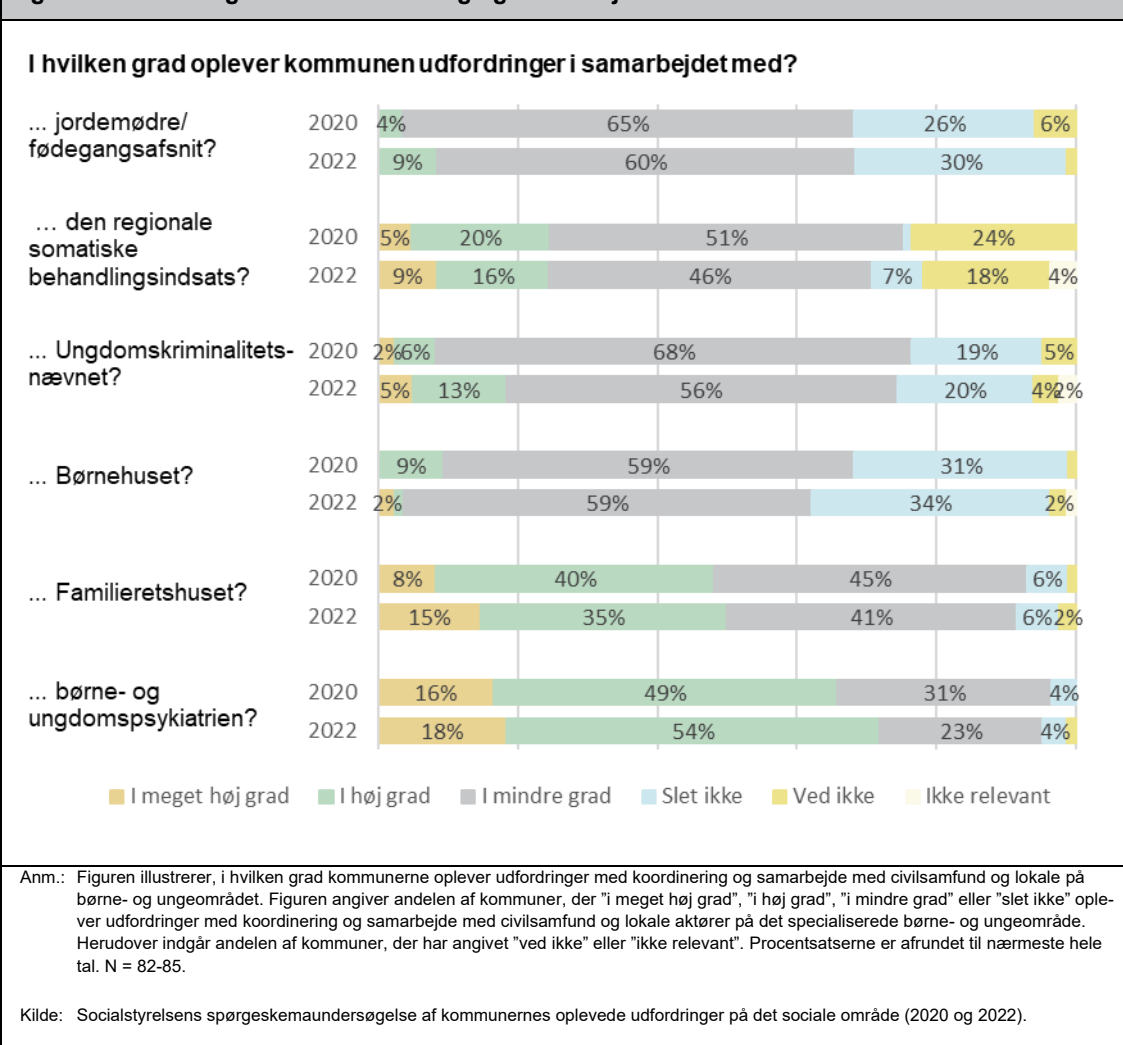
Koordinering og samarbejde mellem sektorer

44 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med *koordinering og samarbejde mellem sektorer samlet set*. Dette er en stigning i forhold 2020 (37 pct.), jf. figur 1.

Særligt samarbejdet med børne- og ungespsykiatrien udfordrer til stadighed de adspurgte kommuner. 72 pct. angiver, at de i meget høj grad/i høj grad oplever udfordringer i dette samarbejde, jf. figur 4. Udfordringsbilledet er steget med 7 pct. point siden 2020. Flere kommuner angiver, at lange ventetider i Familieretshuset og i psykiatrien er en stor årsag til udfordringer i samarbejdet.

En kommune skriver: "Psykiatriens indsats over for målgruppen er meget koncentreret til udredning af psykiske diagnoser og behandlingstilbuddene er stærkt begrænset. Det forventes at kommunerne løser langt de fleste behandlingsopgaver over for målgruppen, på trods af at psykiatrien har det opgavemæssige ansvar og hertil de faglige kompetencer."

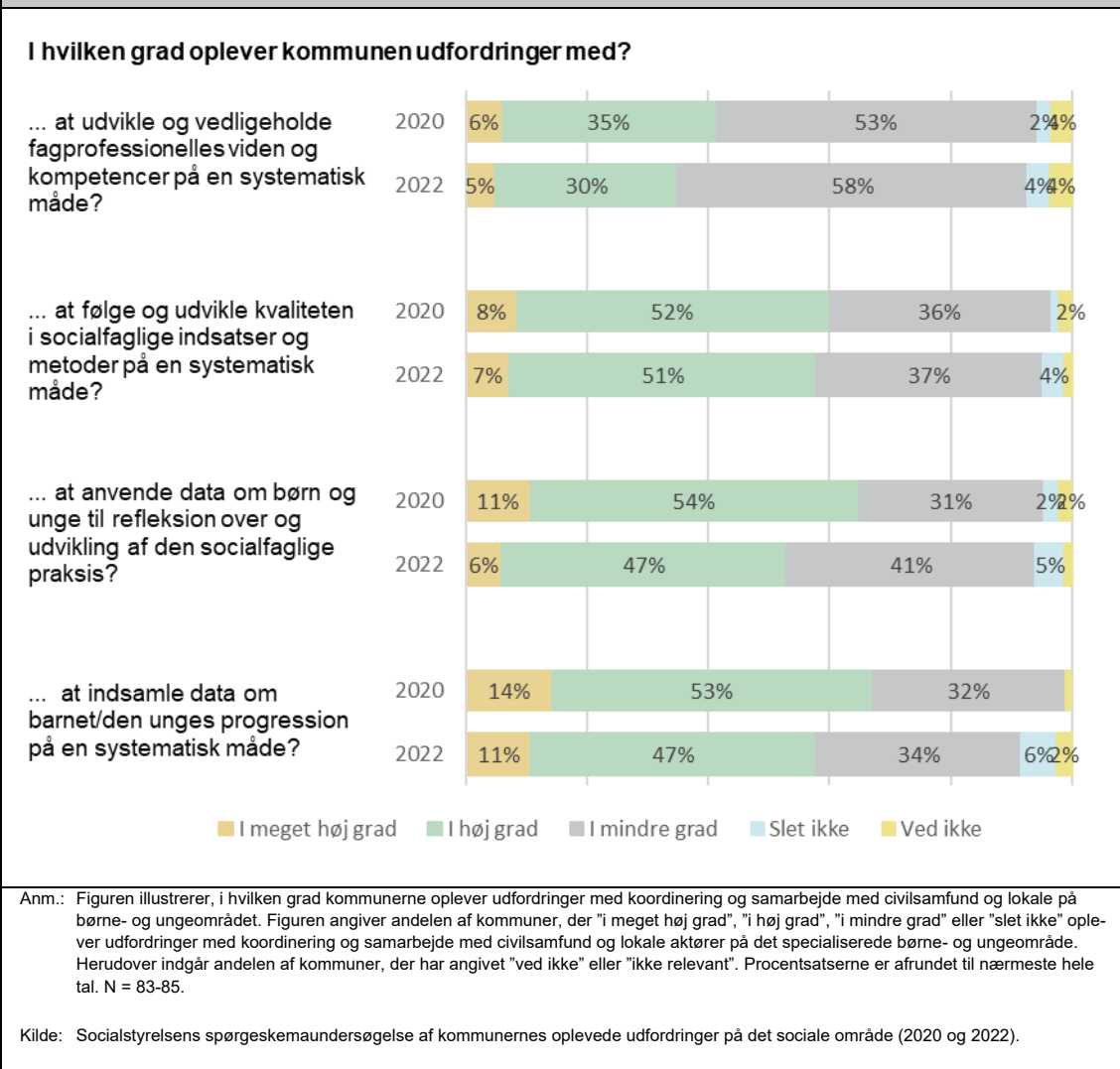
Figur 4 – Udfordringer med koordinering og samarbejde mellem sektorer



Indsats og metode, kvalitet i indsats og metode

33 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med *Indsats og metode, kvalitet i indsats og metode samlet set*. Altså eksempelvis at anvende data om børn og unge til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis. Dette er et fald på 13 pct. point i forhold til 2020 (46 pct.), jf. figur 1.

Figur 5 – Udfordringer med indsats og metode, kvalitet i indsats og metode



Ses der nærmere på spørgsmålene for dette fokusområde ligger tre ud af fire spørgsmål over udfordringerne samlet set for fokusområdet, jf. figur 5. For alle spørgsmål er der et fald siden 2020. Dog oplever over halvdelen af de adspurgte kommuner væsentlige udfordringer med:

- at indsamle data om barnet/den unges progression på en systematisk måde (58 pct.)
- at følge og udvikle kvaliteten i socialfaglige indsatser og metoder på en systematisk måde (58 pct.)
- at anvende data om børn og unge til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis (53 pct.)

Omvendt oplever 65 pct. af de adspurgte kommuner i meget lille grad/slet ikke udfordringer med at udvikle og vedligeholde fagprofessionelles viden og kompetencer på en systematisk måde.

En tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte

37 pct. af kommunerne oplever udfordringer *med at sikre en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte, som imødekommer behovene hos børn, unge og familier i kommunen*, jf. figur 1. Dette er en stigning på 10 pct. point siden 2020.

Nogle kommuner angiver, at deres udfordringer knytter sig til anbringelser og aflastning blandt andet når der er brug for specialiserede kompetencer. For andre handler det om tilbud til bestemte målgrupper eller ventetid til tilbud.

En kommune skriver eksempelvis: *"Vi har mange tilbud i kommunen, men samtidig oplever mange fagpersoner, at der ofte mangler fleksible og hurtige tilbud. Der er ofte ventelister på mange tilbud (fx kontaktpersoner og familiebehandling) hvilket gør, at man ikke kan sætte ind så hurtigt, som man gerne ville."*

1.2 Supplerende bemærkninger til de organisatoriske fokusområder

Kommunerne har haft mulighed for at skrive uddybende kommentarer til hvert fokusområde samt angive om de oplever andre organisatoriske udfordringer. Her har kommunerne både skrevet om tiltag, der hjælper og udfordrer dem.

Nogle kommuner angiver, at de oplever udfordringer med at få og anvende data, men andre klarer det godt. De angiver også, at de mangler muligheder for at sammenligne sig med andre kommuner.

En kommune skriver *"Vi trækker data for udsatte børn og unge ud af DUBU, som vi benytter i vores sagsbehandling. Vi bruger FLIS i forhold til mere samlet data."*

En anden skriver *"Vi har ikke adgang til den data/ledelsesinformation der kan understøtte børn og ungeområdet"*.

Nogle kommuner angiver, at de har gode strategier for det sociale børne- og ungeområde. For nogle af disse er det dog svært at implementere strategierne i praksis.

Kommunernes økonomi angives som en udfordring i forhold til at prioritere ressourcer til nye tiltag som for eksempel at styrke kvaliteten i sagsbehandlingen, det tværgående samarbejde mellem forvaltninger/ansvarsområder i kommunen, samarbejdet med eksterne aktører og arbejdet med flere tidligt forebyggende indsatser etc. Særligt bliver ressourcer til at sikre kvaliteten i sagsbehandlingen nævnt af flere kommuner.

En kommune skriver, at *"samarbejdet med normalområdet og andre snitflader til offentlige aktører er vigtigt og kræver mange ressourcer at vedligeholde. Den pressede økonomi på socialområdet generelt gør det nødvendigt at prioritere ressourcerne stramt..."*

Men der er også kommuner, der har fundet løsninger på nogle af disse udfordringer. Som her i forhold til kvaliteten i sagsbehandlingen: *"Personalet er trænet i inddragelse via video med super effekt. (forløb med Børns Vilkår)"*. Her nævnes også samarbejde med Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (herefter VISO) og Social- og Boligstyrelsens Task Force.

Andre kommuner har fået etableret et godt system til blandt andet at arbejde med en tidlig og forebyggende indsats.

En kommune skriver, at *"Vi har arbejdet målrettet med udvikling af tidlige og forebyggende indsatser. Centralt heri er etablering af indsatser i almenområdet, hvilket kræver tæt samarbejde på tværs af fagområder. Desuden har vi netop igangsat udvikling af værktøjer, der kan hjælpe os med at identificere, hvor vi særligt skal sætte ind med forebyggende indsatser"*.

Rekruttering og fastholdelse af medarbejdere angiver nogle kommuner som en udfordring. Området er præget af en høj medarbejderomsætningen og det kan være svært både at få nye kvalificerede medarbejdere.

Modarbejdende lovgivninger bliver ligeledes angivet af nogle kommuner som en udfordring. En kommune nævner for eksempel, at Servicelovens bestemmelser og Ungdomskriminalitetslovgivningen er modsigende. Det uddybes dog ikke nærmere på hvilke områder af lovområderne der er uoverensstemmelser.

2 Udfordringer på målgruppeniveau

I undersøgelsen blev kommunerne bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer i arbejdet med 17 udvalgte målgrupper på det specialiserede børne- og ungeområde (se bilag 2). For hver målgruppe blev kommunerne spurgt ind til, i hvilken grad de oplever udfordringer i relation til følgende otte fokusområder:

- opsporing
- vækst i målgruppeomfang
- tidlige og forebyggende tiltag
- tilbud og indsatser
- samarbejde med borgere
- samarbejde på tværs af kommunen om indsatser og tilbud
- samarbejde med relevante sektorer om indsatser og tilbud
- kompetencer og viden hos fagprofessionelle.

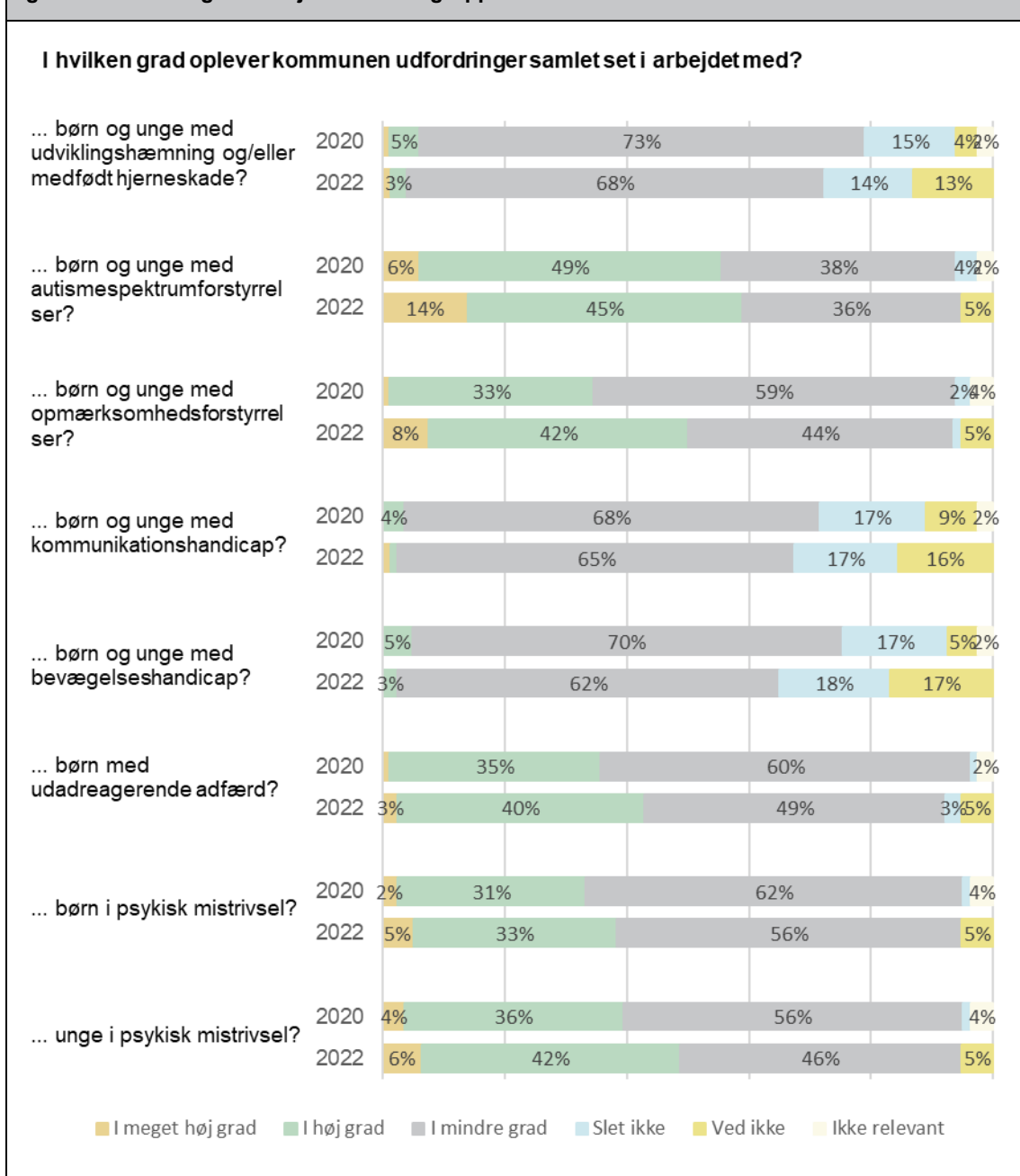
Derudover blev kommunerne spurgt til, i hvilken grad de oplever udfordringer i arbejdet med hver af de 17 målgrupper samlet set. Det er særligt følgende målgrupper, som flest kommuner oplever udfordringer i arbejdet med, jf. figur 6:

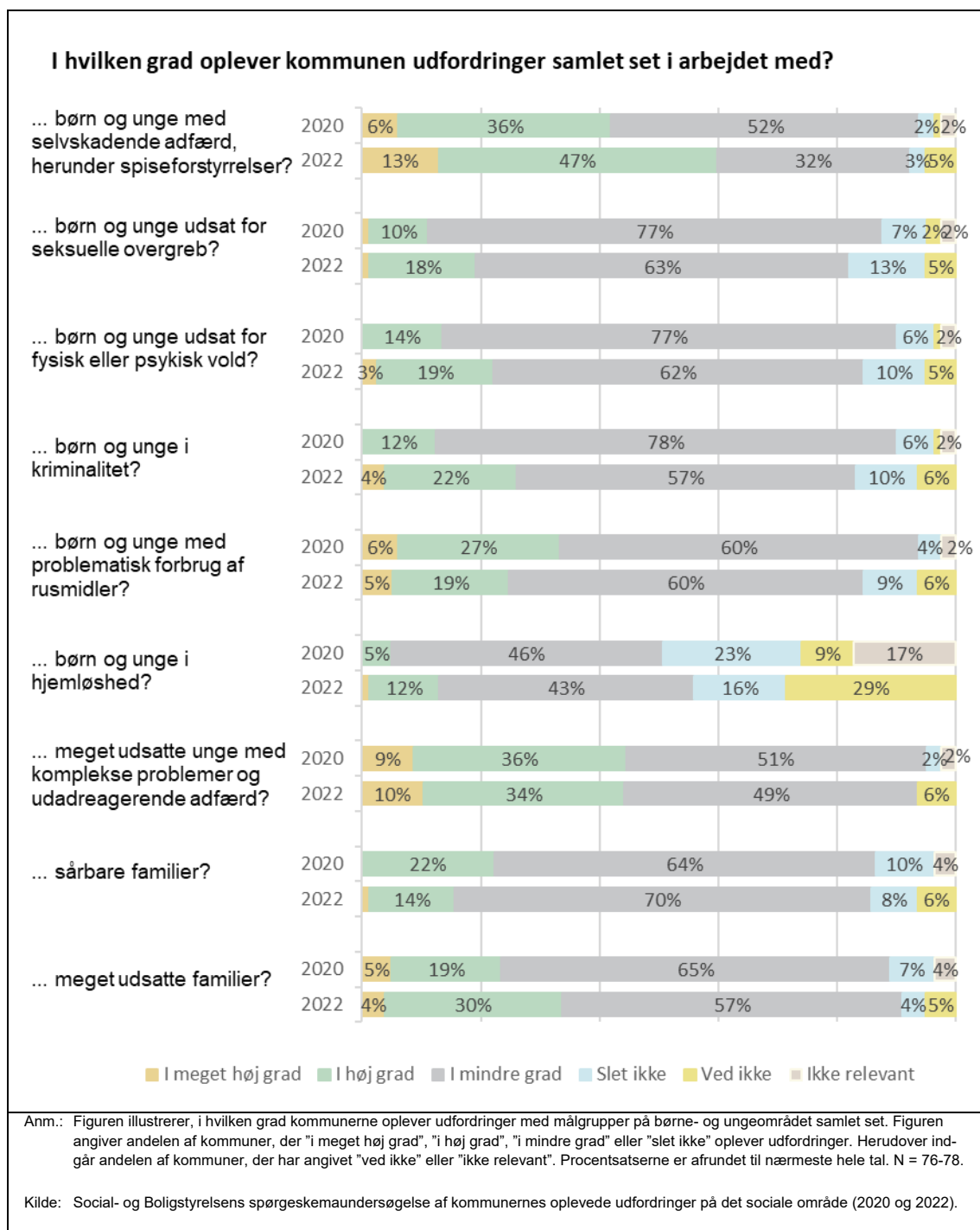
- børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser (60 pct. i 2022 stigende fra 42 pct. i 2020).
- børn og unge med autismespektrumforstyrrelser (59 pct. i 2022 stigende fra 55 pct. i 2020).
- børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser (50 pct. i 2022 stigende fra 34 pct. i 2020).

I forhold til undersøgelsen i 2020 er der to gengangere og en ny målgruppe (børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser) på listen over hvilke målgrupper, som flest kommuner oplever udfordringer med.

I det følgende præsenteres en del af resultaterne for nogle af de 17 målgrupper på det specialiserede børne- og ungeområde. Det er kun et udsnit af de væsentligste resultater fra undersøgelsen, som præsenteres nedenfor. Alle resultater kan findes i den tilhørende bilagsrapport, der hører til denne rapport. Igen skal det pointeres, at alle resultater er vigtige i Social- og Boligstyrelsens arbejde med at understøtte kommunerne på det sociale område.

Figur 6 – Udfordringer i arbejdet med målgrupper samlet set





2.1 Udviklingen i kommunernes oplevede udfordringer for målgrupperne

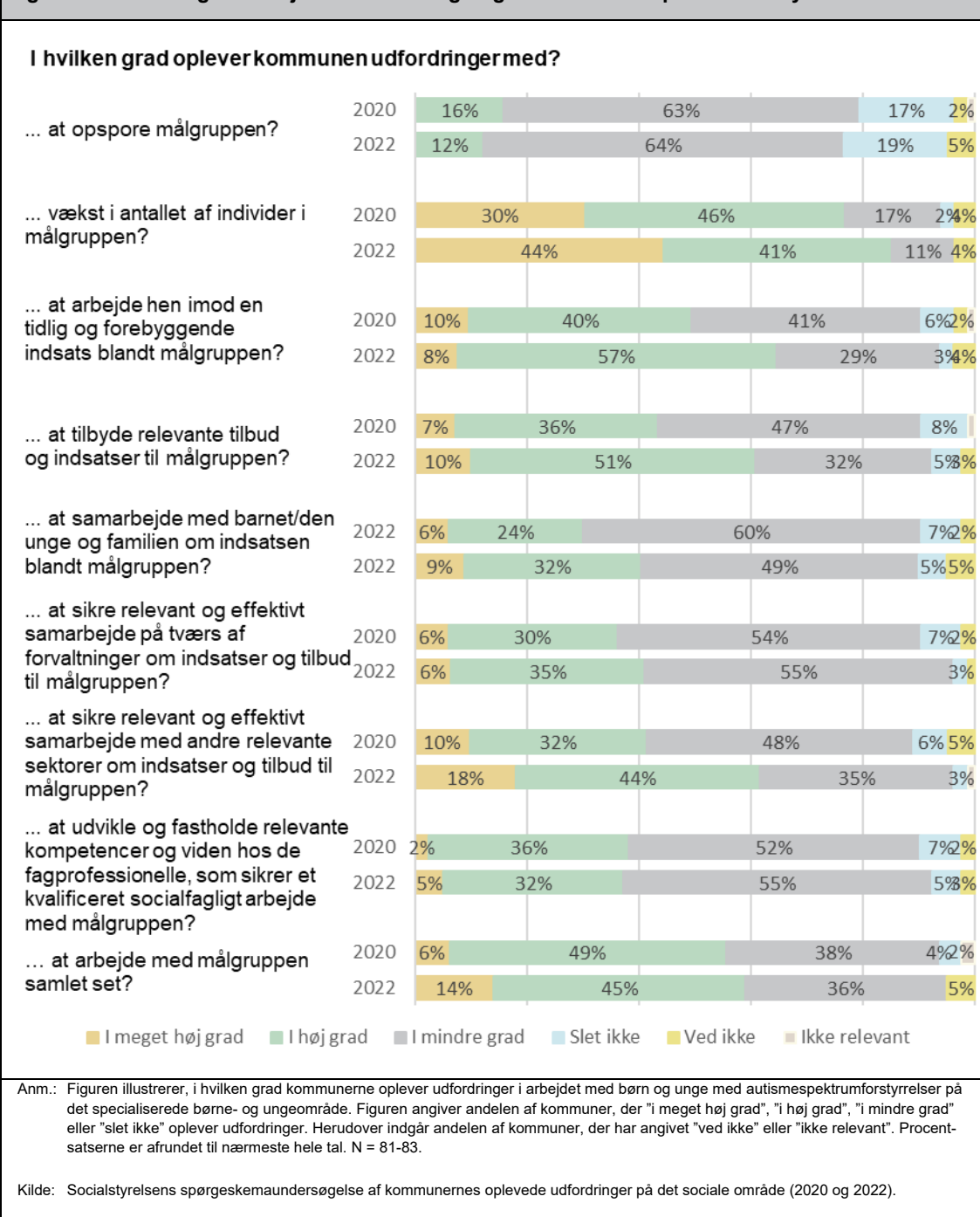
Børn og unge med autismespektrumforstyrrelser

59 pct. af kommunerne angiver overordnet, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *Børn og unge med autismespektrumforstyrrelser*, jf. figur 6. I forbindelse med arbejdet med målgruppen angiver kommunerne, at den største udfordring er væksten i antallet af personer i målgruppen, jf. figur 7.

Resultaterne viser en stigende tendens. I VIVE's undersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det specialiserede børne- og ungeområde fra 2019, var det særligt et stigende målgruppeomfang, der var en udfordring for kommunerne (VIVE, 2019). I 2020 oplevede 76 pct. af kommunerne i meget høj grad/i høj grad udfordringer med vækst i målgruppeomfanget. I 2022 er der 85 pct. af kommunerne, der angiver, at væksten i høj eller meget høj grad er en udfordring, jf. figur 7. Altså ses en stigende tendens siden undersøgelsens første gennemførelse i 2019.

Kommunerne oplever udfordringer på flere af målgrupperne. For en del af disse målgrupper angiver mellem 37 pct. og 65 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer. For størstedelen af disse er andelen, som oplever udfordringer i høj eller meget grad steget siden 2020. Den eneste afvigelse her er i opsporingen af målgruppen børn og unge med autismespektrumforstyrrelser. Her oplever meget få kommuner (12 pct.) udfordringer.

Figur 7 – Udfordringer i arbejdet med børn og unge med autismespektrumforstyrrelser

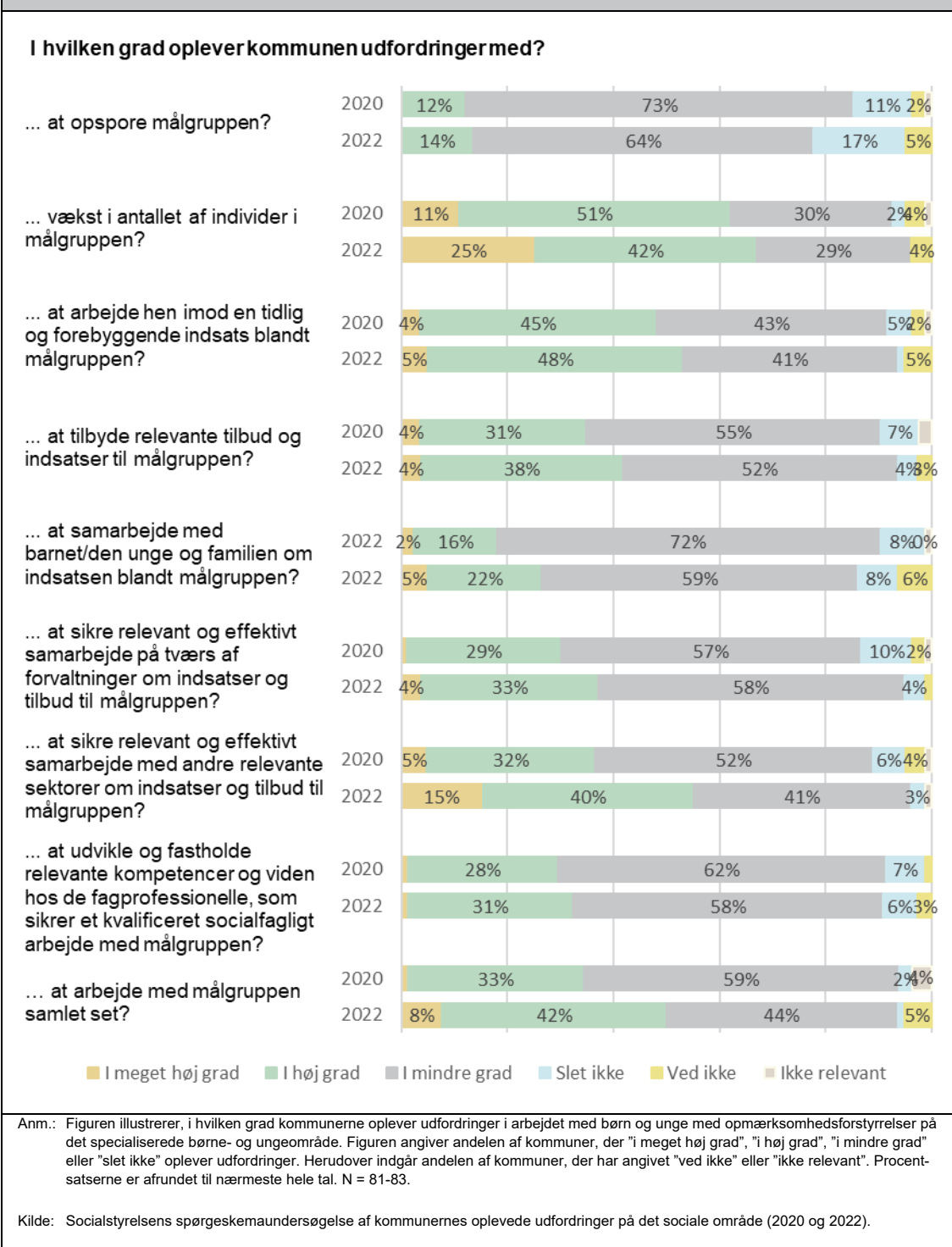


Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser

For Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser tegner der sig en lignende tendens som ved børn og unge med autismespektrumforstyrrelser. 50 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser, jf. figur 6. I arbejdet med målgruppen angiver flest kommuner, at de oplever udfordringer med:

- vækst i antallet af individer i målgruppen (67 pct.)
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (55 pct.), jf. figur 8

Figur 8 – Udfordringer i arbejdet med børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser



Børn med udadreagerende adfærd

46 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *Børn med udadreagerende adfærd*, jf. figur 6. I forbindelse med arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj grad oplever udfordringer med:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (61 pct.), som er på samme niveau som i 2020
- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (48 pct.), hvilket er 9 pct. point højere end i 2020
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (49 pct.), hvilket er en stigning på 23 pct. point i forhold til 2020.

Faktisk gælder der for syv ud af ni fokusområder at mere end 35 pct. af kommunerne angiver, at de oplever udfordringer med målgruppen. For disse områder er der en stigende tendens. Kommunerne oplever ikke store udfordringer med opsporing af målgruppen og i samarbejdet med barnet/den unge og familien om indsatsen. Her svarer henholdsvis 93 pct. (opsporing) og 78 pct. (samarbejde) af kommunerne, at de oplever udfordringer i mindre grad/slet ikke.

Børn i psykisk mistrivsel

38 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *børn i psykisk mistrivsel*, jf. figur 6. Kommunerne angiver, at de i arbejdet med målgruppen særligt oplever udfordringer med:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (75 pct.), hvilket svarer til niveauet i 2020
- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (62 pct.), hvilket er en stigning på 7 pct. point i forhold til 2020
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (56 pct.), hvilket er en stigning på 14 pct. point siden 2020.

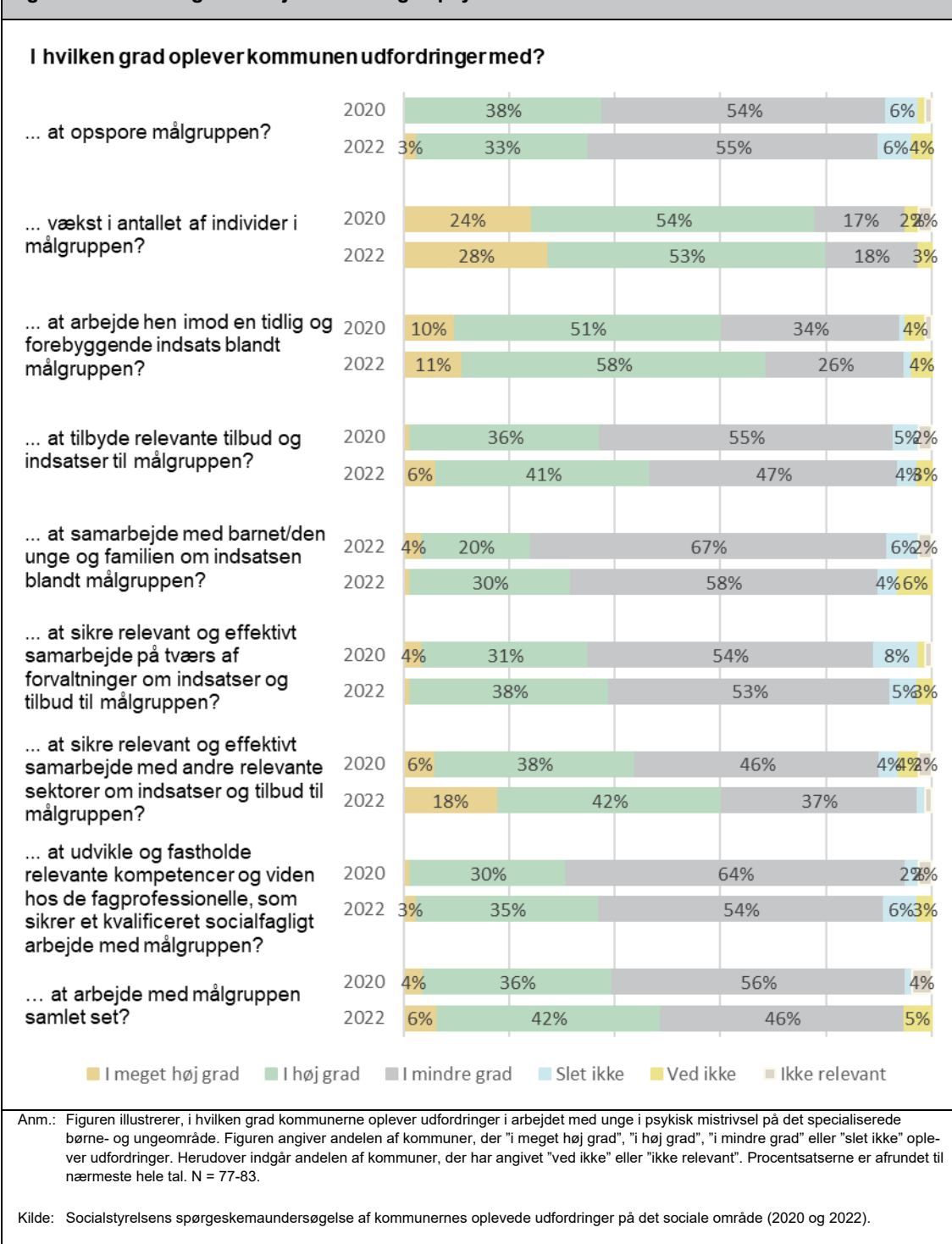
Generelt er der flere kommuner i 2022, der oplever udfordringer på alle fokusområder for børn med psykisk mistrivsel i forhold til 2020.

Unge i psykisk mistrivsel

40 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *unge i psykisk mistrivsel*, jf. figur 6. I forbindelse med arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj grad oplever udfordringer med:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (81 pct.), hvilket er på niveau med 2020
- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (69 pct.). Dette er 8 pct. point flere kommuner end i 2020.
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (60 pct.), hvilke er en stigning på 16 pct. point i forhold til 2020.

Figur 9 – Udfordringer i arbejdet med unge i psykisk mistrivsel



Der er en stigning i antallet af kommuner, der angiver, at de i høj grad eller meget høj grad har udfordringer for næsten alle fokusområder.

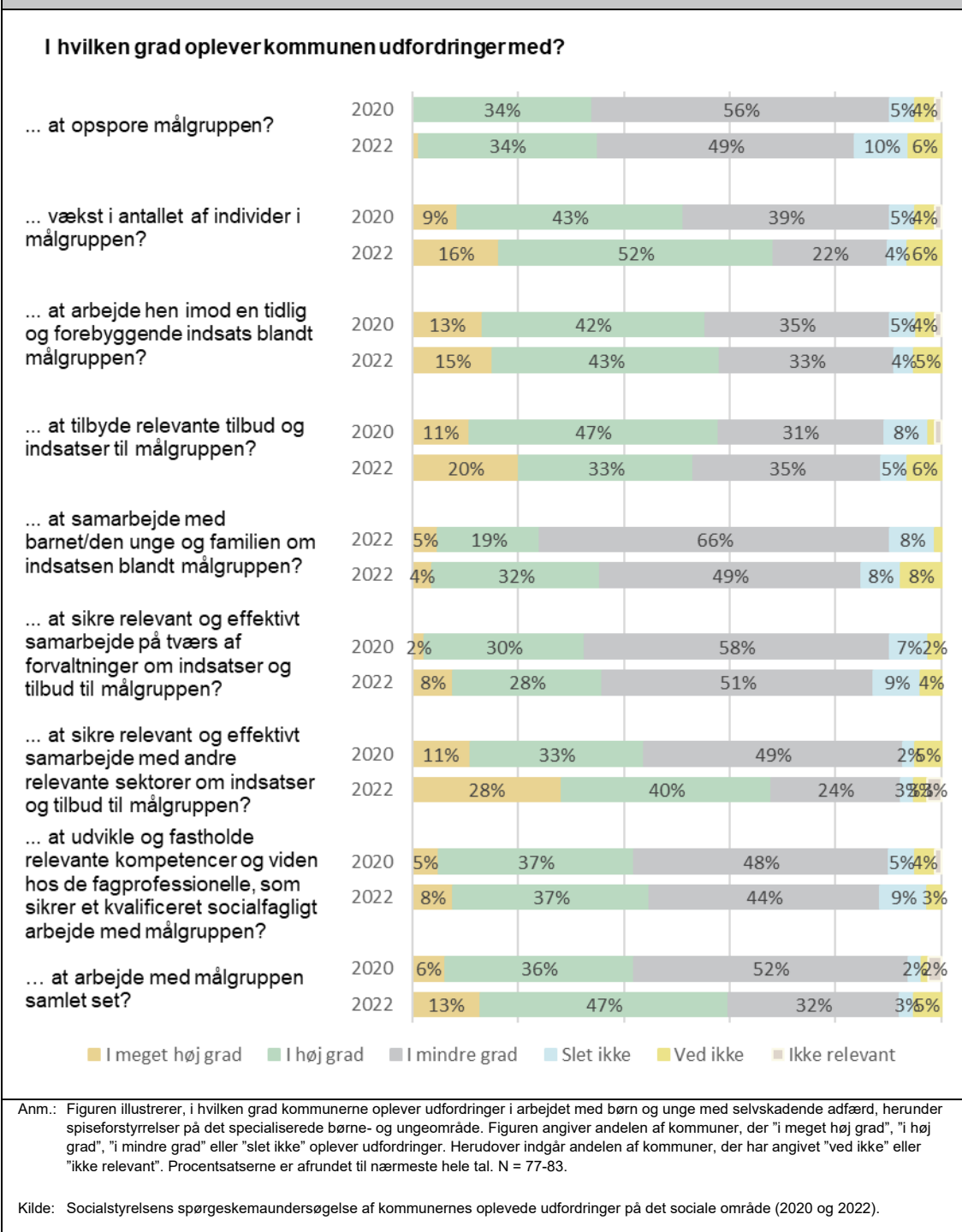
Børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser

60 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser*, jf. figur 6. Dette er en stigning på 18 pct. point siden 2020. I forbindelse med arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj grad oplever udfordringer med:

- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (58 pct. i 2022 og 55 pct. i 2020)
- vækst i antallet af personer i målgruppen (68 pct. i 2022 og 51 pct. i 2020)
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (68 pct. i 2022 og 46 pct. i 2020) , jf. figur 10.

Ca. tre ud af fire kommuner oplever i mindre grad/slet ikke udfordringer med at samarbejde med barnet/den unge og familien om indsatsen (74 pct.). Ca. to tredjedele af kommunerne oplever i mindre grad/slet ikke udfordringer med at sikre relevant og effektivt samarbejde på tværs af forvaltninger om indsatser og tilbud. For disse fokusområder er der færrest kommuner, der oplever udfordringer. Dog er begge steget siden 2020. Det eneste fokusområde, hvor færre kommuner i meget høj/høj grad oplever udfordringer, er med at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen.

Figur 10 – Udfordringer i arbejdet med børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser



Børn og unge med problematisk forbrug af rusmidler

24 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *børn og unge med problematisk forbrug af rusmidler*, hvilket er et fald i forhold til 2020 (33 pct.), jf. figur 6. I arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de oplever udfordringer med:

- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (35 pct. i 2022 mod 26 pct. i 2020)
- at udvikle og fastholde relevante kompetencer og viden hos de fagprofessionelle, som sikrer et kvalificeret socialfagligt arbejde med målgruppen (35 pct. i 2022 mod 29 pct. i 2020).

For nogle af fokusområderne er der sket et markant fald i andelen af kommuner, der oplever udfordringer i meget eller høj grad:

- at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen (29 pct. i 2022 mod 39 pct. i 2020)
- at samarbejde med barnet/den unge og familien om indsatsen til målgruppen (20 pct. i 2022 mod 36 pct. i 2020)
- vækst i antallet af personer i målgruppen (24 pct. i 2022 mod 34 pct. i 2020).

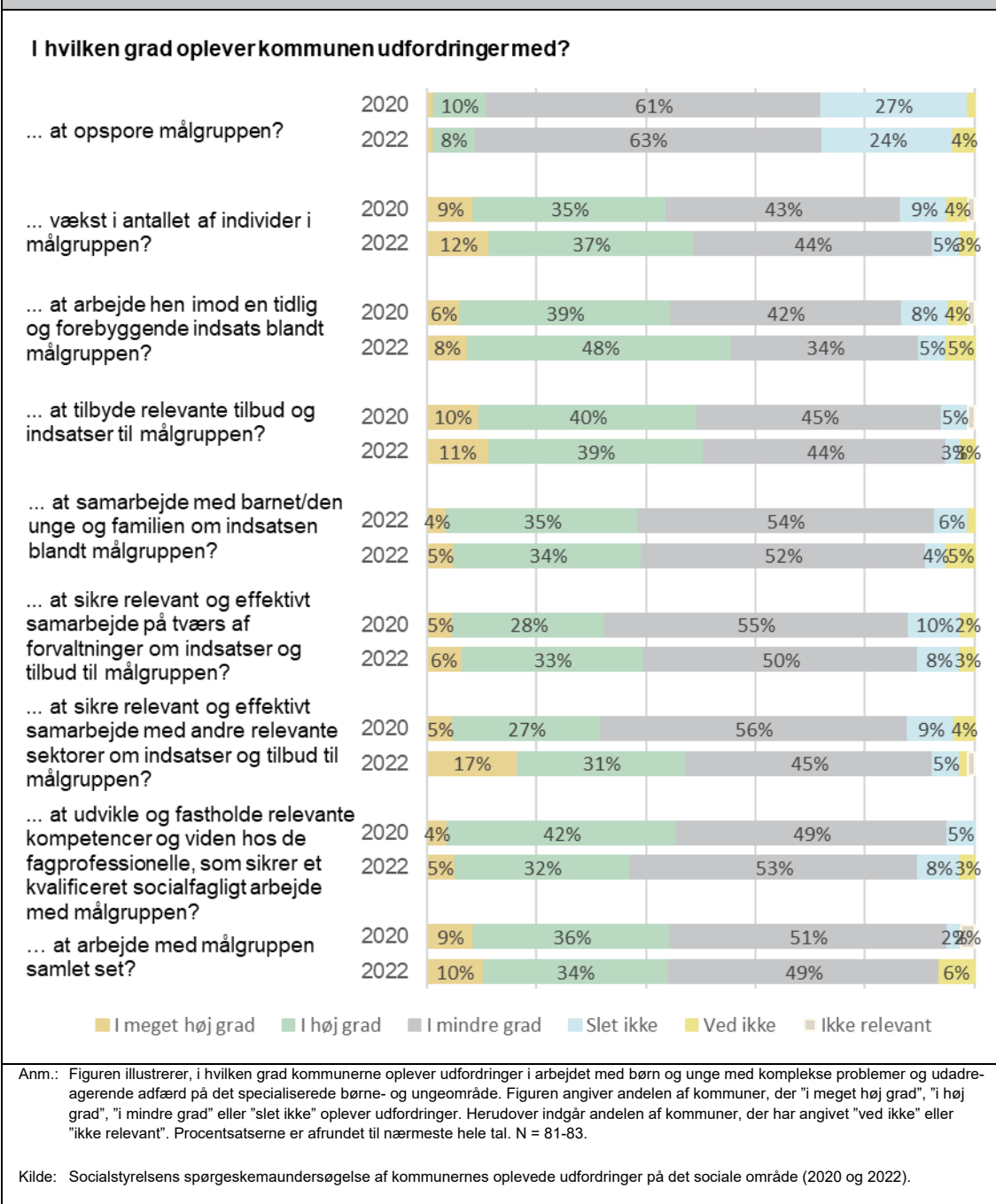
For alle tre fokusområder gælder, at de i 2020 havde den største andel af kommuner, der oplevede udfordringer i meget høj eller høj grad.

Meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd

44 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd*, hvilket er samme niveau som i 2020 jf. figur 6. I forbindelse med arbejdet med målgruppen, er der flest kommuner, der angiver at de i høj grad oplever udfordringer med:

- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (56 pct. i 2022 mod 45 pct. i 2020), jf. figur 11.
- at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen (51 pct. i 2022 mod 49 pct. i 2020)
- vækst i antallet af individer i målgruppen (49 pct. i 2022 mod 44 pct. i 2020)

**Figur 11 – Udfordringer i arbejdet med meget udsatte unge med komplekse problemer og uad-
reagerende adfærd**



Meget udsatte unge med sårbare familier

15 pct. af kommunerne angiver, at de i høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *meget ud-
satte unge med sårbare familier*, hvilket er et fald i forhold til 2020 (22 pct.), jf. figur 6. I forbin-
delse med arbejdet med målgruppen er der flest kommuner, der angiver, at de i høj grad ople-
ver udfordringer med:

- vækst i antallet af personer i målgruppen (54 pct. i 2022 mod 35 pct. i 2020)
- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (35 pct. i 2022 mod 33 pct. i 2020).

Disse to fokusområder var også de to områder, der udfordrede flest kommuner i 2020. Især har der været en stigning i andelen af kommuner, der oplever udfordringer med væksten i målgruppen.

Meget udsatte familier

34 pct. af kommunerne angiver, at de i høj og i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med *meget udsatte familier*, hvilket er en stigning i forhold til 2020 (23 pct.), jf. figur 6. I arbejdet med målgruppen angiver kommunerne, at de særligt oplever udfordringer med:

- at arbejde hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen (42 pct. i 2022 mod 29 pct. i 2020)
- vækst i antallet af individer i målgruppen (40 pct. i 2022 mod 25 pct. i 2020)
- at sikre relevant og effektivt samarbejde med andre relevante sektorer om indsatser og tilbud til målgruppen (37 pct. i 2022 mod 19 pct. i 2020)
- at samarbejde med barnet/den unge og familien om indsatsen til målgruppen (35 pct.)
- at udvikle og fastholde relevante kompetencer og viden hos de fagprofessionelle, som sikrer et kvalificeret socialfagligt arbejde med målgruppen (25 pct.).

For de tre ovenstående fokusområder oplever markant flere kommuner i meget høj grad/i høj grad udfordringer. I forhold til 2020 er arbejdet hen imod en tidlig og forebyggende indsats til målgruppen eneste fokusområde der går igen.

35 pct. af kommunerne oplever udfordringer i samarbejde med barnet/den unge og familien om indsatsen, hvilket er nogenlunde på samme niveau som i 2020.

2.2 Kommunernes bemærkninger til de målgruppespecifikke udfordringer

Kommunerne har i undersøgelsen haft mulighed for at kommentere på hvert målgruppespecifikt område, og de underliggende fokusområder særskilt. Herunder er medtaget et uddrag af disse kommentarer, som kan nuancere kommunernes oplevede udfordringer.

En række kommuner nævner, at de møder udfordringer med at have relevante tilbud til bestemte målgrupper. Disse udfordringer bliver også nævnt i sammenhæng med udfordringerne med væksten i målgruppeomfang.

En kommune skriver: *"Vi oplever en del børn og unge med ADHD og autisme rettede problemstillinger, som vi mangler tilbud til (og som kan være svære at hjælpe)."*

En anden kommune skriver *"... Der ses ligeledes en stigning i unge som meget sent får stillet en autismediagnose. Dette ses desværre at udløse langt mere massive indsatser end forventet hvis opdaget tidligere."*

Samarbejdet med borgeren, på tværs af kommuner og sektorer udfordrer også en række kommuner. Det kræver kontinuerligt og tæt dialog mellem enhederne. Desuden oplever en del af

kommuner stor diversitet i samarbejdet. En del fungerer godt mens andet ikke fungerer hensigtsmæssigt.

En kommune skriver: *"Trods et tæt samarbejde kræver det hele tiden tæt dialog og kommunikation mellem almenområdet og det specialiserede område samt øvrige forvaltninger eksempelvis i forhold til forældrene, at sikre tidlig kontakt omkring sårbare børn og unge."*

En anden kommune skriver *"Samarbejdet kræver hele tiden dialog og kommunikation på tværs af sektorer og forvaltninger fra fagcenterchefer, afdelingsledere og medarbejdere for at skabe de bedste løsninger for børnene."*

Udfordringer med manglende viden og fastholdelse af medarbejdere og kompetencer bliver også nævnt.

En kommune skriver: *"Det kræver megen tid og ressourcer i hverdagen at sikre fælles viden og opdatere viden, så der er et fælles vidensgrundlag, herunder nye og nyuddannede medarbejdere, der skal oplæres."*

En anden kommune skriver *"Vi oplever ikke at være udfordret med efteruddannelse af personale. Men det er en udfordring at fastholde det personale vi har efteruddannet grundet geografi og fordi der er stort flow på visse personalegrupper generelt."*

Kommunerne nævner flere andre områder som udfordrer dem. Skolevægring nævnes af en række kommuner. Dette tema indgår i del 3 af denne undersøgelse.

Unge mistrovisel nævnes også ligesom unges identitetsproblemer herunder kønsidentitet udfordrer flere kommuner.

En række kommuner uddyber også udfordringerne ved det tværfaglige samarbejde mellem de involverede parter. Det opleves, at forskellige faggrupper (egen læge, familieafdeling, PPR og psykiatrien) er involveret i de berørte børn og unge. Det udfordrer kommunerne, da koordinering og ansvaret for samarbejde oftest placeres hos kommune.

Der peges også på muligheder i forhold til udfordringerne. Her nævnes Koordineret Indsats på Tværs (KIT), som er en samarbejdsmodel, der bliver anvendt i Region Hovedstaden. Desuden nævnes den nye hovedlov om helhedsorienteret indsats som en mulig løsning til samarbejdet på tværs.

Den kommunale økonomi bliver også nævnt som en udfordring i forhold til at løse problemerne i kommunerne.

3 Aktuelle temaer

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet spurgt til aktuelle temaer i relation til arbejdet med børn og unge på det sociale område. Aktuelle temaer består af et udvalg af temaer, som indgår i undersøgelsen i 2022 og har et særligt aktuelt fokus. Temaerne er udvalgt på baggrund af Socialstyrelsens erfaringer og løbende dialog med kommunerne samt egne behov for vidensafdækning. Nogle af temaerne er de samme som i 2020, for andre er der ændret i spørgsmål og enkelte temaer er udgået. På børne- og ungeområdet omfatter de aktuelle temaer følgende seks temaer⁴:

- sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund
- det nære sociale netværk omkring børn, unge og familier på det sociale område
- anbragte børn og unge
- velfærdsteknologi i den sociale indsats
- børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring
- inddragelse af børn og unge med handicap.

I det følgende præsenteres resultaterne for de aktuelle temaer på børne- og ungeområdet. Nogle temaer er uddybet mere end andre temaer. Årsagen er dels hvis et tema har haft en markant udvikling siden 2020 eller hvis mange kommuner oplever udfordringer med det pågældende tema.

3.1 Sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund

Børn og unge med minoritetsbaggrund er underrepræsenteret i forebyggende foranstaltninger og andre tilbud til børn og unge, der har behov for støtte. Mange kommuner oplever, at de har svært ved at opspore og visitere børn og unge med minoritetsbaggrund til deres tilbud, selvom fagpersonalet har kendskab til, at der er en større målgruppe i kommunen (Social- og Ældreministeriet, 2021).

I Social- og Boligstyrelsens spørgeskemaundersøgelse undersøges kommunernes arbejde med at håndtere sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund. 32 pct. (29 pct. i 2020) oplever i høj eller meget høj grad udfordringer med at opspore/identificere sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund. 49 pct. (50 pct. i 2020) af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med at håndtere sproglige og kulturelle barrierer i samarbejdet med børn, unge og familier med etniske minoritetsbaggrund. Dette svarer nogenlunde til niveauet i 2020.

3.2 Det nære netværk omkring børn, unge og familier

Selvom temaet er det samme i 2022 som i 2020, så er temaets spørgsmål blevet ændret. Derfor er en direkte sammenligning mellem de to undersøgelser ikke mulig.

80 pct. af kommunerne har i meget høj grad/høj grad fokus på at afdække ressourcer i barnet/den unges netværk.

⁴ I spørgeskemaundersøgelsen indgik ligeledes et syvende tema om COVID-19. Resultaterne fra dette tema indgår ikke i denne rapport.

Ca. halvdelen (51 pct.) af kommunerne oplever i meget høj grad/i høj grad, at myndighedsområdet lykkes med at inddrage barnets/den unges netværk i løsningen på barnets/den unges problemstillinger. På udførerområdet gælder dette for under halvdelen (45 pct.) af kommunerne.

3.3 Anbragte børn og unge

Der er et stort politisk fokus på at sikre bedre kvalitet i anbringelser af børn og unge uden for hjemmet, senest med en bred politisk aftale om Børnene Først.

Udfordringerne er til at få øje på. 46 pct. af kommunerne angiver, at de i høj (36 pct.) eller i meget høj grad (10 pct.) oplever udfordringer med at sikre det rette match mellem barn og anbringelsessted i forhold til udbuddet af specialiserede tilbud, der kan imødekomme barnets eller den unges specifikke behov for hjælp og støtte. Dette er et lille fald i forhold til 2020, hvor 50 pct. af kommunerne svarede i høj grad/meget høj grad.

Der er sket et fald i antallet af kommuner der oplever udfordringer (høj/meget høj grad) med at inddrage barnet/den unge og barnets/den unges nære netværk i beslutninger og tilrettelæggelse af foranstaltninger før og under anbringelsen. I 2022 oplever 29 pct. af kommunerne udfordringer i høj/meget høj grad, mens andelen var 40 pct. i 2020. Det er en positiv udvikling, at færre kommuner oplever udfordringer med at inddrage barnet/den unge i foranstaltninger før og under anbringelsen. I spørgsmålet i 2022 undersøgelsen er der i spørgsmålet tilføjet følgende "... og det nære netværk". Spørgsmålene er derfor ikke helt identiske, og derfor skal en sammenligning foretages med forsigtighed.

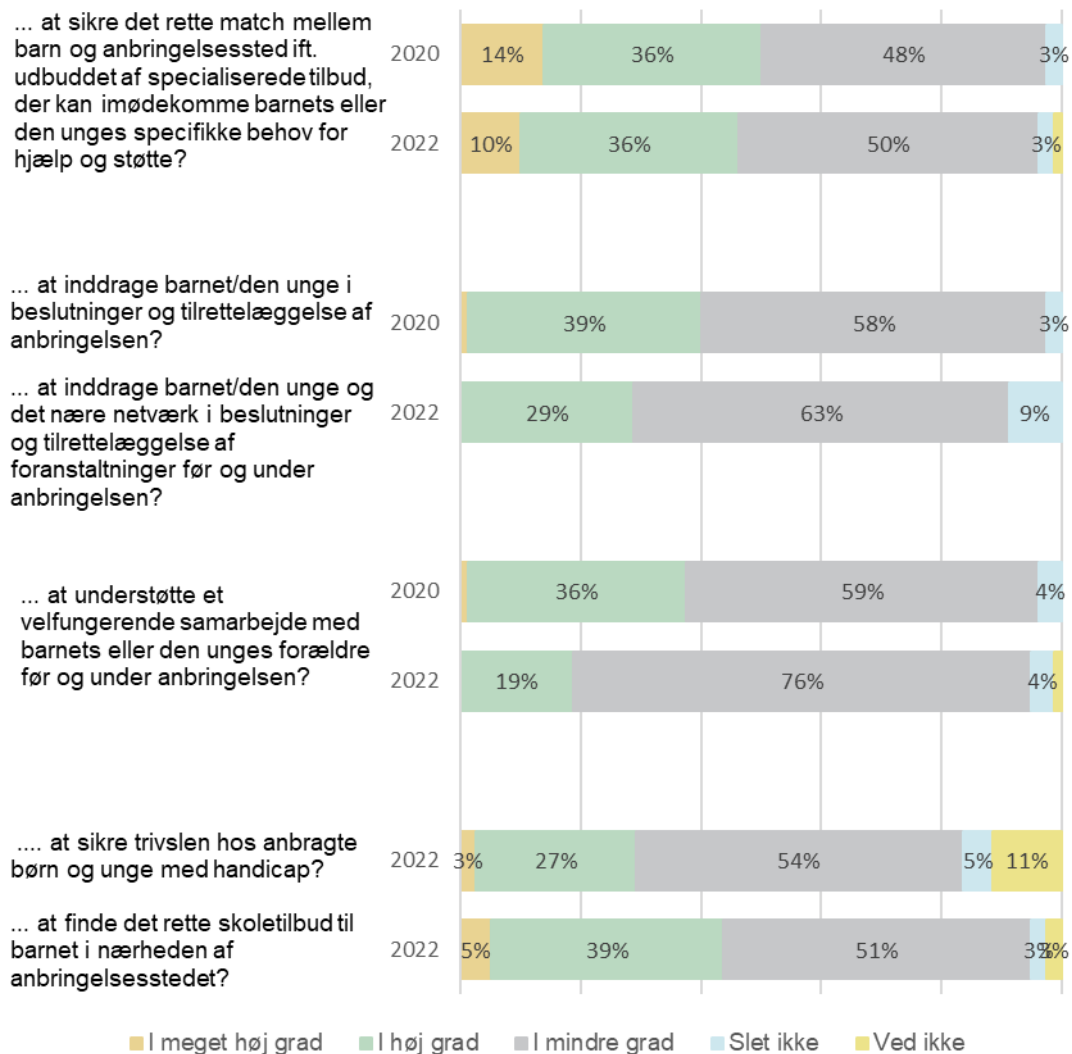
I forhold til at understøtte et velfungerende samarbejde med barnets eller den unges forældre før og under anbringelsen, er der sket et markant fald fra 2020 til 2022. I 2022 oplever 19 pct. af kommunerne i høj eller meget høj grad udfordringer, mens andelen var 37 pct. i 2020. Der kan være flere årsager til denne udvikling. En af disse kan være, at de faglige medarbejdere har et øget fokus på dette i den løbende sagsbehandling. Her nævner nogle kommuner blandt andet et øget fokus på det rette skoletilbud, kontinuitet i anbringelsen eller det rette match mellem barn/ung og anbringelsessted, etc.

I 2022 er to nye spørgsmål tilføjet. 44 pct. af kommunerne oplever udfordringer med at finde det rette skoletilbud til barnet i nærheden af anbringelsesstedet. 60 pct. af kommunerne oplever få eller slet ingen problemer i at sikre trivslen hos børn og unge med handicap, jf. figur 12.

Kommunerne angiver ligeledes, at der generelt er stor variation i anbringelsessagerne, nogle går godt mens andre er mere komplicerede. Kommunerne nævner også, at de oplever udfordringer med at finde plejefamilier, aflastningsfamilier og opholdssteder/institutioner, der passer til børnenes behov. Dette gælder også for de mere specialiserede anbringelsestilbud og skoletilbud til børn og unge med handicap.

Figur 12 – Udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge

I hvilken grad oplever kommunen udfordringer med?



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge på det specialiserede børne- og ungeområde. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 80.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

3.4 Velfærdsteknologi i den sociale indsats

Erfaringer fra blandt andet fagprofessionelle og brugerorganisationer peger på, at mange kommuner har svært ved at orientere sig i den konstante og ofte hurtige udvikling i velfærdsteknologiske løsninger, samt ved at integrere disse løsninger i de sociale indsatser til børn og unge (KL, 2018a). Der er stort fokus på velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, men knap så meget på socialområdet på trods af velfærdsteknologiens potentialer for at understøtte det sociale arbejde (Socialstyrelsen, 2020; Dansk Handicap Forbund, 2019; Nordens Velfærdscenter, 2020).

I Social- og Boligstyrelsens spørgeskemaundersøgelse er kommunerne derfor blevet spurgt ind til brugen af velfærdsteknologiske løsninger i den sociale indsats. Spørgsmålene er nye i forhold til 2020 og derfor ikke mulige at sammenligne med 2022 undersøgelsen. Kommunerne angiver:

- 32 pct. af kommunerne angiver, at de i høj (26 pct.) eller i meget høj grad (6 pct.) oplever udfordringer med at inddrage barnet/den unge i brugen af teknologi til understøttelse af den sociale indsats. 23 pct. af kommunerne svarer "ved ikke" til dette spørgsmål. Det kan betyde, at kommunerne ikke har viden om enten hvordan barnet/den unge inddrages eller mangler viden om anvendelsen af velfærdsteknologi i den sociale indsats.
- 34 pct. af kommunerne angiver, at de i høj (29 pct.) eller i meget høj grad (5 pct.) oplever udfordringer med, at medarbejderne har kompetencer til at matche den rette teknologi med barnets/den unges behov, ressourcer og ønsker. Også her er andelen af kommuner, der angiver "Ved ikke" høj (25 pct.).

3.5 Børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring

Mange kommuner har fokus på skolefravær, herunder anvendelse af data om skolefravær samt håndtering af skolefravær. Børn og unge har ret til at gå i skole, og bekymrende skolefravær kan have en afgørende negativ betydning for de pågældende børn og unges faglige udvikling og trivsel i grundskolen samt for deres videre færd i livet (Vinnerljung, 2010).

I Social- og Boligstyrelsens spørgeskemaundersøgelse undersøges kommunernes oplevede udfordringer i relation til bekymrende skolefravær og skolevægring. Her angiver 88 pct. af kommunerne, at de i høj (48 pct.) eller i meget høj grad (40 pct.) oplever udfordringer, i forhold til om skolefraværsproblemstillingen skal håndteres med en særlig indsats på almenområdet eller en indsats via serviceloven. Dette er en markant stigning i forhold til 2020, hvor 70 pct. af kommunerne svarede at de havde udfordringer i høj/meget høj grad.

Desuden angiver 72 pct. af kommunerne, at de i høj (44 pct.) eller i meget høj grad (28 pct.) oplever udfordringer med at følge systematisk op på bekymrende skolefravær. Også her ses en stigning i forhold til 2020 (62 pct.).

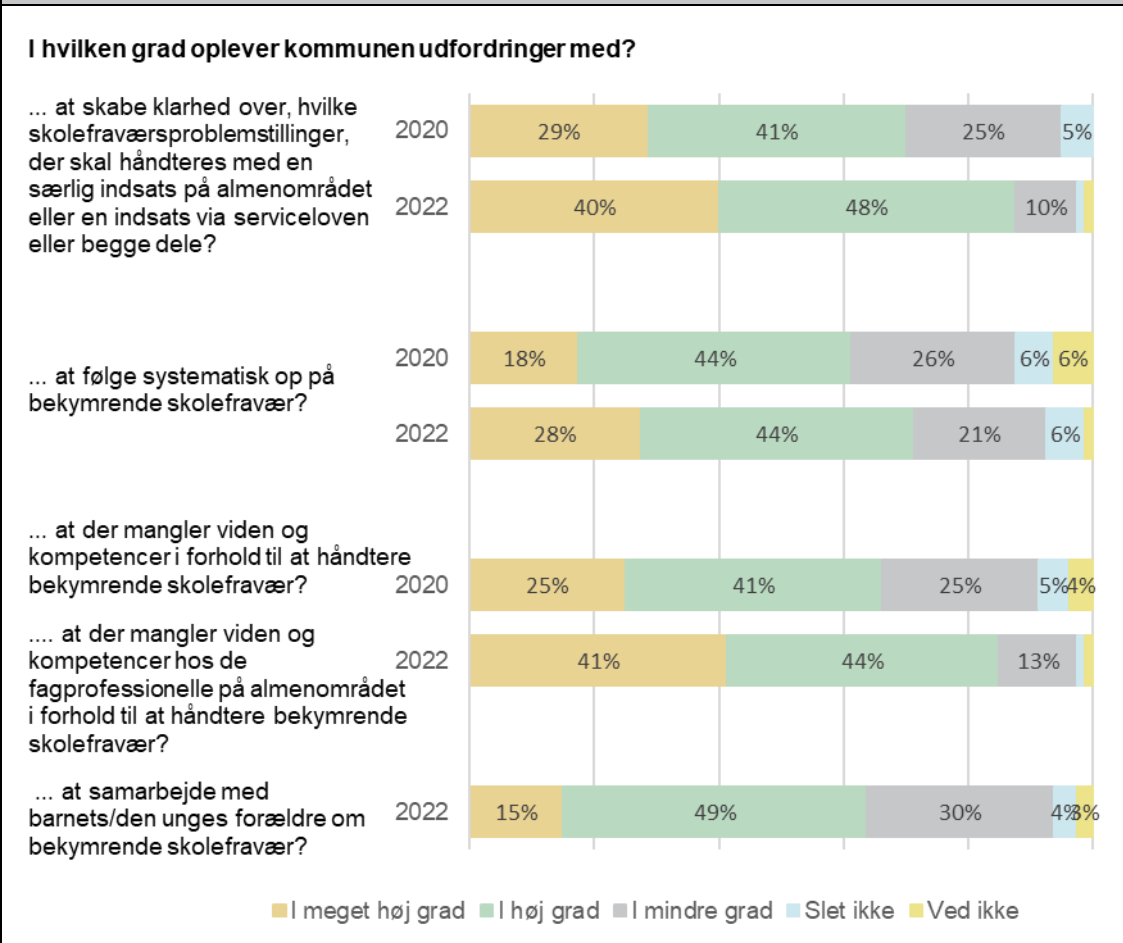
85 pct. af kommunerne peger på, at de i høj (44 pct.) eller i meget høj grad (41 pct.) mangler viden og kompetencer hos de fagprofessionelle på almenområdet i forhold til at håndtere bekymrende skolefravær. Her er der en markant stigning i forhold til 2020 (66 pct.). Dog er spørgsmålene ikke helt ens, da der i 2022 er tilføjet "*hos de fagprofessionelle på almenområdet*". Det er derfor vigtigt at foretage sammenligningen med dette forbehold.

I denne undersøgelse er der et nyt spørgsmål tilføjet. 64 pct. af kommunerne oplever i høj (49 pct.) eller i meget høj grad (15 pct.) udfordringer med at samarbejde med barnets/den unges forældre om bekymrende skolefravær, jf. figur 13.

En række kommuner angiver, at de har projekter i gang for at håndtere problematikkerne om skolefravær. Desuden arbejder kommunerne også på systemer til at ensrette indberetninger og dermed opnå et bedre vidensgrundlag. Samarbejdet mellem almenområdet og specialområdet har også et særligt fokus her.

Generelt viser resultaterne fra undersøgelsen, at mange kommuner oplever problemer med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægning.

Figur 13 – Udfordringer i arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægning



Anm.: Figuren illustrerer, i hvilken grad kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægning. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj grad", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægning på det specialiserede børne- og ungeområde. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". Procentsatserne er afrundet til nærmeste hele tal. N = 80.

Kilde: Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020 og 2022).

3.6 Inddragelse af børn og unge med handicap

Kommunerne har en lovpligtig indsats i forhold til at inddrage børn og unge med handicap på både myndigheds- og tilbudsniveau. At børnene inddrages og høres – og ikke kun som en del af deres familie – er dog et udfordrende område. Dette vil for nogle børn og unge med handicap involvere brug af hjælpemidler eller understøttende teknologier, for andre vil det kræve en særlig pædagogisk tilgang og handicapforståelse. Derfor er det vigtigt i forhold til udformningen af initiativer, der kan være med til at understøtte kommunerne på dette område i årene frem.

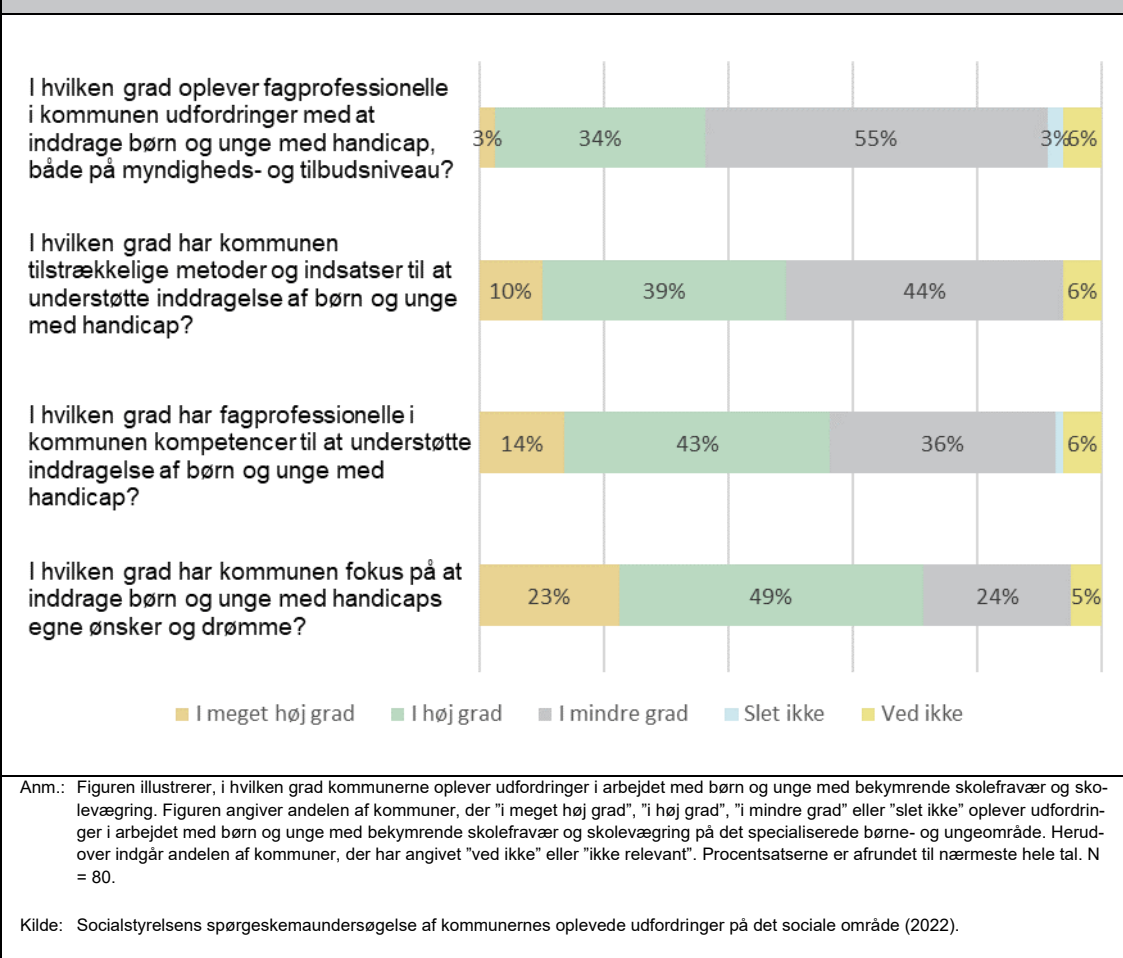
37 pct. af kommunerne angiver, at de i høj/meget høj grad oplever udfordringer med at inddrage børn og unge med handicap, både på myndigheds- og tilbudsniveau.

49 pct. af kommunerne oplever, at de har tilstrækkelige metoder og indsatser til at understøtte børn og unge med handicap. Næsten lige så mange kommuner oplever dette i mindre grad (44 pct.).

I forhold til de fagprofessionelles kompetencer til at understøtte inddragelsen af børn og unge med handicap angiver 58 pct. af kommunerne, at de i høj/meget høj grad har dette.

Næsten 3 ud af 4 kommuner (72 pct.) angiver at de i høj/meget høj grad har fokus på at inddrage børn og unge med et handicaps ønsker og drømme, jf. figur 14.

Figur 14 – Inddragelsen af børn og unge med handicap



4 Litteratur

- Dansk Handicap Forbund. (2019). *Surveyundersøgelse af velfærdsteknologi*. Dansk Handicap Forbund.
- KL. (Januar 2018a). *Kortlægning af barrierer og udfordringer i arbejdet med velfærdsteknologi*. Hentet fra https://www.kl.dk/media/14206/nldbva35_iloqhzpxd7f.pdf
- KL. (2018b). *Udsatte børn - Nøgletal 2018*. København: Kommuneforlaget.
- KL. (2019). *Udsatte børn - Nøgletal 2019*. København: Kommuneforlaget.
- Nordens Velfærdscenter. (2020). *Velfærdsteknologi kan gøre op med farlig ensomhed*. Hentet fra <https://nordicwelfare.org/da/projekt/nordisk-taenketank-for-velfaerdsteknologi/>
- Social- og Ældreministeriet. (Marts 2021). *Velfærdspolitisk analyse, nr. 31*. Hentet fra <https://sm.dk/publikationer/2021/mar/velfaerdspolitisk-analyse-underretninger-og-sociale-foranstaltninger-fordelt-paa-herkomst>
- Socialstyrelsen. (Januar 2020). *Om velfærdsteknologi på det sociale område*. Hentet fra <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/hjaelpemiddelområdet/temaer/velfaerdsteknologi-paa-handicapomraadet->
- Socialstyrelsen. (2021). *Udfordringer i forhold til børn og unge på det specialiserede socialområde*. Odense: Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B. m. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I Socialstyrelsen, *Social Rapport* (s. s. 227-266). Stockholm: Socialstyrelsen .
- VIVE. (2018). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet*. København: VIVE.
- VIVE. (2019). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet - Kortlægning af området for udsatte børn og unge og børn og unge med handicap*. København: VIVE.

Bilag 1– Udvikling og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen

I udviklingen af spørgeskemaerne har Social- og Boligstyrelsen indledningsvist foretaget en kortlægning af eksisterende viden om udfordringer på socialområdet, hvor der blandt andet er hentet inspiration fra VIVE's undersøgelser af kommunernes perspektiver på udfordringer på det specialiserede socialområde fra 2018 (voksenområdet) og 2019 (børne- og ungeområdet). På baggrund af den indledende kortlægning identificerede Social- og Boligstyrelsen mulige temaer med et særligt fokus i 2020, som herefter blev kvalificeret af en faglig følgegruppe bestående af kommunale repræsentanter fra det sociale område samt via fokusgruppeinterview med regionale repræsentanter. Spørgeskemaet blev pilottestet blandt kommunale chefer og direktører inden endelig udsendelse.

I udviklingen af spørgeskemaerne er der tilstræbt ensartethed i emner og spørgsmålsformuleringer på tværs af henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. Dette er gjort for at få et ensartet og sammenligneligt data- og vidensgrundlag.

Den første undersøgelse blev sendt til alle landets kommuner i september 2020. Mailen var stillet til børne- og familiechefer (eller tilsvarende chefniveau) på socialområdet. Hver kommune kunne indsende én besvarelse for henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. Social- og Boligstyrelsen opfordrede derfor kommunerne til at koordinere deres besvarelse med relevante parter på det givne område for at få et så dækkende udfordringsbillede som muligt.

I 2022 har Social- og Boligstyrelsen revideret spørgerammerne og sendt en ny undersøgelse ud til kommunerne. De organisatoriske fokusområder og de målgruppespecifikke fokusområder er i videst muligt omfang bevaret, mens der er ændringer til både temaer og spørgsmål under de aktuelle temaer.

85 pct. af landets kommuner har gennemført eller delvist gennemført spørgeskemaundersøgelsen på børn og ungeområdet. Tre af de 98 danske kommuner indgår ikke i undersøgelsen, da de på grund af forpligtende kommunale samarbejder ikke selv varetager udførelsen af opgaver på udvalgte områder, herunder det sociale område, jf. bekendtgørelse om revision af den kommunale og regionale inddeling og om forpligtende kommunale samarbejder.

Den høje svarprocent giver en høj grad af sikkerhed for, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes oplevede udfordringer på de områder, som er omfattet af undersøgelsen. Kommunernes besvarelser skal ses som én samlet besvarelse. Dog kan det ikke udelukkes, at der er divergerende opfattelser af de enkelte spørgsmål internt i kommunerne. Kommunerne er dog blevet opfordret til at koordinere besvarelsen med forskellige repræsentanter så der opnås et samlet billede på tværs af den enkelte kommune.

Bilag 2 – Målgrupper

I dette bilag fremgår beskrivelser af de målgrupper, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen.

Børne- og ungeområdet	Kort beskrivelse
Børn og unge med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade	Omfatter børn og unge med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade.
Børn og unge med autismspektrumforstyrrelser	Omfatter børn og unge med infantil autisme, atypisk autisme, Aspergers syndrom og gennemgribende udviklingsforstyrrelse samt høj grad af komorbiditet i form af andre udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder for eksempel epilepsi, ADHD, angst og udviklingshæmning.
Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser	Omfatter børn og unge med ADD eller ADHD samt høj grad af komorbiditet i form af andre udviklingsforstyrrelser, adfærdsmæssige eller psykiske for eksempel autisme, angst, OCD, depression, adfærdsmæssige forstyrrelser og spiseforstyrrelser.
Børn og unge med kommunikationshandicap	Omfatter børn og unge med syns- og hørenedsættelse, døvblindhed, komplekse kommunikationsbehov og verbal dyspraksi.
Børn og unge med bevægelsehandicap	Omfatter børn og unge med bevægelsehandicap, for eksempel cerebral parese, gigttildelser og muskelsvind. Målgruppen er meget differentieret og den funktionsnedsættelse, som de forskellige diagnoser og syndromer kommer til udtryk ved, har en stor variation.
Børn med udadreagerende adfærd	Omfatter børn som kan være vanskelige at rumme i det almene system på grund af en udadreagerende adfærd, som kendetegnes ved at være for eksempel aggressiv, voldsom, norm- og regelbrydende, antisocial, hyperaktiv, eksplosiv samt sociale og emotionelle vanskeligheder.
Børn i psykisk mistrivsel	Omfatter børn (op til mellemtrin i grundskole), som udviser tegn og reaktioner på for eksempel manglende livstilfredshed, ensomhed, psykosomatiske symptomer eller symptomer på for eksempel angst, OCD og/eller depression.
Unge i psykisk mistrivsel	Omfatter unge (fra grundskolens mellemtrin op til det 18. år), som viser tegn og reaktioner på for eksempel manglende livsmestring, livstilfredshed, ensomhed, psykosomatiske symptomer, angst, OCD, depression – og som kan have behov for at blive, eller er blevet-, udredt og behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien.
Børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser	Omfatter børn og unge med selvskadende adfærd og/eller en spiseforstyrrelse, for eksempel "cutting", anoreksi, bulimi eller binge eating disorder, som er/ikke er udredt i børne- og ungdomspsykiatrien.
Børn og unge udsat for seksuelle overgreb	Omfatter børn og unge, herunder særligt børn og unge med handicap, som er i risiko for eller udsættes for seksuelle overgreb.
Børn og unge udsat for fysisk eller psykisk vold	Omfatter børn og unge, som er i risiko for eller udsættes for psykiske og/eller fysiske overgreb.
Børn og unge i kriminalitet	Omfatter børn og unge, som har begået kriminalitet eller er i risiko for at gøre det, herunder i relation til for eksempel at være del af en problematisk ungegruppering, et belastet boligområde og/eller have en udadreagerende adfærd.
Børn og unge med problematisk forbrug af rusmidler	Omfatter børn og unge, der har et forbrug af rusmidler, som samfundsmæssigt opleves som problematisk, fordi det påvirker livsmestringsevne, skoledeltagelse, sociale relationer m.v. negativt. Rusmidler kan være hash, alkohol, lattergas, amfetamin, kokain m.m.
Børn og unge i hjemløshed	Omfatter børn og unge i hjemløshed, for eksempel sofasovere, gadesovere (op til 18. år).
Meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd	Omfatter unge med flere alvorlige problemstillinger, herunder udadreagerende adfærd, som har dårlige forudsætninger for at mestre livet.
Sårbare familier	Omfatter sårbare familier med visse problemstillinger, som kan give grund til en bekymring for barnets/børnenes trivsel, udvikling og muligheder, og hvor familiens problemstillinger kan udvikle sig negativt i fraværet af den rette indsats.
Meget udsatte familier	Omfatter meget udsatte familier med komplekse psykosociale problemstillinger, der giver en klar grund til en bekymring for barnets/børnenes trivsel, udvikling og muligheder og bevirker, at familien samlet set har mange kontaktpunkter i det offentlige system.



Social- og Boligstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

Til høringsparterne vedr. ændret
organisering af børne- og ungdomspsykiatrien
Region Syddanmark



*Projektorganisation for byggeri og grøn
omstilling*

Kontakt: Per Kjeldsen Hansen
Per.Kjeldsen.Hansen2@rsyd.dk
Direkte tlf. 4022 0127

2. maj 2023
Journal nr. 22/33192
Side 1/1

Tak for høringssvar vedr. forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien, Region Syddanmark

Kære høringsparter.

Tak for at I tog jer tid til at afgive et høringssvar til Region Syddanmarks forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien. Vi modtog 46 høringssvar med samlet ca. 230 bemærkninger. Vi vil gerne takke for engagementet og for de mange konstruktive bemærkninger til høringsslaget.

De indkomne høringssvar er blevet behandlet, og flere af de fremsatte forslag og pointer er præciseret og suppleret i den endelige plan.

Vedlagt finder I en oversigt med bemærkninger til jeres høringssvar. Endvidere er vedlagt notat med bemærkninger til høringssvar generelt samt det endelige godkendte forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark.

Regionsrådet behandlede og godkendte det endelige forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien på møde den 24. april 2023.

Med venlig hilsen

Mette Bossen Linnet
Formand for psykiatri- og Socialudvalget

Bo Libergren
Fungerende Regionsrådsformand

Bilag:

Oversigt høringssvar og bemærkninger

Notat høringssvar

Ændring i organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling: POB&GO
Journal nr.: 21/33192
Dato: 04. april 2023

Udarbejdet af: Per K. Hansen
E-mail: per.kjeldsen.hansen2@rsyd.dk
Telefon: 4022 0127

Notat

Behandling af høringsvar i forbindelse med forslag til omorganisering af Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Baggrund

Regionsrådet sendte 23. januar 2023 "forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien" i høring. Forslaget har været sendt i høring hos interesseforeninger, patientorganisationer, faglige organisationer, øvrige råd og udvalg, samt øvrige offentlige myndigheder, herunder de 22 kommuner i Region Syddanmark. Høringsperioden strakte sig til 24. januar til 27. marts 2023. Høringen har udmøntet sig i 125 høringsvar med samlet omkring 230 bemærkninger. Efterfølgende har der pågået en proces med at bearbejde høringsvarene og indarbejde relevante bemærkninger i den endelige udgave af forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark.

Region Syddanmark ønsker en velfungerende og robust børne- og ungdomspsykiatri. Denne ambition er også til stede hos personalet, samarbejdspartnere og hos patienter og pårørende. Region Syddanmark anerkender, at de løsninger der indgår i forslaget, for nogle betyder mærkbare ændringer i hverdagen og anerkender de bekymringer der også er kommet til udtryk i høringsvarene ift. de konkrete foreslåede ændringer.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er imidlertid udfordret på en række områder - først og fremmest i forhold til stigende efterspørgsel efter udredning og behandling samt mangel på speciallæger. Udfordringerne er dels vedvarende dels af en sådan alvorlighed, at der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling. Derfor er ændringer nødvendige ift. at imødekomme og løse disse udfordringer.

Generelt.

Der er generelt i bemærkningerne en bred forståelse for problemet og den udfordring børne- og ungdomspsykiatrien står midt i og anerkendelse af den involverende proces fra både kommuner, faglige organisationer, personale og patienter og pårørende. Samtidig er der bred anerkendelse til det materiale der er sendt i høring, herunder høringsforslaget.

Generelt er der i høringssvarene bred opbakning til hovedelementerne i forslaget om ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien og der er samtidig ikke i høringen fremkommet alternative løsningsforslag, der vil kunne løse de udfordringer børne- og ungdomspsykiatrien står med og som er baggrund for forslaget. Interessenter med tæt tilknytning til den børne- og ungdomspsykiatriske funktion i Esbjerg er dog kritiske i forhold til flytning af døgnsenge og akutmodtagelse fra Esbjerg til Aabenraa.

Herudover er der en række bekymringer omkring særligt transport udfordringer, kapaciteten i voksen psykiatrien, ungemiljøer i voksenpsykiatrien ved ændring af aldersgrænse, det store sengeafsnit i Aabenraa og akutfunktionen.

Nedenfor gives en samlet gennemgang af de indkomne høringssvar, herunder administrationens bemærkninger hertil og hvilke præciseringer af det fremlagte forslag der lægges op til på baggrund af høringssvarene. Gennemgangen af høringssvarene følger de enkelte hovedelementer til ændringer i forslaget.

1. Ændring af aldersgrænse.

Der er i høringssvarene generelt en forståelse for ændring af aldersgrænsen, særligt ift.:

- Bedre anvendelse af de begrænsede speciallægeressourcer
- Større faglig kvalitet og mere fokuseret indsats – bedre udrednings- og behandlingstilbud
- Bedre uddannelse af kommende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien, men også at behandlingen af de unge i voksenpsykiatrien vil styrkes.

Høringssvarerene peger dog også på bekymringer ift. ændringen af aldersgrænsen fra 19 til 17 år

Bekymringerne i høringssvarene omhandler særligt:

- Skabelse af ungemiljøer i voksenpsykiatrien
- Sikring af gode overgange fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien
- Kapaciteten i voksenpsykiatrien, herunder behov for kompetenceudvikling i voksenpsykiatrien

Kommentarer til høringssvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i forslaget til ny organisering:

Langt den overvejende del af behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien foregår ambulant. De 0-17 årige vil fortsat uændret skulle behandles i de nuværende ambulatorier i Esbjerg, Vejle, Aabenraa og Odense.

Der vil i det videre arbejde være en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien mhp. at sikre ungemiljøer, støtte den unge patient i overgangen og have fokus på at sikre at der er plads til et trygt ungemiljø i voksenpsykiatrien. Psykiatrien vil på den baggrund have dette som et indsatsområde fremadrettet. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag*

Det overordnede sigte for overgangsprocessen (transitionsforløb) er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Der arbejdes med en fleksibilitet i forhold til alder og overgang mellem børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatrien, på baggrund af en faglig vurdering af, hvad der er det rigtige tilbud til den unge. Desuden kan mobilteams fra børne- og ungdomspsykiatrien indtænkes i forhold til at understøtte gode patientforløb i forbindelse med overgangen. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

Vedrørende spørgsmålet om kapaciteten i voksenpsykiatrien indebærer forslaget en styrkelse af denne bl.a. ved frikøb af fire særlige pladser. Region Syddanmark vil følge udviklingen i belægningen på de voksenpsykiatriske sengepladser og vil om nødvendigt arbejde på at tilkøbe yderligere særlige pladser, efter aftale med kommunerne, hvis der skulle blive brug for yderligere kapacitet i voksenpsykiatrien. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

Der vil være fokus på kompetenceudvikling af personalet med afsæt i det større volumen af patienter med spiseforstyrrelser og personligheds-forstyrrede selvskadende i voksenpsykiatrien, inden for disse patientgrupper. Midler til kompetenceudviklingen af voksenpsykiatrien findes inden for de afsatte midler til omorganiseringen i 2023, således at medarbejder i voksenpsykiatrien får mulighed for opkvalificeringen inden for områderne. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

2. Ændring af aldersgrænse – konsekvens for døgnbehandling. Samling af nuværende børne- og ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til en fremtidig sengefunktion i Aabenraa.

Der er i høringssvarene opbakning fra mange aktører til samlingen af nuværende børne- og ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til en fremtidig sengefunktion i Aabenraa. Det fremhæves bl.a.at:

- det er ressourcekrævende at opretholde et akut beredskab flere steder i Region Syddanmark. Børne- og Ungdomspsykiatrien er overvejende et ambulante speciale og ressourcerne kan bruges bedre og mere effektivt i den ambulante funktion hvor langt største parten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien ses.
- på psykiatriske sengeafsnit behandles de hårdest ramte psykisk syge børn og unge. Når Region Syddanmark begrænser antallet af sengeafsnit fra tre til to, udtrykkes der en forventning til, at det i højere grad kan sikre tilgængelighed til højt specialiseret viden.
- det bemærkes også, at borgerne gerne transportere sig længere for det bedst mulige tilbud,

Aktører med tæt tilknytning på forskellig vis til funktionen i Esbjerg ønsker ikke nedlæggelse af sengefunktionen i Esbjerg.

Der er ikke kommet nye forslag på banen igennem høringen, der kan løse udfordringerne i børne- og ungdomspsykiatrien uden at samle sengene i Esbjerg og Aabenraa.

Aktører kritiske over for lukningen af sengefunktionen i Esbjerg og andre høringsparter rejser en række bekymringer i relation til samling af sengene i Aabenraa. Det handler ikke mindst om:

- den længere transport for patienter og pårørende for den del af de unge der vurderes at skulle indlægges i døgnpsykiatrien.
- tab af mindre enheder med det samlede store sengeafsnit i Aabenraa
- om det gode sammenhængende patientforløb for ungdomspsykiatriske patienter kan blive understøttet og intensiveret med bl.a. kommunerne, somatiske sygehusafsnit og egen læge.

Kommentarer til høringssvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i forslaget til ny organisering:

Ift. de rejste bekymringer anerkender Region Syddanmark, at dette ikke er en ønskesituation, men ift. at imødegå de konkrete udfordringer psykiatrien står i, er dette forslag vurderet til at være den bedste mulige løsning for at konsolidere og styrke børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark.

Forslaget vil for en mindre gruppe (de indlagte 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles i ambulante regi. Den ambulante børne- og ungdomspsykiatriske funktion vil fortsat være til stede i Esbjerg også fremadrettet. Forslaget ændrer ikke ved dette, men derimod styrkes det ambulante område.

For de 18 – 19 årige øges tilgængeligheden - både i forhold til indlæggelse og ambulante behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.

Region Syddanmark anerkender at der med forslaget vil være en transportudfordring for de 13-17 årige patienter og pårørende der skal behandles i døgnpsykiatrien. Som udgangspunkt følger Region Syddanmark den gældende lovgivning og regelsæt herom, men transportbehovet vurderes derudover også ud fra en sundhedsfagligt vurdering. Der vil som oftest være tale om et sundhedsfagligt behov,

når der er tale om en psykisk syg ung. Det forhold, at pårørende f.eks. finder det uforsvarligt at skulle køre den unge, vil tale for, at sundhedspersonalet vurderer, at der er et sundhedsfagligt behov. *Dette forhold omkring muligheder for hjælp til transport er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

Ift. den rejste bekymring omkring samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og psykiatrien anerkender Region Syddanmark at dette kan betyde en øget udfordring i et mindre omfang, men psykiatrien har erfaring med at anvende digitale løsninger, som kan understøtte fortsat tilgængelighed for samarbejdspartnere i forhold til døgnpsykiatrien i Aabenraa, hvor videoløsninger kan anvendes i forbindelse med netværksmøder, udskrivningskonferencer mm. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

Ift. spørgsmålet om de større rammer i Aabenraa og bekymringen for et for stort sengeafsnit uden mulighed for opdeling i mindre enheder, skal det bemærkes at de nuværende rammer i Aabenraa er bygget op med to afsnitsben. Uden ændring af de fysiske rammer kan der ske en opdeling af personale og faglig opdeling, men hvor der stadigvæk er fordelene ved samdrift. I Børne- og Ungdomspsykiatri Odense, arbejdes der med nærhed og tryghed ved at arbejde i mindre teams med afgrænsninger i enheden og flere hjerterum. De nuværende rammer i Aabenraa giver mulighed for en lignende opdeling som understøtter tryghed, nærhed og overskuelighed. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

3. Akutmodtagelse.

Der udtrykkes i flere hørings svar anerkendelse og opbakning til forslaget. Det bemærkes:

- det er positivt med akut funktion i tilknytning til somatisk akutfunktion (FAM/PAM).
- at forslaget gør det muligt at flytte yngre læger fra det akutte område og ud i ambulatorier og dermed øge ambulatorieindsatsen (hvor de fleste patienter ses og vurderes). Der er også positive tilkendegivelser overfor regionens tiltag ift. at afbøde konsekvenserne af den forøgede transporttid som f.eks. øget brug af digitale løsninger og brug af sub-akutte tider.

Der er samtidig i hørings svarene en række bekymringer knyttet til flytning af akutmodtagelsen fra Esbjerg til Aabenraa og til dels til reduktionen af åbningstiden i den fremtidige akutmodtagelsen i Aabenraa. Bekymringerne i hørings svarene omhandler:

- den øgede transport(tid) og situationer hvor pårørende fra det sydvestjyske område fremover skal køre langt med et ungt menneske i en akut situation
- hvorvidt den i dag velfungerende akutte telefon i Esbjerg vil fortsætte

- hvorvidt akutmodtagelsens varierende åbningstider og ændrede lokaliteter kan skabe forvirring og usikkerhed for patienter/pårørende.
- For de borgere bosiddende i den nordvestlige del af regionen udtrykkes der ønske om afklaring af, om borgere fra Region Syddanmark kan benytte Akutmodtagelsen i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midt, hvis det er tættere på borgerens hjem.

Kommentarer til høringssvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i forslaget til ny organisering:

Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige og deres pårørende i det sydvestjyske område) betyde forlænget transport i en akut situation hvor akutindlæggelse vurderes som løsningen. Samtidig vil 13-17-årige og deres pårørende i det sønderjyske område opleve en tilsvarende forkortet transporttid i forbindelse med flytning af akutmodtagelsen til Aabenraa.

Det er vigtigt at bemærke at op imod 90 % af de akutte indlæggelser i Jylland i dag sker efter at der har været telefonisk kontakt til afdelingen. Der er i dag en akuttelefon i Esbjerg. Der vil efter omorganiseringen fortsat være mulighed for telefonisk kontakt for unge og deres pårørende og den telefoniske mulighed vil blive udbredt til hele regionen. I tilknytning hertil vil der være øget fokus på brug af udgående ambulante tilbud, som f.eks. mobilteams samt øget brug af digitale løsninger og subakutte tider.

Aften og nat kan kendte patienter ved akut forværring ringe til akuttelefonen, hvor der sker en vurdering af, om patienten skal indlægges, tilbydes akut vurdering i akutmodtagelsen eller en subakut tid dagen efter. Borgere der ikke er kendte i psykiatrien kan ved akut psykiatrisk sygdom aften og nat kontakte akutmodtagelsen enten ved at møde frem eller via akuttelefonen, alternativt kan vagtlægen kontaktes, som ved behov kontakter børne- og ungdomspsykiatrien for indlæggelse, akut vurdering, eller sub akut tid dagen efter.

Vedrørende subakutte tider i børne- og ungdomspsykiatrien gives disse både til patienter, der er kendte i psykiatrien og til patienter som er nye i psykiatrien. De subakutte tider er primært knyttet op på afdelingernes ambulatorier (herunder ambulatoriet i Esbjerg). Der er planlagt med plads i kalenderen til subakutte tider alle hverdage i børne- og ungdomspsykiatriens ambulatorier i Esbjerg, Aabenraa, Vejle og Odense. Derudover har børne- og ungdomspsykiatrien etableret mobilteams, som kører ud til i forvejen kendte patienter i hjem og på institution. Patienter visiteres til mobilteams fra døgnafsnit, ambulatorier eller via samarbejdsparter i kommunalt regi. *Forhold omkring subakutte tider er uddybet og præciseret i det endelige forslag.*

Udbredelsen af akuttelefonen til hele regionen og de forskellige alternativer der kan reducere behovet for akutmodtagelsen er præciseret og uddybet i det endelige forslag. Jf tidligere afsnit er der også i det

endelige forslag en nærmere præcisering og uddybning omkring muligheder for hjælp til transport til akutmodtagelsen.

I forhold til bekymringen omkring formidling af det fremtidige akutte tilbud for børn og unge anerkender regionen at der vil være en vigtig kommunikationsopgave ift. den fremtidige akutte kontakt og vil derfor sikre en grundig information til praksis, lægevagt og borgerne om åbningstiderne i Aabenraa. *Ingen ændringer i det endelige forslag*

Ift. spørgsmålet om benyttelse af akutmodtagelsen i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midt er denne placeret i Århus. Der er ikke børne- og ungdomspsykiatrisk akutmodtagelse i Gødstrup, men alene visiteret voksenpsykiatrisk akutmodtagelse. Afstanden til akutmodtagelsen i Aarhus er generelt ikke kortere end til Aabenraa for personer i det sydvestjyske område og vurderes derfor ikke at være interessant alternativ. *Ingen ændringer i det endelige forslag*

4. Styrkelse af forebyggelse og opfølgingsindsatsen i samarbejde med kommunerne – herunder forslag om udbygning af fremskudt funktion og STIME

Generelt er der i høringsvarene anerkendelse af høringsforslagets initiativer i forhold til at håndtere behovet for øget samarbejde med kommunerne om den forebyggende indsats og forslaget om at styrke fremskudt funktion, mobile teams og introducere STIME, Men særligt er der i høringsvarene fokus på følgende behov:

- bekymring for de økonomiske konsekvenser i kommunerne og i forhold til de kommunale opgaver, som følger med.
- Der efterlyses et målrettet tilbud til de 18-19-årige, når de overgår til voksenpsykiatrien. De vil ikke længere være omfattet af Fremskudt Funktion, hvorfor mobil-teams med fordel kan udbygges og udvides.
- I høringsvarene nævnes det dog også, at de foreslåede initiativer udfordres af den massive stigning i efterspørgslen efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Kommentarer til høringsvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i endelig forslag til ny organisering:

Der er i høringsvarene generelt en opfattelse af at de foreslåede initiativer udgør et vigtigt skridt på vejen mod et styrket tværsektorielt samarbejde om forebyggelse af mental mistrivsel og opfølgning på børn og unge i målgruppen i samarbejde med kommunerne og almen praksis.

I forhold til bekymring for de opgavemæssige og økonomiske konsekvenser for kommunerne af de omtalte initiativer på det forebyggende område i høringsforslaget er det vigtigt at understrege at alle

initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. *Ingen ændringer i det endelige forslag*

I forhold til spørgsmålet om målrettet tilbud til de 18-19 årige vil der være øget fokus på brug af udgående ambulante tilbud, som f.eks. mobilteams samt øget brug af digitale løsninger mv *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

I forhold til det omtalte stigning i efterspørgsel efter udredning og behandling så understreger det et stærkt fokus fremadrettet på at styrke det tværsektorielle samarbejde. Problemstillingen og nye tiltag skal også her ses i sammenhæng med implementering af den kommende 10-års plan for psykiatri. Med aftalen om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed allokeres der midler til kommunernes forebyggelse af mental trivsel i form af midler til lettilgængelig tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske symptomer. Initiativer der i den forbindelse skal ses i sammenhæng med forslaget om styrkelse af forebyggelse og opfølgingsindsatsen i samarbejde med kommunerne, herunder STIME. *Ingen ændringer i det endelige forslag*

5. Samlet ledelse af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Generelt er der i høringssvarene opbakning til forslaget om én samlet ledelse, idet dette vil:

- sikre at, der gives et bedre og mere fleksibelt fælles tilbud til patienterne.
- sikre en fleksibel anvendelse af de samlede ressourcer på tværs af matrikler og mulighed for at kunne prioritere på tværs af BU psykiatrien

I forhold til forslaget om én samlet ledelse for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er der i høringssvarene opmærksomhed på behovet for nærved-ledelse på alle afdelingens matrikler, særligt betydningen af, at der sikres en stærk lokal forankret faglig ledelse på de enkelte matrikler og behovet for at styrke fælles faglige samarbejdsfora mellem matriklerne.

Kommentarer til høringssvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i endelig forslag til ny organisering:

Med forslaget får afdelingsledelsen for den samlede børne- og ungdomspsykiatri i regionen ansvaret for en større organisation fordelt på mange matrikler, hvilket understreger opmærksomheden i forslaget på også at styrke den lokale nærved-ledelse og sikre det faglige samarbejde på tværs af matrikler.

I forhold til processen med sammenlægning er der fokus på inddragelse og løbende dialog med de berørte medarbejdere for at sikre en god fusionsproces.

Der er behov for en særlig opmærksomhed på mulighederne for nærved-ledelse med tilstedeværelse på afdelingsledelsesniveau på alle afdelingens matrikler. Det forudsættes, at der ud over den udvidede afdelingsledelse sker styrkelse af ledelsesniveauet, der refererer til afdelingsledelsen. Den nye fælles ledelse vil arbejde videre med konkrete planer herfor. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

6. Styrkelse af den fremtidige ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

Der er generelt opbakning til forslaget om styrkelse af den ambulante behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

- I høringssvarene bemærkes det, at forslaget giver mulighed for at øge og sikre kvalitet og service i børne- og ungdomspsykiatrien ved at sikre sammenhæng mellem personaleressourcer og efterspørgsel på udredning og behandling.
- Endvidere gøres der opmærksom på, at styrkelsen af den ambulante kapacitet ses som en fornuftig prioritering, og at man i denne sammenhæng udnytter de forskellige fagligheder i flere funktioner.

Kommentarer til høringssvarene og forslag til evt. ændringer/præciseringer i endelig forslag til ny organisering:

Ingen ændringer i det endelige forslag

7. Øvrige emner

Der udtrykkes en bred anerkendelse at Region Syddanmark handler på de store rekrutterings- og fastholdelsesproblemer. Der er i høringssvarene en generel opmærksomhed på rekruttering og fastholdelse af personalet. Særligt er der opmærksomhed omkring:

- rekruttering af speciallæger.
- konsekvenser i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale.

Der er dog også i høringssvarene en generel opfattelse af, at de foreslåede ændringer af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark vil medvirke positivt hertil.

Sideløbende med omorganiseringen, vil Psykiatrien i Region Syddanmark fortsætte sit fokus på fastholdelse og rekruttering af personale – herunder af læger - i tråd med sygehusets strategi for området. Region Syddanmark har fokus på at sikre skabelse af et godt arbejdsmiljø og sygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følger af regionens pejlemærker.

Psykiatrien er optaget af at være en attraktiv uddannelses- og arbejdsplads, så der kan rekruttere og fastholde medarbejdere, herunder læger. Høringsforslaget er også født ud af ønsket om at imødekomme netop denne udfordring

Der er i psykiatrisygehuset igangsat processer med en målrettet rekrutteringsindsats ift. at fastholde og rekruttere personale, herunder speciallæger. I dette arbejde er der løbende dialog med relevante organisationer og aktører. Region Syddanmark ønsker at denne dialog fastholdes idet rekruttering og fastholdelse af værdifulde medarbejder ressourcer er en løbende udfordring der kræver stor opmærksomhed. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

I forhold til lokalpsykiatrierne i Odense og Vejle er der opmærksomhed i høringssvarene på udfordringerne med at rumme den nye opgave med øget ambulant aktivitet, herunder opmærksomhed på samlingen af de to afdelinger for Traume og Torturoverlevende i Vejle og Odense fremover i Lillebæltsområdet. Den konkrete placering arbejdes der på og regionen vil gå i dialog med Sundhedsstyrelsen omkring evt. afledte konsekvenser af denne flytning af regionfunktioner for specialeplanen, da disse er matrikelbundet. *Dette er præciseret og uddybet i det endelige forslag.*

Notat vedrørende fremtidig børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark

1. Indledning og sammenfatning

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er udfordret på en række områder - først og fremmest i forhold til stigende efterspørgsel efter udredning og behandling samt mangel på speciallæger.

En af konsekvenserne heraf er, at det ikke er muligt at overholde udredningsretten og der kan også konstateres lange ventetider på behandling.

Det er vurderingen, at udfordringerne dels er vedvarende dels er af en sådan alvorlighed, at der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling.

Det er også vurderingen, at løsningerne ikke kan findes inden for den nuværende organisering af børne- og ungdomspsykiatrien. Løsningerne vil således skulle findes inden for den samlede psykiatri, herunder i forhold til samspillet mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien. Der er også behov for øget fokus på samspillet med kommuner og almen praksis.

På den baggrund besluttede Regionsrådet i maj 2022 at igangsætte en proces, der skulle munde ud i forslag til håndtering af de aktuelle udfordringer, herunder den fremtidige organisering af området.

Processen har bl.a. indeholdt en række dialogmøder med kommuner, patientforeninger, patienter og pårørende samt De praktiserende lægers organisation (PLO). Herudover har der været administrative drøftelser i Det administrative kontaktforum (DAK) og Socialdirektørforum. I regi af psykiatrisygehuset har der været drøftelser i MED systemet og i afdelingsledelseskredsen.

Med afsæt i de indspark og synspunkter der blev fremført på dialogmøderne, de indspark og synspunkter der er fremført i psykiatrisygehusets dialogproces samt input fra høringsprocessen fremlægges hermed forslag til håndtering af de aktuelle udfordringer inden for børne- og ungdomspsykiatrien, herunder forslag til ændret organisering af børne- og ungdomspsykiatrien.

Hovedelementerne i forslaget er:

- Ændring af aldersgrænse for børne- og ungdomspsykiatrien fra 19 til 17 år.
- Samling af nuværende børne- og ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til en fremtidig sengefunktion i Aabenraa.
- Akutmodtagelse hele døgnet i Odense og fra 08.00-18.00 i Aabenraa. Det betyder at akutmodtagelsen fra Esbjerg flyttes til Aabenraa. Akutmodtagelse for børn varetages som nu i Odense.
- Styrkelse af forebyggelse og opfølgingsindsatsen i samarbejde med kommunerne – herunder forslag om udbygelse af fremskudt funktion og indførelse af STIME (som er en model for et tværsektorielt samarbejde i Region Hovedstaden om børn og unge i mistrivsel).
- Samlet ledelse af børne- og ungdomspsykiatrien i regionen.
- Styrkelse af den ambulante kapacitet.

Voksenpsykiatrien vil med dette forslag, overtage behandlingsansvaret for de 18-19 årige. Både i forhold til sengekapalet og den ambulante aktivitet. For så vidt angår det ambulante område

lægges til grund, at voksenpsykiatrien styrkes svarende til den øgede aktivitet. De 18 og 19 årige patienter vil fremover have en øget tilgængelighed.

Overtagelse af behandlingsansvaret for de 18-19 årige medfører, at der vil skulle rummes flere medarbejdere i voksenpsykiatrien. Dette giver visse steder lokalemæssige udfordringer. Med henblik på at skabe de nødvendige pladsmæssige forudsætninger i Vejle og Odense, hvor udfordringerne er størst (og samtidig sikre mulighed for at rumme den kommende opgave i forbindelse med misbrugsbehandling), foreslås, at Afdelingen for Traume- og Torturoverleverer (ATT) som i dag har lokaler i lokalpsykiatrierne i henholdsvis Vejle og Odense, samles i Lillebæltsområdet.

For så vidt angår døgnbehandling vil de 18-19 årige fremover skulle indlægges på de voksenpsykiatriske afdelinger. Det vil for nogle afdelinger kunne absorberes ind i den nuværende sengekapacitet. Andre afdelinger vil formentlig opleve en høj belægning. Derfor foreslås at genetablere de 15 midlertidige lukkede senge i Aabenraa. Dette sengeafsnit vil kunne afhjælpe ved en forventet høj belægning i Vejle og Esbjerg. Det foreslås også, at der tilkøbes kapacitet på de særlige pladser for at afhjælpe en høj belægning på Fyn. Herudover foreslås etableret en "afhjælpningspulje" på 3,5 mio. kr. således at afdelinger ved høj belægning kan tilføres ressourcer til afhjælpning heraf.

Det er vurderingen at ovennævnte tiltag til afhjælpning af pres på de voksenpsykiatriske afdelinger er af midlertidig karakter, idet der vil blive etableret 32 nye senge, når det nye OUH tages i brug.

Med henblik på at skabe balance mellem efterspørgsel efter udredning, behandling og kapacitet, foreslås den ambulante børne- og ungdomspsykiatri styrket med 9,5 mio. kr.

Samlet set indebærer forslaget en merøkonomi på 7,4 mio. kr. som i 2023 foreslås finansieret via den akut kapacitetspakke, der indgår i aftalen om 10 års planen indgået i september 2022.

Det er forventningen, at der også i overslagsårene vil kunne findes finansiering inden for midlerne afsat i 10-årsplanen, Hvis dette ikke viser sig at være tilfældet, vil finansiering skulle håndteres som led i budget 2024.

Udover ovenstående forventes udgifter til lokaler til afhjælpning af pladsmangel i lokalpsykiatrierne.

2. Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark – som den ser ud i dag

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske sygdomme hos børn og unge i alderen 0-19 år. Der er tale om et bredt spektrum af lidelser - fra medfødte udviklingsforstyrrelser og deraf afledte adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser til psykiske lidelser som skizofreni, angst og depression.

Udredning og behandling i børne- og ungepsykiatrien kan foregå i ambulatorier, på sengeafsnit eller i akutmodtagelserne.

Årlige nøgletal for børne- og ungdomspsykiatrien (Gennemsnit af 2019-2021)

Ambulant behandling (antal besøg/teleydelser mv)	83.913 ydelser
Akutmodtagelse (antal kontakter)	1.273 kontakter
Sengeafsnit (Antal sengedage)	12.252 sengedage
Patienter i behandling	9.936 patienter

Den primære udrednings- og behandlingsindsats foregår ambulant i regionens 4 ambulatorier henholdsvis i Esbjerg, Aabenraa, Vejle og Odense. Mere end 90% af alle patienter behandles

udelukkende i ambulatorier. I ambulatorier foregår udredning og behandling ved fysiske konsultationer enten i ambulatoriet eller hjemme/institutioner eller via videokonsultationer. I ambulatorier tilbydes også dagbehandling (behandling integreret med skoleundervisning).

Udgående fra ambulatorierne er;

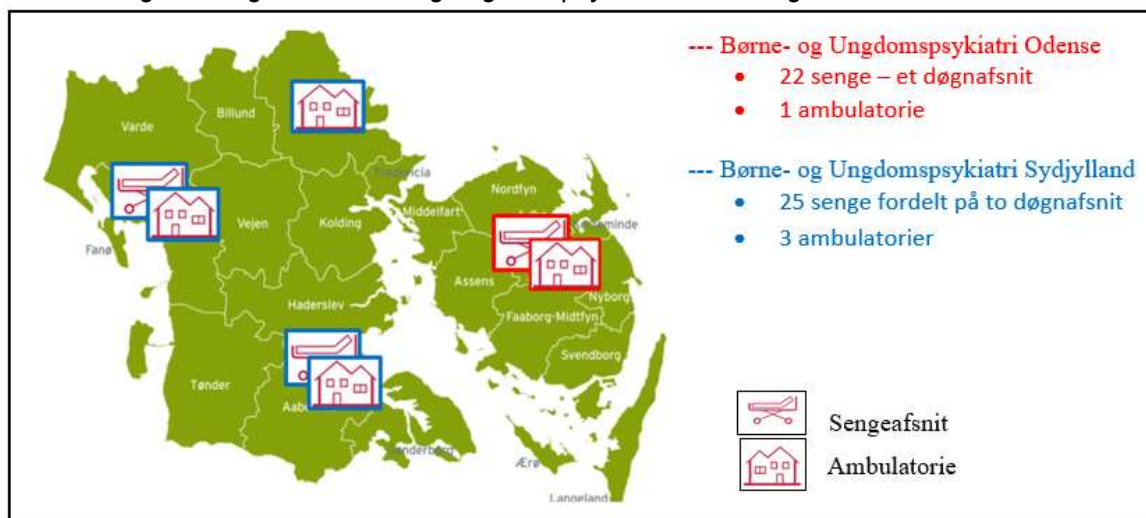
- Mobilteams som giver rådgivning og sparring til medarbejdere på bosteder, samt til forældre.
- Fremskudt Funktion som er et tværsektorielt samarbejde til børn og unge i mistrivsel i gråzonen mellem psykiatri og kommunerne.

Ved forværring eller behov for nærmere undersøgelse og/eller behandling kan indlæggelse være nødvendig. Indlæggelse kan foregå i Esbjerg, Aabenraa eller Odense. Spæd- og småbørnpsykiatri (0-3 år) samt indlæggelse af de 0-12 årige varetages udelukkede på Psykiatrisk Afdeling Odense jf. specialeplan for psykiatrien 2015.

Ved behov for akut hjælp foregår dette i akutmodtagelserne for børn- og unge i Esbjerg og Odense.

Indsatsen er ledelsesmæssigt organiseret omkring 2 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med hver deres afdelingsledelse (Børne- og Ungdomspsykiatri Odense og Børne- og ungdomspsykiatri Syddjylland)

Kort over organiseringen af børne- og ungdomspsykiatrien inkl. Nøgletal



Børne- og ungdomspsykiatrien har også en opgave i forhold til det tværsektorielle samarbejde og koordinering omkring patienten. Derudover har børne- og ungdomspsykiatrien en opgave i forhold til rådgivning til kommuner og praksis, samt bidrage til den fælles kompetenceudvikling på området.

3. Udfordringsbilledet

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er aktuelt udfordret på en række områder, blandt andet i forhold til stigende efterspørgsel efter udredning og behandling samt mangel på speciallæger.

Stigende efterspørgsel efter udredning og behandling

Som det fremgår af tabellen nedenfor har der i de seneste år været stigende aktivitet i Børne- og ungdomspsykiatrien. Siden 2019 er antallet af patienter steget med 9% og antallet af ambulante ydelser er steget med 12%.

Udvikling i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2019-2021

	2019	2020	2021	Udvikling siden 2019
Antal patienter	9.590	9.760	10.459	9%
Ambulant behandling (antal besøg/teleydelser mv)	69.560	75.354	78.139	12%

For så vidt angår 2022 skal opmærksomheden henledes på, at der i løbet af efteråret 2021 og foråret 2022 er indført nyt EPJ system. Aktivitetstal fra de to EPJ systemer er ikke umiddelbart sammenlignelige, hvorfor der ikke er medtaget fremskrevne aktivitetstal for 2022. Vurderingen er umiddelbart, at aktiviteten i 2022 er på niveau med 2021 dog med tendens til at være vigende.

Opmærksomheden skal herudover henledes på, at der i 2020 blev indført rammestyring af det ambulante område for børne- og ungdomspsykiatri. Den beskrevne aktivitetsudvikling er således sket inden for eksisterende rammer. Dette har været med til at forstærke udfordringsbilledet.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, er det lykkedes børne- og ungdomspsykiatrien at overholde udredningsretten indtil udgangen af 2021. Det fortsatte aktivitetspres samt den generelle situation i børne- og ungdomspsykiatrien gør, at det i 2022 kun er muligt for de to afdelinger at overholde udredningsretten i 40% af tilfældene.

Overholdelse af udredningsretten

	2019	2020	2021	2022*
Børne- og ungdomspsykiatri Sydjylland	96,5%	97,1%	97,0%	43,7%
Børne- og ungdomspsykiatri Odense	96,5%	92,6%	95,4%	32,8%
Total	96,5%	95,5%	96,4%	40,2%

*t.o.m. 13.december 2022

Opmærksomheden skal henledes på, at der udover manglende opfyldelse af udredningsretten også er udfordringer i forhold til ventetider til behandling. På grund af det store antal henvisninger til udredning er der opstået udfordringer med at have en tilstrækkelig behandlingskapacitet. En nedbringelse af ventetiden til behandling udfordres også af, at der er flere som udredes hos private aktører, men hvor en evt. sundhedsforsikring ikke nødvendigvis dækker efterfølgende behandlingsbehov og patienterne derfor vender tilbage til den offentlige børne- og ungdomspsykiatri for behandlingsforløb. Dette medvirker yderligere til udfordringen med rettidighed og høj kvalitet i behandlingen.

Mangel på speciallæger

Fra 2020 til april 2022 har de to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger tilsammen mistet 8 speciallæger (netto).

Afgangen skal ses i sammenhæng med en i forvejen udfordret speciallægesituation.

Oversigt over antal læger i børne- og ungdomspsykiatrien og vakante, april 2022

	Børne- og ungdomspsykiatri Syddjylland	Børne- og ungdomspsykiatri Odense
Ansatte læger	15	8
Vakante lægestillinger	4	5

Psykiatrisygehuset har i en længere periode haft en målrettet rekrutteringsindsats på lægeområdet i både ind- og udland. Muligheder for ansættelse af kvalificerede lægevikarer har ligeledes været afsøgt sideløbende med, at der kontinuerligt er arbejdet på at nytænke og tilpasse opgaveløsningen. Tilpasningen er sket blandt andet ved at indtænke specialpsykologer i højere grad og ved at foretage opgaveflytning til sygeplejersker. Tilpasningen har i nogen grad kunnet aflaste lægemanglen, men manglen på speciallæger har nu udviklet sig i en sådan grad, at disse tiltag ikke længere er tilstrækkelige.

Kombinationen af mangel på speciallæger og stor patientvolumen indebærer, at vagtbelastningen på de tilbageværende speciallæger øges og at arbejdsfeltet i stort omfang indskrænkes til de områder, hvor der ifølge lovgivningen skal anvendes læger. Begge dele vurderes at påvirke rekrutteringssituationen negativt.

Der ses således en søgning væk fra vagtbelastede stillinger mod vagtfrie stillinger, f.eks. til private sygehuse og klinikker. En undersøgelse fra Overlægeforeningen fra sommeren 2022 viste, at næsten hver 2. speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien overvejede et skifte til den private psykiatri. Overlægeforeningens undersøgelse fra 2022 viste desuden, at 25 % af speciallægerne inden for børne- og ungdomspsykiatrien arbejder i den private sektor - dvs. uden for offentlige sygehuse og uden overenskomst med det offentlige.

Region Syddanmark har et efterslæb i forhold til uddannelsesforløb, idet det tidligere været svært at besætte H-forløbene i børne- og ungdomspsykiatrien. Siden 2014 har der været opslået 61 stillinger (inkl. genopslag) og 31 af dem blev besat. Sidste ansættelsesrunde var dog usædvanlig, da alle 6 H-forløb blev besat. Fra uddannelsesudvalget i Børne- og Ungdomspsykiatrien lyder, at det fortsat er problematisk at ansætte I-læger i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland, men at Odense oplever bedre søgning til I-stillinger.

Udfordringsbilledet vurderes som værende et vedvarende vilkår

Der er intet, der tyder på, at udfordringsbilledet bliver formindsket de kommende år. Næsten tværtimod. Det er således vurderingen, at udfordringerne er af en sådan alvorlighed, at der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien herunder i forhold til rekruttering og fastholdelse af speciallæger samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling.

Sideløbende med omorganiseringen, vil Psykiatrien i Region Syddanmark fortsætte sit fokus på fastholdelse og rekruttering – herunder af læger - i tråd med sygehusets strategi for området.

4. Dialogproces og målsætninger

På baggrund af udfordringsbilledet besluttede regionsrådet i maj 2022, at igangsætte en dialogproces med henblik på at fastlægge den fremtidige organisering af børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark og sikre en fremadrettet robustgørelse heraf.

Med henblik på at sikre det bedst mulige grundlag for beslutning, blev der i juni til september 2022 afholdt politiske møder med patient- og pårørende, kommuner samt PLO. Herudover gennemførte psykiatrisygehuset dialog og drøftelser i Det administrative kontaktforum (DAK) og socialdirektørforum samt MED- og ledelsessystemet.

Drøftelserne på dialogmøderne med patienter og pårørende samt øvrige væsentlige samarbejdspartnere medførte en række væsentlige input og synspunkter, som er indgået i arbejdet med at indkredse mulige løsninger på udfordringerne i børne- og ungdomspsykiatrien.

Omdrejningspunktet for møderne var at formidle udfordringsbilledet og drøfte den nuværende situation, herunder fokus på mulige løsninger og prioriterede hensyn.

Dialogmøderne var generelt kendetegnet af en bred opbakning til og anerkendelse af det udfordringsbillede børne- og ungepsykiatrien står overfor, herunder også, at der skal træffes nogle valg for at imødegå disse udfordringer.

Drøftelserne på dialogmøderne frembragte i den sammenhæng nogle væsentlige overordnede tilkendegivelser;

- at nedbringelse af ventetiden bør være den væsentligste prioritet. Ventetiden er en stor belastning for patienter, familierne, kommunerne og for den regionale psykiatri.
- at kvalitet i behandlingen fortsat skal prioriteres højt.
- at der er et behov for et stærkt og udbygget lokalt ambulante funderet tilbud - herunder udgående ambulante tilbud.

Dialogmøderne og de interne møder i psykiatrisygehuset kredsede mere specifikt om nedenstående temaer:

- Organisering
- Forebyggelse og samarbejde
- Aldersgrænse
- Tilgængelig behandling, lægesituationen og øvrige forhold

På møderne var der ikke entydige præferencer i forhold til den fremtidige organisering. Der syntes dog at være en vis forståelse for, at løsningerne på de aktuelle udfordringer i børne- og ungdomspsykiatrien vanskeligt kan findes inden for den nuværende organisering, og at centralisering- og dermed robustgørelse formentlig kan blive nødvendigt.

Forebyggelse og samarbejde fyldte meget på møder med patienter/pårørende og kommuner.

Drøftelserne på møderne lagde op til overvejelser omkring et tættere samarbejde om forebyggelsesindsatsen, med fokus på hvordan den regionale psykiatri i endnu højere grad kan understøtte den forebyggelsesmæssige indsats i kommunerne.

Fokus var derudover på mere sømløse overgange, understøttelse af kommunerne og udvidelse og konsolidering af de ambulante tilbud i den regionale psykiatri, herunder Fremskudt Funktion og Mobilteams. Børne- og ungdomspsykiatriens mobile teams og Fremskudt Funktion blev anerkendt som værende gode og velegnede løsninger.

Mange udtrykte tilfredshed med den nuværende aldersgrænse. Men samtidig var der også en overvejende forståelse af, at det af hensyn til mulighederne for at reducere ventetider og af hensyn til behovet for at robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien kan være nødvendigt at ændre

aldersgrænsen. I den sammenhæng blev der på møderne sat fokus på gruppen af 18-25 årige og overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.

Mere detaljeret opsamling på dialogmøderne er vedlagt som bilag 1.

Notat vedrørende den fremtidig børne- og Ungdomspsykiatri har i perioden primo januar til 27. marts 2023 været i høring. Der er her modtaget høringssvar fra kommuner og øvrige samarbejdspartnere, patient- og pårørende foreninger, sygehusene, Sundhedsstyrelsen m.fl.

5. Forslag til fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark

Med afsæt i udfordringsbilledet og input fra dialogmøderne lægges til grund, at den fremtidige organisering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark skal adressere følgende parametre:

- Reduceret ventetid/venteliste
- Høj kvalitet
- Konsolidering af børne- og ungdomspsykiatrien
- Frigørelse af personaleressourcer – særligt reduceret træk på speciallægeressourcer, men også andre personaleressourcer
- Styrket forebyggelse og opfølgning

Med henblik på at opnå ovenstående mål, foreslås følgende tiltag

- Ændring af aldersgrænse
- Ændring i akutmodtagelser
- Ændring i ledelsesstrukturen
- En styrkelse af det ambulante område

Tiltagene indeholder ændringer, der får betydning for både patienter, kommuner, øvrige samarbejdspartnere og medarbejdere i både børne- og ungepsykiatrien, voksenpsykiatrien samt Afdeling for Traume- og Torturoverleverere (ATT).

Tiltagene kan ikke stå alene. Der vil fortsat være behov for en lang række øvrige tiltag, der skal sikre bedre organisatoriske og faglige rammer for indsatsen til børn og unge i psykisk mistrivsel og med psykiske lidelser på tværs af kommuner, regioner, almen praksis og øvrige praksissektorer jf. det faglige oplæg til en 10-årsplan.

Tiltagene og betydning heraf er beskrevet i de følgende afsnit, herunder en beskrivelse af de afledte konsekvenser af ændringerne, beskrivelse af de økonomiske og personalemæssige konsekvenser og håndtering af disse.

5.1. Ændring af aldersgrænse.

Den nuværende aldersgrænse (0-19 år) blev fastsat i forbindelse med Region Syddanmarks første psykiatriplan "Fremtidens psykiatri" fra 2008.

Det fremgår således af daværende psykiatriplan: "Unge på 18 og 19 år behandles som udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis det vurderes hensigtsmæssigt ud fra livssituationen/netværk, udviklingsmæssigt, modenhed, forventeligt diagnose samt tilstedeværende ekspertise på området, kan denne gruppe behandles i voksenpsykiatrien"

Denne aldersgrænse findes alene i Region Syddanmark, idet de 4 andre regioner har defineret aldersgrænsen i henhold til Sundhedsstyrelsens Specialevejledning.

Begrundelsen for at fastsætte aldersgrænsen til 0-19 år var en generel vurdering af, at mange unge ville have godt af 1-2 år mere i regi af kendte/trygge rammer i børne- og ungdomspsykiatrien.

En ændring af aldersgrænsen til 0-17 år vil nedbringe patientvolumen i børne- og ungdomspsykiatrien og dermed frigive speciallægeressourcer som kan anvendes til at nedbringe ventetiden i ambulatorierne. En ændring giver desuden mulighed for at samle og anvende personaleressourcer mere hensigtsmæssigt.

I afsnittene nedenfor beskrives såvel de aktivitetsmæssige konsekvenser af ændring af aldersgrænse såvel som konsekvenser på henholdsvis det ambulante og døgnbaserede område.

Aktivitetsmæssige konsekvenser for børne- og ungdomspsykiatrien ved ændring af aldersgrænsen

Som det fremgår nedenfor vil en ændring af aldersgrænsen aflaste børne- og ungdomspsykiatrien i væsentlig grad.

Konsekvenser i børne- og ungdomspsykiatrien ved ændring af aldersgrænse

	Nuværende status 0-19 år	Ændring ifm. ændring af aldersgrænsen	Procentvis ændring ifm. ændring af aldersgrænsen
Antal kontakter	83.913	-19.607	-23%
Antal patienter	9.936	-1.967	-20 %
Antal sengedage	12.252	-4.515	-37 %
Antal senge	47	-12	35

Det fremgår af tabellen ovenfor, at såfremt aldersgrænsen i børne- og ungdomspsykiatrien ændres fra 19 år til 17 år, vil det

- Frigøre svarende til ca. 23% af kontakterne i den ambulante børne- og ungdomspsykiatri
- Reducere antallet af børne- og ungdomspsykiatriske patienter med 20%
- Reducere behovet for antal senge i børne- og ungdomspsykiatrien med 4.515 sengedøgn svarende til en reduktion på 12,4 senge ($4.515 \text{ sengedage} / 365 \text{ dage} = 12,4 \text{ senge}$)

Herudover vil en ændring af aldersgrænsen reducere kompleksiteten i børne- og ungdomspsykiatri, da klinikerne hermed alene skal forholde sig til det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Som situationen er aktuelt skal klinikerne i børne- og ungdomspsykiatri forholde sig til to sæt lovgivning, specialeplaner og pakkerforløb samt i samarbejdet med kommunerne, hvor overgangen fra en børne- og ungeforvaltning til voksenområdet sker når borgeren bliver 18 år.

Ændring af aldersgrænse - konsekvenser for det ambulante område

På det ambulante område vil en ændring af aldersgrænsen medføre 23% færre ambulante kontakter (besøg, teleydelser mv) i børne- og ungdomspsykiatrien. Aktivitetsreduktionen vil give mulighed for bedre balance mellem speciallægeressourcer og behovet i børne- og

ungdomspsykiatrien. Ændring af aldersgrænse vil imidlertid ikke i sig selv sikre at udrednings- og behandlingsretten overholdes fremadrettet. Det vil kræve tilførsel af ekstra ressourcer jvf. efterfølgende afsnit.

Langt den overvejende del af behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien foregår ambulant. De 0-17 årige vil uændret skulle behandles i de nuværende ambulatorier i Esbjerg, Vejle, Aabenraa og Odense.

Konsekvenser for voksenpsykiatrien

De 18-19 årige vil fremover blive behandlet i en af de 13 lokalpsykiatrier i voksenpsykiatrien. For enkelte afdelinger er der ligeledes tilknyttet satellitter. Opmærksomheden skal henledes på, at dette vil øge tilgængeligheden for de 18-19 årige, idet lokalpsykiatrierne geografisk er betydeligt mere distribueret end de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier.

Som udgangspunkt flyttes ressourcerne med opgaven. Altså vil voksenpsykiatrien styrkes svarende til den øgede opgave. De voksenpsykiatriske afdelinger vil således skulle have personale overdraget svarende til den opgave de overtager. Ressourcer svarende til ca. 35 årsværk overføres til lokalpsykiatrierne. Det er inklusiv sekretærer men eksklusiv børne- og ungdomspsykiatriske læger, hvor der lægges op til, at der overføres økonomi svarende til 3 læger. De børne- og ungdomspsykiatriske læger forbliver i børne- og ungdomspsykiatrien, da udgangspunktet er, at der er for få læger i specialet og at de dermed er med til at øget kapaciteten og dermed reducere ventetiderne. Denne øgning af personaler i lokalpsykiatrierne vil medføre pladsmæssige udfordringer. Pladsproblemerne forventes forstærket, når dele af misbrugsbehandlingen skal overdrages fra kommunerne fra 2024.

Især lokalpsykiatrierne i Odense og Vejle vil have udfordringer med at rumme den nye opgave. Der er behov for at øge pladsen på disse lokalpsykiatrimatrikler. Både Odense og Vejle har på matriklen et lokalefællesskab med psykiatriens afdeling for Traume og Torturoverlevende (ATT). For at skabe plads til udvidelsen i lokalpsykiatrien Vejle og Odense foreslås det, at ATT flyttes ud og samles i Lillebæltsområdet. Samlingen af ATT vil for ATT selv skabe mulighed for faglig synergi samt fleksibilitet i opgaveløsningen, da de faglige og personlige styrker/kompetencer dermed samles. En fælles matrikel vil ligeledes give mulighed for en indretning af lokaler, der tilgodeser målgruppen. Den nærmere placering af ATT er under afklaring.

Voksenpsykiatrien vil fremover skulle behandle 18-19-årige, som behandles efter samme udrednings- og behandlingspakker som øvrige patienter i voksenpsykiatrien og samme udrednings- og behandlingspakker som de tidligere er blevet behandlet efter i børne- og ungdomspsykiatrien. Der kan dog på grund af en større volumen af patienter med spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrede selvskadende i voksenpsykiatrien, være et behov for øget kompetenceudvikling inden for disse patientgrupper. Midler til kompetenceudviklingen af voksenpsykiatrien findes inden for de afsatte midler til omorganiseringen i 2023, således at medarbejdere i voksenpsykiatrien får mulighed for opkvalificeringen inden for områderne.

Ændring af aldersgrænse - konsekvenser for døgnbehandling

Børne- og ungdomspsykiatrien er for nuværende organiseret med en decentraliseret sengekapaletet med børne- og ungdomspsykiatriske senge tre steder (Esbjerg, Aabenraa og Odense). Det binder en relativt stor del af personaleressourcerne i lægedækning og vagtdækning.

Ændringer i aldersgrænsen reducerer i antallet af sengedage og dermed senge i børne- og ungdomspsykiatrien. De nuværende 47 senge vil derfor kunne reduceres til 35 senge ud fra et gennemsnit af de seneste tre års indlæggelsestal fordelt på aldersgrupper. Med den nuværende struktur ville de skulle fordeles med:

- 5 senge i Esbjerg
- 13 senge i Aabenraa
- 17 senge i Odense

Driftsmæssigt vurderes et sengeafsnit med 5 senge med lav belægningsprocent ikke at være hensigtsmæssigt. Derfor er der behov for at samle sengene. På den baggrund foreslås det, at døgnbehandling samles to steder i regionen i henholdsvis Jylland og på Fyn.

Udfordringerne for børne- og ungdomspsykiatrien er så akutte og omfattende, at det er vigtigt at kunne effektuere løsningerne med det samme og hvor det er muligt at placere sengeafsnittet tæt på FAM og børneafdeling. Dette er muligt i Aabenraa, men ikke i Esbjerg, hvor FAM og børneafdeling er på en anden matrikel og hvor de nødvendige 18 senge ikke umiddelbart kan etableres. Det vurderes samtidig heller ikke muligt at udbygge på den eksisterende grund. De fremtidige sengeafsnit, der begge vil have tilknytning til FAM og børneafdeling bliver derfor:

- 18 senge i Aabenraa
- 17 senge i Odense

Der er i Odense 22 senge etableret. Der vil således være mulighed for 5 buffersenge. Det vil også være aktuelt ved ibrugtagning af Nyt OUH, hvor der etableres fysiske lokaliteter til 22 senge. I Børne- og Ungdomspsykiatri Odense, arbejdes der med nærhed og tryghed ved at arbejde i mindre teams med afgrænsninger i enheden og flere hjerterum. De nuværende rammer i Aabenraa giver mulighed for en lignende opdeling som understøtter tryghed.

Samlingen vil betyde, at nogle patienter mellem 13-17 år og deres pårørende i Jylland (primært Esbjerg, Fanø og Varde kommuner) vil få længere transport til døgnbehandling. I bilagsmaterialet er vedlagt opgørelse over aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien for de to kommuner.

De 0-12 vil uændret skulle indlægges i Odense, jvf. Sundhedsstyrelsens specialplan fra 2015.

De 18-19 årige vil overgå til voksenpsykiatrien, hvor indlæggelse foregår 6 steder i regionen og den ambulante behandling i 13 lokalpsykiatrier.

I forbindelse med høringen, er der fremkommet bekymringer ift. befordring. Hovedreglen for befordring er, at man som patient og pårørende selv skal stå for befordring til og fra sygehuset. Dette gælder også inden for psykiatrien. Man kan få tilskud til befordring, hvis afstanden fra hjem til sygehus er mere end 50 km.

Hvis man ikke selv kan komme på sygehuset - ved akutte besøg/indlæggelse og planlagte indlæggelser - er der muligheder for hjælp til befordring:

- 1) I akutte tilfælde (eksempelvis forværring i psykotiske symptomer eller ved selvmordstruet patient) kan sundhedspersonalet rekvirere en ambulance eller en liggende transport, hvis der er behov for behandling under transporten og/eller behov for at ligge ned under transporten.
- 2) I akutte tilfælde (eksempelvis forværring i psykotiske symptomer eller ved selvmordstruet patient) og hvis den unge kan sidde i en almindelig bil, kan sundhedspersonalet bestille en siddende transport ved Flextrafik til den unge og dennes ledsager. Er ventetiden på den siddende transport for lang, kan der bestilles en taxa "akut".
- 3) I planlagte tilfælde - eksempelvis hvor egen læge i forbindelse med konsultation eller hvor ambulatorie beslutter, at der er behov for indlæggelse - kan sundhedspersonalet bestille en siddende befordring til den unge og dennes ledsager.

De to mest relevante kriterier under punkt 2 og 3 er, at sundhedspersonalet skal vurdere, at der er et sundhedsfagligt behov for befordring, og der skal desuden være mere end 50 km. mellem hjem og sygehus. Der vil som oftest være tale om et sundhedsfagligt behov, når der er tale om en

psykisk syg ung. Det forhold, at pårørende f.eks. finder det uforvarligt at skulle køre den unge, vil tale for, at sundhedspersonalet vurderer, at der er et sundhedsfagligt behov.

I forhold til hjemtransport, så er mulighederne for befording i princippet de samme som ved transport til sygehuset, dog således at der som oftest ikke længere på udskrivelsestidspunktet er samme sundhedsfaglige behov for transport. Patient/pårørende vil derfor som oftest selv skulle stå for hjemtransporten efter indlæggelse.

Psykiatrien har erfaring med at anvende digitale løsninger, som kan understøtte fortsat tilgængelighed for samarbejdspartenerne i forhold til døgnpsykiatrien i Aabenraa, hvor videoløsninger kan anvendes i forbindelse med netværksmøder, udskrivningskonferencer mm.

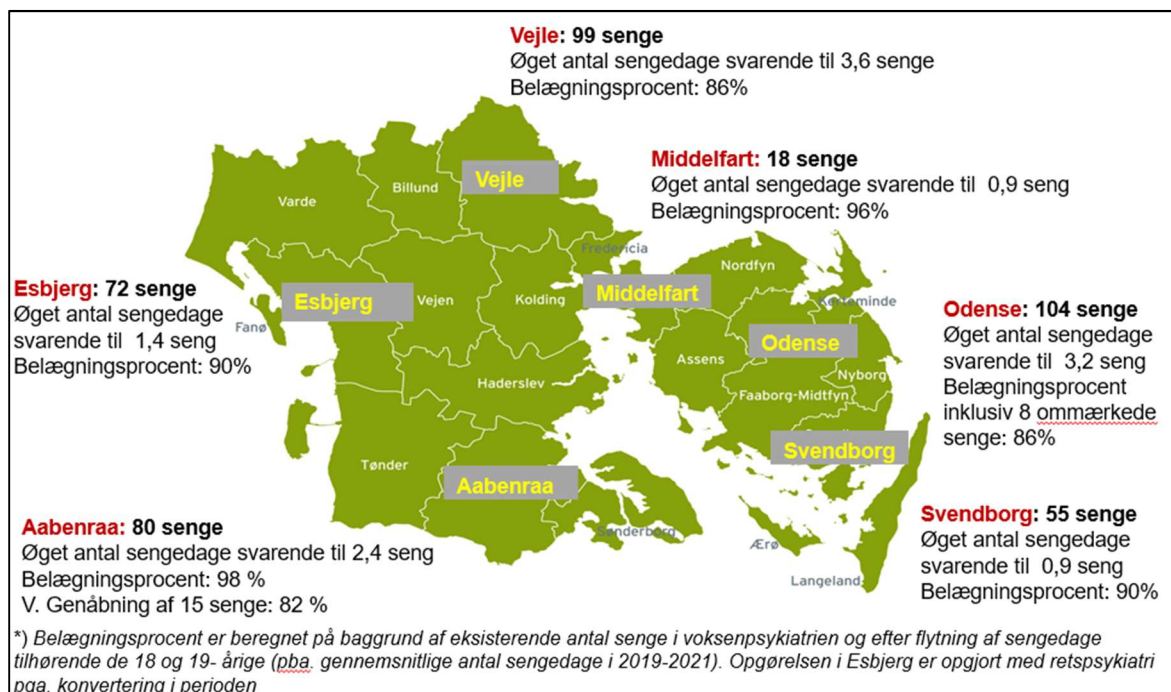
Samlingen af sengene på to matrikler vil reducere vagtbelastning for lægerne, hvilket forbedrer arbejdsmiljøet og frigiver tid til opgaver i ambulatorierne samt til uddannelse af yngre læger.

Desuden vil der være en samlet økonomisk besparelse ved at nedlægge et sengeafsnit. Der henvises til afsnit 7 om de økonomiske konsekvenser.

Konsekvenser for voksenpsykiatrien

De 18-19 årige vil med dette forslag fremover skulle indlægges i voksenpsykiatrien.

Det er ikke umiddelbart muligt på kort sigt at udvide sengekapaciteten i voksenpsykiatrien. Det medfører, at udvidelsen som udgangspunkt skal ske inden for den eksisterende sengemasse. Derfor kan der forventes et øget pres på de voksenpsykiatriske senge. Konsekvenserne for de enkelte afdelinger fremgår af kortet nedenfor. De opgjorte belægningsprocenter er efter at de 18-19 årige er overgået til voksenpsykiatrien.



Som det fremgår af kortet vil der med ændring af aldersgrænsen være flere afdelinger som forventes at få relativt høje belægningsprocenter. Med henblik på at imødegå dette foreslås følgende tiltag:

- At de 15 midlertidig lukkede senge i Aabenraa genåbnes, og anvendes til at aflaste sengeafdelingen i Vejle og Esbjerg.
- At de ommærkede særlige pladser (8 pladser) fortsat anvendes til at aflaste sengeafdelingen i Odense.
- At der på Fyn afsøges mulighed for at tilkøbe yderligere kapacitet i de særlige pladser til at aflaste sengeafdelingerne. Belægningsituationen vil blive fulgt løbende og ved behov, vil der efter aftale med kommunerne, kunne tilkøbes flere pladser.
- Etablering af en afhjælpningspulje på 3,5 mio. kr. til de voksenpsykiatriske afdelinger. Puljen vil muliggøre at afdelinger ved høj belægning kan tilføres ressourcer til afhjælpning heraf.

Sengekapacitet på længere sigt

I forhold til det samlede antal senge så vil der med dette forslag være en midlertidig nedgang på 7 senge i det samlede antal psykiatriske senge. Dette er inklusiv 5 buffersenge i børne- og ungdomspsykiatrien i Odense.

Med åbning af det nye OUH vil der samlet set ske en udvidelse af antallet af psykiatriske senge, idet antallet af senge i psykiatrisk afdeling Odense øges med 32 senge. 13 senge kommer fra den tidligere psykiatriplan samt 19 rehabiliterende senge, som er en udvidelse beskrevet og besluttet i forbindelse med psykiatriplan 2020-2024. De yderligere 32 sengepladser kan ikke udelukkende opsuges af borgere fra kommunerne Odense, Kerteminde og Nordfyn, som er optagekommuner for psykiatrisk afdeling Odense.

Der vil på den baggrund, i forbindelse med ibrugtagning af det nye OUH, med fordele kunne ses på en ændret fordeling af opgaver/patienter på Fyn, og der vil også med fordel kunne ses på om opgaven med ældrepsykiatrien for de nordfynske kommuner, fortsat skal løses med udgangspunkt i Psykiatriske Afdeling Vejle.

Oversigt over senge i psykiatrisygehuset

	2022	Ved ændring i 2023 og indtil nyt OUH*	Efter ibrugtagning af nyt OUH
Psykiatriske senge	435	435	448
Retspsykiatriske senge	99	99	99
Rehabiliterende senge	0	0	19
Børne- og ungdomspsykiatriske senge	47	35+5	35+5
Antal senge i alt	581	569+5	601+5
Ommærkede pladser	8	8	8
Antal senge i alt inkl. Ommærkede pladser	589	577+5	609+5
Særlige pladser	24	24	24
Antal senge i alt	613	601+5	633+5

*Frikøb af 4 særlige pladser til almen psykiatri kommer derudover

Særlig indsats for unge

I dialogprocessen har der været en bekymring for tidligere overgang til voksenpsykiatrien hvis man sænkede aldersgrænsen for børne- og ungdomspsykiatrien. En bekymring dog ikke kun for de 18 og 19 årige men ungegruppen op til 25 år.

Det vurderes imidlertid ikke muligt at etablere egentlige ungeafsnit. Det skyldes, at den psykiatriske døgnbehandling hovedsageligt er organiseret med afsæt i diagnoser eller kommuner. Der vil derfor være behov for fokus på denne målgruppe på tværs af den enkelte afdelings døgnafsnit og sygehuset vil på den baggrund have dette som et indsatsområde. Afdelingerne vil derudover arbejde med meningsfulde aktiviteter målrettet de 18-25 årige. Der arbejdes desuden på etablering af tilbud for unge inden for frivillighedsområdet, herunder ungecafeer.

Erfaringerne med målgruppen fra børne- og ungdomspsykiatrien vil, sammen med de erfaringer afdelingerne allerede har med de 20-25 årige, udgøre fundamentet for den fremtidige indsats for den yngste målgruppe i voksenpsykiatrien. I lokalpsykiatrien vil de 18-25 årige, som i dag, blive behandlet ud fra de voksenpsykiatriske pakker. De 18-19 årige vil opleve en øget tilgængelighed, da der er flere lokalpsykiatrier i voksenpsykiatrien. Derudover er der områder, hvor sygehuset i forvejen særlige initiativer til netop den målgruppe fx opsøgende behandling af psykotiske unge.

Fokus vil derudover være på overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien – det såkaldte transitionsforløb, som beskriver faser som understøtter en tryk overgang. Selve overgangen understøttes af en overgangsplan, der udarbejdes i Børne- og ungeafdelingen i samarbejde med den unge, forældre/netværkspersoner og voksenafdelingen. Arbejdet med overgange understøttes af indgåelse af samarbejdsaftaler mellem børne- og ungeafdelingen og voksenafdelingen. Derudover arbejdes der med en fleksibilitet i forhold til alder og overgang mellem børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatrien, på baggrund af en faglig vurdering af, hvad der er det rigtige tilbud til den unge. Desuden kan mobilteams fra børne- og ungdomspsykiatrien indtænkes i forhold til at understøtte gode patientforløb i forbindelse med overgangen.

Opsummering af konsekvenser ved ændring af aldersgrænse

Konsekvenser for børne- og ungdomspsykiatrien:

- Den ambulante aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien reduceres med 23 %, hvilket frigør lægeressourcer.
- Behovet for senge reduceres fra nu 47 senge til 35 senge. Det reducerer behovet for senge i Esbjerg til 5, hvilket driftsmæssigt ikke vurderes hensigtsmæssigt. Derfor foreslås et samlet sengeafsnit i Aabenraa, da det bygningsmæssigt er muligt at effektuere nu og sikre tilknytning til FAM. På den baggrund foreslås følgende sengeafsnit fremover:
 - 17 senge i Odense (+ 5 buffersenge)
 - 18 senge i Aabenraa
- Med en kapacitet i Odense nu og fremover på 22 sengepladser, vil der være en indbygget bufferkapacitet på 5 senge.

Konsekvenser for voksenpsykiatrien

- Voksenpsykiatrien styrkes til at overtage de 18-19 årige, idet ressourcer svarende til 35 årsværk overføres til lokalpsykiatrierne (inklusive sekretær og eksklusiv læger)
- Der vil være pladsmæssige problemer blandt andet i lokalpsykiatrierne i Vejle og i Odense – pladsproblemer der forventes forstærket, når dele af misbrugsbehandlingen skal overdrages fra kommunerne fra 2024.

- Som en del af løsningen med at skaffe plads til den udvidede ambulante opgave i Odense og Vejle foreslås, at ATT afdelingerne i hhv. Vejle og Odense samles i Lillebæltsområdet. Den konkrete placering arbejdes der på og regionen vil gå i dialog med Sundhedsstyrelsen omkring evt. afledte konsekvenser for specialeplanen, da disse er matrikelbundet.
- Sengebehov øges i voksenpsykiatrien med 12 senge fordelt med 5 senge i de fynske afdelinger og 7 senge i de jyske afdelinger, hvilket kræver:
 - At de 15 midlertidige lukkede senge i Aabenraa reetableres, og kan anvendes til at aflaste sengeafsnittene i Vejle og Esbjerg
 - At de ommærkede særlige pladser fortsat anvendes til aflastning af sengeafsnittene i Odense
 - At der på Fyn tilkøbes ekstra ledig kapacitet i de særlige pladser til aflastning af sengeafsnittene i Odense
 - At der etableres en afhjælpningspulje til at imødekomme belægningsudfordringer

Konsekvenser for borgerne /kommunerne

- Den største del af behandlingen fortsætter med at foregå ambulant, og styrkes for de 0-17 årige med udbygning af Fremskudt Funktion og STIME
- Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.
- Der vil for borgere i aldersgruppen 13-17 år, særlige fra Varde og Esbjerg, blive længere til indlæggelse

5.2. Akutmodtagelser

Region Syddanmark har uvisiteret adgang til psykiatriske akutmodtagelser. Ud over akutmodtagelsen er der etableret mobileteams, der rykker ud af sygehuset. Samtidig tilbydes sub-akutte tider mv. I dag er der døgnåben akutmodtagelse af børn og unge to steder i regionen – i Odense og Esbjerg. Døgnåbne akutmodtagelser trækker forholdsvis mange lægerressourcer.

En samling af akutmodtagelserne minimerer vagtbelastningen og frigiver lægerressourcer til andre opgaver. Der vil således være mulighed for omlægning af vagttid til dagtid til yderligere lægelig medvirken ved ambulant udredning og behandling.

For at sikre så optimal udnyttelse af speciallægerens tid, foreslås det derfor at samle akutmodtagelsen aften/nat i Odense og derved reducere i åbningstiden i den jyske akutmodtagelse (i Aabenraa) til kl.8.00 til 18:00. De 0-12 årige modtages fortsat alene i Odense.

Ved en samling af akutmodtagelsen i Odense vil patienter fra de jyske kommuner få lidt længere afstand til en akutmodtagelse i aften/nat. Data viser, at det i gennemsnit drejer sig om 141 patienter pr. år. Der henvises til bilag 2. Da der sker en flytning fra Esbjerg til Aabenraa vil det primært have betydning for de vestjyske samt sønderjyske kommuner. Det vil ingen særlig betydning have for trekantsområdet.

Det er muligt at få siddende befordring, såfremt patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentligt transport og afstanden samtidig til sygehuset, hvor den nødvendige behandling kan finde sted, overstiger 50 km.

Såfremt der er tale om åben indlæggelse eller hvis der er tale om tvangsindlæggelse vil disse fortsat kunne foregå i Aabenraa.

Opmærksomheden skal henledes på at op imod 90 % af de akutte indlæggelser i Jylland i dag sker efter at der har været telefonisk kontakt til afdelingen.

Der er i dag en akuttelefon i Esbjerg. Akuttelefonvagten yder rådgivende hjælp til børn og unge, pårørende, egen læge, vagtlæge, kontaktpersoner i kommunalt regi, lærere, politi og etc. Patientens tilstand og behov afdækkes via telefonkonsultationen og funktionen afsøger muligheder for at afhjælpe og lindre patientens tilstand.

Flytningen af akutmodtagelse og senge til Aabenraa lukker ikke for muligheden for at patienter og pårørende telefonisk kan henvende sig uden for dagtid. Der vil efter omorganiseringen fortsat være mulighed for telefonisk kontakt og den telefoniske mulighed vil blive udbredt til hele regionen med mulighed for at tilbyde subakutte tider på alle matrikler alle hverdage.

Subakutte tider i børne- og ungdomspsykiatrien gives til både patienter, der er kendte i psykiatrien og patienter som er nye i psykiatrien. De subakutte tider er primært knyttet op på afdelingernes ambulatorier. Der er planlagt med plads i kalenderen til subakutte tider alle hverdage i børne- og ungdomspsykiatriens ambulatorier i Esbjerg, Aabenraa, Vejle og Odense. Derudover har børne- og ungdomspsykiatrien etableret mobilteams, som kører ud til i forvejen kendte patienter i hjem og på institution. Patienter visiteres til mobilteams fra døgnafsnit, ambulatorier eller via samarbejdsparter i kommunalt regi.

Såfremt en kendt patient i dagtid får en akut forværring og har brug for kontakt til psykiatrien, kontaktes ambulatoriet direkte med henblik på en subakut tid. Er det en borger, som ikke er kendt i psykiatrien, der bliver akut syg f.eks. kl. 10 om formiddagen kontaktes den praktiserende læge, som foretager en vurdering og ved behov kontakter børne- og ungdomspsykiatrien for akut vurdering, subakut tid eller indlæggelse.

Aften og nat kan kendte patienter ved akut forværring ringe til akuttelefonen, hvor der sker en vurdering af, om patienten skal indlægges, tilbydes akut vurdering i akutmodtagelsen eller en subakut tid dagen efter. Borgere der ikke er kendte i psykiatrien kan ved akut psykiatrisk sygdom aften og nat kontakte akutmodtagelsen enten ved at møde frem eller via akuttelefonen, alternativt kan vagtlægen kontaktes, som ved behov kontakter børne- og ungdomspsykiatrien for indlæggelse, akut vurdering, eller sub akut tid dagen efter.

Sundhedsstyrelsen har i deres hørings svar udtrykt forståelse for manglen på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark. De har samtidig bemærket, at Aabenraa er et akutsygehus, og at regionen derfor bør udarbejde en plan for, hvornår det forventes, at børn og unge kan blive modtaget i det aktuelle tidsrum. Regionen vil gå i dialog med Sundhedsstyrelsen om, at dette ikke forventes muligt inden for de førstkomende år. Indtil da, vil Region Syddanmark justere de præhospitale visitationsretningslinjer.

Ændringernes betydning: Akutmodtagelse

For patienter og pårørende:

- 0-17 år: De patienter som skal i en psykiatriske akutmodtagelse skal fremover til Aabenraa og Odense. Aften og nat skal alle patienter til Odense.
- 18-19 år: Patienterne vil fremover behandles i voksenpsykiatrien som har fire psykiatriske akutmodtagelser.

For kommuner og øvrige samarbejdspartnere:

I forhold til de 0-17 årige, fortsætter den regionale dækning med mobileteams frem til kl. 22. Bosteder i Jylland vil få længere til en akutmodtagelse aften/nat, hvilket til dels kan imødegås via telefonisk rådgivning samt subakutte tider

5.3 Fremtidig ledelsesstruktur – én fælles ledelse

Den nuværende ledelse af de to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger består af;

- Børne- og Ungdomspsykiatri Odense – dækker geografisk Fyn
 - en cheflæge og en chefsygeplejerske
- Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland – dækker geografisk resten af regionen:
 - en chefsygeplejerske og pt. en konstitueret afdelingschef (specialpsykolog)

Udfordringerne kalder på en fleksibel anvendelse af ressourcer på tværs af matrikler og mulighed for at kunne prioritere på tværs af børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor samles de nuværende to afdelingsledelser til én afdelingsledelse, der kan disponere over de samlede ressourcer.

Den fremtidig organisering af børne- og ungdomspsykiatrien vil derfor være med én fælles ledelse for den samlede børne- og ungdomspsykiatriske indsats i Region Syddanmark.

Afdelingens hovedsæde vil være Odense, men der er behov for en særlig opmærksomhed på mulighederne for nærved-ledelse med tilstedeværelse på afdelingsledelsesniveau på alle afdelingens matrikler og derudover forudsættes det, at der ud over den udvidede afdelingsledelse sker styrkelse af ledelsesniveauet, der refererer til afdelingsledelsen. Den nye fælles ledelse vil arbejde videre med konkrete planer herfor.

Den nye samlede afdeling vil fremover benævnes Børne- og Ungdomspsykiatri Syddanmark.

5.4. En styrkelse af samarbejdet med kommunerne i forhold til forebyggelsen og overgangene mellem de kommunale tilbud og de regionale.

Der er en lang række tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, der rækker ud til kommunerne og praksis og som kommunerne i forbindelse med dialogrunden har tilkendegivet tilfredshed med. Det drejer sig blandt andet om:

- Mobilteams: Hvor afdelingen giver rådgivning og sparring til medarbejdere på bosteder, samt til forældre og øvrigt netværk i enten hjemmet eller på bosteder. Mobilteams er tilgængeligt fra kl. 8-22 på hverdage samt kl. 13-22 weekender/helligdage.
- Fremskudt funktion som er et tværsektorielt samarbejde til børn og unge i mistrivsel i en gråzonen mellem psykiatri og kommunerne som fra 2022 blev permanentgjort af regionsrådet. Målgruppe for fremskudt funktion er 6 -18 år.

- Specialistrådgivning, hvor praktiserende læger i dagtid kan henvende sig til en læge i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Tværsektoriel kompetenceudvikling: F.eks. ift. spiseforstyrrelsesområdet

Desuden nævnes at der er stort fokus på at udvikle og udbrede digitale behandlingstilbud – noget der også blev kvitteret for i dialogprocessen. I den forbindelse kan det blandt andet nævnes, at der med budgetforliget for 2022 blev afsat 2,5 mio. kr. årligt til at udvikle og drive et digitalt behandlingstilbud til børn og unge i alderen 12-18 år, der har psykiske lidelser.

I dialogprocessen er der peget på behov for endnu tættere dialog og samarbejde med kommunerne og almen praksis – også i forhold til yderligere udvikling og anvendelse af digitale løsninger- både i forhold til et forebyggende arbejde i kommunerne samt i behandlingsøjemed. Center for digital psykiatri driver og vedligeholder sitet mindhjelper.dk på vegne af regionerne i Danmark. Her findes digital brevkasse samt muligheder for deltagelse i angstskele mv.

Konkret foreslås det derfor at igangsætte drøftelser med kommunerne med henblik på at styrke det etablerede samarbejde i Fremskudt Funktion, som kommunerne ytrede generel stor tilfredshed med.

Med henblik på yderligere udvikling af det tværsektorielle samarbejde foreslås endvidere at søge inspiration fra projektet STIME (se bilag 3 for yderligere beskrivelse), der er udviklet i Region Hovedstaden. I STIME projektet samarbejder Region Hovedstaden og udvalgte kommuner om børn og unge ud fra en tydelig fordeling af roller og ansvar. Selve indsatsen bliver leveret af kommunerne, der opsporer børn og unge, der har behov for hjælp. Børne- og ungdomspsykiatrien bidrager med specialiseret viden om udvikling af nye indsatser og klæder gennem uddannelse, supervision og løbende rådgivning psykologer i kommunerne på til at kunne levere lettere behandling.

Det foreslås endelig at der arbejdes videre med en yderligere beskrivelse af digitale løsninger, som vil kunne understøtte ambitionen om et tættere samarbejde med kommuner og praksisområdet samt en robust børne- og ungdomspsykiatri. Det vil ligeledes også være muligt at arbejde videre med ideer fra samarbejdspartnere ud over de nævnte forslag i nærværende notat.

Alle initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde.

Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet med kommunerne. Det lægges til grund at den videre udvikling af fremskudt funktion og evt. udvikling af STIME i Region Syddanmark sker inden for den afsatte ramme

Opmærksomheden skal henledes på, at der med aftalen om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed ligeledes allokeres midler til kommunernes forebyggelse af mental trivsel i form af midler til lettilgængelig tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske symptomer. Initiativer i den forbindelse skal ses i sammenhæng med ovennævnte forslag.

6. Styrkelse af den fremtidig ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien

Sænkning af aldersgrænsen skaber de nødvendige forudsætninger for at sikre et rettidigt børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud, men giver ikke i sig selv en tilstrækkelig kapacitet til at sikre rettidigt

tilbud til de børn og ungdomspsykiatriske patienter. Det skyldes, at det er lagt til grund at de derved frigjorte ressourcer følger med opgaven og tilføres voksenpsykiatrien.

Der er derfor behov for at udvide den ambulante kapacitet, så der fremadrettet bliver (bedre) balance mellem kapacitet og efterspørgsel.

I 2020 blev indført rammestyring inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Rammestyringen hviler på det aktivitetsniveau, der var i 2019 (baseline).

Aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien i 2019, 2020 og 2021 (Cosmic data)

	2019	2020	2021
Henvisninger	6.804	7.201	8.063
Ambulante ydelser	69.560	75.354	78.139

Fra 2019 til 2021 har der været en vækst i antal ambulante ydelser, hvortil aktiviteten er finansieret inden for budgetrammen. Denne aktivitetsudvikling rummer også stigningen i aktivitet for de 18 og 19 årige. Såfremt der korrigeres for de 18-19 årige og de registreringsændringer som er sket i forbindelse med overgang til LPR3 og overgang fra Cosmic til EPJ Syd er væksten fra 2019 til 2021 15,9%. Denne vækst er sket uden udvidelse af budgetrammen og en del af forklaringen på det pres som børne- og ungdomspsykiatrien pt. oplever.

I forbindelse med overgangen fra Cosmic til EPJ Syd, som for psykiatriens vedkommende er sket i faser sammen med de respektive somatiske sygehuse, kan aktivitetstal fra de to EPJ systemer ikke umiddelbart sammenlignes, hvorfor der ikke er medtaget fremskrevne aktivitetstal for 2022. Vurderingen er umiddelbart, at aktiviteten i 2022 er på niveau med 2021 dog med tendens til at være stagnerende og muligvis let faldende.

Aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien- data fra Cosmic er korrigeret for aldersgrænse samt flere ydelser pr. dag

	2019	2020	2021
Ambulante ydelser	48.515	53.396	56.210

I 2019 blev indført rammestyring af det ambulante område for børne- og ungdomspsykiatri. Den beskrevne aktivitetsudvikling er således sket inden for eksisterende rammer.

Dette har haft konsekvenser for en række øvrige funktioner, og det vurderes, at det ikke inden for nuværende rammer er realistisk at fortsætte på 2021 niveauet.

Det vurderes, at aktivitetsniveauet for 2021 alt andet lige vil være et godt udgangspunkt for fremtidig balance mellem kapacitet og efterspørgsel (i 2021 blev udredningsretten overholdt for samlet set 96,4%)

Det foreslås derfor, at det fremtidige aktivitetsniveau inden for rammestyringens præmisser fastlægges til 56.000 ambulante ydelser

For at sikre dette aktivitetsniveau er der behov for at tilføre 9,6 psykologer/sygeplejersker svarende til 6,2 mio. kr. Herudover er der behov for at sikre ressourcer til at fastholde 3 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien (skal ikke følge med opgaven til voksenpsykiatrien). I alt er der således behov for at tilføre børne- og ungdomspsykiatrien 9,5 mio. kr. årligt.

Såfremt det viser sig at denne kapacitet er utilstrækkelig i forhold til at fastholde acceptabel ventetid foreslås, at der genindføres aktivitetsstyring på området.

7. Økonomiske konsekvenser

Der vil, såfremt beskrevne tiltag i tidligere afsnit iværksættes, blive frigjort midler. Ved reduktion af sengekapaaciteten med 12 senge i børne- og ungdomspsykiatrien vil der blive frigjort samlet 11,7 mio. kr. Endvidere er der afsat en ramme på 5 mio. kr. i budgetaftalen for 2023 til det forebyggende, opfølgende og udadgående behandlingstilbud på børne- og ungeområdet. Der er således midler der kan prioriteres til området på 16,7 mio. kr.

Samtidig lægges på grund af ubalancer i forhold til tilstrækkelig ambulans kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien samt behov for udvidelser af sengekapaaciteten til de 18-19 åriges overgang til voksenpsykiatrien også op til udvidelser som kræver prioritering af ressourcer.

Der foreslås et løft af aktivitetsniveauet på det ambulante børne- og ungdomspsykiatriske område med 9,5 mio. kr. Det lægges i den forbindelse til grund, at aktivitetsniveauet fra 2021, reduceret for aktivitet for de 18 og 19 årige, permanentgøres som den nye baseline med 56.000 ydelser. Endvidere lægges op til, at de 5 mio. kr. afsat i budgetforliget 2023 prioriteres til yderligere prioritering af Fremskudt Funktion samt til igangsættelse af yderligere tværsektorielle tiltag med kommunerne inspireret af STIME.

I forhold til voksenpsykiatriens forventelige udfordringer med høj belægning foreslås det at frikøbe 4 senge i de særlige pladser, hvilket beløber sig til 6,1 mio. kr. Belægningsprocenten vil blive fulgt og ved behov kan der frikøbes yderligere pladser efter aftale med kommunerne. Endvidere foreslås en afhjælpningspulje på 3,5 mio. kr. til de afdelinger, som vil være hårdest ramt af høj belægning. Der foreslås således prioriteret 9,6 mio. kr. til voksenpsykiatrien.

Samlet set indebærer forslaget en merøkonomi på 7,4 mio. kr. som i 2023 foreslås finansieret via den akut kapacitetspakke, der indgår i aftalen om 10 års planen indgået i september 2022.

Det er forventningen, at der også i overslagsårene vil kunne findes finansiering inden for midlerne afsat i 10-årsplanen, Hvis dette ikke viser sig at tilfældet, vil finansiering skulle håndteres som led i budget 2024

Økonomiske konsekvenser – frigjorte og reserverede midler

	Beløb
Døgpsykiatri: Reduktion af 12 senge i børne- og ungdomspsykiatrien Drift af 7 senge i Esbjerg, drift af 5 senge i Odense	11,7 mio. kr.
Ambulant psykiatri: Intern omfordeling af ressourcer fra børne- og ungdomspsykiatri til voksen svarende til ca. 35 årsværk	0 mio. kr.
Budget 2023: Reserverede midler budget 2023. Budgetaftalen reserverer 5 mio. kr. til det forebyggende, opfølgende	5,0 mio. kr.

og udadgående behandlingstilbud på børne- og ungeområdet	
I alt	16,7 mio. kr.

Økonomiske konsekvenser - nye tiltag

	Beløb
Døgnpsykiatri: Frikøb af 4 senge i de særlige pladser (frem til nyt OUH) "Afhjælpningspulje" øget belægning i voksenpsykiatrien	6,1 mio. kr.* 3,5 mio. kr.
Ambulant psykiatri: Øget aktivitetsniveau/baseline Mere intensiv samarbejde med kommunerne – STIME, fremskudt funktion m.v.	9,5 mio. kr. 5,0 mio. kr.
I alt	24,1 mio. kr.

*) Beløbet dækker frikøb af 4 pladser. Ved behov for yderligere frikøb, skal finansiering hertil afklares.

Samlet set indebærer forslaget en merøkonomi på 7,4 mio. kr. Dertil kommer udgifter til lokaler til afhjælpning af pladsmangel i lokalpsykiatrierne. Såfremt der vurderes behov for tilkøb af flere særlige pladser vil dette koste yderlige og den samlede merøkonomi øges.

8. Implementering

Regionsrådet forventes, på baggrund af høringsbidrag, at godkende en endelig model på regionsrådets møde i april måned 2023.

Der er tale om en stor omlægning, der berører hele psykiatrisygehuset. Implementeringen af ændringerne vil derfor forløbe over en periode. Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare.

Fusionen af de to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger træder i kraft umiddelbart efter beslutningen i april 2023. Den fremtidige afdelingsledelse tilrettelægger fusionen.

Overgang for patienter.

Overgangen for patienter foreslås at forløbe som følgende:

- Ambulante patienter. Fra 1. september 2023 henvises nye 18-19 årige patienter til ambulant behandling i lokalpsykiatrierne. Fra 1. september til 31. december 2023 færdigbehandles 18-19 årige ambulante patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i gangværende behandlingsforløb. Patienter i gangværende behandlingsforløb, som ikke kan afsluttes pr 31. december 2023 overdrages efter konkret vurdering herefter til videre behandling i lokalpsykiatrien.
- Indlagte og akutte patienter. Fra 1. september 2023 indlægges 18-19 årige patienter i voksenpsykiatrien og får mulighed for akutbehandling i de fire FAM/PAM'er. Samtidig ophører driften af børne- og ungdomspsykiatriens senge i Esbjerg ligesom driften af de

børne- og ungdomspsykiatriske senge i Odense tilpasses jf. nærværende oplæg, og ændringer ift. akutmodtagelsen for 0-17 årige ift. nærværende plan træder i kraft. Patienter indlagt mellem september til december 2023 vil overgå til videre ambulans behandling i voksenpsykiatrien.

Patientoverdragelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for transition fra børne- og ungdomsområdet til voksenområdet i sygehusregi".

Når den endelige plan er vedtaget orienteres sygehusets samarbejdspartner om ovenstående ændringer.

Overgang for personale.

Ift. ændringerne for personalet gælder følgende overordnede principper:

- Tilrettelægges ud fra regionens retningslinje
- Iværksættes efter politisk beslutning
- Forberedes parallelt med processen
- Der er brug for alle medarbejdere
- Inddragelse af de lokale samarbejdsudvalg i udarbejdelse af kriterier
- Individuelle samtaler med berørte medarbejdere
- Tilbud om flytning eller evt. tilbud om omplacering samt varsling

Konkret lægges der i forlængelse af ovenstående op til at:

- Personalet i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier bliver i børne- og ungdomspsykiatrien for at skabe mest mulig ro i en overgangsperiode, og sikre at der frem til udgangen af overdragelsesperioden er ekstra hænder i børne- og ungdomspsykiatrien. Tilpasningsopgave som følger af, at der skal afgives ressourcer til voksenpsykiatrien til ambulans behandling af de 18-19 årige, håndteres via den almindelige personaleomsætning og forventet opdrift i andre opgaveområder inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Lokalpsykiatrierne i voksenpsykiatrien tilføres midler, så de kan rekruttere personale til den nye opgave.
- Ift. personalet på døgnafsnittet i børne- og ungdomspsykiatrien i Esbjerg tages der parallelt med høringsfasen en afsøgende dialog ift. afdækning af ønsker til fremtidig job inden for de muligheder, der samlet set kan opstå i hhv. børne- og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Aabenraa eller på de voksenpsykiatriske døgnafsnit. Når den endelige politiske beslutning er truffet og de formelle tilbud om fremtidig ansættelse kan gives til medarbejderne, forventes der dermed på forhånd at være skabt det bedst mulige overblik, så der skabes det bedst mulige match mellem ledige stillinger og personalets ønsker.
- Tilpasningen af det børne- og ungdomspsykiatriske sengeafsnit i Odense vil ske ved naturlig personaleomsætning.
- Processen omkring flytning af Afdeling for Traume og Torturoverleverer til Lillebæltsområdet vil ske ud fra de almindelige principper for flytning, når indflytningsdatoen er endeligt afklaret.

I forhold til dialogen med kommuner og praktiserende lægers organisation (PLO) om udvidede tilbud foreslået i regi af Fremskudt Funktion og evt. STIME vil der blive iværksat initiativer til drøftelse heraf på kommende møder i socialdirektørforum og i de fire sundhedsklynger i første kvartal 2023, således at det sikres, at der iværksættes tiltag, som kommuner og praktiserende læger oplever værdiskabende.

Bilag: Oversigt over behandlingstilbud til børn og unge 0-19 år.

FØR							
0-19 årige							
	Ambulant behandling	Mobil teams	Fremskudt funktion	Dag-behandling	Akutmodtagelse	Subakutte tider	Døgnspsykiatri
Esbjerg	x	x	x	x	x	x	x
Brørup							
Varde							
Vejle	x	x	x	x		x	
Fredericia							
Kolding							
Aabenraa	x	x	x	x		x	x
Tønder							
Haderslev							
Sønderborg							
Odense	x	x	x	x	x	x	x
Svendborg							
Middelfart							

Efter										
0-17 årige								18-19 årige		
	Ambulant behandling	Mobil teams	Fremskudt funktion	Dag-behandling	Akutmodtagelse	Subakutte tider	Døgnspsykiatri	Ambulant behandling	Akutmodtagelse	Døgnspsykiatri
Esbjerg	x	x	x	x		x		x	x	x
Brørup								x		
Varde								x		
Vejle	x	x	x	x		x		x	x	x
Fredericia								x		
Kolding								x		
Aabenraa	x	x	x	x	(8:00-18:00)	x	x	x	x	x
Tønder								x		
Haderslev								x		
Sønderborg								x		
Odense	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Svendborg								x		x
Middelfart								x		x

ID	Part	Kategori	Svar	Tema	Konsekvens ja / nej	Bemærkninger (svar høringspart)	Anbefaling / ændringsforslag
1	Galebevægelsen	Interesseforeninger mv	Bureaukratiet til fordeling af psykiatriramte synes noget voldsomt - og nødvendigt , men viser også, at der må være vældige besparelsesmuligheder i at reducere psykiatrien mest muligt. F.eks. ved at løse alle mulige problemer lokalt således som også PLO mener. Kommunerne ser helst alle deres egne problemer fjernet og må fastholdes på deres ansvar for borgernes trivsel og problemløsning. De 4 ledige lægestillinger kan sløjfes og erstattes med andre og mere relevante faggrupper til f.eks. fysisk træning. Østeuropæiske psykiatere må helt udelukkes pr.. kultur- og sprogforskelle (er oplevet som ekstremt autoritære). Med tilfredshed ses, " at der iværksættes tiltag som kommuner (og folket ?) og praktiserende læger oplever værdiskabende". Ligeledes ses, at der anvendes udtrykket "døgnpsykiatri" - - - men hvorfor fortsat skrive om de sygeliggørende "sengepladser" i stedet for "døgnpladser"	Generelt	Nej	Høringsbemærkninger er noteret, herunder bemærkningerne vedrørende det tværsektorielle samarbejde, brugen af forskellige faggrupper. Psykiatrien i Region Syddanmark har generelt gode erfaringer med anvendelsen af udenlandske læger/psykiatere. Der er mangel på speciallæger i psykiatrien, hvorfor de omtalte ledige lægestillinger ikke kan sløjfes.	Ingen ændring
2	Akutfunktionen BUP, Syddanmark, Esbjerg	Sygehuse	Akutfunktionen Esbjerg er IKKE en del af akutmodtagelsen, men en del af ambulatoriet	Akutmodtagelse	Ja	Der lukkes ikke for muligheden for at patienter og pårørende i Esbjerg og omegn telefonisk kan henvende sig uden for dagtid. Den telefoniske kontaktmulighed vil blive udbredt til hele regionen. Der er dog ikke aktivt taget stilling til, hvordan setuppet herom præcist skal være.	Der vil fortsat være mulighed for telefonisk kontakt og muligheden vil blive udbredt til hele regionen. Dette tydeliggøres i det endelige forslag.
3	Borger 1	Borger	<u>I oplægget er der lagt op til flere ændringer i BUP Syd, især grundet manglen på læger. Jeg vil gerne udfordre nogle af dem og komme med alternative bud på, hvorledes man kunne omstrukturere og samtidig øge tilgængelighed, afstand og tilfredshed blandt både medarbejdere og patienter, pårørende</u> 1. At patienter med spiseforstyrrelse indlægges i Odense på en afdeling som er specialiseret i at varetage børn og unge med spiseforstyrrelse. Det er et højtspecialiseret område og behandlere uden særlig viden omkring spiseforstyrrelse udfordres og det skaber usikkerhed for både personale og de indlagte. Hvis ikke dr spiseforstyrrede er indlagt i Aabenraa som nu, men i stedet indlægges i Odense, vil det frigive ressourcer og tid hos personalet til varetagelse af de øvrige indlagte. i forhold til rekruttering, formoder jeg også at det er nemmere at rekruttere læger i Odense frem for Aabenraa indbyggerantal og infrastruktur.	Samling senge	Nej	Der kan være fordele ved en samling af spiseforstyrrelsesområdet i Odense, men at det skal vægtes ift de udfordringer der kan være ift øget transport, afstand og nære pårørende.	Ingen ændring
4	Borger 1	Borger	At døgnafsnittet i Esbjerg forbliver som døgnafsnit men med et terapeutisk afsæt. At det bliver en afdeling hvor der ikke behøver at være en læge tilknyttet, da man har et terapeutisk afsæt. Der kan være ansat en specialpsykolog og psykolog eksempelvis. De patienter som har behov for lægefaglig vurdering, vil skulle indlægges i Aabenraa.	Samling senge	Nej	Indlæggelse på et døgnafsnit i psykiatrien betyder, at der er brug for en lægefaglig vurdering.	Ingen ændring

5	Borger 1	borger	3. Mange børn og unge mistrives og med psykiske symptomer, men har ikke en psykiatrisk problemstilling eller diagnose. De fylder meget i henvisninger og i den subakutte del, hvor sociale problemstillinger også fylder meget. Der findes PPR, sundhedsplejerske, Fremskudt funktion m.m. Men man kunne i tillæg til dette, ansætte en sygeplejerske på skolerne til sparring med fx sundhedsplejerske og PPR. En sygeplejerske med psykiatrisk erfaring. Som også kan gå ind og støtte den enkelte elev eller støtte AKT. At tage nogle samtaler og forsøge forebygge at de kommer i psykiatrien og belaster unødigt.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Der er brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde. Problemstillingen og nye tiltag skal også ses i sammenhæng med implementering af den kommende 10-års plan for psykiatri. Tiltag på dette område vil dog ikke løse de udfordringer, som den nye model skal løse.	Ingen ændring
6	Borger 2	Andre	Til alle involverede. Vi har de sidste 2 år været tilknyttet psykiatrien med vores store teenager, som har kæmpet med anoreksi. Hvis vi skulle have kørt 1.5 time fra Esbjerg hver gang, så ville vi ikke som familie kunne have klaret opgaven, så godt som vi har nu, med positivitet. At samtaler med forskellige behandlere, har været i Esbjerg, og stadig er, gør at vi som familie ikke har fået unødigt stress. Vi har kunne tilpasse os vores barns behandling, og han/hun har selv kunne tage bussen de dage hvor vi ikke skulle med. Der vil være familier som ikke magter 3 timers transport til udredning og behandling, ud over de mange bekymringer, som fylder hvert minut af døgnnet. Det vil fremover kun være ekstremt ressourcestærke, som vil få glæde af vores system, ved en flytning. De "svage" borgere vil blive tabt i systemet, pga manglende overskud på flere områder, og det vil i sidste ende koste samfundet mere	Samling senge	Nej	Regionen forstår bekymringen omkring transport og afstanden til den fremtidige døgnbehandling. Regionen vil arbejde for at minimere generne mest muligt. Den ambulante funktion i Esbjerg, hvor langt den meste behandling foregår indenfor og udgående fra, bibeholdes dog og flyttes ikke - men tværtimod udbygges. Det er alene døgnafsnittet der foreslås samlet i Aabenraa og alene for borgere i aldersgruppen 13-17 år. Det er særligt fra det sydvestjydske, der vil få længere til indlæggelse. Udfordringerne vil alene knytte sig til de situationer hvor indlæggelse er påkrævet. Den største del af behandlingen fortsætter med at foregå ambulant. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	Ingen ændring
7	Borger 3	Andre	Det ville være katastrofalt for vores børn og unge, hvis Børne og ungepsykiatri blev lukket og flyttet 1.5 times kørsel væk. Vores børn og unge har nok af udfordringer i deres dagligdag og dette at skulle køre så langt, bliver endnu en udfordring de skal kunne håndtere. Dette er der desværre mange som ikke kan. Ligeledes er der et meget højt kompetent og fagligt personale på Børne og ungepsykiatri, som vores børn og unge er trygge ved. Det giver ingen mening, at dette skal ødelægges. Det er igen vores børn/ unge som bliver ramt, og de er ramt nok i forvejen. Tænk på de sårbare børn og unge	Samling senge	Nej	Regionen er opmærksom på de transportmæssige og afstandsmæssige udfordringer, det fremlagte forslag giver, men den foreslåede løsning anses for den bedst mulige til at løse de udfordringer regionen står med. Regionen vil arbejde for at minimere generne mht. transport og afstand mest muligt. Det er vigtigt at undersøge at det er alene døgnafsnittet der foreslås samlet i Aabenraa. Udfordringerne vil alene knytte sig til de situationer hvor indlæggelse er påkrævet og alene for de 13-17-årige. Den ambulante funktion, hvor langt den største del af behandlingen foregår, forbliver i Esbjerg bibeholdes og styrkes for de 0-17 årige med bl.a. en foreslået udbygning af Fremskudt Funktion og STIME. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	Ingen ændring
8	Borger 4	Andre	Og lege med syge menneskers liv, fuldstændig kold og kynisk tanke.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

9	Borger 5	Andre	Bevar Børne unge psykiatri i Esbjerg - det er vigtig det er der	Generelt	Nej	Regionen bevarer den ambulante del af børne- og ungdomspsykiatrien i Esbjerg, hvilket udgør langt den største del af behandlingen af aldersgruppen. Det er indlæggelserne for de 13-17 årige der foreslås flyttet til Aabenraa.	Ingen ændring
10	Borger 6	Andre	Det er vigtige menneskeliv som i forvejen har det skidt. De skal ikke også have en lang transporttid der i mange tilfælde ikke kan overskue den og så ikke i behandling	Generelt	Nej	Region Syddanmark er opmærksom på problemstillingen omkring transport og vil gøre hvad der er muligt for at minimere generne mest muligt. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	Ingen ændring
11	Borger 7	Andre	Bevar børn og ungdomspsykiatrien i Esbjerg! Alt andet er fuldkommen vanvittigt	Generelt	Nej	Regionen bevarer den ambulante del af børne- og ungdomspsykiatrien i Esbjerg, hvilket udgør langt den største del af behandlingen af aldersgruppen. Det er indlæggelserne for de 13-17 årige der foreslås flyttet til Aabenraa.	Ingen ændring
12	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	stærkt optagede af nærhed i behandlings- og udredningstilbud i psykiatrien. Det er derfor med bekymring at vi konstaterer, at RSYD påtænker at flytte både sengefunktionerne og akutfunktionerne i børne – og ungdomspsykiatrien fra Esbjerg til Aabenraa.	Generelt	Nej	Region Syddanmark er også optaget af prioriteringen af nærhed i behandlings- og udredningstilbud - det vil der fortsat være for den ambulante behandling, der udgør langt den største del af behandlingen. Men samtidig er det i den nuværende situation nødvendigt at sikre balancen mellem ressourcer til rådighed og efterspørgsel efter behandling. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler. Der vil for borgere i aldersgruppen 13-17 år, særlige fra Varde og Esbjerg, blive længere til indlæggelse	Ingen ændring
13	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	Vores bekymring handler om, at når både akutmodtagelsen og sengepladser flytter væk fra Esbjerg, så vil det få stor betydning for børn og unge samt deres familier i både Esbjerg, Varde og Fanø. Psykiatrien bliver ganske enkel mindre tilgængelig for vores 3 kommuners børn og unge.	Generelt	Nej	Region Syddanmark anerkender at en mindre gruppe (indlagte 13-17 årige og deres pårørende) vil opleve en mindre tilgængelighed med forslaget under indlæggelse. Det er prisen for at langt den overvejende matriket af patienter og deres pårørende fortsat kan opretholde deres behandling og forhåbentlig opleve en kortere ventetid. S tørsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.	

14	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	Uanset om vores borgere står i en akut psykiatrisk situation, eller om de indlægges planlagt, - så vil afstanden til sygehuset i Aabenraa være lang, og det vil besværliggøre behandlingssituationen for borgerne og deres familier.	generelt	Nej	Region Syddanmark anerkender at forslaget for en mindre gruppe (de indlagte 13-17 årige) vil betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.	Ingen ændring
15	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	Vi er bekymrede for, at den øgede afstand og den vanskeligere adgang til psykiatrien, vil medvirke til at forværre udfordringerne for vores i forvejen sygdomsramte børn og unge. Vi ved at pårørendes opbakning til børn og unge, som rammes af psykisk sygdom, er afgørende for barnets trivsel og helbredelse. Dette må ikke ignoreres.	Samling senge	Nej	Se svar under pkt. 13 og 14	Ingen ændring
16	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	Det er derfor et stærkt ønske fra vores tre kommuner, at regionen ikke flytter psykiatrifunktionerne til børn – og unge fra Esbjerg. Vi håber I vil genvurdere sagen endnu en gang. Vi anerkender naturligvis, at der er udfordringer som regionen arbejder på at løse. I den sammenhæng er vi optagede af, hvordan Region Syddanmark vil arbejde på at lette konsekvenserne af en eventuel flytning af funktionerne, - for familierne til de børn – og unge, som skal flytte behandlingssted: - Kan der tænkes i lette former for tilbud om transport? Hvad med de familier der ikke har bil? Kan disse familier hjælpes på nye måder transportmæssigt? - Hvordan kan både børn – unge samt deres familier komme let i kontakt med psykiatrien? Kan de digitale løsninger udvikles endnu mere? - Hvordan vil I sikre, at en familie ikke risikerer at køre helt til Aabenraa med en akut syg ung, for så med det samme at blive sendt hjem igen? - Har I tænkt i overnatningsmuligheder for pårørende som kommer langvejs fra?	Samling senge	Nej	Mht. svar på nødvendigheden af det fremlagte forslag se svar under punkt 13 og 14. Mht. de fremsatte ønsker til opmærksomhedspunkter omkring transportmuligheder, kontaktmuligheder i akutte situationer og mulighed for overnatning for pårørende vil regionen lave en uddybet beskrivelse i forslaget til fremtidig model omkring disse forhold.	Der vil blive uddybet og præciseret omkring muligheder for hjælp til transport, kontaktmuligheder i akutte situationer og overnatningsmuligheder.
17	Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner	Kommuner mv	Vi anerkender regionens udfordringer med at tiltrække og fastholde de nødvendige speciallæger, men konstaterer også at det ikke er et nyt problem. Lægemanglen er stor og bliver sikkert ikke mindre i fremtiden. Fra kommunernes side er vi derfor optagede af, hvordan Region Syddanmark forsøger at rejse denne udfordring på den landspolitiske dagsorden, og om regionen forsøger at finde nye veje til at løse rekrutterings- og fastholdelsesproblemerne.	Generelt	Ja	Taget til efterretning. Region Syddanmark er enig i, at det er en fælles opgave, at løfte udfordringerne med at tiltrække speciallæger på nationalt niveau. Psykiatrien er optaget af at være en attraktiv uddannelses- og arbejdsplads, så der kan rekruttere og fastholde medarbejdere, herunder læger. Høringsforslaget er også født ud af ønsket om at imødekomme netop denne udfordring	Rekrutteringsstrategien uddybes / tilføjes

18	Medarbejdere BUP Døgnaftsnet Esbjerg	Sygehuse	En stor bekymring beror på erfaringer fra tidligere fusioner, hvor man sammenlagde to mindre sengeafsnit (Kolding og Augustenborg) til ét stort sengeafsnit (Aabenraa). Det der vurderes at fungere i døgnaftsnettet i Esbjerg er netop, at det er en mindre enhed. Dette med tanke på de dynamikker, der udspiller sig imellem mennesker i forhold til sociokulturelle aspekter. I mindre enheder får personalegruppen således mulighed for at være det støttende element til recovery ved at repræsentere det sunde og udgøre normalen. Modsatte effekt ses i store enheder, hvor særligt selvskadende adfærd kan udgøre en risiko for social smitte.	Samling senge	Nej	Det er vigtige opmærksomhedspunkter, der fremhæves i høringssvaret. Der arbejdes med nærhed og tryghed ved at arbejde i mindre teams med afgrænsninger i enheden (børn, lukket og unge mm.).	Ingen ændringer
19	Medarbejdere BUP Døgnaftsnet Esbjerg	Sygehuse	Vi anbefaler at etablere mindre enheder, hvor der kan etableres nærhed og tryghed for de unge, således at de kan støttes til recovery. Vi anbefaler, at revurdere muligheden for bibeholdelse af et yderst velfungerende døgnaftsnet i Esbjerg, som trods generelle rekrutteringsudfordringer på landsplan, ikke er kendt med manglende rekrutteringsmuligheder	Samling senge	Nej	Taget til efterretning. Der arbejdes med nærhed og tryghed ved at arbejde i mindre teams med afgrænsninger indenfor enheden (børn, lukket og unge mm.).	Ingen ændringer
20	Medarbejdere BUP Døgnaftsnet Esbjerg	Sygehuse	Vi anbefaler at man kigger på den unikke funktion, der ligger i døgnaftsnettet i Esbjerg, da det vurderes at man uden denne akuttelefon vil have langt flere akutte henvendelser igennem hele døgnet. Et af døgnaftsnettets opgaver er at bistå somatiske afdelinger i forbindelse med unge, der indlægges mod deres vilje til behandling på somatisk Vi anbefaler at man kigger på den unikke funktion, der ligger i døgnaftsnettet i Esbjerg, da det vurderes at man uden denne akuttelefon vil have langt flere akutte henvendelser igennem hele døgnet. Et af døgnaftsnettets opgaver er at bistå somatiske afdelinger i forbindelse med unge, der indlægges mod deres vilje til behandling på somatisk	Akutmodtagelse	Ja	Flytningen af akutmodtagelse og senge til Aabenraa lukker ikke for muligheden for at patienter og pårørende i Esbjerg og omegn telefonisk kan henvende sig uden for dagtid. Regionen vil udvide ordningen til at omfatte hele regionen. Den nærmere organisering af akuttelefonen er endnu ikke afklaret.	Akuttelefonen som funktion gøres regional.
21	Medarbejdere BUP Døgnaftsnet Esbjerg	Sygehuse	Der er bekymring for, hvorledes samarbejdet med de pårørende til unge under indlæggelse forringes ved at samle sengepladserne på en matrikel i Børne- og Ungdomspsykiatri Aabenraa. Der er bekymring for, hvorvidt telekommunikative løsninger kan opveje det nære sundhedsvæsen tilstrækkeligt.	Samling senge	Nej	Regionen anerkender at dette kan betyde en øget udfordring i et mindre omfang, men psykiatrien har stor erfaring med at anvende digitale løsninger i samarbejdet med kommunerne.	Ingen ændringer
22	Medarbejdere BUP Døgnaftsnet Esbjerg	Sygehuse	Der er bekymring for, at den øgede distance til den unges hjemkommune medfører længere indlæggelsestid end nødvendigt samt tvivl om, hvorvidt det gode sammenhængende patientforløb for ungdomspsykiatriske patienter kan blive understøttet og intensiveret med bl.a. kommunerne, somatiske sygehusafsnit og egen læge	Samling senge	Nej	Regionen har ikke grundlag for at tro at det skulle indebære længere indlæggelser. Regionen anerkender at afstanden kan betyde en øget udfordring i et mindre omfang, men psykiatrien har stor erfaring med at anvende digitale løsninger i samarbejdet med kommunerne.	Ingen ændringer

23	Medarbejdere BUP Døgnavsnit Esbjerg	Sygehuse	I sammenhæng ses også en risiko for distancering af samarbejdet i overgangen til voksenpsykiatrien, når patienten nærmer sig 18 år. Der er i forvejen udfordringer ved overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Der er bekymring for, at øget afstand medfører endnu større udfordringer i overgangen mellem de to psykiatrier.	Samling senge	Ja	Taget efterretning. Vedrørende transitionsprocessen er det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare.	Hvordan der arbejdes med transition tydeliggøres i det endelige forslag.
24	Medarbejdere BUP Døgnavsnit Esbjerg	Sygehuse	Afslutningsvis er der bekymring for, hvorvidt det fremadrettet vil være muligt at rekruttere speciallæger, når der er mangel på disse i hele sundhedsvæsnet.	Generelt	Ja	Taget til efterretning. Sygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følger af regionens pejlemærker.	Rekrutteringsstrategien uddybes / tilføjes
25	Staben BUP Sydjylland	Sygehuse	Det fremgår af notatet, at det forudsættes den fælles ledelse vil blive med hovedsæde i Odense. Til fælles ledelse hører en stab, som imidlertid ikke er omtalt. Vi i Staben i Sydjylland håber, at der vil blive taget hensyn til, at alle regionens børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – såvel på Fyn som i det jyske – kan blive serviceret af stabsansatte for at understøtte nærvedledelsen. Det vil resultere i al for meget transporttid til Odense og tabte medarbejderkompetencer, hvis også staben her i Sydjylland fremover skal have daglig basis ved hovedsædet.	Samling ledelse	Nej	Taget til efterretning. Den nye fælles ledelse vil arbejde videre med konkrete planer for nærvedledelse	Ingen ændringer
26	Staben BUP Sydjylland	Sygehuse	På baggrund af afdelingens erfaringer med at fusionere er det klart, at der skal afsættes tid og ressourcer til så omfattende en fusionsproces. Både på kort sigt på stabsniveau, med en samling af de to nuværende stabe, hver med vores kultur, samt fordeling af opgaver og kompetencer. Og på lidt længere sigt på de kliniske niveauer, hvis fusionen skal lykkes med konkrete faglige forbedringer.	Samling ledelse	Nej	Regionen er opmærksom på at der forestår en stor implementeringsopgave, hvis det fremlagte høringsforslag skal virkeliggøres .	Ingen ændringer
27	Staben BUP Sydjylland	Sygehuse	Endelig skal det påpeges, at det af notatet fremgår, at der på de to år fra 2019 til 2021 er sket en årlig stigning i antallet af henvisninger og ambulante ydelser på 6-9% årligt (henvisninger: 18,5%. ambulante ydelser: 12,3%. Korrigerede ambulante ydelser: 15,9%). Det har vist sig at være uholdbart for børne- og ungdomspsykiatrien at rumme så store vækstscenarier, uden at der er fulgt de nødvendige bevillinger med. Fremadrettet vil en form for aktivitetsbaseret afregning være nødvendig.	Generelt	Nej	Med forslaget styrkes den ambulante kapacitet i BU psykiatrien (0-17 årige) med 9,5 mio.kr.	Ingen ændringer

28	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Bekymring ift. hvordan de 18+ årige modtages i voksenpsykiatrien, - er almenpsykiatrien og primærsektor klar til denne ekstra opgave mht. ressourcer? Fokus på, at både behandlingspsykiatrien og primærsektor slipper de unge på samme tid ved det 18 år, i stedet for, der sikres en god overgang i begge systemer.	Ændring aldersgrænse	Nej	Der vil være fokus på at sikre en god overgang til voksenpsykiatrien for de 18-19.årige Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomme på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændringer
29	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Vi ser det som et tab for de 2 årgange at der knapt er mulighed for at modnes langsomt, set i et udviklingspsykologisk perspektiv med en psykiatrisk lidelse. Vi opfordrer almenpsykiatrien til at være ekstra opmærksomme på denne dimension. Der kunne foreslås at skabe en form for efterværn/overgang for de unge i aldersgruppen 18-19 som kunne varetages af B&U for at skabe en mere hensigtsmæssig overgang.	Ændring aldersgrænse	Nej	Se svar ovenfor under pkt. 28	Ingen ændringer
30	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Er det fagligt forsvarligt at samle senge på kun 2 matrikler i regionen, her tænker vi der kunne være rekrutteringsudfordringer og et ønske fra forældre/unge om nærhedsprincip ift. hurtig behandling	Samling senge	Nej	Regionen har generelt stor fokus på håndtering af rekrutteringsudfordringer og høringsforslaget udspringer også af dette. Forslaget vil for en mindre gruppe (de indlagte 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg.	Ingen ændringer
31	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Der er store afstande, som besværliggør besøg og indlæggelse grundet manglende offentlig transport. Hvad vil manglende samarbejde og besøg fra pårørende betyde for de unge, såfremt afstanden får betydning fx for resourcesvage familier?	Samling senge	Nej	Regionen anerkender bekymringen for den længere afstand for heldigvis relativt få. Regionen vil arbejde for at minimere konsekvenserne af afstanden. Forslaget vil for en mindre gruppe (de indlagte 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg.	Ingen ændringer
32	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Der er gennem 5 år opbygget en velfungerende akutfunktion i Esbjerg, med forebyggelse af indlæggelser og større patientsikkerhed til følge. Med de lange afstande mellem akutmodtagelserne kunne der frygtes at der opstår utilsigtede hændelser, som kunne udfordre patienternes tilstand og øge pårørendes afmagt. Fx at køre med et ungt menneske i affekt i 1½- 2 timer. Skal fx politiet bruge flere ressourcer på dette?	Akutmodtagelse	Nej	Regionen anerkender at forslaget for en mindre gruppe (de indlagte 13-17 årige i Esbjerg/Varde) vil betyde forlænget transport med de udfordringer det kan give. Samtidig vil andre i Aabenra og omegn få nærheden forbedret. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid. Mulighederne for hjælp til transport vil blive tydeliggjort i det endelige forslag.	Ingen ændringer
33	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Mindre afstand giver smidige fleksible overgange til fordel for den unge og familien, der ikke skal transportere sig på tværs af Jylland eller Fyn, når der er behov for akut hjælp	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændringer

34	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Vi kan stille os undrende over den hast dette forslag kommer med, det kunne måske sættes på pause indtil proces omkring de øvrige forslag behandles. Bekymring ift. endnu fjernere ledelse – med ønske om særligt opmærksomhed på styrkelse af de lokale ledelser (funktionsleder-ledende overlæge-faglige ledere). Det kan undre at stillingerne ikke skal i opslag. Forslaget om at evaluere chefpsykolog stillingen efter 2 år, kunne udvides til at omfatte den samlede ledelse.	Samlet ledelse	Nej	Der har været en længerevarende dialogproces forud for udarbejdelse af fremlagte høringforslag og dermed anses det ikke for hastværk..Der er fokus på nærved ledelse i høringforslaget.	Ingen ændringer
35	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Der er brug for systematisering og faglig kvalitet i det psykiatrifaglige arbejde der udføres i ambulatoriet, dette gøres også i Esbjerg på bedste vis tværfagligt og kompetent af alle faggrupper. Med baggrund i den lægemangel der skitseres kunne der med fordel gøres øget brug af specialpsykologer især til de komplicerede patienter.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning, herunder bemærkningerne vedrørende brugen af forskellige faggrupper.	Ingen ændringer
36	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Vi er opdelt i specialiserede subteams ude i regionen selvom der også tilbydes behandling på højt specialiserede funktioner specifikke steder. Her kan vi måske tænke at hovedfunktionerne i højere grad skal være almen børne-unge psykiatriske afsnit med henblik på at udnytte de lokale ressourcer bedst muligt.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Bemærkningerne vil blive taget ind i den løbende og fortsatte videreudvikling af børne- og ungepsykiatrien.	Ingen ændringer
37	Ambulatoriet, BUP Sydjylland	Sygehuse	Vi har et håb om, at der i denne proces bliver set på de samlede ressourcer på tværs af matriklerne, så det ikke er de ansatte i Esbjerg, der skal være bekymrede for deres ansættelsesforhold. Vi ønsker ligeledes, at der tidligt i processen er stor fokus på at fastholde medarbejdere, så de ikke søger væk.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Der er igangsat en personaleproces, der skal sikre størst mulig tryghed for medarbejderne i processen og med målet om fastholdelse af medarbejdere i organisationen.	Ingen ændringer
38	Sind Vejen	Borger	Det er der forældre og unge desperat søger hjælp på psykiatrisk skadestue, for at redde deres fremtid. Det er der sengeafdelingerne på børnepsykiatrien bliver den mulighed for hjælp man har	Samling senge	Nej	Enig i nødvendigheden af en skadestuefunktion og sengeafdeling.	Ingen ændringer
39	Sind Vejen	Borger	Det sparer måske penge lige nu at lukke en af de tre børnepsykiatriske afdelinger i Region Syd. Men på den lange bane bliver prisen for samfundet langt højere. Giv børn og unge den hjælp de har brug for og giv den lokalt, så familie, skole og venner kan bakke op. Der skal ikke være tre-fire timers transport for at besøge sit barn i behandling, lad familierne være en ressource. Prioriter at hjælpe børnene med at vokse sig til stærke kompetente voksne. Lad være med at lukke Esbjerg Børnepsykiatri	Samling senge	Nej	Region Syddanmark er også optaget af prioriteringen af nærhed i behandlings- og udredningstilbud - det vil der fortsat være for den ambulante behandling, der udgør langt den største del af behandlingen. Men samtidig skal vi sikre balancen mellem ressourcer til rådighed og efterspørgsel efter behandling. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler. Der vil for borgere i aldersgruppen 13-17 år, særlige fra Varde og Esbjerg, blive længere til indlæggelse	Ingen ændringer

40	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkeds-udvalget	Kommuner mv	Social & Arbejdsmarkedsudvalget bakker overordnet op om, at der tages initiativer til at håndtere de udfordringer der opleves på området for børne- og ungdomspsykiatri, herunder udfordringerne med at overholde udredningsretten og generelt få reduceret ventetiderne.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	ingen ændringer
41	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkeds-udvalget	Kommuner mv	Ændring af den øvre aldersgrænse Det er vores vurdering, at dette forslag er muligt at realisere. Dog bør der være en særlig opmærksomhed på "de yngste unge" på en voksenafdeling og på en tilstrækkelig sengekapaцитet. Det er vores oplevelse, at voksenpsykiatrien allerede i dag er presset på sengekapaцитeten	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Der er en særlig opmærksomhed på netop dette spørgsmål og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	ingen ændringer
42	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkeds-udvalget	Kommuner mv	Samling af sengefunktionen i Aabenraa og Odense. Det er vores opfattelse, at geografisk nærhed tæt på egen familie har stor betydning for de børn og unge, der indlægges og deres forældre. Både ift. deres indlæggelsesforløb og deres recovery. For nogle børn og unge kan det også give en lettere overgang til egen skole, at de er indlagt i nærmiljøet.	Samling senge	Nej	Region Syddanmark anerkender, at dette ikke er en ønskesituation, men ift at imødegå de konkrete udfordringer psykiatrien står i, vurderes dette forslag at være den bedst mulige løsning. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.	ingen ændringer
43	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkedsudvalget	Kommuner mv	For de børn og unge, der også får kommunale støtte, betyder en ændring af sengepladsernes geografi desuden øget kørsel og transporttid for de kommunale specialmedarbejdere, som skal deltage i møder sammen med behandlingspsykiatrien.	Samling senge	Nej	Region Syddanmark anerkender at dette kan betyde en øget udfordring i et mindre omfang, men psykiatrien har stor erfaring med at anvende digitale løsninger i samarbejdet med kommunerne.	ingen ændringer
44	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkedsudvalget	Kommuner mv	Det står ikke tydeligt i høringsmateriale, at denne samling af sengefunktionen på færre matrikler betyder øget lægekontakt og derfor øget faglig kvalitet og større behandlingseffekt for børn og unge. Dette bør være ambitionen.	Samling senge	Nej	Intentionen er at der i børne- og ungdomspsykiatrien anvendes de til rådighed værende lægeressourcer bedst mulig, herunder reduktion i vagtbelastningen for lægerne. Samlet set prioriterer forslaget på den måde både den faglige kvalitet og arbejdsmiljø.	ingen ændringer
45	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkedsudvalget	Kommuner mv	Flytning af akutmodtagelsen Dette forslag giver anledning til størst bekymring ift. de børn og unge, som bor i Esbjerg Kommune og som akut har brug for psykiatrien f.eks. fordi de er selvmordstruede.	Akutmodtagelsen	Nej	Der er generel uændret mulighed for at blive indlagt, men dette vil foregå på en anden matrikel. Samtidig vil langt den overvejende del af behandlingen for langt de fleste foregå ambulant og fortsætter uændret. Patienter som er akut selvmordstruet vil fortsat kunne indlægges, men fremadrettet bare på en anden afdeling end i Esbjerg	Ingen ændring

46	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkedsudvalget	Kommuner mv	Der er langt at køre til Aabenraa eller Odense med et barn eller ung, som er psykisk dårlig, og hvor der vurderes akut behov for hjælp. Vi kan være bekymrede for, at der er unge (og familier), der undlader at søge hjælp. Det fremgår af høringsmaterialet at regionens mobilteam er tilgængelig for både døgninstitutioner og forældre og kan rykke ud både hverdage og weekender i dag og aften timerne. Det anbefales, at dette tilbud beskrives yderligere og målgruppen eventuelt udbredes, så det i flere tilfælde bliver første valg både for børn og unge der bor hos deres forældre og for anbragte børn og unge, fremfor en længere køretur – og at en indlæggelse måske kan planlægges til næste dag.	Samling senge	Ja	Region Syddanmark anerkender udfordringen. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.	Brugen af subakutte tider, mobilteam, muligheder for hjælp til transporten og muligheden for telefonisk henvendelse tydeliggøres i det endelige forslag.
47	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkeds-udvalget	Kommuner mv	Det er vigtigt at der er sammenhæng mellem mobilteamet og visitationen til sengepladserne.	Samling senge	Ja	Taget til efterretning.	Brugen af mobilteam tydeliggøres i det endelige forslag.
48	Esbjerg Kommune, Social- og arbejdsmarkeds-udvalget	Kommuner mv	Øget samspil omkring forebyggelse. Psykiatriplanen peger på et fælles ansvar og samarbejde omkring lettilgængelige tilbud i nærområdet til børn og unge, som måske ikke har brug for psykiatrisk udredning og behandling. Vi hilser det velkomment, at der er afsat regionale midler hertil, men vi vil gerne understrege behovet for, at det bliver et ligeværdigt samarbejde mellem region og kommuner, hvor begge parter bidrager med medarbejderkræfter ind i de konkrete forløb, og regionen således ikke alene har en opgave med at give uddannelse og supervision til de kommunale medarbejdere, som skal løfte opgaven.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Alle initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet med kommunerne	Ingen ændring
49	Odense Kommune	Kommuner mv	Kommunen anerkender og genkender de udfordringer, som børne- og ungdomspsykiatrien står overfor, og behovet for at imødekomme de lange ventetider på udredning og behandling. Derudover anerkender Odense Kommune også rekrutteringsudfordringen i forhold til speciallæger.	Generelt	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring
50	Odense Kommune	Kommuner mv	En ændring i aldersnittet vil i højere grad end tidligere matche kommunens øvrige samarbejds- og snitflader med psykiatrien. Dette kan få en positiv indvirkning for sammenhængen i den enkelte borgers forløb, da det vil gøre det tværsektorielle samarbejde nemmere og mere gennemsigtigt f.eks. i forbindelse med henvisninger fra psykiatrien til kommunale tilbud.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

51	Odense Kommune	Kommuner mv	Vi kan dog på den anden side have en faglig bekymring for, at det kan få en negativ indvirkning på den unges recovery, når unge på helt ned til 18 år bliver en del af voksenpsykiatrien, og den unge dermed går fra én behandlingskultur til en anden. Det begrundes blandt andet i, at voksenpsykiatrien har en anden behandlingsstrategi, end børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis den unge som følge heraf ikke opnår den ønskede recovery under deres indlæggelse i voksenpsykiatrien, er det nærliggende at antage, at det bliver socialpsykiatrien, der skal samle den unge op efter endt indlæggelse, hvilket vil medføre et øget kommunalt pres.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Der er en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring
52	Odense Kommune	Kommuner mv	Det er vigtigt at være opmærksom på, at behandling sker i et fælles tværsektorielt forløb, og det er derfor vigtigt, at de rette kompetencer, viden og erfaring bliver bragt i spil, både før og efter udskrivning.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring
53	Odense Kommune	Kommuner mv	Overordnet set bakker Odense Kommune dog op om en ændring af aldersfordelingen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, med den bemærkning, at der bør være et stort fokus på at sikre en god overgang for den enkelte unge.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Der er en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring
54	Odense Kommune	Kommuner mv	Odense Kommune er bekymret for, om de beskrevne tiltag er nok i forhold til at løse de personalemæssige udfordringer i børne- og ungdomspsykiatrien. I notatet beskrives ikke tilstrækkeligt, hvordan regionen tænker at understøtte rekrutteringen og fastholdelsen af fagpersoner på området. Kommunen opfordrer til yderligere tværsektoriel dialog om disse udfordringer.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Psykiatrien er optaget af at være en attraktiv uddannelses- og arbejdsplads, så der kan rekrutteres og fastholdes medarbejdere, herunder læger. Høringsforslaget er også født ud af ønsket om at imødekomme netop denne udfordring.	Ingen ændring
55	Odense Kommune	Kommuner mv	Odense Kommune bifalder at styrke de ambulante tilbud. Der er gode erfaringer med samarbejde med det mobile team, som har været med til at forebygge indlæggelser og styrke kompetencerne hos børn, unge og familier.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
56	Odense Kommune	Kommuner mv	Det er positivt, at sammenlægningen af ledelsen fremadrettet vil være med til at styrke samarbejdet internt imellem afdelinger og på tværs af områder. I nogle tilfælde har der tidligere været tvivl om ansvarsfordeling. Derfor ser Odense Kommune denne justering som en mulighed for mere gennemsigtighed fremad, hvorved kendskabet til hinanden, klarhed om snitflader og samarbejdet kan styrkes yderligere til gavn for borgerne.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

57	Odense Kommune	Kommuner mv	Odense Kommune bakker op om en øget opmærksomhed på det forebyggende arbejde og på fortsat at styrke det tværsektorielle samarbejde, hvor der er stort politik fokus i Sundhedssamarbejdsudvalget og i Sundhedsklyngerne på børn og unges trivsel. Som en del af et styrket samarbejde, kan det overvejes at udarbejde oplysende materiale til familier, kommunale og regionale medarbejdere, som kan lette overgangen mellem kommune og sygehus. Dette kunne for eksempel være fælles samarbejdsprocedurer, som inkluderer mål og visioner for en sammenhængende helhedsorienteret indsats baseret på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Klare procedurer kan være med til at understøtte samarbejdet i de tilfælde, hvor forskel på faglighed og kultur kan være udfordrende. STIME-modellen kunne være et eksempel herpå.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Region Syddanmark er enig i behovet for tættere koordinering. Emnet kan med fordel løftes i sundhedsklyngerne og/eller socialdirektørforum.	Ingen ændring
58	OUH	Sygehuse	Med den mulige nye organisering vil den planlagte fysiske kapacitet på det nye OUH kunne blive udfordret særligt i forbindelse med den akutte modtagelse af et øget patientindtag i voksenpsykiatrien. OUH skal derfor opfordre til, at der snarest i et samarbejde mellem Regionen, Psykiatrien, Projektorganisationen for det nye OUH samt OUH sker en udredning af de bygningsmæssige konsekvenser med henblik på at kunne indpasse eventuelle bygningsmæssige ændringer ind i en proces inden det nye sygehus tages i brug. Såfremt udredningen viser, at der - som følge af reorganiseringen - vil være et behov for bygningsmæssige ændringer eller nye bygninger, vil de økonomiske konsekvenser heraf forventeligt skulle afholdes uden for kvalitetsfondsprojektet.	Akutmodtagelse	nej	Konsekvenserne af den nye aldersgrænse for voksenpsykiatrien vil blive fulgt nøje, herunder også trækkes på akutmodtagelserne mhp. vurdering af behov for yderligere tiltag.	Ingen ændring
59	OUH	Andre	<u>Opretholdelse af behandlingstilbud hvor både psykiatrisk og somatisk lægefaglig ekspertise indgår.</u> Høringsmaterialet indeholder en række tiltag, som skal sikre fortsat psykiatrisk lægefaglig kapacitet i Region Syddanmark. OUH vil som sygehusenhed i Region Syddanmark og som universitetshospital bakke op dette arbejde. Det er vigtigt for OUH og i særdeleshed patienterne, at disse lægefaglige kompetencer fortsat vil være tilgængelige for en række behandlinger, hvor det overordnede ansvar ligger ved OUH. Hvis ikke disse kompetencer på sigt vil være tilgængelige, vil flere behandlingstilbud, som i dag vares tages af OUH, udfordres.	Generelt	nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring

60	Esbjerg Kommune, Børn og Kultur	Kommuner mv	Geografisk nærhed er en afgørende faktor i forhold til børn- og unge, som har behov for indlæggelse i psykiatrien.	Samling senge	nej	Der vil for borgere i aldersgruppen 13-17 år, særlige fra Varde og Esbjerg, blive længere til indlæggelse. Dog beholdes nærheden for hele det store ambulante behandlingsområde - og den del styrkes. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	Ingen ændring
61	Esbjerg Kommune, Børn og Kultur	Kommuner mv	Vi finder det relevant at psykiatrien ønsker en styrkelse af forebyggelse og opfølgingsarbejdet med kommunerne. I denne forbindelse vil vi pointere vigtigheden af, at disse ressourcer anvendes til direkte indsatser til børn, unge og deres forældre og ikke udelukkende opkvalificerende kurser og råd og vejledning til kommunale medarbejdere. Vi har i Esbjerg Kommune dygtige og velkvalificerede medarbejdere, som har kompetencerne til at lave lettere behandlingstilbud. Som i psykiatrien bliver vi udfordret af økonomiske ressourcer, til at oprette disse tilbud. Derfor vil det være hensigtsmæssigt at bruge en del af de samlede ressourcer til forebyggelse som er tilgængelig i henholdsvis kommune og region, til et øget samarbejde omkring lettere behandlingstilbud, hvor kommunale og regionale medarbejdere deltager på lige fod i direkte indsatser omkring børn- og unge med henblik på at styrke deres trivsel og udvikling.	Styrkelse forebyggelse	nej	Taget til efterretning. Alle initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet Derudover er der en national 10 års plan for psykiatrien på vej, hvor bl.a. et lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunalt regi indgår, som en af flere initiativer.	Ingen ændring
62	Vejen Kommune	Kommuner mv	<u>En styrkelse af de forebyggende og opfølgende indsatser</u> Vejen Kommune ser positivt på et styrket tværsektorielt samarbejde gennem en styrkelse af de forebyggende og opfølgende indsatser i samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrien og kommunerne. Vejen Kommune har dog også flere bekymringer i forhold til realiseringen heraf: - Det beskrives i høringsmaterialet, at kommunerne som en del af implementering og drift af STIME skal oprette flere nye "lettere behandlingstilbud". I Vejen Kommune ser vi dette som en opgaveglidning. Vejen Kommune er klar til at påtage sig opgaven, men har svært ved at se hvor økonomien hertil skal komme fra. Hvis forslaget realiseres, ønskes det, at opgaven beskrives i den syddanske model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse. - Det beskrives i høringsmaterialet, at Fremskudt Funktion ønskes udvidet. Vejen Kommune er glade for det nuværende samarbejde omkring Fremskudt Funktion og ser derfor også positivt på en udvidelse heraf. Dog er der også her en bekymring i forhold til de kommunale opgaver, som følger med. Herunder om en udvidelse af Fremskudt Funktion får betydning for, hvordan øvrige opgaver i PPR fremover kan løses, om det vil komme til at betyde et reduceret serviceniveau i andre lovpligtige PPR funktioner.	Styrkelse forebyggelse	nej	Taget til efterretning. Alle initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet	Ingen ændring

63	Vejen Kommune	Kommuner mv	<p><u>Lukning af Akutmodtagelsen og sengepladser i Esbjerg.</u> Vejen Kommune ønsker at påpege følgende opmærksomhed ved lukning af akut- og sengepladser i Esbjerg. - En stor del af borgerne i Vejen Kommune vil få betydeligt længere til Aabenraa end de har for nuværende til Esbjerg. Samtidigt er der ikke gode offentlige transportmuligheder fra Vejen Kommune til Aabenraa. Vejen Kommune vurderer dog samtidigt, at de rette faglige kompetencer er vigtigere end transporttiden, men anbefaler, at Region Syddanmark har fokus på, hvorvidt familier kan kompenseres for de ekstra transportudgifter, så dette ikke bliver en hindring for at følge behandlingen. - Vejen Kommune ser en risiko for, at forældre/pårørende ikke kan være nærværende i forbindelse med behandlingen. Det er vigtigt, at forældre/netværk kan være en del af opholdet og behandlingen med henblik på den gode overgang til eget hjem igen. Samtidigt kan det for nogle børn og unge være en udfordring at være langt væk fra mor/far/familie og pårørende særligt i behandlingsperioder.</p>	Akutmodtagelse Samling senge	Nej	<p>Regionen anerkender at der for en række borgere i aldersgruppen 13-17 år i det sydvestjyske område vil blive længere til akutmodtagelsen og indlæggelser. Der er allerede i dag erfaringer i Aabenraa afdelingen med håndtering af indlæggelsesforløb for borgere med længere afstand til sengeafdelingen jf nuværende situation for borgere i fx. Vejle området. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulans behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler. Regionen stiller de muligheder for tilskud til offentlig transport til rådighed som ligger indenfor de gældende regler for kompensation her for.</p>	Ingen ændring
64	Vejen Kommune	Kommuner mv	<p>Vejen Kommune ønsker en afklaring af, om der er mulighed for, at borgere fra Region Syddanmark kan benytte Akutmodtagelse i Børne- og Ungdomspsykiatrien i eks. Region Midt, hvis det er tættere på borgerens hjem. Vejen Kommune foreslår, at Psykiatrien i Region Syddanmark undersøger muligheden for, at borgerne midlertidigt kan benytte den Psykiatriske Akutmodtagelse i Voksenpsykiatrien i de særlige situationer, hvor barnet eller den unge af forskellige årsager ikke er i stand til at transportere sig til Odense.</p>	Akutmodtagelse	Nej	<p>I forhold til Region Midt, så findes den nærmeste børne- og ungdomspsykiatriske akutmodtagelse i Skejby. For næsten alle i det sydvestjyske område vil afstanden til den foreslåede akutmodtagelse i Aabenraa være kortere. Det bemærkes også at akutmodtagelser i Region Midt alle er visiterede.</p>	Ingen ændring

65	Vejen Kommune	Kommuner mv	<p><u>Ændring af aldersgrænsen.</u> Vejen Kommune kan se en fordel i, at der ændres på aldersgrænsen, hvis Lokalpsykiatrien tænkes mere ind i den fremadrettede løsning jf. nærhedsprincippet. I Vejen Kommune er Lokalpsykiatrien placeret i Brørup Sundhedscenter. Vejen Kommune ser dog også flere udfordringer og negative konsekvenser ved at der ændres på aldersgrænsen. - Vejen Kommune har en bekymring i forhold til at skabe de gode overgange, hvis aldersgrænsen ændres. Vejen Kommune anbefaler et styrket fokus på overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien – det såkaldte transitionsforløb. At overgangen understøttes af en overgangsplan, der udarbejdes i samarbejde med den unge og forældre/netværkspersoner. Samt at overgangen understøttes af indgåelse af samarbejdsaftaler. - Vejen Kommune har en bekymring i forhold til, om de unge er klar til at skifte over i Voksenpsykiatrien allerede som 18 årige. Psykiatrien skriver selv; "Begrundelsen for at fastsætte aldersgrænsen til 0-19 år var en generel vurdering af, at mange unge ville have godt af 1-2 år mere i regi af kendte/trygge rammer i børne- og ungdomspsykiatrien". - Vejen Kommune foreslår, at der arbejdes med fleksible overgange hen over det 18. år. Dette skal</p>	Ændring aldersgrænse	Nej	<p>Taget til efterretning. Der ses nærmere på transitionsforløb for overgangen mellem BU og voksenalderpsykiatrien i forbindelse med den videre implementering.</p>	Ingen ændring
66	Vejen Kommune	Kommuner mv	<p>Vejen Kommune er nysgerrige på, hvordan man i Psykiatrien påtænker at løse udfordringen med den nye målgruppe, når det handler om sengepladser. Det er ikke umiddelbart muligt på kort sigt at udvide sengekapaciteten i voksenpsykiatrien. Det medfører, at udvidelsen med de 18-19 årige som udgangspunkt skal ske inden for de eksisterende sengepladser. Derfor kan der forventes et øget pres på de voksenpsykiatriske senge.</p>	Ændring aldersgrænse	Nej	<p>Det er korrekt at flytning af de 18-19 årige vil medføre øget behov for ressourcer til voksenpsykiatrien. Med det fremlagte høringsforslag lægges op til at sengebehovet øges i voksenpsykiatrien og der tilføres yderligere økonomiske ressourcer til voksenpsykiatrien. Det drejer sig om: - Reetablering af 15 pt lukkede senge i Aabenraa - At de ommærkede særlige pladser fortsat anvendes til aflastning af sengeafsnittene i Odense - Tilkøb af ekstra ledig kapacitet i de særlige pladser på Fyn til aflastning af sengeafsnittene i Odense. - Etablering af en afhjælpningspulje til at imødekomme belægningsudfordringer</p>	Ingen ændring.

67	Borger 8	borger	<p>Det er tale om meget sårbare børn og unge mennesker med virkelige alvorlige sygdomme, hvor døgnbehandling nogle gange er eneste udvej. Enten i form af akutte eller planlagte indlæggelser.</p> <p>De børn/unge mener I så, at man skal sætte i en bil/bus/et tog og køre, måske først til vurdering i Odense, og dernest evt. videre til indlæggelse i Åbenrå.</p> <p>Det må simpelthed være fordi, man ikke har forstået, hvor vigtig det er for alle involverede, at man kan få hurtig og tilgængelig hjælp i ens nærmiljø. Det er altså virkelig syge børn/unge vi taler om. Hvorfor skal de være dårligere stillet end voksne i Danmarks 5. største by?</p>	Samling senge	Nej	<p>Region Syddanmark anerkender, at dette ikke er en ønskesituation, men ift at indegå de konkrete udfordringen psykiatrien står i, vurderes dette forslag som den bedste løsning. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.</p> <p>Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.</p>	Ingen ændring
68	Borger 8	borger	<p>Noget andet er, at det, for os pårørende, i forvejen er svært at passe vores arbejde, når man har et sygt barn, men hvis man så også skal køre 1 1/2-2 timer hver vej til indlæggelser, ind / udskrivningssamtaler og besøg, bliver det yderligere en belastning, for, i forvejen, hårdt prøvede pårørende og for arbejdspladserne. Søkende, som netop kunne få noget tiltrængt alenetid med mor og far, under en døgnindlæggelse af deres bror/søster, ville også blive straffet, da meget af den tid nu ville gå med transport frem og tilbage</p>	Samling senge	Nej	<p>Region Syddanmark anerkender, at dette ikke er en ønskesituation, og vil medføre en øget belastning for en mindre gruppe pårørende til de 13-17 årige i det sydvestjydse område. Mht. begrundelse for forslaget og øvrig informationer hevises til oovenstående svar (pkt. 67)</p>	Ingen ændring
69	Borger 8	Borger	<p>Den fleksibilitet det giver at have ambulatoriet, dagafdelingen og døgnafsnittet i samme hus er uundværlig. Hjælpen bliver netop mere tilgængelig når afdelingerne kan tale sammen, face to face, og patienterne er kendte i miljøet.</p> <p>Det bliver sværere at få den hjælp, der er behov for, hvis døgnafsnittet lukker og det kommer til at koste på så mange barometre, at det simpelthen ikke kan være gennemtænkt.</p>	Samling senge	Nej	<p>Taget til efterretning. Det løbende samarbejde mellem ambulatoriet, dagafdeling og døgnafdelingen er central. Regionen har erfaring med at arbejde med ambulatorier og sengeafdelinger på forskellige matrikler. I øvrigt henvises til svar på pkt 67</p>	Ingen ændring
70	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Interesseforeninger mv	<p>Situationen for Børne- og Ungdomspsykiatrien er en dilemmafyldt situation med knappe ressourcer og mange hensyn. Bruger- og Pårørenderådet anerkender, at der skal træffes valg, som indebærer forandringer, nogle gange forringelser, og andre gange muligheder, som skal løftes. Det er godt, hvis politikerne har fået øjnene op for Børne- og Ungdomspsykiatriens nødlidende situation. Det er vigtigt, at omorganiseringen bliver en opgradering og ikke bare en omrokering</p>	Generelt	Nej	<p>Taget til efterretning. Med forslaget styrkes den fremtidige ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien med i alt 9,5 mio. kr. årligt til ekstra personale inkl speciallæger.</p>	Ingen ændring
71	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Interesseforeninger mv	<p>Det er centralt og vigtigt for pårønderrepræsentanterne, at der bliver arbejdet på bedre sammenhæng og samarbejde mellem regionen og kommunerne, og i kommunerne selv.</p>	Styrkelse forebyggelse	Nej	<p>Taget efterretning. Bedre sammenhæng er generelt en central opgave for regionen i dens samarbejde med kommuner og almen praksis.</p>	Ingen ændring

72	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Interesseforeninger mv	På side 4 i høringsudkastet bliver der kommenteret på private udbyders bidrag til udredning af børn og unge med mistanke om psykiatiske vanskeligheder, hvor disse børn og unge så henvises til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Problemet er dog overlevering af udredningen til netværket og opfølgning på anbefalingerne i kommunalt regi. Ved viderehenvisning til den offentlige psykiatri må der forventes god informationsoverførsel fra den private udbyder	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Regionen er enig i vigtigheden af en god informationsoverførsel fra den private udbyder	Ingen ændring
73	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Der er ønske om en bredere behandlingsvifte, psykoedukation, kreativt og kropsligt orienterede undersøgelser og behandlinger og mulighed for længerevarende terapiforløb og mere intensive indsatser i hjemmet fra ambulatoriet.	Generelt	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring
74	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Forslaget til omorganisering af Børne- og Ungdomspsykiatrien betyder de største forandringer for de 18- og 19-årige. De 18-19 årige kan opleve en brat overgang i deres liv, når de går fra børn/unge til voksenlivet på alle områder, også bør/unge med psykiatiske problemstillinger. Det er derfor vigtigt med samarbejde og overdragelse for de unge, der skal overgå til nye behandlere i forbindelse med omorganiseringen og også fremdeles. Der foreslås mulighed for tidligere tilknytning til bestemte behandlingstiltag i Voksenpsykiatrien, allerede når de unge er under 18 år og hvis det giver mening, samtidig med, at det forsæt er muligt at have tilknytning til specifikke behandlingstilbud i Børne- og Ungdomspsykiatrien, når patienten er fyldt 18 år, og selvom behandlingsansvaret er overgået til voksenpsykiatrien. I forhold til ønskerne og behovene fra de 18-25 årige, så anbefales det at anvende resultaterne fra den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP). Bruger og Pårørenderådet anbefaler, om man overvejer at skabe et sengeafsnit for yngre voksne med fokus på kontakt og aktiviteter for denne patientgruppe.	Ændring aldersgrænse	Nej	Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomme på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på det ifm implementeringen. Derudover arbejdes der med en fleksibilitet i forhold til alder og overgang mellem børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatrien, på baggrund af en faglig vurdering af, hvad der er det rigtige tilbud til den unge. Desuden kan mobilteams fra børne- og ungdomspsykiatrien indtænkes i forhold til at understøtte gode patientforløb i forbindelse med overgangen.	Ingen ændring
75	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende de økonomiske konsekvenser af forslaget, så virker de beskrevne budget, de beskrevne økonomiske midler til tiltag som utilstrækkelige i forhold til de opgaver, som skal løftes. Det står i øvrigt uklart, hvordan de økonomiske midler konkret skal bruges, er det flere klinikker, fastholdelse af klinikker, nye projekter?	Generelt	Nej	Med henblik på at skabe balance mellem efterspørgsel efter udredning, behandling og kapacitet, indebærer forslaget at den ambulante børne- og ungdomspsykiatri styrket med 9,5 mio. kr. Samtidig tilføres voksenpsykiatrien ressourcer tiul at varetage den nye behandlingsopgave i forhold til de 18-19-årige	Ingen ændring
76	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Bruger- og Pårørenderådet oplever problemer omkring silotænkning mellem de forskellige samarbejdspartnere omkring patienten, regionen, kommunen i forhold til samarbejdet med patienten og de pårørende. Det udfordrer behandling og forebyggelse. Bruger og Pårørenderådet anbefaler, at funktionen "Fremskudt Funktion", Børne- og Ungdomspsykiatrien og kommunerne, udvides for at imødekomme behovet.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Perspektivet medtages i tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet	Ingen ændring

77	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende ændringer af aldersgrænsen fra 19 til 17 år. Bruger- og Pårørenderådet finder, at det kan være godt i forhold til udredningsprocessen for den unge, at den sker i voksenpsykiatrien. Det er ikke altid dårligt med at skift, overflytning til voksenpsykiatrien. Selvom de unge 18-19-årige overflyttes til voksenpsykiatrien, vil der fortsat være de samme udfordringer for de unge med et skift i primærsektor, og hvor de ikke har den kendte behandler fra Børne- og ungdomspsykiatrien til at støtte i overgangen. De unge oplever et skift i kommunalt regi enten til efterværn eller til voksenregi kommunalt, derfor skal ny behandler fra voksen regi kende til den brede lovgivning og de forskellige overgange i primærsektor.	Ændring aldersgrænse	nej	Taget til efterretning. Regionen er opmærksom på de mulige udfordringer i sektorovergange i overgangen mellem unge og voksenalderen og det vil være i fokus i det fortsatte samarbejde mellem sektorerne.	Ingen ændring
78	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende sammenlægningen af sengeafsnit i Esbjerg og Aabenraa i Aabenraa. Det er langt fra Esbjergs optageområde. Det skaber blandt andet en bekymring for de ressourcetsvage familier og deres muligheder som pårørende for deres indlagte børn og unge og for samarbejdet mellem disse familier og sengeafsnit.	Samling senge	Nej	Der vil være borgere i aldersgruppen 13-17 år, hvor der vil blive længere til indlæggelse. Regionen har erfaringer med at håndtere patienter med længere afstand til sengeafdelingen jf Vejle områdets afstand til Aabenraa afdelingen. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulans behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler. Muligheden for tilskud til offentlig transport følger de gældende regler for kompensation herom.	Ingen ændring
79	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende flytning af akutmodtagelse fra Esbjerg til Aabenraa fra 8-18 og fra Esbjerg til Odense fra kl. 18-08 og i weekender. Der er en frygt for lang transport og transporttid, hvis man for eksempel kører med et barn, som er i affekt, og som har brug for en akutindlæggelse. Bruger- og Pårørenderådet ønsker, at akutmodtagelse kan placeres, samles mere centralt geografisk i regionen, for eksempel i Kolding. Odense som akutmodtagelse ligger langt væk set fra Jyllandssiden.	Akutmodtagelse	Nej	Da der ikke forefindes døgnpsykiatri i Kolding vurderes det ikke hensigtsmæssigt at etablere en akutmodtagelse i Kolding . For at sikre så optimal udnyttelse af speciallægenes tid, forslås det derfor at samle akutmodtagelsen aften/nat i Odense. Ved en samling af akutmodtagelsen i Odense vil patienter fra de jyske kommuner få lidt længere afstand til en akutmodtagelse i aften/nat. Data viser, at det i gennemsnit drejer sig om 141 patienter pr. år. Region Syddanmark anerkender udfordringen. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.	Ingen ændring
80	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende styrkelser af forebyggelse og opfølgingsindsatsen i samarbejde med kommuner. Det er godt med forebyggende indsatser allerede, når der konstateres mistrivsel i folkeskolen. Øget samarbejde med kommunerne kræver, at kommunerne sætter penge af til området.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet	Ingen ændring

81	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	Vedrørende samlet ledelse af børne- og ungdomspsykiatrien. Det vil være brugbart at anvende læring fra tidligere fusioner, så der sikres en bedre og mere smidig overgang til én fælles afdeling for børne- og ungdomspsykiatrien i Syddanmark. Vigtigt at man lærer af det gode, af det som virker godt i de to forskellige afdelinger i stedet for, at alt startes forfra og skal ensrettes uden at inddrage de gode erfaringer fra tidligere.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning. Læring fra tidligere fusioner vil indgå i den efterfølgende implementering af det godkendte forslag.	Ingen ændring
82	Bruger- og pårørenderåd, BU Sydjylland	Andre	<u>Kommentarer fra Pårørendeforeningen, Bedre Psykiatri:</u> Som nævnt i telefonen ser jeg den største bekymring omkring nedlukningen af akutmodtagelse i Esbjerg. Det risikerer at efterlade de aller mest sårbare børn og deres pårørende i et tomrum. Vores oplevelse som pårørendeforening er, at forældrene i dag stort set har en rolle både som rådgiver og hjælper for deres eget barn og ofte formår at hjælpe deres barn/unge så meget, at de fleste behandlinger kan foregå ambulant. Men når forældrene så virkelig har brug for akuthjælp til deres barn, og måske står med en oplevelse af at føle sig magtesløse, så vil det kræve, at de kører til enten Odense eller Aabenraa. Det efterlader os da med en bekymring for, at der bliver et ekstra stort pres på de pårørende og samtidig en nervøsitet for, at de børn og unge, som af den ene eller anden grund virkelig har brug for akuthjælp, risikerer ikke at få den hjælp de reelt har behov for. Vigtigt at kommunerne også sætter penge af i budgettet til fx fremskudt funktion og STIME, ved vi noget om kommunerne har afsat midler til det	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning. Region Syddanmark anerkender udfordringen. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet Det videre arbejde med udbygning af fremskudt funktion og etablering af STIME vil foregå i samarbejde med kommunerne i regi af sundhedsklyngesamarbejde og i socialdirektørkredsen.	Ingen ændring
83	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	<u>Ændring af aldersgrænse</u> Vi anerkender og forstår Regionens begrundelser for at ændre aldersgrænsen i BUP fra 19 til 17 år, hvilket først og fremmest medfører en højere grad af ensartethed i behandlingstilbuddene på tværs af regionerne i Danmark,	aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
84	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	Vi vil imidlertid gerne henlede jeres opmærksomhed på tre udfordringer i den forbindelse: 1) Andelen af retspsykiatriske patienter indlagt i Voksenpsykiatrien 2) Mangel på speciallæger 3) Kvalitet i transitionsprocessen	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Sengekapaciteten i voksenpsykiatrien styrkes med forslaget og der tilføjes ekstra ressourcer til de almenpsykiatriske afdelinger, der har retspsykiatriske patienter indlagt. Forslaget indebærer en bedre udnyttelse af regionens speciallæger. Vedrørende transitionsprocessen er det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring

85	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	<p>1: De seneste tal fra den almene Voksenpsykiatri viser, at 8.785 sengedage, eller hvad der svarer til 24 senge, var optagede af retspsykiatriske patienter i 2022. Vi er klar over, at denne problematik er funderet i en kapacitetsudfordring, men ikke desto mindre mener vi, at der påhviler Regionen et særligt ansvar, som handler om at beskytte de yngste patienter på blot 18 og 19 år. Vi vil gerne foreslå, at der arbejdes på udviklingen af en løsning, så de helt unge mennesker bliver skærmet fra patienter med en dom, dette ud fra et påvirkningshensyn. Vil der mon kunne skabes et særligt afsnit på den enkelte afdeling for de yngste patienter? Desuden, kan man i højere grad gøre brug af bruger/patientstyrede senge, som vil give de unge patienter mulighed for at tage mere aktivt del i egen indlæggelse og handle på egne behov? Vi vil herfra gerne opfordre til, at der findes en løsning på denne både moralske og etiske problemstilling, før planerne om ændring af aldersgrænsen effektueres</p>	Ændring aldersgrænse	Nej	<p>Taget til efterretning. Regionen følger udviklingen i antal retspsykiatriske patienter indlagt på de almenpsykiatriske afsnit. Regionen har senest udbygget retspsykiatrien med et yderligere afsnit i Esbjerg. Derudover afsættes yderligere 5 miokr. Til en afhjælpningspulje i forbindelse med gennemførelse af høringsforslaget til at styrke de almenpsykiatriske afdelinger, der huser retspsykiatriske patienter. Der vil ikke blive etableret særlige afsnit for de yngste patienter, men opmærksomhed på de yngste patienters særlige behov.</p>	Ingen ændring
86	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	<p>2: Manglen på speciallæger er en problematik, som Regionen selv gør opmærksom på i sit Høringsudkast af december 2022, og som ikke umiddelbart står til at finde sin løsning. Ved en ændring af aldersgrænsen mindskes presset, alt andet lige, på speciallægerne i BUP, men det flyttes til gengæld til Voksenpsykiatrien samt øvrige ambulante behandlingstilbud i kommunerne, hvor uddannet personale også er en mangelvare. Problemet med rekruttering samt fastholdelse af speciallæger er en vedvarende udfordring, og blandt andet derfor skal vores klare opfordring være, at der tænkes i alternative løsninger og ansættelser, som i højere grad modsvarer de aktuelle problematikker, som patienter med psykisk sygdom står midt i. Vi foreslår ansættelse af "terapeuter" i form af psykologer, pædagoger, psykoterapeuter, fysio- og kropsterapeuter, (flere) ergoterapeuter, ja sågar kunst- og musikterapeuter. I en moderne psykiatri er der behov for, at man ser på det hele menneske, når der skal lægges en plan for behandling, dette til erstatning for en forældet, men dog alligevel fremherskende, tankegang, hvor man ser psykisk sygdom som noget, der foregår i hjernen, og som kræver medicinsk behandling. Derudover er det i vores optik en anelse opportunistisk at antage, at unge 18-19-årige med psykisk sygdom i højere grad kan rummes og behandles ambulant; det er langt fra alle patienter, og med dem deres pårørende,</p>	Generelt	Nej	<p>Høringsbemærkninger er noteret, herunder bemærkningerne vedrørende det tværsektorielle samarbejde, brugen af forskellige faggrupper. Psykiatrien er optaget af at være en attraktiv uddannelses- og arbejdsplads, så der kan rekruttere og fastholde medarbejdere, herunder læger. Høringsforslaget er også født ud af ønsket om at imødekomme netop denne udfordring i børne- og ungdomspsykiatrien.</p>	Ingen ændring

87	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	3:) Kvaliteten i transitionsprocessen fra BUP til Voksenpsykiatrien risikerer at blive kraftigt udfordret pga. den store gruppe af unge 18 - 19-årige patienter, som pludselig skal flyttes på én gang, og vi hæfter os ved, at denne problematik ikke er nærmere beskrevet fra Regionens side. Vores forslag skal lyde, at man frikøber kvalificerede konsulenter, som sammen med det øvrige personale på BUP, kan bistå i denne proces	Ændring aldersgrænse	Ja	Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm overgangsfasen.	Arbejdes med prioritering af nødvendige midler til kompetenceudvikling i voksenpsykiatrien
88	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	<u>Kapacitetsudfordringer samt flytning af essentielle opgaver</u> Som pårørende forening er vi i tæt kontakt med de mennesker, som er en helt uundværlig del af hverdagen for mennesker med psykisk sygdom. Vi kender til de mange udfordringer, som de står midt i, når deres kære skal finde vej rundt i den kommunale og regionale psykiatri eller uforvarende havner et sted derimellem, og vi kender også til de sårbarheder, som mange af de pårørende udvikler som direkte konsekvens af et liv fyldt med usikkerhed og uvished - vi taler negativ stress, depression samt PTSD-lignende symptomer i en sådan grad, at en del af dem ender uden for arbejdsmarkedet og måske aldrig vender tilbage - nogle pårørende kæmper endda allerede selv med psykiske udfordringer eller en psykiatrisk diagnose. Med planerne om sammenlægning af sengefunktioner samt flytning af akutmodtagelse påtvinger man de pårørende en ekstra byrde, som rejser et problem af helt lavpraktisk karakter: ! Transport til akut-behandling At stå med et menneske, som er selvmordstruet eller som er dybt psykotisk kræver handling her og nu, og hvem skal i givet fald påtage sig opgaven i forhold til at transportere en patient den endnu længere vej for at modtage hjælp? Hvis planerne om samling af sengefunktioner samt flytning af akutmodtagelse bliver en realitet, så må de pårørende have fuld indsigt i deres rettigheder i forhold til transport til	Samling senge	Nej	Taget til efterretning. Region Syddanmark anerkender udfordringen. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Der vil være en række muligheder for hjælp til transporten i den akutte situation, som vil blive foldet merre ud i det endelige forslag. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulantly behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	De forskellige muligheder for hjælp til transport i bl.a. en akut situation beskrives nærmere i det endelige forslag.

89	Bedre Psykiatri lokalafdelingerne på Fyn og i Vejle	Interesseforeninger mv	<p><u>Rekrutteringsbehov</u></p> <p>For at tiltrække og fastholde de helt rigtige mennesker, som brænder for at arbejde med mennesker med psykisk sygdom, er der behov for at gøre psykiatrien til en attraktiv arbejdsplads, og her er det ingenlunde tilstrækkeligt med flere penge i lønposen eller flere hænder. Det handler om at skabe en kvalificeret ledelse, der vil arbejde helhjertet på et opgør med en usund arbejdskultur, som patienter såvel som ansatte lider under - et hurtigt kig på sygefraværstastikken levner ingen tvivl om dette presserende behov, hvilket rejser en anden og mere fundamental problemstilling:</p> <p>! Fokus på psykisk arbejdsmiljø og trivsel</p> <p>Der er blevet skrevet og sagt mangt og meget om problemerne i psykiatrien gennem de senere år, hvilket har efterladt området med et blakket ry, og har man til sinds at løse det aktuelle rekrutteringsbehov, forebygge medarbejderflugt samt midlertidig lukning af senge, hvilket er et aktuelt problem på psykiatrisk afdeling i Svendborg netop nu, så må både kultur og værdier have et grundigt eftersyn, ligesom der må sættes fokus på, hvordan man styrker trivslen hos alle medarbejdere inklusive ledelsen, så de er i stand til at rumme de psykiatriske patienter præcis som de er. Medmindre vi anerkender denne udfordring, som værende en del af</p>	Generelt	Nej	Regionen er helt enig i foreningens fokuspunkter, som ledelse, arbejdsmiljø, trivsel, udgående aktiviteter og nytten af brugerstyrede senge.	Ingen ændring
90	Borger 9	Andre	<p>Vi er bedsteforældre til et barn, der har svære psykiske problemer. Når hun får angstanfald og er meget syg, kan vi hurtig få hende indlagt i Esbjerg, på grund af kort afstand. Vi syntes ikke det er acceptabel at der ikke er akut modtagelse / sengeafsnit i så stor en by som Esbjerg.</p> <p>Det er ikke forsvarligt at man skal køre så sygt et barn mere end to timer i bil eller offentlig transport. I Aabenrå er der åbent for akut modtagelse fra kl 8-18, det så sige at hvis man har brug for hjælp efter kl 18.00, skal man helt til Odense, det må man da kunne sige sig selv at det ikke er optimalt. Tror ikke de ansvarlige egentlig ved hvad det vil sige at have et så sygt barn, der har brug for akut hjælp. Barnet kan jo ikke sidde i en bil, bus eller tog og være fuldstændig ude af sig selv, og måske evt være udreagerende, hvordan skal det stakkels barn / forældre/ ledsager tage sig af det (hvor der også er andre passagerer tilstede) det er jo ydmygende for alle parter.</p> <p>Hvis et barn er selvmordstruende og skal have akut hjælp kan det jo ikke nytte noget at der er mere end 2 timers kørsel, når hjælpen er så hurtig tiltrængt. Vi er bange for at det vil gå ud over børnene og de unge, og i sidste ende kan det blive kastestrofalt. Tror man vil tabe mange af de unge mennesker, hvis man gør alvor af sine planer</p>	Akutmodtagelse	Nej	<p>Taget til efterretning.</p> <p>Region Syddanmark anerkender udfordringen. Forslaget vil for en mindre gruppe (de 13-17 årige) betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulantly, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid.</p> <p><i>Mulighederne for hjælp til transport vil blive nærmere foldet ud i det endelige forslag</i></p> <p>Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulantly behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.</p> <p>Der er generel uændret mulighed for at blive indlagt, men dette vil foregå på en anden matrikel. Samtidig vil langt den overvejende del af behandlingen for langt de fleste foregå ambulantly og fortsætter uændret.</p> <p>Patienter som er akut selvmordstruet vil fortsat kunne indlægges, men fremadrettet bare på en anden afdeling end i Esbjerg</p>	Ingen ændring

91	Borger	borger	Man må kunne løse problemet ved at bruge pengene på at uddanne flere psykologer, istedet for at lokke personale til Aabenrå med 4 dages uge og 250,000kr mere i løn, det kører jo ikke for godt i Aabenrå læser man meget om, og så vil man flytte det derned, hvad har man da gang i.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Høringsbemærkninger er noteret, herunder bemærkningerne vedrørende det tværsektorielle samarbejde, brugen af forskellige faggrupper. Flere psykologer vil dog ikke ændre på udfordringerne med speciallægemanglen.	Ingen ændring
92	Sundhedssamarbejdsudvalget i Region Syddanmark	Andre	Sundhedssamarbejdsudvalget hilser det velkomment, at der kommer et forslag til, hvordan det stigende pres på børne- og ungdomspsykiatrien kan håndteres, så udredningsretten for børn og unge kan overholdes. Sundhedssamarbejdsudvalget forholder sig ikke til de konkrete forslag om omorganisering, men understreger, at der er stort behov for at tænke i tværsektorielle løsninger inden for området, og at det er vigtigt at fastholde en god dialog mellem psykiatrien, kommunerne og almen praksis. Hvad angår de konkrete forslag til omorganisering bemærkes det, at de enkelte kommuner i Syddanmark og PLO-syd er høringsparter og dermed har mulighed for at fremsende særskilte høringssvar, ligesom der indgives et fælleskommunalt høringssvar på vegne af de 22 syddanske kommuner. Sundhedssamarbejdsudvalget ser frem til at drøfte det tværsektorielle indhold af den ændrede organisering af børne- og ungdomspsykiatrien, når den er endeligt vedtaget i regionsrådet.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
93	Specialrådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<u>Ændring af aldersgrænse for Børne- og Ungdomspsykiatrien fra 19 til 17 år.</u> Vi støtter dette forslag. Denne aldersgrænse svarer til sundhedsstyrelsens specialevejledning for Børne- og Ungdomspsykiatri. Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark har gennem en længere periode haft svært ved at rekruttere og fastholde speciallæger og med de begrænsede speciallægerressourcer i regionen, er det vores vurdering, at disse vil blive brugt bedre og mere effektivt ved at begrænse aldersoptaget i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Det vil give større faglig kvalitet med en fokuseret indsats, samt bedre uddannelse af kommende speciallæger i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Både i forhold til affektive lidelser samt i forhold til OPUS behandlingen af unge med skizofreni, synes det også positivt med aldersgrænser, hvor behandlingen for 18 + årige overgår til voksenpsykiatrien. Der er specifikke retningslinjer for behandling af patienter med henholdsvis affektive lidelser og skizofreni for 18+ årige, og det er en gruppe patienter, som voksenpsykiatrien har langt større erfaring med end BUP. De har desuden et større volumen af denne gruppe patienter og således også større erfaring og bedre behandlingstilbud. De 18-19 årige er en patientgruppe, der oftere har dobbeltdiagnoser det vil sige misbrug samt en psykiatrisk diagnose. Det er en meget ressourcekrævende gruppe at have indlagt i sengeafdelingerne og til tider	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring

94	Specialrådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<p><u>Samling af nuværende Børne- og Ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til en fremtidig sengefunktion i Aabenraa</u></p> <p>Vi støtter forslaget om samling af sengefunktioner på to matrikler i den fremtidige Børne- og Ungdomspsykiatri i Region Syddanmark. Det kræver mange ressourcer at opretholde et akut beredskab flere steder i Region Syddanmark. Børne- og Ungdomspsykiatrien er overvejende et ambulante speciale og ressourcerne kan bruges bedre og mere effektivt i den ambulante funktion. Der har gennem en årrække været en markant stigning i antallet af henvisninger af børn og unge, der skal udredes og behandles ambulante.</p> <p>Vi har en bekymring for placeringen af det sydjyske døgnafsnit i Aabenraa, da vi har erfaring med store rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer gennem mange år til det børne- og ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Aabenraa. Dette gældende både lægefagligt personale og tværfagligt personale. Det kan få store konsekvenser for patienter og pårørende, hvis ikke personaler med kompetencer og viden kan fastholdes. Placering af døgnafsnit og ambulatorium i Kolding vil sikre bedre rekrutteringsmuligheder af speciallæger, specialpsykologer, yngre læger, sygeplejersker samt vil sikre mulighed for tæt samarbejde med pædiatrisk afdeling, inkl. højt specialiseret funktion for funktionelle lidelser.</p>	Samling senge	Nej	<p>Taget til efterretning. Med forslaget styrkes den fremtidige ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien med i alt 9,5 mio. kr. årligt til ekstra personale inkl speciallæger. Der vil stor fokus på at rekruttere og fastholde kompetent personale til børne- og ungdomspsykiatrien. En evt. etablering af afdeling og ambulatorium i Kolding vil i bedste fald have et meget langt tidsperspektiv og derfor fastholde en uholdbar situation i alt for mange år.</p>	Ingen ændring
95	Specialrådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<p><u>Akutmodtagelse hele døgnet i Odense og fra 08.00-18.00 i Aabenraa. Det betyder at akutmodtagelsen fra Esbjerg flyttes til Aabenraa. Akutmodtagelse for børn varetages som nu i Odense.</u></p> <p>Vi støtter dette forslag. Vi vil anbefale, at der i planlægningen af den fremtidige Børne- og Ungdomspsykiatri kun etableres børne- og ungdomspsykiatriske funktioner i nær tilknytning til et somatisk hospital og med direkte adgang til somatisk "akut kald". Det er erfaringen, at benyttelse af "112" skaber utryghed, idet der til stadighed ses mange og alvorlige somatiske udfordringer hos de børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Det er ikke rimeligt, at børne- og ungdomspsykiatriske patienter skal have en dårligere behandling end somatiske patienter. Derudover vil det lette det gensidige samarbejde med somatiske afdelinger i forhold til fælles patienter, tilsynsfunktion og tvangsforanstaltninger i henhold til psykiatriloven på somatiske afdelinger, hvis den geografiske afstand minimeres. Denne bekymring imødekommes ved flytning til nyt OUH samt PAM i enten Aabenraa eller Kolding.</p> <p>I modsætning til den somatiske Fælles Akut Modtagelse (FAM) er den Psykiatriske Akut Modtagelse (PAM) i Region Syddanmark ikke visiteret. Dette betyder, at man kan "henvende sig fra gaden" uden kontakt til fagpersonale først. Vi anbefaler en visiteret PAM, der i modsætning til aktuelt,</p>	Akutmodtagelse	Nej	<p>Taget til efterretning. Der er ingen umiddelbare planer om etablering af visteret skadestue. Den nærmere praktiske tilrettelæggelse af akutmodtagelsen i Aabenraa indenfor rammerne af FAM i Aabenraa skal fastlægges i den videre proces. Det indgår også i det fremagte forslag at muligheden for subakutte tider vil være myuligt i forhold til alle afdelinger og ambulatorier.</p>	Ingen ændring.

96	Specialerådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<p><u>Styrkelse af forebyggelse og opfølgingsindsatsen i samarbejde med kommunerne – herunder forslag om udbygelse af Fremskudt Funktion og indførelse af STIME (som er en model for et tværsektorielt samarbejde i Region Hovedstaden om børn og unge i mistrivsel).</u></p> <p>Vi har også i Region Syddanmark gode erfaringer med tværsektorielt samarbejde blandt andet via psykiatriske Mobilteams, Fremskudt Funktion og Fremskudt Koordinering. Herunder vil vi anbefale, at der i det tværsektorielle samarbejde arbejdes med at etablere et tilbud, der kan aflaste de akutte sengepladser i Børne- og ungdomspsykiatrisk regi i forhold til børn og unge, der efter besøg i PAM ikke kan rummes i hjemmet og ikke er indlæggelseskrævende på grund af en psykiatrisk sygdom. Vi vil anbefale, at der etableres et regionalt akut socialt tilbud. En del af det tværfaglige samarbejde kunne forgå via etablering af et subakutte team eller Mobile Teams, som foreslået ovenfor, med henblik på at sikre kontakt til det kommunale system i dag tid.</p>	Styrkelse forebyggelse	Nej	<p>Taget til efterretning. Perspektivet medtages i tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklynge samarbejde.</p> <p>Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet</p>	Ingen ændring
97	Specialerådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<p><u>Samlet ledelse af Børne- og ungdomspsykiatrien i regionen.</u></p> <p>Vi støtter dette tiltag. Det kan være med at skabe et højt fagligt og ensartet tilbud til patienterne i Børne og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark. Der er dog stor bekymring for, hvorledes behovet for en nærværende ledelse, der dagligt kan træffe beslutninger, skal honoreres. Det vil være vigtigt, at der sikres en stærk lokal forankret faglig ledelse på de enkelte matrikler ved at styrke mellemlider-niveauet. Endvidere vigtigt at styrke fælles faglige samarbejdsfora mellem matriklerne og give råderum til de lokale faglige ledelser.</p> <p>Vi har stor erfaring med fusionsprocesser i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark. En fusionsproces mellem to store afdelinger med flere matrikler tager mange år og vi ved, at der er behov for at sikre tryghed for alle medarbejdere ved, at der i en ny fælles ledelse er lige repræsentation fra både Børne- og ungdomspsykiatrien i Odense og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Sydjylland. Der er en bekymring for, hvorledes speciallægerne skal allokere på de forskellige Børne- og Ungdomspsykiatriske matrikler, og hvorvidt det vil forringe arbejdsvilkårene, hvis den enkelte læge skal arbejde på flere matrikler med stor geografisk afstand imellem. Der er stor speciallægemangel, og det anbefales, at der er opmærksomhed på ikke at forringe arbejdsvilkårene</p>	Samlet ledelse	Nej	<p>Taget til efterretning. Regionen vil have stor fokus på at sikre den bedst mulige samling af ledelsen på området.</p>	Ingen ændring

98	Specialrådet for børne- og ungdomspsykiatri i Region Syddanmark	Faglige organisationer	<p><u>Styrkelse af den ambulante kapacitet.</u></p> <p>Vi er enige i, at den ambulante Børne- og Ungdomspsykiatri i Region Syddanmark skal styrkes. Der mangler personale i ambulatorierne. Det er vanskeligt på tilfredsstillende vis at udrede og behandle patienter indenfor den nationalt gældende lovgivning om patientrettigheder. Vi vil anbefale, at udrednings- og behandlingsretten differentieres afhængig af diagnosegruppe. Vi mener at differentierede udrednings- og behandlingsgarantier vil sikre mere lighed mellem somatiske og psykiatriske patienter.</p> <p>En styrkelse af det ambulante område vil kræve frigivelse af speciallægeressourcer til dette arbejde. Der kan allokeres flere ressourcer til det ambulante område, hvor langt størstedelen af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter ses og behandles, ved at ændre vagtstrukturen således, at bagvagtsarbejde i vagttiden planlægges som "Beredskabsvagter", hvilket netop vil sikre speciallægetid i dagtid, hvor patienterne er. En anden fordel ved denne model vil være øgede muligheder for nærværende uddannelse fra speciallæger til uddannelseslæger i ambulatorierne. Gennem sammenlægning af afdelingerne sker der også en sammenlægning af forskningsaktiviteterne indenfor det børne- og ungdomspsykiatriske område i hele regionen. Det vil ligestille patienternes adgang til rekruttering og deltagelse i kliniske forskningsprojekter på alle matrikler.</p>	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning. Med forslaget styrkes den fremtidige ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien med i alt 9,5 mio. kr. årligt til ekstra personale inkl speciallæger. Regionen deler specialrådets fokus på arbejdsmiljø og trivsel for at sikre en bedre rekruttering og fastholdelse af alle faggrupper, samt de nye muligheder på forskningsområdet med samling til en afdeling.	Ingen ændringer
99	Sygehus Lillebælt	Sygehuse	<p><u>Høringsvar fra Børne- og Ungeafdelingen, Sygehus Lillebælt:</u></p> <p>Det er med stor interesse, at vi har læst høringsudkastet. Vi har en stor interesse i en velfungerende børne- og Ungdomspsykiatri generelt, og en velfungerende Børne- og Ungdomspsykiatri er yderst vigtig for en stor del af de børn- og unge, som vi behandler i pædiatrien. Det gælder både børn- og unge med funktionelle symptomer og børn og unge med psykiatrisk comorbiditet og somatisk sygdom. Derfor hilser vi planen velkommen.</p> <p>Der er ingen tvivl om, at vi havde ønsket os geografisk nærhed til børne- og ungdomspsykiatrien, da det erfaringsmæssigt sikrer de gode samarbejdsrelationer. Når det ikke kan lade sig gøre, vil det være særdeles vigtigt for os, at vi sikrer samarbejdet på andre måder og bibeholder de samarbejdsfora, som allerede eksisterer.</p> <p>Fælles virtuel pædiatrisk og Børne- og ungdomspsykiatrisk konference hver anden uge, hvor der gennemgås fælles patienter og foregår erfaringsudveksling speciallægerne iblandt.</p> <p>Ledermøde mellem afdelingsledelsen på Børne- og Ungdomspsykiatri Syddanmark og Børne og Ungeafdelingen i Kolding, som vi har afholdt virtuelt 5 gange årligt.</p> <p>Tilsyn:</p> <p>Det vil desuden være af største vigtighed, at vi fortsat har</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Høringsforslaget indebærer ingen ændringer i det nuværende udbyggede samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og Sygehus Lillebælt.	Ingen ændring

100	Sygehus Lillebælt	Sygehuse	<p>Samarbejde om tvangsbehandling af somatisk lidelse / dobbeltindlæggelse med følgende retningslinje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - For indlagte på somatisk afdeling kan tvangsbehandling af legemlig lidelse under visse betingelser ske i henhold til Psykiatrilovens § 13, se Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien afsnit 2.1. - Somatisk bagvagt fra FAM eller pædiatrien SLB Kolding (overlæge eller i overlægens fravær en anden speciallæge eller læge under hoveduddannelse) fremsætter anmodning om somatisk tvangsbehandling ved telefonopkald til bagvagten i B&U Sydjylland. OBS: Patienter under 20 år på SLB Kolding som i ord og/eller handling giver udtryk for ikke at ville samarbejde om livsvigtig somatisk behandling pga. psykisk tilstand og som er transportable overflyttes til respektive afdeling på SHS Åbenrå for at modtage behandling under dobbeltindlæggelse der. - Hvis patienten ikke vurderes at være flytbar, planlægger bagvagten i B&U Sydjylland sit fremmøde inkl. ca-tidspunkt og orienterer anmodende læge om dette 	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Høringsforslaget indebærer ingen ændringer i det nuværende udbyggede samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og Sygehus Lillebælt.	Ingen ændring
101	Sygehus Lillebælt	Sygehuse	<p>Høringsvar fra Akutafdelingen, Sygehus Lillebælt: Akutafdelingen i Kolding støtter op om samling af aktiviteter på Odense Universitetshospital og Sygehus Sønderjylland Aabenraa, som beskrevet. Allerede i dag er der gode takter i samarbejdet med Børne- og Ungdomspsykiatrien som vi håber at udbygge</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
102	Borger 10	borger	<p>Behold de decentrale muligheder Kære regionsråd. Kig nu på alternative sparemuligheder, I kigger kun i kasser. Bibehold de decentrale muligheder i psykiatrien. Nåleøjet (flaskehalsen) er lægen på grund af læge mangel. Det samme problem, er at det er kun sygeplejersker, som må dele medicin ud. Igen er flaskehals. Brug nu hele personale staben og lad dem tænke selv. Meget går op i bureaukrati. Hvis man i stedet for Esbjerg skal til at køre til Aabenraa eller Odense, risikerer vi, at nogle tager sit eget liv inden. Jeg tror desværre ikke, at regionrådsmedlemmerne er klar over hvor mange, som skærer i sig selv, tager overdosis af medicin eller sulter sig selv. Tid er vigtig, som enhver plejer kan klare</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen vurderer at det fremlagte forslag er det, som bedst løser de udfordringer børne- og ungdomspsykiatrien står med. Høringsbemærkninger er noteret, herunder bemærkningerne vedrørende brugen af forskellige faggrupper.	Ingen ændring

103	Psykiatrien, Region Midtjylland	Myndigheder øvrige	Psykiatrien, Region Midtjylland er opmærksom på, at Regionspsykiatrien Gødstrup bliver nærmeste psykiatriske akutmodtagelse og sengeafsnit for børn og unge for de nordvestlige kommuner i Region Syddanmark. Det kan betyde, at et øget antal patienter fra Region Syddanmark vil søge udredning og behandling i Region Midtjylland. Det kan være med til at øge presset på Region Midtjyllands kapacitet til målgruppen.	Samling senge	Nej	Regionen vil på baggrund af høringsvaret gå i dialog med Region Midtjylland omkring konsekvenserne af det fremlagte forslag. Det er ikke regionens forventning at der vil ske en større vækst i antal akutte indlæggelser i Region Midtjylland for 13-17 årige, da den nærmeste børne- og ungdomspsykiatriske akutmodtagelse ligger i Skejby. I perioden hvor patienter fra Vejle har skullet indlægges i Aabenraa og anvende akutmodtagelse i Esbjerg ikke har medført en større søgning på børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. For de 18-19-årige vil akutmodtagelsen fortsat ligge i Esbjerg.	Ingen ændring
104	Borger 11 (men psykolog på Psyk.afd, Vejle)	Borger	Det forstås, at børne- ungdomspsykiatrien har været presset af stigende antal henvisninger og knappe ressourcer, men knappe ressourcer gør sig også gældende i voksenpsykiatrien. Fra et voksenpsykiatrisk perspektiv er det uklart, om man i tilstrækkelig grad har afdækket problemet eller er gået direkte til at udarbejde en løsning. Hvor meget er antallet af henvisninger steget i børne- ungdomspsykiatrien? Er antallet af henvisninger til voksenpsykiatrien også steget eller er det status quo? Kunne noget nås ved at effektivisere arbejdsgange i børne- ungdomspsykiatrien? Hvorfor tænker man voksenpsykiatrien har bedre ressourcer og hvorfor har man ikke fundet det relevant at inddrage begge parter før lige inden vedtagelse?	Ændring aldersgrænse Samling senge	Nej	Forslaget indebærer en styrkelse af voksenpsykiatrien med 9,6 mio.kr., der bla. dækker over en styrkelse af sengekapaciteten mhp at imødekomme den øgede aktivitet. Forslaget indebærer bla. frikøb af 4 ekstra senge samt at 15 midlertidigt lukkede senge i Aabenraa genåbnes. Desuden så følger der ressourcer svarende til den nye ambulante behandlingsopgave i voksenpsykiatrien. Udviklingen i aktiviteten i voksenpsykiatrien vil blive fulgt efter gennemførelse af de nye aldersgrænser	Ingen ændring
105	Borger (men psykolog på Psyk.afd, Vejle)	Borger	Jeg er bekymret for de unge, som ganske vist juridisk er voksne, men har andre behov hvad angår udredning og behandling, som pakkerne i voksenpsykiatrien aktuelt ikke kan imødekomme. Vi oplever i forvejen, at de yngste i voksenpsykiatrien på 20 år har vanskeligt ved modenhedsmæssigt at følge med. Desuden er en stor del af de 18-årige er hjemmeboende. Det stiller krav til viden om pårønderarbejde og familiedynamik, som man ikke har i voksenpsykiatrien. Dertil kommer, at man i voksenpsykiatrien ikke har erfaring med netværksarbejde i form af samarbejde med uddannelsesinstitutioner etc. som man har i børne- ungdomspsykiatrien.	Ændring aldersgrænse	Nej	Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm overgangsfasen.	Ingen ændring

106	Borger (men psykolog på Psyk.afd, Vejle)	Borger	Ambulant virker den forestående opgave uden betydelige ekstra ressourcer uoverstigelig. Under indlæggelse bliver det om muligt endnu mere bekymrende at se i møde, at en 18-årig skal være indlagt på samme afsnit som svært syge patienter på op til 69 år, herunder retspsykiatriske patienter. Der er jævnligt yderst voldsomme hændelser på et voksenpsykiatrisk sengeafsnit, som det ganske enkelt er uansvarligt at udsætte så unge mennesker for.	ændring aldersgrænse	Nej	Der følger ressourcer med til voksenpsykiatrien til at håndtere både den ekstra ambulante aktivitet og de ekstra indlæggelser. Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomme på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm overgangsfasen.	Ingen ændring
107	Borger (men psykolog på Psyk.afd, Vejle)	Borger	Med det aktuelle scenarie frygter jeg, at vi bliver nødsaget til igen at smøre ressourcerne endnu tyndere ud end vi gør i forvejen. Kan vi afvise flere? Afslutte hurtigere? Vurdere patienter behandlingsresistente tidligere, så vi kan prioritere de unge, som har hele livet foran sig? Måske, men det er ikke nogen god løsning for hverken patienter, behandlere eller samfundet. Vi bør bestræbe os på at optimere vores tilbud med effektivearbejdsgange, høj kvalitet og arbejdsglæde og ikke mindst effektivt samarbejde mellem sektorer med de rette ressourcer tilgængeligt. Det er desværre ikke det, der lægges op til her.	Generelt	Nej	Forslaget tager afsæt i at imødekomme de udfordringer som Børne- og ungdomspsykiatrien står overfor. Det er vurderingen at løsninger ikke kan findes indenfor den nuværende organisering af børne- og ungdomspsykiatrien. Fokus på løbende optimering af af psykiatriens behandlingstilbud som foreslået af borgeren dels af regionen, men vil ikke løse de aktuelle udfordringer i børne- og ungdomspsykiatrien.	Ingen ændring
108	PLO	Faglige organisationer	Indledningsvist vil PLO Syddanmark rose processen og det endelige produkt. PLO Syddanmark sætter pris på inddragelsen i processen gennem vores dialogmødet 30. august 2022.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
109	PLO	Faglige organisationer	<u>Yderligere børnepsykiatere i speciallægepraksis med mulighed for at uddanne nye kolleger.</u> PLO Syddanmark ser behovet for at uddanne og ansætte flere psykiatere i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette kan blandt andet gøres ved at inddrage speciallægepraksis i speciallægeuddannelsen og herved vise mulighederne for en karriere som speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. <i>Ideen bringes videre</i>	Ingen ændring
110	PLO	Faglige organisationer	<u>§66 aftalen om hurtig psykiatrisk vurdering</u> I den nuværende § 66 aftale om hurtig psykiatrisk er henvisning begrænset til voksne fra 18år. PLO Syddanmark anbefaler at aftalen udvides til børn og unge eller at der laves en tilsvarende aftale til børn og unge, hvor der er tilknyttet børne- og ungdomspsykiatere som almen praksis kan samarbejde med.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Mulighederne for yderligere brug af §66-aftaler vil blive undersøgt	Ingen ændring
111	PLO	Faglige organisationer	<u>Flere digitale løsninger</u> Centreringen af børne- og ungdomspsykiatrien i Aabenraa og Odense giver større afstand til behandlingsmuligheder for flere patienter. PLO Syddanmark anbefaler derfor udvikling og oprettelse af digitale løsninger som kan kompensere for den længere afstand.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen deler PLO's fokus på digitale løsninger som en del af løsning af udfordringen med den længere afstand. Region Syddanmark prioriterer generelt mulighederne i digitale løsninger og arbejder hele tiden med at udvikle disse, også på nye områder	Ingen ændring

112	PLO	Faglige organisationer	<p><u>Mulighed for transportløsninger for berørte familier</u></p> <p>I tråd med det foregående punkt ser PLO Syddanmark et behov for en transportløsning til berørte familier. PLO Syddanmark står forsat ved at borgerne gerne transportere sig længere for det bedste mulige tilbud, men vi ser her et punkt som vil kunne påvirke flere familier og deres mulighed for behandling. For at sikre lighed i sundhed, skal der være en fyldestgørende ordning for befordring til de familier som får brug for det.</p>	Samling senge	Nej	Som udgangspunkt følger Region Syddanmark den gældende lovgivning og regelsæt. Transportbehov vurderes derudover også ud fra en sundhedsfagligt vurdering. Mulighederne for hjælp til transport vil blive udfoldet nærmere i det endelige forslag .	Ingen ændring
113	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	<p>Det er positivt, at regionen tager initiativ til en proces, der kan sikre en bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel, og dermed robustgøre området i en tid, hvor der er et vedvarende stigende pres på det psykiatriske børn-unge område. Dertil og på det skrevne grundlag, anser vi den proces, der har været i det forberedende arbejde som inddragende, transparent og grundigt. Det er væsentligt og positivt for det videre arbejde.</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
114	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	<p>Det er vurderingen, at den ændrede organisering vil give en bedre udnyttelse af den lægefaglige kapacitet, og at det vil forbedre tilgængeligheden af lægefaglig sparring for sygeplejerskerne. Det vil dermed kunne forbedre kvaliteten i arbejdsgange og patientforløb, og vurderes således fagligt positivt for dels fagpersonalet, dels patienterne. I samme perspektiv er det positivt, at samlingen i det syddanske sker på en matrikel, hvor somatikken og psykiatrien er samlet.</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
115	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	<p>Det er positivt, at man ønsker at styrke både det tværsektorielle samarbejde samt den ambulante kapacitet. Der bør være en opmærksomhed på, om en øgning af patienter i voksenpsykiatrien, som følge af en nedsættelse af aldersgrænsen i børne- og ungepsykiatrien, kan medføre opgaveglidninger til sygeplejersker for at sikre læge- og psykologfaglig kapacitet til øgningen i voksenpsykiatrien, hvor der allerede er sket en opgaveglidning.</p>	Styrkelse forebyggelse Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning. Udviklingen i voksenpsykiatrien efter overgang til de nye aldersgrænse vil blive fulgt nøje.	Ingen ændring

116	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Der opleves en generel høj personaleomsætning ved psykiatrien i Aabenraa samt udfordringer med at rekruttere sundhedsfagligt personale. I tillæg til den nuværende situation, er det ikke givet, at de medarbejdere, der nu er i Esbjerg, vil flytte med til Aabenraa, hvilket vil bidrage til et øget udfordringsbillede, for så vidt angår rekruttering af sygeplejersker.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Processen for de personalemæssige ændringer vil følge de generelle retningslinier på området. Ift. personalet på døgnafsnittet i børne- og ungdomspsykiatrien i Esbjerg tages der parallelt med høringsfasen en afsøgende dialog ift. afdækning af ønsker til fremtidig job inden for de muligheder, der samlet set kan opstå i hhv. børne- og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Aabenraa eller på de voksenpsykiatriske døgnafsnit. Når den endelige politiske beslutning er truffet og de formelle tilbud om fremtidig ansættelse kan gives til medarbejderne, forventes der dermed på forhånd at være skabt det bedst mulige overblik, så der skabes det bedst mulige match mellem ledige stillinger og personalets ønsker.	Ingen ændring
117	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Som det fremgår af pårørendes meldinger i dialogrunderne, er det tydeligt, at kvalitet har højeste prioritet. Derfor er det kritisk, at der er sket et fald i andelen af sygeplejersker i psykiatrien, hvor også personale uden faglig baggrund skal varetage sygeplejefaglige funktioner. Denne inddragelse af andet personale skyldes, også jf. bekymringen ovenfor, den store mangel på sygeplejersker, som bør have en vedblivende opmærksomhed.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
118	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Meldingerne om mest mulig kvalitet peger endvidere i retning af mere uddannelse og forskning. Derfor peger Dansk Sygeplejeråd på flere specialuddannede psykiatrisygeplejersker, samt at der kunne tillægges et særligt fokus på dele af det børne- og ungdomspsykiatriske område i specialuddannelsen - for alle uddannelsestagede i den ordinære specialuddannelse.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
119	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	I lyset af et fortsat fokus på nedbringelse af tvang vil vi rejse den bekymring, at såfremt børne- og ungdomspsykiatrien lukkes i Esbjerg, kan der opstå tilfælde i Esbjerg, hvor fx tvangsindlæggelser bliver vanskeligere at deeskalere, fordi der ikke er kendt personale til stede. Derfor ønsker vi en særskilt og generel opmærksomhed på, hvordan vi sammen kan deeskalere eventuelle tvangssituationer, når distancer til kendt personale giver ventetid, da det er en erfaring, at børne- og ungepsykiatriske patienter i opkørte situationer i somatisk regi har god effekt af at møde kendt personale.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Psykiatrien har stort fokus på netop nedbringelse af tvang og er opmærksomme på det forhold der her beskrives	Ingen ændring

120	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	En ændring af aldersgrænsen for børne- og ungdomspsykiatrien fra 19 til 17 år forekommer hensigtsmæssig. Dels vil nogle af de problematikker, der følger med denne aldersgruppe kunne varetages optimalt i voksenpsykiatrisk regi, dels vil det være i overensstemmelse med de aldersgrænser, der generelt er for myndighedslovgivningen og pakkeforløb. Hvordan det kommer til at fungere i praksis, vil afhænge af, at voksenpsykiatrien klædes på til opgaven og har ressourcer hertil, herunder personalemæssigt.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Voksenpsykiatrien vil blive tilført ressourcer til håndtering af både den ambulante aktivitet og det øgede antal indlæggelser.	Ingen ændring
121	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Det anføres i høringsmaterialet, at de 15 midlertidige lukkede senge i Aabenraa kan genåbnes og anvendes til at aflaste sengeafdelingen i Vejle og Esbjerg. Det er imidlertid ikke en mulighed, da pladserne ikke er ledige. Derfor vil der være behov for at afdække alternative muligheder for sengekapalet. Kapaciteten i den ambulante funktion i voksenområdet er allerede udfordret med hensyn til kommende tiltag (bl.a. vagudtynding mm.) Derfor vil en udvidelse af patientgruppen i det ambulante område (som en naturlig konsekvens af det foreslåede) medføre en bekymring for, om personaleressourceflytningen fra børne- og ungespsykiatrien til voksenpsykiatrien vil være tilstrækkelig.	Samling senge	Nej	Der er ikke belægningsmæssige udfordringer i Aabenraa i forbindelse med den midlertidige lukning af sengene. Genåbning af sengene vil derfor kunne anvendes til at aflaste øvrige afdelinger Sygehuset vil følge udviklingen i den ambulante aktivitet og belægningen på de voksenpsykiatriske sengeafdelinger nøje efter ændring i aldersgrænsen.	Ingen ændring
122	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Transition anses som en kerneopgave for fagpersonale med arbejde i børne- og ungdomsområdet ¹ . Formålet med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens er at danne rammer, der skaber en tryk overgang til voksenområdet. Anbefalingerne peger på flere forskellige tiltag, der kan arbejdes aktivt med for at støtte de unge patienter til øget mestring. Derfor opfordrer Dansk Sygeplejeråd til, at der rettes en opmærksomhed i børne-unge psykiatrien på aktivt at arbejde med transition ud fra patienternes individuelle modenhed og udvikling. Det er dertil positivt, at forholdet er nævnt i høringsmaterialet – også under 8. Implementering. Vi kan kun anerkende og opfordre til at det vil være et vedblivende fokus også i den foreslåede ændrede organisering. Endvidere sker der meget udviklingspsykologisk også i de sidste år, hvor unge hører under børne-unge psykiatrien. Derfor vil det være relevant for behandlere i voksenpsykiatrien at have særligt øje for udviklingspsykologiens aspekter i spil med psykopatologien, såfremt patienter skal ses i voksenpsykiatrien fra det 18. år. Det kunne fx være særligt relevant med mulighed for sparring med børne og ungespecialister i en overgangsfase.	Ændring aldersgrænse	Ja	Taget efterretning. Vedrørende transitionsprocessen er det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare.	Hvordan de arbejdes med transition tydeliggøres i det endelige forslag.

123	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Det er bekymrende, om sengeafsnittene i voksenpsykiatrien har reelle muligheder for at leve op til kravet om at skabe et ugemiljø. Således kan alene den fysiske indretning af sengeafsnittene give udfordringer i forhold til at skabe et trygt, afgrænset miljø. Herunder er det en selvstændig udfordring, når bl.a. retspsykiatriske patienter udgør en større del af de indlagte patienter. Spiseforstyrrede 18-19-årige kræver særlige kompetencer. Det er vores vurdering, at de kompetencer for nuværende ikke er til stede i fornødent omfang i voksenpsykiatrien, og vi opfordrer regionen til at have et fokus på at sikre, de kommer det.	Ændring aldersgrænse	Ja	Taget til efterretning. Der er en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen. Der vil være opmærksomhed på at sikre at der er derette kompetencer til rådighed i voksenpsykiatrien bl.a. i forhold til håndtering af de spiseforstyrrede.	Kompetenceudvikling i voksenpsykiatri udfoldes i det endelige forslag.
124	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Det er positivt, at det under visse forhold vil være muligt at få siddende befordring. Det kan delvist begrænse de geografiske uligheder det skaber, at PAM-åbningstiden i Aabenraa begrænses. Da 90 pct. af de akutte indlæggelser i Jylland sker efter telefonisk kontakt til afdelingen vil der være et potentiale for øget brug af udgående ambulante tilbud fx mobilteams Dertil kommer, at det er vores opfattelse af mobilteamet med fordel kan udbygges og udvides, så det både gælder børne-, unge-, og voksenpsykiatrien.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
125	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Mange elementer taler for én fælles ledelse for den samlede børneog ungdomspsykiatriske indsats i Region Syddanmark. Samtidig er der også forhold, der taler for et mindre ledelsesspænd, jf. Ledelseskommisionen. Derfor er det glædeligt, at regionen anerkender, at der er behov for en særlig opmærksomhed på mulighederne for nærved-ledelse med tilstedeværelse af afdelingsledelsesniveau på alle afdelingens matrikler mm. Alternativet er, at ledelsesspændet bliver for stort, hvilket slækker den ledelsesfaglige relation mellem leder og medarbejder. Alene dét, at ledelsen skal operere på forskellige matrikler, ville udgøre en selvstændig udfordring.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
126	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Der mangler et målrettet tilbud til de 18-19-årige, når de overgår til voksenpsykiatrien. De vil ikke længere være omfattet af Fremskudt Funktion, hvilket, jf. ovenfor, øger interessen for om mobil-teams kan udbygges og udvides.	Styrkelse forebyggelse	Ja	Taget til efterretning og tilbud til 18-19-årige forklares i endeligt materiale.	Det uddybes hvilke tilbud der vil være til de 18-19 årige i voksenpsykiatri samt hvordan mobilteam kan indgå i en overgangsfase.

127	Dansk Sygeplejeråd	Faglige organisationer	Det er vigtigt for det sundhedsfaglige personale, herunder sygeplejerskerne, at der er tale om frivillighed i forbindelse med personaleforskydninger fra børne-unge psykiatrien til voksenpsykiatrien. Derfor er det positivt, at ændringerne flere steder forventes at kunne blive håndteret via den almindelige personaleomsætning og i det omfang det ikke kan det, vil vi imødesee, at man kan skabe det bedst mulige match mellem ledige stillinger og personalets ønsker. Dansk Sygeplejeråd opfordrer til, at man følger de forslåede ændringer tæt via den syddanske forbedringsmodel og monitorerer på eksempelvis omsætning af sygeplejersker og nedbringelse af tvang, ligesom det psykiske arbejdsmiljø bør overvåges tæt.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
128	Ergoterapeutforeningen, Region Syd	Faglige organisationer	Ergoterapeutforeningen (ETF) anerkender, at det er nødvendigt at handle i forhold til situationen i Børne- og Unge Psykiatrien. Der er forhold i det fremlagte forslag, som giver anledning både til anbefalinger og bekymring.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
129	Ergoterapeutforeningen, Region Syd	Faglige organisationer	ETF vil anbefale særligt fokus på: - At arbejdet for at overholde udredningsgaranti, ikke medfører nedgang i kvalitet, hverken i udredning eller behandling. - At der sikres sammenhæng (og et acceptabelt tidsperspektiv) mellem, hvornår barnet/den unge er udredt, og hvornår behandlings tilbuddet sættes i gang. Der skal altså være tilstrækkelige ressourcer både til udredning og behandling.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Det er en af de centrale målsætninger med den nye model at ventetiden til udredning og behandling reduceres væsentlig.	Ingen ændring
130	Ergoterapeutforeningen, Region Syd	Faglige organisationer	Overordnet vil ETF anbefale, at der ansættes flere ergoterapeuter, både på sengeafdelinger og i ambulante funktioner, fordi barnet/den unge vil profitere af en øget ergoterapeutisk indsats.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
131	Ergoterapeutforeningen, Region Syd	Faglige organisationer	ETF er bekymret for at ændre aldersgrænsen fra 19-17 år, så de unge flyttes fra en afdeling og personale, der er trænet i at arbejde med unge mennesker til en afdeling, der rummer voksne i alle aldre, og hvor personalet i forvejen er presset. Det er ikke hensigtsmæssigt, at unge så tidligt placeres sammen med meget syge voksne. De kan blive skræmte og utrygge, men også risikere at lære u hensigtsmæssige mestringsstrategier. Det kan få store konsekvenser, at den unge skal ind i et nyt miljø og skifte behandlere. Bla. i forhold til samarbejde med familie og ungdomsuddannelser. Endelig er vi bekymrede for, at en ændret aldersgrænse kan få negative konsekvenser i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Region Syddanmark er opmærksom på den rejste problemstilling. Der er en særlig opmærksomme på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring

132	Ergoterapeutforeningen, Region Syd	Faglige organisationer	ETF er bekymret for, om det er muligt at fastholde nuværende personale ved flytning af afdelinger og funktioner. Det vil være et stort kvalitetstab, hvis man ikke kan fastholde det nuværende personale. Det vil få konsekvenser for kvaliteten i arbejdet og samarbejdet mellem faggrupper og mellem sengeafsnit, ambulatorie og primærsektor. Vi er også bekymret for, om det er muligt at rekruttere og fastholde nyt personale.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Sygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følger af regionens pejlemærker.	Ingen ændring
133	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Det er positivt, at der foreslås ændringer til at afhjælpe det stigende pres på det børne- og ungdomspsykiatriske område. FMU bakker op om, at Region Syddanmark lægger vægt på, at mennesker med psykisk sygdom får det bedst mulige behandlingsforløb, og at den enkelte og dennes pårørende føler sig støttet i sygdomsforløbet. FMU er overordnet enige i, at forslaget til den fremtidige organisering af børne- og ungdomspsykiatrien vil få en bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel samt sikrer, at der er sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
134	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Der er bred opbakning i sygehusets afdelinger til at ændre aldersgrænsen for behandling af børn og unge. Aldersgrænsen vil dermed være i overensstemmelse med pakkeforløb, som tilbydes voksne samt følger aldersgrænsen for myndighedslovgivningen. Nedsættelsen af aldersgrænsen vil give bedre mulighed for at tilbyde et godt udrednings- og behandlingstilbud til børn og unge under 18 år. Der skal dog være opmærksomhed på de beskrevne afledte konsekvenser ved ændringen af aldersgrænsen.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Regionen deler FMU's fokus på håndtering af de afledte konsekvenser af den ændrede aldersgrænse	Ingen ændring
135	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Den nuværende situation i voksenpsykiatrien giver også anledning til bekymring for muligheden for at håndtere den udvidede patientgruppe i voksenpsykiatrien. Flere steder udnyttes kapaciteten i sengeafsnittene fuldt ud. Udfordringerne med kapaciteten er en del af den igangværende proces om generel robustgørelse og konsolidering af psykiatrien. I høringsmaterialet er oplystet aflastningstiltag som fx reetablering af senge på Psykiatrisk Afdeling Aabenraa og frikøb af særlige pladser. Der mangler aflastning på de sengeafsnit, som har høj belægning. Det vurderes at sengene på Psykiatrisk Afdeling Aabenraa kan aflaste Psykiatrisk Afdeling Vejle, men ikke aflastning for Psykiatrisk Afdeling Esbjerg. Det foreslås på den baggrund, at der frikøbes yderligere særlige pladser ud over de fire som indgår i det eksisterende forslag. Derudover gøres opmærksom på at nogle voksenpsykiatriske afdelinger vil være udfordringer pt. med at leve op til ønsket om at skabe et ungemiljø i sengeafsnittene.	#REFERENCE!	Ja	Taget til efterretning. Regionen vil følge udviklingen på de voksenpsykiatriske sengeafdelinger tæt og vil om nødvendigt gennemføre yderligere tiltag, herunder evt. frikøbe yderligere særlige pladser.	Det tilføjes i materialet at udviklingen på de voksenpsykiatriske sengeafdelinger vil blive fulgt tæt og der om nødvendigt vil blive foreslået yderligere tiltag, som fx, frikøb af yderligere særlige pladser.

136	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Ud over udfordringer med kapaciteten i sengeafsnittene, som beskrevet ovenfor, vil flere af de voksenpsykiatriske afdelinger have udfordringer med lokaler i lokalpsykiatrien. De lokalemæssige udfordringer i lokalpsykiatrien er væsentlige og vil kunne påvirke medarbejderes arbejdsmiljø. Især Afdelingen for Traume- og Torturoverlevende (ATT) som i materialet står til at flytte for at skaffe plads til lokalpsykiatrien i Vejle og Odense har nogle betænkeligheder. Betænkelighederne går på behovet for let tilgængelighed for patienterne i ATT. Hvis en flytning og sammenlægning af ATT realiseres vil der være et behov for at have et særligt fokus på løsninger og tiltag, der så vidt muligt imødegår de udfordringer som vil kunne opstå. Mulige løsninger kunne være at etablere satellitfunktioner enten i sundhedshuse eller lokalpsykiatrier samt øget brug af teleydelser	Generelt	Nej	Taget til efterretning. . Etableringen af satellitfunktioner for ATT enten i sundhedshuse eller lokalpsykiatrier medtænkes i det videre proces.	Ingen ændring
137	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Behovet for opkvalificering i voksenpsykiatrien til varetagelse af den nye aldersgruppe 18-19 årige bør undersøges. Specifikt nævnes også behov for særligt fokus på de spiseforstyrrede.	Ændring aldersgrænse	Ja	Taget til efterretning. Der er en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen. Der vil være fokus på at sikre at de nødvendige kompetencer er tilstede også i forhold til behandling af spiseforstyrrede og om nødvendigt understøtte med kompetencemidler.	Tydeliggøre fokus på at sikre de rette kompetencer herunder om nødvendigt understøtte kompetenceudvikling i voksenpsykiatrien.
138	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Der er en vis bekymring for overgangene fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Flytningen af de 18- og 19 årige patienter vil her og nu i overgangsfasen betyde et omfattende ekstraarbejde og på længere sigt er det vigtigt at sikre gode overgange for de patienter der er på vej til at fylde 18 år.	Ændring aldersgrænse	Ja	Taget til efterretning. Vedrørende transitionsprocessen er det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare.	Hvordan der arbejdes med transition tydeliggøres i det endelige forslag.
139	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Samlingen til to enheder vil sikre bedre udnyttelse af speciallægenes og yngre lægers tid, da lægerne derfor vil skulle dække færre stationære enheder. Derved kan der opnås en bedre sammenhæng i det akutte beredskab. LMU i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland gør opmærksom på, at en bred vifte af ansatte og teams i Esbjerg ikke ønsker at døgnafsnittet i Esbjerg og Aabenraa samles til et sengeafsnit i Aabenraa. Der findes i dag et velfungerende sengeafsnit i Esbjerg og dette ønskes af medarbejderne i Esbjerg bevaret. Såfremt forslaget vedtages ønskes en grundig plan for sammenlægningen, herunder inddragelse af medarbejdere. Frem for brug af indlæggelser på sengeafsnit, så kan det overvejes at styrke brugen af dagindlæggelser/fremmøde på dagafsnit, hvis der fortsat er behov for støttende dagsstruktur, miljøterapeutisk behandling og psykoedukation.	Samling senge	Nej	Taget til efterretning. Der vil jf afsnit om implementering i det fremlagte forslag gennemføres en proces i overensstemmelse med regionens retningslinier, herunder den nødvendige inddragelse af medarbejderne. Der indgår i forslaget en styrkelse af det ambulante tilbud. Hvordan det konkret skal ske vil blive afklaret senere.	Ingen ændring

140	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Der udtrykkes bekymring for transporten for unge patienter fra Esbjerg, Varde, Fanø Kommuner til enten Aabenraa eller Odense, hvis forslaget gennemføres. Ved en eventuel beslutning om flytning af sengepladser fra Esbjerg til Aabenraa foreslås det at døgnafsnittet i Aabenraa opdeles i mindre teams.	Samling senge	Nej	Taget til efterretning. Der arbejdes med nærhed og tryghed ved at arbejde i mindre teams med afgrænsninger i enheden (børn, lukket og unge mm.).	Ingen ændring
141	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	For at bruge lægernes tid (både speciallæger og yngre læger) optimalt. Forslaget gør det muligt at flytte yngre læger fra det akutte område og ud i ambulatorier og dermed øge ambulatorieindsatsen. Lige nu er der uvisteret skadestue i psykiatrien. Det er et ønske fra psykiatrisygehuset at skadestuen gøres visiteret. I børne- og ungdomspsykiatrien foreslås, som en del af en fremtidig visitation, at oprette en telefonisk børne- og ungdomspsykiatrisk akutfunktion, der kan tilgås både via telefon og video. Formålet med en telefonisk akutvisitation er at vurdere, om akutte henvendelser til Børne- og Ungdomspsykiatrien skal ses fysisk i den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) eller, om der i stedet kan tilbydes en akuttid i et af ambulatorierne i disses åbningstid i dagtimerne. I forlængelse heraf foreslås det, at etablere mulighed for akutte tider i dagtimerne på alle fire ambulante matrikler, Vejle, Aabenraa, Esbjerg og Odense. Dette er inspireret af, hvordan en sådan akuttelefon i dag fungerer hos Børne- og Ungdomspsykiatrien i Esbjerg.	Akutmodtagelse	Ja	Region tager FMU's ønske om en visiteret skadestue til efterretning. Der arbejdes dog fortsat ud fra uvisterede psykiatriske skadestuer. Regionen er enig i fokus på at sikre subakutte tider i alle ambulatorier og ønsket om en akuttelefon tilgængelig for hee regionen. Det vil indgå i det endelige forslag.	Akuttelefonen som funktion gøres regional.
142	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Der er bred opbakning til at styrke den forebyggende og opfølgende indsats i samarbejde med kommunerne.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
143	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Det støttes op om én samlet ledelse. En samlet afdeling vil kunne sikre at, der gives et bedre og mere fleksibelt fælles tilbud til patienterne. Med forslaget får afdelingsledelsen ansvaret for en større organisation fordelt på mange matrikler, hvorfor medarbejderne finder det vigtigt at styrke den lokale ledelse. Det er vigtigt, at der afsættes den fornødne tid og ressourcer til en god fusionsproces.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
144	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	De beskrevne indsatser vil alle kunne medvirke til at den ambulante kapacitet styrkes. Forslaget giver mulighed for at øge og sikre kvalitet og service i børne- og ungdomspsykiatrien ved at sikre sammenhæng mellem personaleressourcer og efterspørgsel på udredning og behandling. Dette sammenholdt med beskrevne indsatser i 10 årsplanen vil hjælpe børne- og ungdomspsykiatrien til at levere tilbud der i samarbejde med kommuner kan imødekomme behovet hos børn og unge samt deres familier i Region Syddanmark.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

145	Fælles MED-udvalget (FMU) i Psykiatrien i Region Syddanmark	Andre	Fra 2024 skal psykiatrisygehuset til at varetage dele af misbrugsbehandlingen. Der er blandt afdelingerne en opmærksomhed på at organisationen ligeledes skal være gearret til denne opgave – både i forhold til rekruttering og kapaciteten (både stationær og i lokalpsykiatrien). Reorganiseringen af området vil i en periode betyde usikkerhed og lang transport for nogle af de berørte patienter og deres pårørende, og der kan potentielt opstå utilfredshed og også dårlig medieomtale i den forbindelse. Dette kan være medvirkende til forringet arbejdsmiljø tillige med forringet mulighed for fastholdelse og rekruttering på området, og derfor er det vigtigt, at have fokus på at skabe de bedste rammer for reorganiseringen og kommunikationen med patienterne i overgangsperioden.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen deler FMU's opmærksomhed på den forestående overtagelse af dele af misbrugsbehandlingen. Der er allerede afsat midler til forberedelse af sygehuset til denne nye opgave, hvis omfang og indhold fortat er uklar. Når målgruppe og indhold af opgaven er fastlagt vil der blive lagt en plan for udrulning i regionen. Regionen er meget opmærksom på den kommunikationsopgave der bliver, når de nye aldersgrænser og ændringer i sengeafdelinger og akutmodtagelser skal implementeres. Region Syddanmark har fokus på at sikre skabelse af et godt arbejdsmiljø og sygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følge af regionens pejlemærker.	Ingen ændring
146	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Vi håber, at man udover de foreslåede organisatoriske ændringer i Region Syddanmark også vil benytte denne viden og forsøge at forhindre yderligere tab af speciallæger fra den regionale psykiatri. Vi anbefaler, at man lader sig inspirere af rapporten om rekruttering og fastholdelse gennemført for Overlægeföreningen i 2023, hvor man giver seks konkrete forslag til at vende udviklingen	Generelt	nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
147	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Vi anerkender, at Region Syddanmark handler på de store rekrutterings og fastholdelsesproblemer, der har været i børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger gennem de seneste år, hvilket har været en medvirkende årsag til udfordringer med at overholde udredningsretten. Vi mener dog som fagligt selskab for dansk børne- og ungdomspsykiatri, at man må sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt en udredningsret på blot 30 dage i et speciale, der kræver tidskrævende undersøgelser og gentagne kontakter med børn, forældre og eventuelt institutioner for at kunne yde kvalificerede vurderinger, er realistisk. Mest markant er risikoen for at UBR bliver en udredningsret, men ikke en behandlingsret i ambulatorierne. Manglende muligheder for at behandle er en de store årsager til at speciallægerne forlader det offentlige sygehusvæsen.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Problemstillingen som selskabet påpeger retter sig mod den nationale dagsorden på området og vil ikke ændre på udfordringsbilledet i regionen lige nu..	Ingen ændring

148	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	En af de væsentligste begrundelser for den tilsigtede omstrukturering af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er, at man ønsker at styrke fastholdelse og rekruttering af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Vi forventer som fagligt selskab for denne gruppe af læger, at de foreslåede forandringer kan medvirke positivt til dette.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
149	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Generelt finder vi det hensigtsmæssigt, at man i Region Syddanmark med den foreslåede strukturændring vil adskille behandlingstilbuddet til patienter med psykisk sygdom og udviklingsforstyrrelser ved det fyldte 18 år. Udover at det forenkler samarbejdet med psykiatriske afdelinger i landets øvrige regioner, der har samme aldersgrænse, svarer det også til den aldersgrænse der er for de to lægevidenskabelige specialer: børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. På den måde sikrer man, at voksne (defineret ved 18 år+) behandles af speciallæger, der er uddannet til dette. Endelig er den forskning, der danner grundlag for udredning og medicinsk behandling, også defineret ved denne aldersgrænse. Vi har derfor i BUP-DK en formodning om, at genindførelsen af denne aldersgrænse i regionen kan bidrage til at højne kvaliteten af den behandling begge patientgrupper tilbydes.	Ændring aldersgrænse			Ingen ændring
150	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Andre regioner har også få sengeafsnit, således er der kun et sengeafsnit i Region Nord og et i Region Midt. På psykiatriske sengeafsnit behandles de hårdest ramte psykisk syge børn og unge. Når Region Syddanmark begrænser antallet af sengeafsnit fra tre til to, forventer BUP-DK, at det i højere grad kan sikre tilgængelighed af højt specialiseret viden.	Samling senge	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
151	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Planen er én døgnåben skadestue med placering i Odense. Dette svarer til forholdene i andre regioner, hvor der også kun er mulighed for akut henvendelse ved én afdeling i døgnets 24 timer. Således vurderes det at være rimeligt og forsvarligt. Til eksempel er afstanden fra det nordlige Als, den samme til henholdsvis Esbjerg og Odense. Desuden er benyttelsen af den eksisterende mulighed for akuthenvendelse i Esbjerg begrænset (ifølge vores oplysninger ca. én hvert andet døgn). De fleste andre regioner har dog visiteret skadestue, hvilket sikrer relevansen af de henvendelser, der måtte være. Dette kunne man overveje i forbindelse med den forestående omstrukturering.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning. Der er ingen aktuelle planer om at lave det om til visiteret skadestue	Ingen ændring
152	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)	Faglige organisationer	Vi er i dansk børne- og ungdomspsykiatrisk selskab store fortalere for en styrkelse af samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne, og vi anerkender derfor tiltaget.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

153	Socialpædagogerne Lillebælt/Syddjylland	Faglige organisationer	Fra SL's side skal vi ikke problematisere, at Region Syddanmark ændre alders-grænsen i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, vi vil dog gerne stærkt pointere, at der vil være tale om en sårbar gruppe af unge, der bør skærmes i et særligt afsnit forbeholdt 18-20-årige. Et særligt afsnit hvor de unge mødes med en anden tilgang end voksenområdet. En tilgang der tager hensyn til eksempelvis alder, begrænset livserfaring og mindstemiddels- princippet, således man derved vil kunne forebygge risiko for længerevarende forløb.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Der er ikke umiddelbart muligheder for etablering af særlige ungeafsnit, da det vil kollidere med de diagnose specifikke afsnit man i dag arbejder med. Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomme på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring
154	Socialpædagogerne Lillebælt/Syddjylland	Faglige organisationer	For at det skal kunne lykkes vil SL anbefale at området bliver prioriteret, og der ligger ressourcer i at fastholde personale med de rette faglige kvalifikationer og relevant uddannelse. Der er i det fremsendte forslag ikke taget stilling til hvordan Regionen vil opretholde de faglige kompetencer, ud over de lægefaglige, ved en ændring af behandlingen af psykisk syge børn og unge.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
155	Socialpædagogerne Lillebælt/Syddjylland	Faglige organisationer	I det fremsendte forslag bliver sengepladser og ambulante besøg flyttet imellem matriklerne, og på papiret kan regnestykket måske gå. Men vi finder dog, at beregningerne ikke helt holder vand, idet tallene fra henholdsvis 2021 og 2022 ikke er sammenlignelige. Desuden indeholder forslaget sengepladser, som endnu ikke er etableret, som del af regnestykket, for at få kapacitetsudfordringerne til at gå op. Regionen har dermed beskrevet en fremtidig struktur baseret på ikke sammenlignelige tal og forventning om fremtidige sengepladser, som endnu ikke er brugbare. Fra SL's side kan vi blot frygte, at der ikke vil være pladser nok, og at patienterne kan forvente at blive udskrevet før end det er lægeligt forsvarligt.	Samling senge	Nej	Forslaget tager højde for de forskelle der er mellem 2021 og 2022. Forudsætninger om sengepladser realiseres i takt med at forslaget godkendes politisk. Udviklingen i voksenpsykiatrien efter ændring af aldersgrænse vil blive fulgt og der vil om nødvendigt blive gennemført yderligere tiltag for at sikre det nødvendige antal sengepladser mv.	Ingen ændring
156	Socialpædagogerne Lillebælt/Syddjylland	Faglige organisationer	Der er fra SL's side forståelse for problematikken med at finde tilstrækkelig med speciallæger, men vi har, som organisation, utroligt svært ved at følge Regions Syddanmarks kalkule, med at samle døgnafsnittene i Aabenraa og dermed lukke døgnafsnittet i Esbjerg – Region Syddanmark kan nu nu komme til at stå med to store rekrutterings udfordringer, idet regionen ikke kan forvente at personale med specialiseret viden, der ikke er lægefagligt, automatisk følger med.	Samling senge	Nej	Taget til efterretning.. Der vil være stor fokus på rekruttering og fastholdelse i forbindelse med implementering af den endelige model.	Ingen ændring
157	Socialpædagogerne Lillebælt/Syddjylland	Faglige organisationer	Udover dette vil lukningen af børne og ungdomspsykiatrisk afsnit i Esbjerg, også i dette geografiske område, resultere i en begrænset mulighed for at inddrage den unges pårørende og nærmiljø, som i flere tilfælde kan være et aktivt element i den samlede behandling.	Samling senge	Nej	Langt hovedparten af patienterne i Børne- og ungepsykiatrien vurderes og behandles ambulant lokalt. Den ambulante BU psykiatri er fortsat til stede i Esbjerg. Region Syddanmark er opmærksom på og anerkender, at forslaget medfører længere transport for 13-17-årige patienter i det sydvestjyske området der vurderes at skulle indlægges i BU psykiatrien	Ingen ændring

158	Socialpædagogerne Lillebælt/Sydjylland	Faglige organisationer	Regionen lægger, oveni de fysiske ændringer i akutmodtagelsen, også op til en ændring i ledelsesstrukturen. Dette finder SL dybt problematisk. En samlet ledelse af børne og ungdomspsykiatrien vil resultere i en meget stor organisation med en kæmpe geografi. Det bliver svært at sikre ordentlige vilkår for medindflydelse og medbestemmelse og dermed reduceremuligheden for leve op til intentionen i MED-aftalen. SL finder det yderst vigtigt, at den lokale dialog mellem medarbejdere og ledelse bevares og udnyttes som et ledelsesmæssigt aktiv. Med den foreslåede samling af ledelsen kan opgaven blive for stor og uoverskuelig og medarbejderrepræsentationen forringet hvis repræsentationen skal dække stor geografi og mange matrikler.	Samlet ledelse	Nej	Udfordringerne kalder på en fleksibel anvendelse af de samlede ressourcer på tværs af matrikler og mulighed for at kunne prioritere på tværs af BU psykiatrien. Derfor samles de nuværende to afdelingsledelser til én afdelingsledelse, der kan disponere over de samlede ressourcer i BU psykiatrien.	
159	Borgmestrene i Sundhedsklynge Sydvestjylland	Kommuner mv	Vi vil indledningsvis takke for det grundige materiale regionen har udarbejdet, og vi vil gerne kvittere for den proces, I har lagt til rette omkring inddragelse af både lokalpolitikere, embedsmænd, borgere, medarbejdere m.m.	Generelt		Taget til efterretning	Ingen ændring
160	Borgmestrene i Sundhedsklynge Sydvestjylland	Kommuner mv	Som borgmestre for kommunerne i Sundhedsklynge Sydvestjylland har vi forståelse for, at der skal ske ændringer i organiseringen på grund af udfordringer med rekruttering af speciallæger. Vi anerkender regionens udfordringer med at tiltrække og fastholde de nødvendige speciallæger. Udfordringen er ikke ny. Da udfordringen formentlig ikke bliver mindre i fremtiden, er vi fra kommunernes side optagede af, hvordan Region Syddanmark forsøger at rejse denne udfordring på den landspolitiske dagsorden, og om regionen forsøger at finde nye veje til at løse rekrutterings- og fastholdelsesproblemerne. Vi bakker gerne op om fornyede henvendelser til regeringen.	Generelt		Taget til efterretning. Regionen deler kommunernes fokusvigtigheden af påvirkning af den landspolitiske dagsorden på dette område.	Ingen ændring
161	Borgmestrene i Sundhedsklynge Sydvestjylland	Kommuner mv	I alle 5 kommuner er vi stærkt optagede af nærhed i behandlings- og udredningstilbud i psykiatrien, og det er derfor med bekymring, at vi konstaterer, at I påtænker at flytte både sengefunktionerne og akutfunktionerne i børne- og ungdomspsykiatrien fra Esbjerg til Aabenraa. Afstanden til sygehuset i Aabenraa er lang, og det vil besværliggøre behandlingssituationen for de berørte familier og øvrige pårørende. Pårørendes opbakning til børn og unge, der rammes af psykisk sygdom, er afgørende for den enkeltes trivsel og helbredelse. Vi er bekymrede for, at den øgede afstand og den vanskeligere adgang til psykiatrien, vil medvirke til at forværre udfordringerne for vores i forvejen sygdomsramte børn og unge samt deres familier og pårørende. Vi håber derfor, at I vil genvurdere sagen endnu engang med henblik på at finde andre og mere hensigtsmæssige løsninger.	Samling senge	Nej	Region Syddanmark er opmærksom på og anerkender, at forslaget medfører længere transport for patienter i Esbjerg området der vurderes at skulle indlægges i BU psykiatrien. Der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling. Det er også vurderingen, at løsninger ikke kan findes inden for den nuværende organisering af børne- og ungdomspsykiatrien. Der er også behov for øget fokus på samspillet med kommuner og almen praksis. Det er vigtigt at holde fast i at langt hovedparten af patienterne i Børne- og unge psykiatrien vurderes og behandles ambulant lokalt. Den ambulante BU psykiatri er fortsat til stede i Esbjerg - og vil blive styrket med det fremlagte forslag..	Ingen ændring

162	Borgmestrene i Sundhedsklynge Sydvestjylland	Kommuner mv	Kommunerne ser positivt på at samarbejde om at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem kommunerne og psykiatrien på børne- og ungeområdet, men vi vil i den forbindelse pointere, at drøftelser vedr. dette relaterer sig til en anden gruppe af børn og unge end de, der berøres af flytning af sengefunktionerne og akutfunktionerne.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
163	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune takker for det fremsendte og anerkender Regions Syddanmark indsats i forhold til at sikre psykiatrisk behandling af børn og unge herunder rettidig udredning. Varde Kommune har forståelse for de udfordringer regionen står overfor i en situation med personalemangel og oplever selv lignende udfordringer.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
164	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune ser positivt på ændringen af aldersgrænsen så borgerne 18-19 år overgår til Voksenpsykiatrien. Dette betyder at regionens inddeling bliver ligesom kommunens, og gør dermed samarbejdet mellem region og kommune lettere.	aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
165	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune er dog i forbindelse med omorganiseringen bekymret for, at dele af børne og unge psykiatrien bliver svære at tilgå for børn og unge i Varde Kommune. Dette er i særlig grad bekymrende, da lokalområdet fremadrettet forventes at skulle spille en større rolle i forbindelse med børn og unge med psykiatriske udfordringer, med regeringens målsætning om overgang fra velfærdsstat til velfærdssamfund. I regeringsgrundlaget er det præciseret at det nære sundhedsvæsen skal prioriteres.	Generelt	Nej	Lregionen anerkender at situationen for indlagte 13-17-årige unge bliver dårligere. Heldigvis er det ganske få der berøres af dette. Tilgængæld sker der ingen ændringer i behandlingstilbuddet for alle de ambulante patienter, som udgør langt hovedparten af patienterne i Børne- og unge psykiatrien. Den ambulante BU psykiatri er fortsat til stede i Esbjerg - og vil blive styrket.	Ingen ændring
166	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Det er vigtigt for Varde Kommune, at man i samarbejdet er opmærksom på, at der er en klar lovgivningsramme og opgavefordeling, så patienter altid er sikret, den behandling de har brug for. Herudover er det vigtigt for Varde Kommune, at det i forbindelse med omorganiseringen sikres, at ændringen af aldersgrænsen ikke sker på bekostning af kvaliteten i voksenpsykiatrien.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
167	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune er bekymret for betydningen af at lukke den døgnåbne psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge i Esbjerg. Det er bekymrende, at den lange transport kan betyde, at børn og unge i Varde Kommune reelt ikke kan tilgå en psykiatrisk akutmodtagelse akut, og dermed ikke kan få den behandling, de har behov for. Nedlæggelsen af den psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge i Esbjerg betyder, at børn og unge i Varde Kommune får meget langt til akutpsykiatrisk behandling i Aabenraa eller Odense. Akutmodtagelserne i Aabenraa og Odense kan nås på omkring halvdelen time fra Varde by i bil. Med offentlig transport tager turen til en af de to akutmodtagelser fra Varde by omtrentligt 2 timer og 20 minutter.	Akutmodtagelse	Nej	Regionen anerkender bekymringen for den længere afstand for de 13-17-årige til akutmodtagelsen. Der vil være forskellige muligheder for hjælp til transporten, som vil blive nærmere beskrevet i det endelige forslag. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulante behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler.	Ingen ændring

168	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Den lange transport til en psykiatriske akutmodtagelse for børn og unge anses for særligt problematisk i forbindelse med akutte tilbud, da den betyder, at børn og unge i Varde Kommune ikke reelt kan tilgå et akut psykiatrisk tilbud i den akutte fase. Varde Kommune er derfor bekymret for, at de lange transporttider kan betyde, at nogle børn og unge ikke får den psykiatriske behandling, de har behov for. Manglen på behandling er særlig problematisk, da den rette støtte i den akutte fase kan være afgørende for en patients videre forløb.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning. Der henvises til de svarene under pkt 166 og 167	Ingen ændring
169	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune er positive overfor regionens tiltag ift. at afbøde konsekvenserne af den forøgede transporttid som f.eks. øget brug af digitale løsninger og brug af sub akutte tider. Det anses dog som vanskeligt at erstatte fysiske akutte tilbud med digitale tilbud for børn og unge med brug for akut psykiatrisk behandling. Der er således brug for en stor indsats for at udvikle digital kommunikation tilpasset målgruppen.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning. Regionen lægger stor vægt på brug og udvikling af digitale løsninger på dette område	Ingen ændring
170	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Det giver ligeledes anledning til bekymring i Varde Kommune, at psykiatriske sengepladser til børn og unge mellem 12 og 17 år i Esbjerg nedlægges i forbindelse med omorganiseringen. Som tidligere nævnt er det forbundet med væsentlig transporttid at komme fra Varde Kommune til sygehusene i hhv. Odense og Aabenraa.	Samling senge	Nej	Taget til efterretning. Der henvises til svar under pkt. 166 og 167	Ingen ændring
171	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Herudover anses det som, problematisk, at den psykiatriske behandling foregår så langt fra børn og unges hverdag, da det betyder, at det omkring liggende samfund ikke i ligeså høj grad kan hjælpe. Dette er i særlig grad problematisk, da det er en målsætning i regeringsgrundlaget, at det omkringliggende samfund skal spille en større rolle ift. velfærd, i forbindelse med overgangen fra velfærdsstat til et velfærdssamfund. Den lange tur for til indlagte børn og unge i psykiatrien kan desuden udgøre en væsentlig økonomiske byrde for nogle familier og pårørende.	Samling senge	Nej	Den største del af behandlingen fortsætter med at foregå ambulant,. Tilgængeligheden for de 18 – 19 årige øges - både i forhold til indlæggelse og ambulant behandling, da voksenpsykiatrien har flere matrikler. Der vil for de reaktivt få borgere i aldersgruppen 13-17 år, særligt fra Varde og Esbjerg, med behov for indlæggelse blive længere til indlæggelsen. For langt de fleste borgere vil behandlingen derfor fortsat foregå så tæt på borgerens hverdag som muligt.	Ingen ændring

172	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Det er yderligere en udfordring i forbindelse med nedlæggelsen af sengeafdelingen i Esbjerg, at indlæggelser af børn og unge fra Varde Kommune langt fra deres hjem besværliggør samarbejdet mellem Varde Kommune og de psykiatriske sengeafdelinger. Socialrådgiver fra Varde Kommune får med omorganiseringen længere transport i forbindelse med eks. udskrivningsmøder. Når en ung er indlagt, har Varde Kommune typisk 3-4 møder på hospitalet i forbindelse med indlæggelsen. Med en indlæggelse i Aabenraa betyder det, at socialrådgivere i Varde Kommune har 9-12 timers transport i forbindelse med mødeaktivitet i forbindelse med indlæggelsen. I en situation med personalemangel er det særligt problematisk at Varde Kommunes medarbejdere bruger deres tid på vejene i stedet for på at hjælpe borgerne. I forbindelse med flytningen ser Varde Kommune derfor et stort behov for at udbygge digitale kommunikationsløsninger.	Samling senge	Nej	Region Syddanmark anerkender at dette kan betyde en øget udfordring i et mindre antal indlæggelser, men psykiatrien har stor erfaring med at anvende digitale løsninger i samarbejdet med kommunerne.	Ingen ændring
173	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Konkret vil Varde Kommune gerne drøfte udviklingen af et samarbejde med regionen med udgangspunkt i konkrete cases. I forbindelse med disse drøftelser anser Varde Kommune det som væsentligt, at der er en opmærksomhed på den 10-årige psykiatriplans betydning, samt at der er fokus på at skabe en klar opgavedeling mellem region og kommune, så vi sammen kan hjælpe børn og unge med psykiske udfordringer.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Drøftes i de bilaterale samarbejdsfora	Ingen ændring
174	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	I forbindelse med det fremtidige samarbejde anser Varde Kommune det som væsentligt, at det i opgavedelingen i udgangspunktet er regionen, der primært har de sundhedsfaglige kompetencer til og ansvaret for udredning og behandling af børn og unge med psykiatriske diagnoser. Dette betyder, at Varde Kommune, som det er nu, anser decideret udredning, behandling og diagnosticering af psykisk sygdom hos børn og unge som en opgave, der primært hører til hos regionen, da relevante specialiserede kompetencer ift. både medicinsk, psykiatrisk behandling og psykoedukation er i regionen	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Drøftes videre i de bilaterale samarbejdsfora	Ingen ændring
175	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Såfremt omorganisering gennemføres, anser Varde Kommune styrkelsen af fremskudt funktion som et positivt tiltag, der med rette kan udvikles yderligere. Varde Kommune ser gerne, at der i udviklingen af fremskudt funktion sættes fokus på også at kunne bruge fremskudt funktion til, at afgøre hvornår et barn eller en ung har brug for specialiserede hjælp i psykiatrien. Dette kræver, at fremskudt funktion får en visiterende funktion ift. regionens specialiserede tilbud.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Fremskudt funktion drøftes videre i de bilaterale samarbejdsfora	Ingen ændring

176	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Kommune ser positivt på, at borgere fra 18-19 år overgår til Voksenpsykiatrien. Varde Kommune anerkender behovet for at flytte ressourcer til børne og unge psykiatrien. Samtidigt anser Varde Kommune det som fordelagtigt, at Psykiatrien i Region Syddanmarks organisering følger aldersinddelinger i servicelovens bestemmelser og dermed den kommunale struktur. Varde Kommune er dog bekymret for, om tilbuddet i voksenpsykiatrien forringes som følge af den ekstra opgave.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Der afsættes ekstra ressourcer til voksenpsykiatrien til at varetage de nye opgaver.	Ingen ændring
177	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Varde Kommune er dog bekymret for, om der er den nødvendige kapacitet og personalemæssige ressourcer til, at lokal psykiatrien kan overtage den nye målgruppe. Dette er særligt bekymrende, da regionen med omorganiseringen skal rekruttere nye til et område, der i forvejen er præget af rekrutteringsudfordringer. Varde Kommune er bekymret for, at dette kan skabe personalemangel i lokalpsykiatrien.	Ændring aldersgrænse	Nej	Region Syddanmark og Psykiatrisygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følger regionens pejlemærker. Voksenpsykiatrien tilføres ressourcer til den ambulante behandling og det øgede pres på sengene. Udviklingen vil blive fulgt nøje.	Ingen ændring
178	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Det fremgår at regionen i forbindelse med omorganiseringen foreslår at, ATT (Afdelingen for traume og torturoverlevende) som i dag er beliggende i hhv. Vejle og i Odense, fremover skal ligge i illebæltområdet. Varde Kommune vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at der bør være et lokalt tilbud lokaliseret i Varde-Esbjerg området, i det mindste i form af et mobilt tilbud, da der er forholdsvis mange veteraner bosiddende i garnisonskommunen Varde og omegn, som har langt til et kommende tilbud i Lillebæltområdet. Den ekstra afstand er særlig kritisk i forhold til personer med PTSD, der kan have svært ved at bruge forskellige former for transport på grund af deres lidelse.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Etableringen af satellitfunktioner for ATT enten i sundhedshuse eller lokalpsykiatrier medtænkes i det videre proces.	Ingen ændring
179	Udvalget for Børn og Læring, Varde Kommune.	Kommuner mv	Da det ikke er muligt at udvide kapaciteten på de voksen psykiatriske sengeafsnit i Esbjerg, må der forventes øget pres på sengeafsnittet, når de 18-19-årige også skal behandles her. Dette forventes at betyde at flere både 18-19-årige og øvrige voksne vil blive tilbudt en sengeplads i Aabenraa. Afstand til psykiatriske sengepladser er ligesom ved børne og unge psykiatrien vigtigt i forbindelse med voksenpsykiatrien. Varde Kommune oplever, at afstanden og kendskabet til hinanden har stor betydning, når der skal skabes gode overgange mellem sengeafsnit og fx kommunal bostøtte. Varde Kommune oplever, at borgerne profiterer af "hjemmedage" og besøg inden udskrivning efter en længere indlæggelse. Ligesom ved børne og unge psykiatrien, er lang transport også i voksenpsykiatrien en udfordring for samarbejdet mellem region og kommune. Det vil kræve meget medarbejder tid at køre til Aabenraa, når kontakten til den indlagte skal opretholdes.	Ændring aldersgrænse	Nej	Udvikling i presset på de voksenpsykiatriske sengeafdelinger vil blive fulgt nøje og der vil om nødvendigt blive foreslået yderligere tiltag. Region Syddanmark anerkender at forslaget kan betyde en øget udfordring ved et mindre antal indlæggelser. Digiitale løsninger vil blive bragt i spil for at håndtere udfordringerne med afstanden i samarbejdet med kommunerne.	Ingen ændring

180	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Lægeforeningen Syddanmark anerkender dialogprocessen bag høringsudkastet, men efterlyser en konkret plan, der løser manglen på speciallæger og den stigende efterspørgsel efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.	Generelt	Ja	Taget til efterretning og uddybes i det endelige forslag.	Rekrutteringsstrategien uddybes / tilføjes
181	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Lægeforeningen Syddanmark bifalder, at høringsmaterialet er udarbejdet på baggrund af en grundig dialogproces, hvor patienter, samarbejdspartnere og nuværende medarbejdere i psykiatrien har haft mulighed for at bidrage med deres synspunkter og input til de foreslåede organisationsændringer. Vi anerkender ligeledes den store regionalpolitiske bevågenhed, der er på området i øjeblikket.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
182	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Vi mener imidlertid at høringsudkastet ikke i tilstrækkelig grad tager hånd om de tilgrundliggende udfordringer på området; manglen på speciallæger og den stigende efterspørgsel efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen anser det fremlagte forslag som en helt nødvendig men naturligvis ikke tilstrækkelig forudsætning for at håndtere udfordringerne i børne- og ungdomspsykiatrien. Der vil skulle iværksættes yderligere tiltag både regionalt og nationalt. Her henvises også til den forestående nationale 10 års plan for psykiatrien.	Ingen ændring
183	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Vi stiller derfor spørgsmålstegn ved, hvorvidt de foreslåede organisationsændringer reelt vil sikre en bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling, hvis ikke der samtidig er en fokuseret og prioriteret indsats fra både politikerne og ledelsen, for at løse speciallægemanglen og den stigende efterspørgsel efter udredning og behandling.	Generelt	Nej	Det er vurderingen, at udfordringerne dels er vedvarende dels er af en sådan alvorlighed, at der er behov for finde løsninger, der kan robustgøre børne- og ungdomspsykiatrien samt sikre bedre balance mellem kapacitet og efterspørgsel efter udredning og behandling. Det er vurderingen, at løsningerne ikke kan findes inden for den nuværende organisering af børne- og ungdomspsykiatrien. Region Syddanmark forventer at forslaget vil afhjælpe udfordringerne i regionen de kommende år. Men er enig med Lægeforeningen i at det ikke kan stå alene. der skal fortat være en indats regionalt og ikke mindst nationalt for løse udfordringerne.	Ingen ændring
184	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<u>Nok uddannelsesstillinger og et stærkt uddannelses- og arbejdsmiljø:</u> Der skal være nok uddannelsesstillinger i børne- og ungdomspsykiatrien for at imødekomme det stigende behov for udredning og behandling. Og det er vigtigt, at stillingerne slås op. Kvaliteten af den lægelige videreuddannelse i børne- og ungdomspsykiatrien skal prioriteres og styrkes. Fremtidens speciallæger skal uddannes i dag!	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

185	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<p>Frigør speciallægetid ved at ansætte flere lægesekretærer:</p> <p>63 pct. af lægerne i psykiatrien erklærer sig enige eller meget enige i, at de bruger en betydelig andel af arbejdstiden på administrative arbejdsopgaver, som administrativt personale helt eller delvist kunne varetage (kilde). Gevinsten ved flere lægesekretærer vil være, at der frigøres mere klinisk tid med patienterne, som lægerne i høj grad savner og efterspørger i hospitalspsykiatrien, grundet den massive opgaveglidning af lægeopgaver til andre faggrupper igennem de senere år.</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen har hele tiden fokus på at optimere anvendelsen af alle de specialfaglige ressourcer tilstede i børne- og ungdomspsykiatrien.	Ingen ændring
186	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<p>I høringsmaterialet savner vi en konkret langsigtet plan for, hvordan særligt speciallægemanglen i børne- og ungdomspsykiatrien løses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorfor har den beskrevne rekrutteringsindsats af speciallæger ikke opnået de forventede resultater i børne- og ungdomspsykiatrien? • Hvilke konkrete tiltag vil blive sat i værk fremadrettet for at sikre rekruttering af speciallæger? 	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Tiltagene i det fremmlagte forslag forventes at have en positiv indvirkning på speciallægesituationen i børne- og ungdomspsykiatrien. Herudover er regionen hele tiden nysgerrig på hvordan regionen kan blive endnu bedre til at sikre den nødvendige rekruttering. .	Ingen ændring
187	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<p>I materialet beskrives ydermere, hvordan mange læger har valgt at søge væk i perioden 2020 til april 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er disse læger blevet kontaktet for at undersøge årsagerne til deres beslutning? • Og hvilke vilkår der kunne få dem tilbage til den syddanske børne- og ungdomspsykiatri? <p>Denne viden suppleret med Overlægeforeningens nyeste undersøgelse, "Afvandring i psykiatrien - en kvalitativ analyse", kunne med fordel danne afsæt for en fokuseret (gen)rekrutteringsindsats i den syddanske børne- og ungdomspsykiatri.</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Tiltagene i det fremmlagte forslag forventes at have en positiv indvirkning på speciallægesituationen i børne- og ungdomspsykiatrien. Herudover er regionen hele tiden nysgerrig på hvordan regionen kan blive endnu bedre til at sikre den nødvendige rekruttering. .	Ingen ændring
188	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<p>Hvordan sikres et godt uddannelses- og arbejdsmiljø for de tilbageværende? Vi savner ligeledes en plan for, hvordan de tilbageværende (special) læger i regionens børne- og ungdomspsykiatri sikres et godt uddannelses- og arbejdsmiljø. Især set i lyset af, at hver anden overvejer et skifte til den private psykiatri (kilde, som I også henviser til i materialet). Bekymringen forstærkes ydermere af beskrivelsen af den fremtidige ledelsesstruktur hvor "anvendelse af ressourcer på tværs af matrikler og mulighed for at kunne prioritere på tværs af børne- og ungepsykiatrien" fremhæves som motivation for at reducere de nuværende to afdelingsledelser til en fælles ledelse. Denne formulering kan tolkes som om personalet kan forvente at skulle møde ind på forskellige matrikler i regionen og "lukke huller" hvor der er personalemangel, hvilket vi på det kraftigste må advare imod, da det hverken er fremmede for et godt uddannelses- eller arbejdsmiljø.</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Tiltagene i det fremmlagte forslag forventes at have en positiv indvirkning på speciallægesituationen i børne- og ungdomspsykiatrien. Herudover er regionen hele tiden nysgerrig på hvordan regionen kan blive endnu bedre til at sikre den nødvendige rekruttering. .	Ingen ændring

189	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Vi bifalder, at den ændrede aldersgrænse i høringsmaterialet ikke betyder, at der skal flyttes læger fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien. Vores bekymring går dog på, hvorvidt voksenpsykiatrien vil være i stand til at rekruttere de fornødne tre speciallæger, som vil være nødvendige for at kunne varetage den nye patientgruppe af 18-19-årige. Dette især set i lyset af psykiatridirektionens nylige bekymringskrivelse	Ændret aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring
190	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	Overordnet er den i høringsmaterialet beskrevne organisationsændring meget omfattende og berører langt størstedelen af alle medarbejdere i såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien, i større eller mindre grad. Vi påpeger vigtigheden af, at såfremt organisationsændringen gennemføres, at der er et særligt fokus på inddragelse og løbende dialog med de berørte medarbejdere, så der ikke risikeres en endnu større afvandring i specialerne end hidtil.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
191	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	De i høringsmaterialet beskrevne forebyggende indsatser (herunder mobilteams, fremskudt funktion, specialistrådgivning til almen praksis og tværsektoriel kompetenceudvikling) er alle gode og nødvendige initiativer, der udgør et vigtigt skridt på vejen mod et styrket tværsektorielt samarbejde om forebyggelse af mental mistrivsel og opfølgning på børn og unge i målgruppen i samarbejde med kommunerne og almen praksis. De nævnte initiativer kan dog på ingen måde imødegå den massive stigning i efterspørgslen efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Der påhviler derfor socialdirektørforum og de fire sundhedsklynger i regionen et stort og omfattende arbejde på forebyggelsesområdet de kommende år, som man er nødt til at prioritere i de fora.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Regionen ser også frem til de kommende dialoger i sundhedsklyngesamarbejdet omkring forebyggelsesindsatsen	Ingen ændring

192	Lægeforeningen Syddanmark	Faglige organisationer	<p>Det nære sundhedsvæsen og populationsansvar er begreber, som har fyldt meget på den politiske dagsorden i regionen. Senest i forbindelse med indgåelsen af lægevagtsaftalen, hvor de lokale konsultationer, nærhed og tilgængelighed stod højt på den politiske prioriteringsliste. Vi er dog bevidste om den kritiske situation psykiatrien befinder sig i, og at der i nærværende høringsmateriale er tale om en organisatorisk nødløsning, men er alligevel overraskede over den omfattende grad af centralisering af børne- og ungdomspsykiatrien, der i høringsmaterialet lægges op til. Når der i høringsmaterialet er lagt op til så omfattende grad af centralisering, skal det sikres, at;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der iværksættes fyldestgørende løsninger for befordring og overnatning af både patienter og pårørende. • Digitale løsninger til at imødekomme målgruppens akutte behov prioriteres. • Såfremt balancen mellem medarbejdere og organisatoriske nødløsning genovervejes med principperne for nærhed og populationsansvar for øje. 	Generelt	Nej	<p>Taget til efterretning. Der vil i det endelige forslag blive udfooldet mulighederne for hjælp til transport. Digitale løsninger er centrale for at løse afstandssudfordringen for alle parter.</p>	Ingen ændring
193	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	<p>Kommunerne genkender billedet med de lange ventetider for udredning af børn og unge i psykiatrien, og anerkender initiativet med at forsøge at imødekomme udfordringen gennem en omorganisering, der kan lette presset på den nuværende situation i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er helt nødvendigt at få nedbragt de lange ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien og dette har høj prioritet hos kommunerne. Kommunerne er bevidste om, at omorganiseringen er udtryk for en sektor under stort pres præget af strukturelle udfordringer med manglende lægeressourcer.</p>	Generelt	Nej	<p>Taget til efterretning</p>	Ingen ændring
194	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	<p>De sydvestjyske kommuner vil med den ændrede struktur få længere til døgntilbuddene for de 12-17-årige, da sengepladserne i Esbjerg flyttes og sammenlægges med pladserne i Aabenraa. Det vil have betydning for de børn og unge, der indlægges og deres pårørende, da de pårørende vil få længere transporttid til døgntilbuddene.</p>	Samling senge	Nej	<p>Regionen forstår bekymringen for den længere afstand for de 13-17 årige i det sydvestjyske område. Den foreslåede løsning er dog vurderet til at være den bedst mulige løsning på de udfordringer som sekretariatet også anerkender skal løses. For langt hovedparten af patienterne i Børne- og unge psykiatrien vil ikke opleve nogen forandring da den ambulante vurdering og behandling fortsat vil være til stede i Esbjerg - og den del vil blive styrket.</p> <p>Borgerne i det sydvestjyske område vil opleve en afstand som det allerede i dag er tilfældet for samme patientgruppe i f.eks Vejle området.</p>	Ingen ændring

195	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Forslaget om, at der kun skal være døgnakutmodtagelse i Odense, fremfor både Esbjerg og Odense, vil få negativ betydning for både borgere og personalet i de kommunale botilbud i Sønderjylland og Sydvestjylland, da der nu vil være endnu længere til en døgnakutmodtagelse. En reduktion i den jyske akutmodtagelse i Aabenraa fra 8:00-18:00 betyder, at der reelt set kun er én akutmodtagelse i Syddanmark i 14 ud af døgnets 24 timer. Dette vil have negative konsekvenser for borgerne Sydvestjylland og Sønderjylland	Akutmodtagelse	Nej	Regionen vil i den endelige udgave udfolde de konkrete muligheder for hjælp til transport i akutte situationer, muligheder for brug af akutte telefon og brug af subakutte tider - alle sammen tiltag, der vil reducere generne ved den foreslåede model for akutmodtagelser.	Ingen ændring
196	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Kommunerne har en skærpet opmærksomhed på, at der ikke nedlægges sengepladser i børnepsykiatrien (0-12 år). Der er i forvejen få sengepladser i børnepsykiatrien, og kommunerne oplever en øget kompleksitet i opgaveløsningen.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Der sker ingen ændringer i antal sengepladser i børnepsykiatrien i Odense.	Ingen ændring
197	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Kommunerne understreger, at en eventuel udvidelse af Fremskudt Funktion og iværksættelse af STIME-projektet som centrale tiltag i forebyggelsesindsatsen ude i kommunerne, kun kan iværksættes i tæt samarbejde med kommunerne – og at disse indsatser ikke kan garanteres på forhånd, men skal aftales med hver af de 22 kommuner. Der gøres opmærksom på, at de mindre kommuner ikke nødvendigvis har specialiseret viden og kompetencer til behandling af den målgruppe, som STIME-projektet er rettet mod (fx selvskaade og spiseforstyrrelse). Hvis en iværksættelse af STIME-projektet bliver besluttet ude i de enkelte kommuner, er det vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatrien bidrager til behandlingen og kan yde støtte til de kommuner, der ikke selv har fagkompetencerne i egen kommune.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning. Alle initiativer skal undersøges og tilrettelægges i samarbejde med kommuner og praksis via socialdirektørkredsen og sundhedsklyngesamarbejde. Regionsrådet har med budget 2023 afsat 5 mio. kr. til styrkelse af forebyggelse og samarbejdet med kommunerne	Ingen ændring
198	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Kommunerne har en bekymring for, at overflytningen af de 18-19-årige til lokalpsykiatrien kan udfordre belægningsgraden, når der ikke laves flere permanente sengepladser i lokalpsykiatrien. - Kommunerne bemærker, at det i overflytningen af de 18-19-årige til voksenpsykiatrien er vigtigt, at voksenpsykiatrien understøtter et stærkt fokus på opretholdelse af et ungehverdagsliv med fokus på fastholdelse i uddannelse og job og ungefællesskaber. - Kommunerne forventer en fleksibilitet i overgangene fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien med hensyn til alderskriteriet for de patientgrupper, hvor der er åbenlyse fordele ved at være tilknyttet børne- og ungdomspsykiatrien i længere tid, fx for børn og unge med ikke-alderssvarende kognitiv funktion.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Voksnepsykiatrien vil blive tilført resourcer til at varetage det øgede aktivitetsniveau både ambulant og under indlæggelse. Udviklingen i voksenpsykiatrien vil blive fulgt nøje efter ændring af aldersgrænsen. Regionen deler sekretariats optagethed af at sikre de bedst mulige forløb for de 18-19 årige.	Ingen ændring
199	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Kommunerne ser mulighed for, at nærhospitaler eller sundhedscentre, som eksisterende rammer i nærmiljøet, kan rumme lettere tilgængelighed til børne- og ungdomspsykiatrien.	Generelt		Taget til efterretning	Ingen ændring

200	Fælleskommunalt Sundhedssekretariat og Fælleskommunalt Socialsekretariat	Kommuner mv	Slutteligt bemærkes det, at den forslåede omorganisering ikke bør vedtages som en permanent løsning på udfordringerne i børne- og ungdomspsykiatrien, men at udviklingen i børne- og ungepsykiatrien forsat følges tæt, og at følgerne af den nye organisering evalueres i samarbejde med kommunerne.	Generelt		Taget til efterretning. Udviklingen bliver fulgt tæt	Ingen ændring
201	Dansk Psykolog Forening	Faglige organisationer	For det første henleder vi opmærksomheden på, at patienten bør være i centrum for beslutninger vedrørende omlægning af psykiatriske tilbud i regionen. Flere af de primære dele af ændringsforslaget kan have konsekvenser for patientens oplevelse med psykiatrien, herunder at de 18- og 19-årige tidligere har været i børne- og ungdomspsykiatrien, og nu skal overgå til voksenpsykiatrien. Selvom det er positivt med strømlining med de øvrige regioner, er det bekymrende, at der ikke er mulighed for, at denne overgang kan modnes langsomt, og at der kan skabes en art efterværn og forudsigelighed for de unge, som har været vant til B&U-psykiatrien. Her bør hensynet til patienten veje tungere end ønsket om overskuelige og ensrettede behandlingspakker.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring
202	Dansk Psykolog Forening	Faglige organisationer	Ift. patienthensynet har vi derudover en bekymring for, at akutmodtagelsens varierende åbningstider og ændrede lokaliteter kan skabe forvirring, usikkerhed og ulejlighed for patienterne. Dertil medfører omlægningen større afstand til behandlingen for en lang række patienter, hvilket kan forringe oplevelsen af, at hjælpen er tæt på i situationer med akut opstået sygdom.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning og Region Syddanmark anerkender at der her er en kommunikationsopgave, der vil blive adresseret i forbindelse med implementeringsfasen	Ingen ændring
203	Dansk Psykolog Forening	Faglige organisationer	Dansk Psykolog Forening ser positivt på ønsket om en styrkelse af forebyggelse og opfølgingsindsatser og bifalder at man styrker samarbejdet med kommunerne, herunder prioritering af fremskudte funktioner og tværsektorielt samarbejde ved STIME, som kan supplere og udbygge de etablerede sparringsfunktioner mellem B&Upsykiatrien og kommunerne.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
204	Dansk Psykolog Forening	Faglige organisationer	Styrkelsen af den ambulante kapacitet ses tillige som en fornuftig prioritering, og vi vil advokere for, at man i denne sammenhæng udnytter specialpsykologernes faglighed og beføjelser og anvender dem i flere funktioner. Specialpsykologer og speciallæger deler mange kompetencer. Specialpsykologer kan varetage opgaver som at diagnosticere, udrede og træffe beslutninger om behandlingsplaner, der førhen kun har været på speciallægens bord. Opgaverne i psykiatrien vokser, derfor bør specialpsykologerne anvendes hensigtsmæssigt.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning. Psykiatrien i Region Syddanmark har generelt gode erfaringer med anvendelsen af forskellige faggrupper, herunder specialpsykologer.	Ingen ændring

205	Dansk Psykolog Forening	Faglige organisationer	Som fagforening vil vi gøre opmærksom på en række hensyn til arbejdsmiljøet, som bør tages til efterretning. Sammenlægningen af de nuværende børne- og ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til én fremtidig sengefunktion i Aabenraa, medfører ændrede arbejdsforhold, fordi flere psykologer både er tilknyttet dag- og døgnafsnittet, men nu skal arbejde i Aabenraa i stedet for Esbjerg. Det er tvivlsomt om samtlige medarbejdere er indstillet på at flytte arbejdsplads til Aabenraa. Derudover skal ledelsen sammenlægges, og her findes det problematisk at dette gøres med en betydelig hast, og at det samtidig medfører, at ledelsen er fjernere for medarbejderne. Vi anbefaler, at man overvejer om der kan ske en styrkelse af de lokale ledelser for at kompensere for et potentielt ledelsesvakuum.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen vil have stor fokus på at sikre ordentlige processer i implementeringsfasen og der vil være fokus på nærved ledelsen i forbindelse med etablering af en samlet ledelse af børne- og ungdomspsykiatrien	Ingen ændring
206	Sundhedsbrugerrådet inkl. patient inddragelsesudvalget.	Andre	Det er tilfredsstillende, at der slås til lyd for større samspil mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien. Vi forstår intentionerne, men må advare mod at dette sker til ugunst for de unge. Der er særlig grund til at være opmærksom på unge med hjertesygdomme i overgang til voksenpsykiatrien. I det hele taget vil vi advare mod at flytte aldersgrænsen fra 19 – 17 år for overgang til voksenpsykiatrien. Dels er mange unge på 17 år i en følsom alder. Og dels er voksenpsykiatrien som bekendt også presset.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare. Der er derfor en særlig opmærksomhed på de 18-19 årige som fremadrettet vil være i voksenpsykiatrien og det vil der komme yderligere fokus på ifm implementeringen.	Ingen ændring
207	Sundhedsbrugerrådet inkl. patient inddragelsesudvalget.	Andre	Vi finder, det er en godt med Akutmodtagelse hele døgnet i Odense og gerne tilsvarende i Aabenraa	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
208	Sundhedsbrugerrådet inkl. patient inddragelsesudvalget.	Andre	Tvivlende overfor samling af nuværende børne- og ungdomspsykiatriske sengefunktioner i Esbjerg og Aabenraa til EN fremtidig sengefunktion i Aabenraa. Det bør ikke kun være et spørgsmål om sparede kroner.	Samling senge	Nej	Forslaget handler ikke om besparelser i børne- og ungdomspsykiatrien. Der vil tværtimod blive tilført ressourcer til området. Forslaget handler om at konsolidere området i en situation med speciallægemangel og stigende ventetider og samlægning af de 2 afsnit skal frigøre ressourcer til prioritering i den ambulante del af BU psykiatrien.	Ingen ændring
209	Sundhedsbrugerrådet inkl. patient inddragelsesudvalget.	Andre	Savne beskrivelse af et bredere forebyggende arbejde i samarbejde med skoler og uddannelsesinstitutioner.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Forslaget har fokus på de nye tiltag, der vurderes nødvendig for at løse de nuværende udfordringer. Forslaget er ikke en fuldstændig beskrivelse af den mangefacetterede indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder samarbejdet med skoler og uddannelsesinstitutioner	Ingen ændring
210	Sundhedsbrugerrådet inkl. patient inddragelsesudvalget.	Andre	Nedbringelse af ventetiden bør være den væsentligste prioritet og at kvalitet i behandlingen fortsat skal prioriteres højt.	Generelt	Nej	Ønsket om at reducere ventetiden til udredning og behandling og sikre fortsat høj kvalitet i behandlingen er 2 af de mest centrale bevæggrunde for det udarbejdede forslag.	Ingen ændring

211	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	Først og fremmest vil vi stille spørgsmål til, om de unge er hørt i forhold til de ændringer der her foreslås? Unges ønsker til psykiatrien er tilsyneladende, ex. via samtalegrupper ikke en del af de ændringer der foreslås. Unge med psykiske vanskeligheder efterspørger samvær med andre unge, hvilket dette forslag ikke tilgodeser. Derudover skal det anføres, at unge med psykiske vanskeligheder ikke er alderssvarende og overgang til voksenpsykiatrien derfor kan være ekstra barsk.	Generelt	Nej	Forslaget bygger på dialogmøder hvor bla. unge / patient- og pårørenderød blev hørt. Regionen har stor fokus på at sikre gode transitionsprocesser for overgangen til voksenpsykiatrien. Det vil der blive arbejdet videre med i forbindelse med implementering af forslaget.	Ingen ændring
212	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	Forslaget tager ikke hånd om den grundlæggende mangel på speciallæger samt udfordringen med andelen af retspsykiatriske patienter indlagt i Voksenpsykiatrien. LAP foreslår her, at man inddrager nye behandlingsformer og tilsvarende i ansættelsesprocesser søger og ansætter et bredere spektrum af faggrupper. LAP foreslår tillige øget brug af brugerstyrede indlæggelser, uvisiterede kommunale pladser, mobilteams og øget fokus på forebyggelse, som del af den omlægning der ønskes gennemført.	Generelt	Nej	Med forslaget styrkes forebyggende tiltag i BU psykiatrien med 5 mio.kr. Optimering af brugen af de forskellige fagligheder i psykiatrien er hele tiden i fokus, men løser ikke udfordringerne som den konstaterede speciallægemangel giver.	Ingen ændring
213	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	I forslaget er det ikke beskrevet, hvordan overflytningen af en større gruppe unge til voksenpsykiatrien skal gennemføres. Det vil være hensigtsmæssigt at implementere en løsning, der indebærer at unge og patienter med en dom ikke deler faciliteter.	Ændring aldersgrænse	Nej	Regionen er også optaget af at sikre gode overgange til voksenpsykiatrien. Konkretiseringen af overgangen af patienter er overordnet beskrevet i forslaget, men detailplanlægning sker efter endelig beslutning	Ingen ændring
214	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	Forslagets antagelse om, at unge 18 - 19-årige med psykisk sygdom kan rummes og behandles ambulantly kan der med rette stilles spørgsmålstejn ved. Når man ændrer aldersgrænsen flyttes presset til ambulante behandlingstilbud i kommunerne og til voksenpsykiatrien, hvor der tillige er mangel på uddannet personale.	Ændring aldersgrænse	Nej	Med opgaven flyttes midler svarende til aktiviteten. Regionen arbejder ud fra en forventning om at voksenpsykiatrien kan håndtere den nye opgave. Psykiatrisygehuset arbejder med strategi for rekruttering og fastholdelse som følger af regionens pejlemærker.	Ingen ændring
215	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	Den lange transport som forslaget indebærer kan afholde patienter for at søge behandling, hvilket allerede er en udfordring i den nuværende organisering.	Samling senge	Nej	Langt hovedparten af patienterne i Børne- og unge psykiatrien vurderes og behandles ambulantly lokalt. Den ambulante BU psykiatri er fortsat til stede i Esbjerg. Samtidig vil afstanden for de 18-19-årige enten forblive den samme eller blive kortere med de flere voksenpsykiatriske matrikler. Der vil dog for borgere i aldersgruppen 13-17 år, særligt fra det sydvestjydske område, blive længere til indlæggelse	Ingen ændring
216	LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere	Interesseforeninger mv	Endelig er der behov for, at man nuancerer opfattelsen af psykisk sygdom, som noget der kræver medicinsk behandling og foregår i hjernen, og i højere grad i behandlings tilrettelæggelsen ser på det hele menneske.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Børne- og ungdomspsykiatrien arbejder med både biologiske, psykologiske og sociale interventioner.	Ingen ændring

217	Billund Kommune	Kommuner mv	<p>En generel bekymring i Billund Kommune er, om den foreslåede omorganisering af Børne- og Ungdomspsykiatrien vil bevirke en øget ulighed i mental sundhed på en sådan måde, at nogle børn og unge ikke kommer afsted og får den rette behandling, da der kan være tale om udsatte familier.</p> <p>Billund Kommune bemærker, at den eventuelle opgaveglidning, der lægges op til, hvor flere opgaver, som på nuværende tidspunkt varetages af psykiatrien, foreslås varetaget af kommunen, sker jf. Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, så opgaveglidningen sker med opmærksomhed på, at økonomien skal følge opgaven.</p>	Generelt	Nej	<p>Langt de fleste behandles ambulant og alle behandles langt det meste af tiden i ambulant regi og for det ambulante område, sker der ingen ændring i forhold til nærhed til behandling. Samtidig læges der op til en styrkelse af den ambulante indsats for at reducere ventetiden til udredning og behandling. Der lægges ikke med forslaget op til en opgaveglidning ud mod kommunerne. Tværtimod investeres der med forslaget yderligere i den regionale psykiatri. Overordnet er regionen principielt enig med kommunen i at skulle der ske en opgaveoverdragelse her eller i andre sammenhænge skal det følge den aftalte model for dette.</p>	Ingen ændring
218	Billund Kommune	Kommuner mv	<p><u>Lukning af Akutmodtagelsen og sengepladser i Esbjerg</u></p> <p>I forbindelse med lukning af Akutmodtagelsen og sengepladser i Esbjerg har Billund Kommune følgende bemærkninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Borgerne i Billund Kommune vil få betydeligt længere til Aabenraa, end de i dag har til Esbjerg samtidig med, at muligheden for at benytte offentlig transport vil blive væsentlig forringet. - Når der er tale om indlagte børn og unge, er det hele barnets eller den unges familie, der bliver berørt af indlæggelsen. Den længere transporttid vil forventeligt presse de berørte familier yderligere, og gøre det vanskeligere for familierne at være nærværende i behandlingen. 	Samling senge	Nej	<p>Region Syddanmark anerkender at forslaget for en mindre gruppe (de 13-17 årige) vil betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid senest dagen efter. Mulighederne for hjælp til transport i forbindelse med indlæggelser i psykiatrien vil blive udfoldet nærmere i det endelige forslag til model.</p>	Ingen ændring
219	Billund Kommune	Kommuner mv	<p>Billund Kommune ser særligt kritisk på, at Akutfunktionen efter kl. 18 kun er beliggende i Odense, da længere transporttid i kritiske tilfælde kan være forbundet med øget risiko, f.eks. i forbindelse med udadreagerende børn og unge.</p>	Akutmodtagelse	Nej	<p>Region Syddanmark anerkender at forslaget for en mindre gruppe (de 13-17 årige) vil betyde forlænget transport. Men størsteparten af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien behandles ambulant, som stadig vil være til stede i Esbjerg. Har man brug for akut hjælp vil man fortsat kunne kontakte akuttelefonen, også mhp evt subakut tid senest dagen efter. Mulighederne for hjælp til transport i forbindelse med indlæggelser i psykiatrien vil blive udfoldet nærmere i det endelige forslag til model.</p>	Ingen ændring

220	Billund Kommune	Kommuner mv	Den ændrede organisering vil medføre, at Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midt for nogle borgere i Billund Kommune vil være tættere på borgernes hjem. Derfor ønsker Billund Kommune en afklaring af, om der er mulighed for, at borgere fra Region Syddanmark kan benytte Akutmodtagelsen i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midt, hvis det er tættere på borgerens hjem.	Akutmodtagelse	Nej	Regionen vil på baggrund af høringsrunden gå i dialog med Region Midtjylland omkring konsekvenserne af det fremlagte forslag. Det er ikke regionens forventning at der vil ske en større vækst i antal akutte indlæggelser i Region Midtjylland for 13-17 årige, da den nærmeste børne- og ungdomspsykiatriske akutmodtagelse ligger i Skejby. I perioden hvor patienter fra Vejle har skullet indlægges i Aabenraa og anvende akutmodtagelse i Esbjerg ikke har medført en større søgning på børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. For de 18-19-årige vil akutmodtagelsen fortsat ligge i Esbjerg.	Ingen ændring
221	Billund Kommune	Kommuner mv	For at sikre lighed i sundhed i behandlingen af børn og unge i psykiatrien anbefaler Billund kommune, at Region Syddanmark har fokus på, hvorvidt familier kan kompenseres for de ekstra transportudgifter den længere afstand medfører, så dette ikke bliver en hindring for at kunne følge behandlingen. På samme vis bør der være opmærksomhed på, at den længere transporttid bevirker en stigning i forhold til tabt arbejdsfortjeneste hos forældrene.	Samling senge	Nej	Regionen vil have fokus på at sikre de pårørende den nødvendige indsigt i mulighederne indenfor de gældende regler på befordringsområdet. Mulighederne for hjælp til transport og forbindelse med indlæggelse vil blive udfoldet yderligere i det endelige forslag.	Ingen ændring
222	Billund Kommune	Kommuner mv	Billund Kommune anerkender, at det umiddelbart giver mening at samstemme organiseringen med de øvrige regioner. I forbindelse med ændringen af aldersgrænsen har Billund Kommune dog følgende bemærkninger: - Det er en klar oplevelse i Billund Kommune, at Voksenpsykiatrien er udfordret på plads. Dette er udfordrende i forhold til de 18-19-årige, som risikerer at opleve et dårligere serviceniveau i Voksenpsykiatrien, end de har oplevet i Børne- og Ungdomspsykiatrien, da det ikke er muligt at udvide sengekapaciteten i Voksenpsykiatrien på kort sigt. - Billund Kommune har en bekymring i forhold til, at en ændret aldersgrænse vil bevirke et nyt pædagogisk snit, hvor ungdomsårene ikke hører til nogen steder, og man i stedet anses som enten barn eller voksen. I den nuværende konstellation har man været god til at se de 18-19-årige i en familiesammenhæng, hvilket forventeligt ikke er lige så naturligt, når de bliver en del af Voksenpsykiatrien.	Ændring aldersgrænse	Nej	Det er korrekt at flytning af de 18-19 årige vil medføre øget behov for senge i voksenpsykiatrien. Derfor gennemføres også en række tiltag der skal afhjælpe dette ekstra pres. Presset på sengekapaciteten i voksenpsykiatrien afhjælpes ved bl.a. : - At 15 midlertidige lukkede senge i Aabenraa reetableres, hvilket bl.a. skal hjælpe på et evt. yderligere pres på afdelingen i Vejle - At de ommærkede særlige pladser fortsat anvendes til aflastning af sengeafsnittene i Odense - At der på Fyn tilkøbes ekstra ledig kapacitet i de særlige pladser til aflastning af sengeafsnittene i Odense. - At der etableres en afhjælpningspulje til at sikre flere ressourcer til de almenpsykiatriske afdelinger der huser retsspsykiatriske patienter.	Ingen ændring
223	Billund Kommune	Kommuner mv	Slutteligt er Billund Kommune nysgerrig på, om psykiatrien har fokus på mulige afledte konsekvenser af at flytte arbejdspladser fra Esbjerg til Aabenraa. Dette både ift. fremtidige rekrutteringsmuligheder og en potentiel risiko for kvalitets- og videnstab, såfremt dele af personalet ikke ønsker overflytning til Aabenraa.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Sygehuset har meget fokus på at sikre adgang til de rette kompetencer på alle regionens psykiatrimatrikler. Sygehuset arbejder ud fra en strategi for rekruttering og fastholdelse som følger af regionens pejlemærker.	Ingen ændring

224	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Overordnet finder Sundhedsstyrelsen, at Region Syddanmarks forslag indeholder en fyldestgørende beskrivelse af udfordringerne i børne- og ungdomspsykiatrien, hvordan disse tænkes håndteret i regionen, samt konsekvenser af de foreslåede tiltag. De foreslåede tiltag vurderes relevante ift. at løse de i forslaget beskrevne udfordringer. Sundhedsstyrelsen finder det ligeledes positivt, at Region Syddanmark har haft en inddragende dialog med relevante aktører omkring håndtering af udfordringerne.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
225	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Sundhedsstyrelsen vurderer, at der vil være behov for at informere både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle om de ændrede organisatoriske rammer for børne- og ungdomspsykiatrien, når disse er gennemført.	Generelt	Nej	Taget til efterretning. Regionen anerkender den vigtige kommunikationsopgave ud mod patienter, pårørende og samarbejdspartnere, der ligger på den anden side af vedtagesen af en ny model for BU-psykiatrien	Ingen ændring
226	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Udfordringerne, herunder ventetider og mangel på speciallæger, i børne- og ungdomspsykiatrien medfører, at regionen vil sænke aldersgrænsen, således at denne ændres fra at være til og med 19 år, til at være til og med 17 år. Sundhedsstyrelsen vil i denne forbindelse gøre opmærksom på, at jf. specialeplanen bør patienter op til det 18. år varetages i børne- og ungdomspsykiatrien.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
227	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at der i forslaget er fokus på overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien (såkaldte transitionsforløb), som beskriver faser som understøtter en tryk overgang, samt at overgangen understøttes af en overgangsplan, der udarbejdes i Børne- og ungeafdelingen i samarbejde med den unge, forældre / netværkspersoner og voksen afdelingen. Ligeledes finder Sundhedsstyrelsen det positivt, at regionen ifm. patientoverdragelsen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for transition fra børne- og ungdomsområdet til voksenområdet i sygehusregi". Sundhedsstyrelsen bemærker, at regionen arbejder med en fleksibilitet i forhold til alder og overgang mellem børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatrien for målgruppen 18-25-årige. Dette bør også fremadrettet være et fokusområde.	Ændring aldersgrænse	Ja	Taget efterretning. Vedrørende transitionsprocessen er det overordnede sigte for overgangsprocessen er at skabe mest mulig stabilitet for patienterne, så de får en god og tryk overgang. Især vil der være fokus på at de 18-19 årige, da de kan være et sted i deres livsfase, hvor de er sårbare.	Hvordan de arbejdes med transition tydeliggøres i det endelige forslag.

228	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	<p>Det nævnes i forslaget, at den ændrede aldersgrænse vil have afledte effekter for voksenpsykiatrien i regionen. Det beskrives, at overtagelse af behandlingsansvaret for de 18-19-årige i voksenpsykiatrien medfører, at der vil skulle rummes flere medarbejdere i voksenpsykiatrien. Dette giver visse steder lokalemæssige udfordringer. Med henblik på at skabe de nødvendige pladmæssige forudsætninger i Vejle og Odense, hvor udfordringerne er størst, foreslås, at Afdelingen for Traume- og Torturoverlevende (ATT), som i dag har lokaler i lokalpsykiatrierne i henholdsvis Vejle og Odense, samles i Lillebæltsområdet.</p> <p>Sundhedsstyrelsen gør i denne forbindelse opmærksom på, at specialfunktioner som nævnt oven for er matrikelspecifikke. Såfremt Afdelingen for Traume- og Torturoverlevende (ATT) ønskes flyttet til andre matrikler, skal dette ske i henhold til specialeplanens rammer.</p>	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning. Regionen er opmærksom på at specialfunktioner matrikelspecifikke og at flytning skal ske indenfor specialeplanens rammer.	Ingen ændring
229	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	<p>Sundhedsstyrelsen bemærker, at der, som led i den ændrede aldersgrænse og det ændrede behov for sengepladser i den forbindelse, påtænkes en samling af døgnbehandling i Odense og Aabenraa, og at sengeafdelingen i Esbjerg nedlægges. Samlingen vil betyde, at nogle patienter mellem 13-17 år og deres pårørende i Jylland vil få længere transport til døgnbehandling.</p> <p>Sundhedsstyrelsen vil bemærke hertil, at det fortsat bør være centralt at sikre tilgængelighed til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er positivt, at der beskrives en styrkelse af det ambulante tilbud, herunder mobile teams, i denne forbindelse, som vil kunne medvirke til at understøtte tilgængelighed og nærhed.</p>	Samling senge	Nej	Taget til efterretning.	Ingen ændring
230	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	<p>Sundhedsstyrelsen bemærker, at en døgnåben akutmodtagelse samles i Odense, og at åbningstiden reduceres i Aabenraa. Denne samling vil medføre, at nogle patienter fra Jylland vil få længere afstand til en akutmodtagelse i tidsrummet 18.00-8.00. Sundhedsstyrelsen vil bemærke hertil, at det vil være vigtigt, at samlingen af akutmodtagelsen følger Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats (SST, 2020), herunder at der er adgang til relevante kompetencer mv.</p>	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

231	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Sundhedsstyrelsen har forståelse for, at der er mangel på speciallæger i børne og ungdomspsykiatri Region Syddanmark. Jf. anbefaling 17 i Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats skal det dog bemærkes, at et akutsygehus, som varetager både somatik og psykiatri døgnet rundt, skal kunne modtage patienter med alle typer af skade, herunder traumer som kan håndteres på hovedfunktionsniveau, samt akut opstået eller forværret sygdom, fraset udvalgte tilstande som præhospitalt skal visiteres direkte til andet akut- eller traumesygehus med relevante specialfunktioner. Da Aabenraa er et akutsygehus, bør regionen derfor udarbejde en plan for, hvornår det forventes, at børn og unge kan blive modtaget i det aktuelle tidsrum, idet der på matriklen kun er akut modtagelse i børne- og ungdomspsykiatri en del af døgnet.	Akutmodtagelse	Nej	Taget til efterretning. Regionen noterer at SST har forståelse for den situation regionen står i mht. mangel på speciallæger og de konsekvenser det har her og nu for betjening af akutmodtagelsen. <i>(skriv lidt af svar fra Helene ind)</i>	Ingen ændring
232	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Det er positivt, at regionen i forslaget beskriver et yderligere potentiale i at øge fokus på brug af udgående ambulante tilbud, som f.eks. mobilteams samt øget brug af digitale løsninger og subakutte tider.	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
233	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Der beskrives i forslaget et ønske om et tættere samarbejde om forebyggelsesindsatsen, med fokus på hvordan den regionale psykiatri i endnu højere grad kan understøtte den forebyggelsesmæssige indsats i kommunerne samt understøtte sømløse overgange. Herunder nævnes indsatser som specialistrådgivning, Fremskudt regional funktion og Mobilteams. Derudover ønskes samarbejdsmodellen STIME, som der er gode erfaringer med i Region Hovedstaden, udbredt i regionen. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at Region Syddanmark vil trække på erfaringerne fra de nævnte indsatser i forhold til at styrke samarbejdet med kommunerne om forløbet for børn og unge, og at der er fokus på, at disse indsatser skal ses i sammenhæng med aftalen om en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed fra 2022.	Styrkelse forebyggelse	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring

234	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Sundhedsstyrelsen bemærker, at regionen planlægger en ledelsesmæssig samling af børne- og ungdomspsykiatrien, idet udfordringerne medfører et behov for en fleksibel anvendelse af ressourcer på tværs af matrikler og mulighed for at kunne prioritere på tværs af børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor samles de nuværende to afdelingsledelser til én afdelingsledelse, der kan disponere over de samlede ressourcer. Sundhedsstyrelsen forstår dette som en ren administrativ funktion, som ikke i sig selv påvirker placeringen af funktioner og opgaver i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder specialfunktioner, som jo er matrikelspecifikt godkendte. Såfremt samlingen af ledelsen vil medføre en ændring i varetagelse af funktioner på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, skal ændringen ske i henhold til specialeplanens rammer.	Samlet ledelse	Nej	Taget til efterretning. Regionen er opmærksom på at håndtere ændringer af varetagelse af funktioner på regionsfunktions eller højt specialiseret niveau indenfor specialeplanens rammer.	Ingen ændring
235	Sundhedsstyrelsen	Myndigheder øvrige	Sundhedsstyrelsen finder det overordnet positivt, at den ambulante, herunder udgående, kapacitet styrkes. Hertil er det positivt at der beskrives et fokus på at udvikle og udbrede digitale behandlingstilbud.	Styrkelse ambulant kapacitet	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring
236	Dansk Socialrådgiverforening Region Syd	Faglige organisationer	Vi opfordrer til, at der ikke er en indholdsmæssig forskel på behandlingen og vejledningen – men blot er tale om en organisatorisk forskel. Unge og deres forældre har brug for viden og vejledning uanset om den unge er ny diagnosticeret i en alder af 17 eller 18 år. For unge i efterværn skal der fortsat være et tæt samarbejde med myndighed og anbringelsessted. Eksemplerne er mange. Vi ønsker derfor at henlede jeres opmærksomhed på de meget forskellige ressourcer der anvendes på at have socialrådgivere ansat i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. F.eks. er der kun ansat en socialrådgiver på sengeafsnittede i Aabenraa, hvilket vanskeliggør modtagelsen af opgaverne i den nye organisering.	Ændring aldersgrænse	Nej	Taget til efterretning, herunder bemærkningerne vedrørende brugen af forskellige faggrupper.	Ingen ændring

237	Dansk Socialrådgiverforening Region Syd	Faglige organisationer	<p>Socialrådgivere kan spille en central rolle i forhold til den stigende efterspørgsel efter udredning og behandling samt afhjælpe noget af manglen på speciallæger og sygeplejersker. Et potentiale som ikke er fuldt udnyttet. Vi kan se flere mulige løsningsforslag i børne- og ungdomspsykiatrien, så vi styrker forebyggelse og opfølgningsindsatsen, fastholder personale og forsat har patienter og pårørende i centrum. Vi forslår følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fremskudt Funktion styrker allerede det forebyggende arbejde i primærsektor ift. Børne- og ungeaftalen og forløbsprogrammerne. Dette arbejde kan med fordel fortsat udbygges for at sikre tidlig kvalificeret hjælp i nærmiljøet, hvorved kapaciteten i sygehuspsykiatrien bruges til de komplekse psykiatriske patienter. - Øget systematik i arbejdsgange såvel i dag- og døgnbehandlingen som i ambulatoriet, så alle patienter der ses i psykiatrien, får mulighed for konsultation hos en socialrådgiver, med henblik på sikring af tidlig indsats, sammenhængende patientforløb samt hjælp i primærsektor. - Mulighed for undervisning og sparring om kompleks psykiatri til samarbejdspartnere for derved at bidrage til den fælles kompetenceudvikling og fælles opgaveløsning. - Med baggrund i forslag om en regional skadestuefunktion i aften/ nattetimerne, ses et øget behov for socialfaglig indsats mellem afdelinger, teams og regionens 22 kommuner. 	Generelt	Nej	<p>Taget til efterretning. Regionen deler foreningens optagethed af styrkelsen af de opfølgende og forebyggende tiltag og nødvendigheden af at bringe mange fagligheder i spil i forbindelse med dette. Regionsrådet har erfor også med budget 2023 afsat 5 mio. kr., herunder også til fremskudt funktion. Den nærmere udmøtning af midlerne skal tages op med kommunerne.</p>	Ingen ændring
238	Sydøstjyllands Politi	Myndigheder øvrige	<p>Sydøstjyllands Politi har ingen bemærkninger har til det fremsendte forslag, idet de foreslåede ændringer ikke vil have væsentlig betydning for politiets opgaver i politikredsens dækningsområde i Region Syddanmark (Vejle, Billund, Kolding og Fredericia kommuner).</p>	Generelt	Nej	Taget til efterretning	Ingen ændring