

Socialdirektørforum (Møde i Socialdirektørforum den 18. november 2022)

18-11-2022 09:00 - 12:00

Virtuelt møde

Information: Inviterede

Michael Bjørn, Assens Kommune,
Thomas Foged, Billund Kommune,
Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune,
Trine Birgitte Nanfeldt, Fanø Kommune,
Mette Heidemann, Fredericia Kommune,
Siggi W. Kristoffersen, Faaborg-Midtfyn Kommune,
Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune,
Thomas Reintoft, Kolding Kommune,
Torben Lønberg, Langeland Kommune,
Henrik Mott Frandsen, Middelfart Kommune,
Mogens Bak Hansen, Nordfyns Kommune,
Torben Kelm Danielsen, Nyborg Kommune,
Klaus Liestmann, Sønderborg Kommune,
Grethe H. Nielsen, Tønder Kommune,
Claus Fjeldgaard, Varde Kommune,
Anne Mette Lund, Vejle Kommune,
Kimma Vingaard Thomsen, Ærø Kommune,
Karen Storgaard Larsen, Aabenraa Kommune
Laila Løhde Møller, KL
Mai-Britt Wismann, Socialsekretariatet
Bodil Larsen-Ledet, Socialsekretariatet

Afbud

René Junker, Odense Kommune,
Morten Oldrup, Vejen Kommune,
Bettina Brøndsted, Kerteminde Kommune,
Christian Schacht-Magnussen, Region Syddanmark
Claus Sørensen, Svendborg Kommune,

Indhold

Punkt 1: Dialog med psykiatrisygehuset	1
Beslutning for Punkt 1: Dialog med psykiatrisygehuset	1
Punkt 2: Godkendelse af referat	1
Beslutning for Punkt 2: Godkendelse af referat	2
Punkt 3: Politisk møde om Rammeaftalen den 8. februar 2023	2
Beslutning for Punkt 3: Politisk møde om Rammeaftalen den 8. februar 2023	2
Punkt 4: Døgnmøde i Socialdirektørforum den 9. - 10. marts 2023	2
Beslutning for Punkt 4: Døgnmøde i Socialdirektørforum den 9. - 10. marts 2023	3
Punkt 5: Kommunernes mulighed for at oprette §107 tilbud	3
Beslutning for Punkt 5: Kommunernes mulighed for at oprette §107 tilbud	3
Punkt 6: Forudsætninger for tidligt at kunne opspore alvorlig sygdom hos udsatte borgere	3
Beslutning for Punkt 6: Forudsætninger for tidligt at kunne opspore alvorlig sygdom hos udsatte borgere	4
Punkt 7: Anmodning om beskrivelse af kommunernes aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug	5
Beslutning for Punkt 7: Anmodning om beskrivelse af kommunernes aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug	6
Punkt 8: Forløbsbeskrivelser om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug samt børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin	6
Beslutning for Punkt 8: Forløbsbeskrivelser om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug samt børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin	8
Punkt 9: Anonym stofmisbrugsbehandling i 2023	8
Beslutning for Punkt 9: Anonym stofmisbrugsbehandling i 2023	9
Punkt 10: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet	9
Beslutning for Punkt 10: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet	10
Punkt 11: Klinisk vejlederfunktion	10

Beslutning for Punkt 11: Klinisk vejlederfunktion.....	11
Punkt 12: Sundhedstjek til borgere på botilbud.....	11
Beslutning for Punkt 12: Sundhedstjek til borgere på botilbud.....	13
Punkt 13: Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark.....	13
Beslutning for Punkt 13: Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark.....	14
Punkt 14: Spørgeskemaundersøgelse om kommunernes styringspraksis fra KL.....	14
Beslutning for Punkt 14: Spørgeskemaundersøgelse om kommunernes styringspraksis fra KL.....	15
Punkt 15: Ommærkning af særlige pladser for 1. halvår 2023.....	15
Beslutning for Punkt 15: Ommærkning af særlige pladser for 1. halvår 2023.....	16
Punkt 16: Orienteringer.....	16
Beslutning for Punkt 16: Orienteringer.....	16
Punkt 17: Eventuelt.....	16
Beslutning for Punkt 17: Eventuelt.....	16

Punkt 1: Dialog med psykiatrisygehuset

Baggrund

Psykiatridirektør Charlotte Josefsen deltager under behandlingen af dette punkt.

Emner til fælles drøftelse:

- Opfølgning de politiske møder. Status ift. udfordringerne og rekruttering
- Det tværgående samarbejde herunder samarbejdet i sundhedsklyngerne
- Psykiatriplanen og hvilke overvejelser regionen gør sig ift. opgaverne
- Hvordan kan vi understøtte hinanden

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller, at Socialdirektørforum

- drøfter emnerne med Psykiatridirektøren.

Beslutning for Punkt 1: Dialog med psykiatrisygehuset

Charlotte Josefsen orienterede om status omkring processen med de politiske møder og udfordringerne samt de tiltag der tages i Region Syddanmark.

Det tværgående samarbejde herunder samarbejdet i sundhedsklyngerne blev drøftet. Deltagerne er optaget af, hvordan der kan koordineres mellem sundhedsklyngerne og ind i egen organisation og de snitflader der er mellem sundhed-, social-, og beskæftigelsesområderne og også i relation til retspsykiatrien.

Socialdirektørerne er optaget af, hvordan det sikres, at socialområdet indgår i arbejdet, der hvor det er relevant.

Børn og unges trivsel fylder med rette meget i dialogerne herunder i sundhedsklyngerne. Samtidig er det vigtigt, med et fortsat fokus på den svære psykiatri og det nødvendige fokus på samarbejdet mellem socialpsykiatri og bostøtte samt behandlingspsykiatrien og retspsykiatri.

De kommende måneder skal der ske nogle drøftelser i klyngerne og her vil det være gavnligt at få et hurtigt overblik over hvad socialområdet vil byde ind i med i sundhedsklyngerne.

Et spændende projekt fra København blev fremhævet, hvor psykiatrien har et Bosteds team, der sammen med bostederne skal hjælpe med at forebygge indlæggelse.

Socialdirektørerne drøftede efterfølgende at der er brug for at tegne et fælles udfordringsbillede og finde frem til 2-3 emner som socialområdet vil arbejde videre med. Det blev aftalt at Strategisk arbejdsgruppe suppleret af fagfolk fra socialpsykiatrien udarbejder et notat herom til møde i Socialdirektørforum til marts.

Punkt 2: Godkendelse af referat

Baggrund

Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 9. september 2022.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- godkende referat fra møde Socialdirektørforum den 9. september 2022.

Beslutning for Punkt 2: Godkendelse af referat

Referatet blev godkendt.

Punkt 3: Politisk møde om Rammeaftalen den 8. februar 2023

Baggrund

Politisk møde om Rammeaftalen

Socialdirektørforummet har besluttet at planlægge et politisk møde om Rammeaftalen den 8. februar 2023. Vedhæftet er et oplæg til et program for dagen.

Det undersøges om mødet skal faciliteres samt om muligheden for, at invitere en ung borger til at dele sin beretning, til perspektivering af emnet: Mental trivsel.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- godkende programmet.

Beslutning for Punkt 3: Politisk møde om Rammeaftalen den 8. februar 2023

I forbindelse med at invitationen sendes ud skal koblingen mellem temaerne og rammeaftalen gøres tydeligere. KKR formanden inviteres til at byde velkommen på dagen.

Der opfordres til, at invitationen tages med til relevante kommunale udvalg i egen kommune til orientering.

Programmet blev godkendt.

Punkt 4: Døgnmøde i Socialdirektørforum den 9. - 10. marts 2023

Baggrund

Døgnmøde i Socialdirektørforum

Den 9. - 10. marts 2023 afholdes det årlige døgnmøde. Vedhæftet er et oplæg til et program for døgnmødet.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- godkende der arbejdes videre med oplægget.

Beslutning for Punkt 4: Døgnmøde i Socialdirektørforum den 9. - 10. marts 2023

Socialdirektørforummet godkendte, at der arbejdes videre med oplægget.

Punkt 5: Kommunernes mulighed for at oprette §107 tilbud

Baggrund

Middelfart Kommune ønsker Socialdirektørforum går i dialog med KL om bedre muligheder for at oprette tilbud efter Servicelovens § 107 set i lyset af den nye psykiatrilov og den nye lov om hjemløse.

Henvendelsen fra Middelfart Kommune lyder:

§107 – som bekendt kan man ikke umiddelbart lave §107 tilbud i boliger bygget efter almenboliglovens §105. Det ser ud til, at der i den nye psykiatrilov og i den nye lov om hjemløse henvises til §107 tilbud. Midlertidige pladser, akutpladser, pladser til mellemlandende mellem indlæggelse og eget hjem osv. Vi tænker, at man fra SDF's side skal gå i dialog med KL om at arbejde for at give kommunerne bedre mulighed for at oprette §107 tilbud.

På møde i Forretningsudvalget den 4. november 2022 blev det besluttet at rejse problemstillingen på møde i Koordinationsudvalget under KL den 9. november 2022. I den forbindelse blev der udarbejdet et notat til beskrivelse af problematikken som vedhæftes her.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller, at

- Socialdirektørforum drøfter problemstillingen med henblik på en formel henvendelse til KL.

Beslutning for Punkt 5: Kommunernes mulighed for at oprette §107 tilbud

Socialdirektørforum besluttede at der arbejdes videre med beskrivelsen af udfordringerne.

Punkt 6: Forudsætninger for tidligt at kunne opspore alvorlig sygdom hos udsatte borgere

Baggrund

Socialdirektørforum godkendte den 24. juni 2022 et: Oplæg til tværsektorielt samarbejde mellem kommuner og region om kortlægning af frivillige og kommunale tilbud til sårbare

og udsatte personer. Der blev udpeget deltagere til arbejdsgruppen der består af kommunale medarbejdere, medarbejdere fra regionen og frivillige repræsentanter. Henrik Mott Frandsen er formand for arbejdsgruppen.

Arbejdet er sat i gang og arbejdsgruppen er enige om at det er relevant at skabe et overblik over de muligheder der er for at hjælpe udsatte borgere i forbindelse med tidlig opsporing af alvorlig sygdom. Arbejdsgruppen er enige om, at kortlægningen på en eller anden måde skal ske på sundhed.dk samt at det skal gøres så praktisk som muligt. Således at der i forbindelse med kortlægningen er fokus på samling og formidling af kommunernes eksisterende oversigter over tilbud. Der er enighed om, at formidling af eksisterende tilbud er en stor opgave som kommer efter kortlægningen.

Henrik Mott Frandsen, orienterer fra arbejdsgruppen.

Udfordringer

Tilbud til udsatte borgere kan være organiseret forskellige steder i kommunerne og samme målgruppe kan have tilbud forankret i forskellige afdelinger i kommunerne. Eksempelvis kan en Gadesygeplejerske være organiseret under misbrugsområdet og der kan være et Udsatte team der er forankret i Socialpsykiatrien.

Kortlægningen skal gerne kunne tilgodese de forskellige løsninger som kommunerne har investeret tid i at udvikle.

Nogle kommuner er meget langt med at gøre information om tilbud til socialt udsatte borgere tilgængelig, et eksempel er webportaler som social vejvisere.

Se Fredericia Kommunes hjemmeside der indeholder kommunens samlede sundhedstilbud og tilbud fra frivillige foreninger.

[Sundhedstilbud Fredericia til praktiserende læger](#)

Odense Kommune har arbejdet på at udbygge deres information på sundhed.dk og dette er kombineret med at Frivilligcentret driver en Social vejviser der indeholder oversigt over frivillige foreninger: [Socialvejviser.dk - Find forening](#)

Et andet eksempel er Århus Kommune der har udviklet [Socialkompasset](#).

Modellen som arbejdsgruppen arbejder videre med er, at kommunerne opretter en side på egen hjemmeside (eller har en social vejviser), der samler eksisterende tilbud til målgruppen og der linkes hertil fra sundhed.dk

Sekretariatene er i gang med at undersøge hvilke muligheder der er på sundhed.dk og hvilke løsningsmodeller der kan gøre arbejdet så nemt for kommunerne som muligt.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- drøfte de foreløbige resultater der er kommet fra arbejdsgruppen og
- tage orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 6: Forudsætninger for tidligt at kunne opspore alvorlig sygdom hos udsatte borgere

Henrik Motte Frandsen fortalte om arbejdsgruppens arbejde.

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning og bakkede op om arbejdsgruppens tilgang til opgaven med fokus på en praktisk løsning og hvor de informationskanaler kommunerne har udviklet og vedligeholder kan rummes. Det vigtigste er, at gøre eksisterende information mere synlig og lettere tilgængeligt

for samarbejdspartnerne og praktiserende læger samt at bidrage med inspiration til de kommuner der vil arbejde med dette.

Punkt 7: Anmodning om beskrivelse af kommunernes aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug

Baggrund

Socialstyrelsen ved Den Nationale Koordinationsstruktur har den sendt en anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug. Henvendelsen er sendt til De administrative Styregrupper, Rammeaftalesekretariatene og KL.

Baggrunden for udsendelsen af den centrale udmelding for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling i december 2020 var bl.a. en bekymring for, hvorvidt der eksisterede det fornødne udbud af højt specialiserede døgnbehandlingsindsatser til de mest udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug.

Den centrale udmeldings formål er således at sikre en tilstrækkelig koordination på tværs af kommuner og regioner om at opretholde det fornødne udbud af højt specialiserede døgnbehandlingsindsatser til målgruppen. Målgruppen Målgruppens problemer er komplekse med både udsathed, rusmiddelforbrug og samtidig psykiatrisk sygdom. Rusmiddelforbrug og psykiatriske udfordringer kan være overlappende og kræver samtidig behandling. Det er derfor vigtigt, at indsatserne er sammentænkte og koordinerede

Siden kommunalbestyrelsernes afrapportering på problemstillingen, har Socialstyrelsen og kommunerne været i løbende dialog og vidensudveksling om problemstillingen. Socialstyrelsen har dog ikke i forbindelse med selve afrapporteringen eller den efterfølgende dialog modtaget konkrete løsningsforslag for, hvordan udbuddet af et højt specialiseret døgnbehandlingstilbud til målgruppen sikres. Socialstyrelsen har derfor på baggrund af den seneste dialog med kommunerne besluttet at anmode kommunerne at beskrive og komme med forslag til følgende to temaer:

1. **Beskrivelse af aktuelle indsatser:** Hvilke indsatser, der på nuværende tidspunkt anvendes til målgruppen, og som har et tværfagligt og helhedsorienteret perspektiv – herunder relevante tværgående organiseringer og samarbejdsaftaler indenfor og på tværs af regioner
2. **Forslag til fremadrettede indsatsmodeller:** Hvilke løsninger ser kommunerne på tilrettelæggelsen af fremadrettede højt specialiserede, koordinerede og helhedsorienterede indsatskonstruktioner - med inddragelse af elementer af døgnbehandling - for målgruppen.

De fem rammeaftale sekretariater planlægger i fællesskab processen for arbejdet med at besvare anmodningen. I den forbindelse har sekretariatene været i dialog med Styrelsen og tidsfristen for besvarelsen er sat til: 28. februar 2023.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller;

- til orientering

Beslutning for Punkt 7: Anmodning om beskrivelse af kommunernes aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning.

Punkt 8: Forløbsbeskrivelser om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug samt børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin

Under behandling af dette punkt vil der være et oplæg fra Odense Kommune der har udviklet samarbejdet og Esbjerg Kommune kan orientere om den proces der er sat igang på tværs af Familieambulatoriet og kommunen, og de opdagelser som processen har afdækket om samarbejdet. De to eksempler kan danne baggrund for en drøftelse af, hvordan man kan arbejde med målgruppen.

Baggrund

Denne sag skal ses i sammenhæng med anmodningen om beskrivelse af kommunernes aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug, der er behandlet under punkt 8.

På møde i Socialdirektørforum den 9. september 2022 præsenterede Helle Rotbøll Randsløv fra Socialstyrelsen to nye forløbsbeskrivelser:

1. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og
2. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin.

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning og drøftede i den forbindelse Socialstyrelsens fokus på kommunernes tilbud til gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug. Der var enighed i Socialdirektørforum om at mulighederne for at etablere pladser til gravide med misbrug på de særlige pladser, bør undersøges nærmere. Der er i den forbindelse nedsat en arbejdsgruppe, der i et samarbejde mellem region og kommuner ser på mulighederne indenfor lovgivningen.

Forløbsbeskrivelserne

Forløbsbeskrivelsen om de gravide beskriver blandt andet behovet for et samarbejde mellem den kommunale familieafdeling, rusmiddelbehandling og familieambulatorier for bedst muligt at lykkes med at tilbyde en relevant og specialiseret indsats til målgruppen.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger i overskrifter:

1. Fagpersoner med målgruppekontakt deltager i forebyggelse, tidlig opsporing og intervention

2. Indsatser er målrettede og bliver iværksat hurtigt
3. Indsatser er flerstrengede og helhedsorienterede
4. Indsatser omfatter støtte til familien efter fødslen
5. Organiseringen omfatter tværgående samarbejdsaftaler

Forløbsbeskrivelsen om børnene præciserer blandt andet hvor vigtigt det er for barnets udvikling, at rusmiddeleksponeringen bliver opdaget, registreret og forstået i de indsatser, der tilbydes barnet efterfølgende.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger i overskrifter:

1. Skærpet fokus på opsporing
2. Identificér støttebehov gennem tværfaglig udredning
3. Helhedsorientering med indsatser baseret på aktuelt bedste viden
4. Særligt fokus på børn i målgruppen som er anbragt uden for hjemmet
5. Tværfaglig og tværsektoriel koordinering omkring højt specialiserede indsatser

Forløbsbeskrivelsen er vejledende og udgør et fagligt redskab, som kommunerne kan støtte sig til, når de møder borgere i målgruppen. Socialstyrelsen anbefaler at kommunerne tager afsæt i forløbsbeskrivelsens anbefalinger og anvender dem i tilrettelæggelsen af indsatser til målgrupperne. Endvidere anbefales det at forløbsbeskrivelserne anvendes tværkommunalt og tværsektorielt via strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske strukturer, som understøtter samarbejdet på tværs af kommuner, regioner og stat. Herunder de regionale ramme- og sundhedsaftaler samt lokale aftaler om koordineringsprocedurer, videndelings- og kommunikationssystemer.

Eksisterende samarbejdsaftaler i Syddanmark

I Syddanmark er der indgået to samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark, almen praksis og kommunerne i regi af Sundhedsaftalen for de to målgrupper. Dels "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide" fra december 2017 og "Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark" opdateret juni 2020.

Odense Kommune og OUH har etableret et tværsektorielt samarbejde mellem FAMilieabulatoriet på OUH og Odense KOMmune (FAMKO). Socialstyrelsen fremhæver i forløbsbeskrivelsen for gravide med skadeligt rusmiddelforbrug samarbejdet som et fagligt redskab i indsatsen. I samarbejdet omkring målgruppen deltager fra OUH bl.a. jordemødre, socialrådgivere og psykologer på både gravid- og børneområdet, så familierne følges både under og efter graviditeten og fra Odense Kommune indgår der sundhedsplejersker, socialrådgivere, familiebehandlere, uddannelsesrådgiver, samt alkohol og rusmiddelbehandlere. Elementer i FAMKO samarbejdet er:

1. Forebyggelse af graviditeter
2. Tidlig opsporing af gravide med uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol. Der afholdes afklarende samtale med en obstetriker (fødselslæge) og socialrådgiver og OUH informerer om, hvad forbruget kan få af konsekvenser for barnet
3. Håndholdt behandlingstilbud. Såfremt graviditeten fortsættes, øges opmærksomheden på at opstarte og fastholde den gravide og evt. partner i ambulans behandling
4. Tilbud om et frivilligt FAMKO-forløb: En familiebehandler fra Center for Indsatser til Børn og Unge (CIBU) bliver tilknyttet familien, og fra start er den vigtigste opgave at skabe ro omkring den gravide/parret, så de kan fokusere på at blive klar til det forestående forældreskab

Samarbejdet har betydet et indgående kendskab til hinanden på tværs af sektorer, en tydelig rollefordeling og koordinerende møder med henblik på at understøtte en sammenhængende indsats omkring den gravide/familien.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller, at:

- Socialdirektørforum drøfter kommunernes aktuelle brug af samarbejdsaftalerne om sårbare gravide og om gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Socialdirektørforum drøfter, om der kan gøres mere lokalt for at gå i dialog med familieambulatorierne

Beslutning for Punkt 8: Forløbsbeskrivelser om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug samt børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin

Lise Willer præsenterede et oplæg fra Esbjerg Kommune. Der var desværre afbud fra Odense Kommune.

Socialdirektørforummet drøftede samarbejdsaftalerne og hvordan de aktivt bringes i anvendelse i alle kommuner. Der blev opfordret til at alle direktører følger op i egen kommune, om samarbejdsaftalerne omkring familieambulatorier og familieambulatorie Plus for gravide misbrugere er kendte og anvendte i børneområderne/familieafdelingerne samt misbrugscentrene.

Punkt 9: Anonym stofmisbrugsbehandling i 2023

Baggrund

De fire sønderjyske kommuner Aabenraa, Tønder, Sønderborg og Haderslev er fra 2023 ikke en del af samarbejdet om at tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling efter Servicelovens § 101 a. Ved uændret betaling fra de resterende medlemskommuner, betyder det en reduktion af budgettet på i alt 190.400 kr. fra 2023.

Tilbud om anonym stofmisbrugsbehandling varetages af misbrugscentrene i Esbjerg, Kolding og Odense. De tre socialdirektører fra Odense, Kolding og Esbjerg har drøftet fordelingen af det fremtidige budget og den fremtidige opgaveløsning.

Forskellige modeller til fordeling af budgetreduktionen blev drøftet og det blev besluttet at fordele reduktionen delvist på baggrund af gennemsnittet af antal afsluttede forløb i 2020 og 2021. Kolding argumenterede for, at der er basisomkostninger forbundet med opgaven, som er uafhængig af antal afsluttede forløb.

For 2023 betyder det en fordeling af budgettet som følger:

	Budget 2023
Odense	466.400 kr.
Kolding	344.000 kr.
Esbjerg	331.200 kr.

I alt	1.141.600 kr.
-------	---------------

Det blev aftalt, at de tre direktører mødes inden sommerferien 2023 og drøfter opgaveløsning i 2024 og frem på baggrund af de aktuelle borgerforløb i de tre centre.

Centerledelserne for de tre misbrugscentre har drøftet hvilke initiativer, der kan tages for at øge synligheden af tilbuddet og tiltrække flere brugere. Materiale til skriftlig kommunikation, kan med fordel udarbejdes og anvendes på tværs af centre, så det sikres det er den samme information, der sendes til den samme målgruppe på tværs af Syddanmark. Listen over initiativer indeholder følgende;

- Tilbuddet præsenteres for Stoffagligt forum
- Mail til praktiserende læger i samarbejdskommunerne, alternativt kontakt til PLO om tilbuddet
- Mail til Virksomhedsservice i Jobcentrene i samarbejdskommunerne om tilbuddet
- Sikre synlighed på samarbejdskommunernes hjemmesider
- Ringe til alle misbrugscentre i samarbejdskommunerne
- Kampagne på regionens inforskærme
- Mail til fagforeninger om tilbuddet
- Mail til videregående uddannelser om tilbuddet
- Mail til ungdomsuddannelserne om tilbuddet
- "Reklamer" på kommunale inforskærme + ved indfaldsveje
- Samarbejde med færdselspolitiet, hvor de borger som de stopper i påvirket tilstand, tilbydes at rusmiddelcenteret ringer dem op og tilbyder et forløb.
- Forsøg med virtuelle behandlingsforløb

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller, at:

- orienteringen tages til efterretning.

Beslutning for Punkt 9: Anonym stofmisbrugsbehandling i 2023

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 10: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet

Baggrund

Socialstyrelsen udsendte 29. september 2022, to centrale udmeldinger på særlige indsatser ift. "punktskriftindsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsættelse" og "tegnsprogsindsatser til børn og unge med et varigt høretab".

I følgebrevene til udmeldingerne opfordre Socialstyrelsen til, at kommunalbestyrelserne drøfter og afrapporterer på de centrale udmeldinger i regi af rammeaftalesamarbejdet og inddrager regionerne for så vidt angår regionale tilbud og indsatser til målgruppen.

Socialekretariatet vil koordinere og planlægge processen for afrapporteringerne i samarbejde med de øvrige fire rammeaftalesekretariater.

Afrapportering på de centrale udmeldinger skal fremsendes til Socialstyrelsen senest den 31. marts 2023.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller:

- Til orientering

Beslutning for Punkt 10: Centrale udmeldinger på kommunikationsområdet

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 11: Klinisk vejlederfunktion

Baggrund

Sygeplejerskeuddannelsen er en af de største videregående uddannelser indenfor sundhedsvæsenet, og kommunerne har en vigtig rolle som arbejdsgiver for - og meduddanner af - sygeplejersker. Næsten halvdelen af sygeplejerskeuddannelsen foregår som praktik på et af regionens sygehuse eller i kommunerne. Kommunerne varetager ca. 30 pct. af den samlede praktik. Kommunerne har dermed en væsentlig del af ansvaret for at de sygeplejestuderende får et godt og lærerigt forløb under deres uddannelse.

Generelt set, er der i Syddanmark – og i hele landet - mangel på uddannede sygeplejersker. Det er med til at understrege vigtigheden af at sikre gode uddannelsesforhold og læringsmiljøer for de sygeplejestuderende. Her har deres vejledere i kommunerne en af nøglerollerne, og derfor gives der i denne sag en orientering vedr. vejlederindsatsen.

Orienteringen sker på initiativ fra det tværkommunale netværk for sygeplejerskeuddannelsen i Syddanmark og har baggrund i en undersøgelse foretaget blandt kommunerne – der sætter fokus på organisering og efteruddannelse af de sygeplejestuderendes vejledere i kommunerne – de kliniske vejledere.

Rundspørge til de 22 kommuner om organisering af klinisk vejlederfunktion

Der har været foretaget en rundspørge blandt de 22 syddanske kommuner for at kortlægge rammerne for den kliniske vejledning. De fleste kommuner har afgivet svar, og undersøgelsen viste to gennemgående tendenser:

- Tydelige rammer, vilkår og kompetenceudvikling for kliniske vejledere understøtter fastholdelse og rekruttering af kliniske vejledere
- Når klinisk vejlederfunktion profileres og prioriteres som en specialistfunktion medvirker det til rekruttering og fastholdelse

Undersøgelsen viste konkret, at:

- alle kommunerne lever op til kravet om at vejlederne skal have diplommodul i klinisk vejledning, og enkelte kommuner giver derudover mulighed for at tage hele diplomuddannelsen, som det også er gældende for vejlederne på regionens sygehuse.
- kommunerne organiserer vejlederopgaven forskelligt. Nogle kommuner har fuldtidsvejledere mens andre har organiseret området med flere vejledere, der arbejder delvist med vejledning og samtidig selv deltager "i driften". Der er tilfredshed med begge modeller hvor det anvendes.
- hovedparten af kommunerne har tilbud om kompetenceudvikling i form af interne/eksterne temadage og kurser for vejlederne. Hvor det ikke er tilfældet, skyldes det hovedsageligt "pres på driften".
- enkelte kommuner arbejder ud fra en formuleret strategi for kliniske vejlederes kompetenceudvikling. Her opleves det, at det understøtter kontinuerligt fokus på kvalitetssikring i vejlederopgaven.

For at klæde de studerende på til at arbejde i det nære sundhedsvæsen stiller det også krav til vejlederne og deres kompetencer. De kommunale sygeplejersker – og vejlederne især – er rollemodeller, og spiller en afgørende rolle i at skabe gode læringsmiljøer og rammer for de studerende som er fremtidens arbejdskraft.

Den aktuelle udfordring med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker – lagt sammen med det betydelige fald i ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen – er med til at understrege vigtigheden af at tydeliggøre klinisk vejledning som en attraktiv funktion og en mulig karrierevej i kommunerne.

Indstilling

Det indstilles, at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning for Punkt 11: Klinisk vejlederfunktion

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 12: Sundhedstjek til borgere på botilbud

Baggrund

Med overenskomsten for almen praksis (OK22), som trådte i kraft 1. januar 2022, er der indført et sundhedstjek for borgere på 18 år eller derover, der opholder sig på et botilbud. Formålet er at forebygge og eventuelt behandle somatiske sygdomme blandt disse borgere.

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Region Syddanmark, kommunerne i Syddanmark og PLO Syddanmark har udarbejdet et notat (bilag 1). Notatet rummer principper, som skal danne rammerne for de sundhedstjek, der foretages for borgere på regionens og kommunernes botilbud samt private botilbud efter servicelovens § 107/108 og botilbud efter almenboliglovens § 105 med støtte efter Servicelovens § 85.

Bettina Brøndsted, Velfærdsdirektør i Kerteminde Kommune, deltog på mødet i Styregruppen for OK22 den 10. August 2022 under punktet om sundhedstjek på botilbud,

for at give socialdirektørperspektivet ind i arbejdet. I referat fra punktets behandling fremgår følgende:

Styregruppen drøftede udkast til principper for samarbejdet om sundhedstjek på botilbud, herunder muligheden for elektronisk kommunikation mellem bostedet og den praktiserende læge, som eventuelt skal afklares.

Det blev besluttet, at der på sekretariatsplan bliver arbejdet videre med at færdiggøre udkastet, hvorefter det sendes til godkendelse i relevante fora hos regionen, kommunerne og PLO Syddanmark.

Vedhæftet er et udkast til et notat til beskrivelse af nogle principper for gennemførelse af sundhedstjekene herunder målgruppebeskrivelser, hyppighed, information botilbuddene skal give til praktiserende læger og forventninger til botilbuddene.

Indholdet i sundhedstjekket er beskrevet i overenskomsten for almen praksis og følger desuden Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) vejledning som ligger tilgængelig online. [Link til vejledning.](#)

I DSAMs vejledning henvises der til nogle skemaer som er udarbejdet af Danske Handicaporganisationer. Skemaerne er en mulig hjælp til bostedets forberedelse af sundhedstjek, information til borger og information til personale. Materialet er vedhæftet her som bilag 2, 3 og 4 og kan ses online [her](#).

Overvejelser i forbindelse med udkastet

Der er beskrevet nogle forventninger til botilbuddene, og spørgsmålet er, hvilke konsekvenser det kan have for botilbuddene og om beskrivelse er for detaljeret samt hvordan det skal kommunikeres til botilbuddene.

Forventningerne er eksempelvis:

- at det er botilbuddet der skal tage initiativ til at gennemføre første sundhedstjek,
- at der skal sendes information til den praktiserende læge,
- forberedelse med borger og eventuelle pårørende,
- deltagelse af en person som har et godt kendskab til borgeren og kan støtte i gennemførelse af sundhedstjekket,
- opfølgning og
- efterfølgende motivering af borger.

I udkastet lægges der op til at vedhæfte et bilag med en liste over de omfattede botilbud (kommunale, regionale og private) som skal opdateres. Der findes ikke en fuldstændig liste over botilbud i Syddanmark. Socialsekretariatet kan fremskaffe en liste over kommunale og regionale botilbud der er omfattet af Rammeaftalen, men da denne ikke er dækkende, vil den skulle suppleres af kommunerne.

En anden mulighed er, at de praktiserende læger kan blive orienteret om bosteder i kommunen via Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) i stedet for, at der skal indsamles oplysninger til en liste, før principperne kan sendes ud.

Implementering af sundhedstjek ledsages af et forskningsprojekt

Forskningsenheden for Almen Praksis og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet er i gang med et forskningsprojekt, der skal se nærmere på, hvordan sundhedstjek for borgere på botilbud kan implementeres, så både borgere, personalet på botilbuddene og de praktiserende læger ser mening med og bakker op om

indsatsen. Projektet omfatter bl.a. interview og spørgeskemabesvarelser fra personale på botilbud og praktiserende læger og observationer og interview med borgerne. Bemærk der søges fortsat midler til at gennemføre forskningsprojektet der således endnu ikke er finansieret.

Forretningsudvalget foreslår, at der udarbejdes et brev til relevante instanser hvori det belyses hvilke konsekvenser en aftale indgået på sundhedsområdet har på socialområdet.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- drøfte notatet med principperne for gennemførelse af sundhedstjek på botilbud herunder forventningerne til botilbuddene,
- drøfte om og i givet fald hvordan en liste over botilbud eventuelt kan fremskaffes,
- drøfte hvordan relevant information kan kommunikeres ud til botilbuddene og
- drøfte udarbejdelse af et brev.

Beslutning for Punkt 12: Sundhedstjek til borgere på botilbud

Socialdirektørforum oplever det som positivt med en opmærksomhed på sundhed blandt beboere på bosteder og det specialiserede område generelt, herunder for at imødegå ulighed i sundhed.

Nogle kommuner er i gang med at implementere sundhedstjek på botilbud, andre kommuner har allerede en praksis med at gennemføre sundhedstjek af borgere på deres botilbud. Mange kommuner har en rehabiliterende tilgang og derfor understøttes det, at borgere så vidt muligt kommer til egen læge fremfor, at lægen kommer til borgeren.

Socialdirektørforum drøftede principperne for sundhedstjek. Der var en drøftelse af materialets omfang samt at en fuld implementering vil være forbundet med omkostninger for bostederne, som ikke er finansieret.

Punkt 13: Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark

Baggrund

På baggrund af beslutning Socialdirektørforum den 26. november 2021 er der udarbejdet en 2022-version af "Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark". Opdateringen er sket i et samarbejde mellem samrådets formand og Esbjerg Kommune.

Der er i den opdaterede version ikke foretaget større indholdsmæssige ændringer. Der er primært tale om en sproglig opdatering samt præcisering af de gensidige forventninger i det praktiske samarbejde mellem kommunerne og det kriminalpræventive tilsyn omkring domfældte udviklingshæmmede. F.eks. en betoning af:

- tilsynets rolle som sparringspart for kommunen i arbejdet omkring den domfældte borger
- vigtigheden af, at der i hver enkelt sag udpeges en kontaktperson hos kommunen

- muligheden for generelle informations- og samarbejds møder mellem kommune, tilsyn og Samrådets formand.

Samrådsformanden forventer at kontakte de syddanske kommuner inden årets udgang med forslag om afholdelse af et informations- og samarbejds møde i hver enkelt kommune.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller, at Socialdirektørforum

- godkender opdateringen af tilrettelæggelsen af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark

Beslutning for Punkt 13: Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark

Socialdirektørforum godkendte opdateringen af tilrettelæggelsen af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark.

Punkt 14: Spørgeskemaundersøgelse om kommunernes styringspraksis fra KL

Baggrund

KL forbereder en spørgeskemaundersøgelse, der skal sendes ud til samtlige kommuner i uge 46. Kommunerne opfordres til at deltage, idet resultaterne vil kunne bruges i forbindelse med det videre arbejde med udgiftspresset på socialområdet.

Udgiftspresset er på dagsorden til døgnet i Socialdirektørforum den 9.-10. marts 2023, hvor en oplægsholder fra KL dermed vil have mulighed for at inddrage konkrete resultater fra undersøgelsen.

Herunder følger beskrivelse fra KL om baggrund og temaer der spørges ind til i forbindelse med undersøgelsen:

Kommunernes udgifter på det specialiserede socialområde stærkt stigende. Mange kommuner er derfor optaget af, hvordan de via deres styringspraksis kan mindske udgiftspresset på området.

Som et led i arbejdet med at understøtte kommunernes styring på området, gennemfører KL derfor en spørgeskemaundersøgelse af den kommunale styringspraksis på det specialiserede voksenområde.

Formålet med undersøgelsen er dels at få viden om kommunernes organisering og styring på området, og dels at få overblik over hvor der kunne være potentiale for at udvikle nogen mere klare anbefalinger og understøtte kommunernes styring.

For den enkelte kommune giver undersøgelsen mulighed for at få benchmarket egen styringspraksis op imod andre kommuners praksis og samtidig spejle egen praksis op imod de anbefalinger, der de senere år er formuleret fra forskellig side. Tanken er således, at den enkelte kommune modtager en afrapportering af egne og de øvrige

kommuners samlede besvarelser. Den enkelte kommunes besvarelse vil naturligvis ikke blive delt eller offentliggjort. Derudover vil jeres svar bidrage til KL's strategiske interessevaretagelse på området.

Undersøgelsen fokuserer på kommunernes styringspraksis bredt set og indeholder derfor 7 temaer, som fremgår nedenfor. Det kan være nødvendigt at indhente svar fra flere forskellige enheder i kommunen.

Undersøgelsen fokuserer på følgende temaer:

- *Visitation og opfølgning*
- *Sammensætning af tilbudsviften*
- *Effektiv drift på udførerområdet*
- *Velfærdsteknologi*
- *Faglig og økonomisk styring*
- *Data og ledelsesinformation*
- *Kontrakter og forhandling*

Vedhæftet som bilag er udkast til spørgeskema. Bilaget er lukket, idet der er tale om udkast og ikke en endelig udgave.

Indstilling

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- tage orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 14: Spørgeskemaundersøgelse om kommunernes styringspraksis fra KL

Orienteringen blev taget til efterretning.

Punkt 15: Ommærkning af særlige pladser for 1. halvår 2023

Baggrund

I Region Syddanmark er der etableret 32 særlige pladser. Hvert halve år er det muligt at ommærke 25 %. Dette svarer til, at op til 8 pladser kan ommærkes. I 2022 har 8 af de 32 særlige pladser været ommærket.

Status for de særlige pladser pr. 28. oktober 2022 er, at 5 pladser er i brug. Der er yderligere 1 patient på vej ind med foreløbig indskrivningsdato 16. november, og der afventes en kommunal afgørelse om yderligere en borger. Derudover foreligger der en ubehandlet anmodning i visitationsforum, som forventes behandlet den 9. november 2022.

På ovenstående baggrund foreslår Psykiatrien i Region Syddanmark, at samtlige 8 pladser forbliver ommærket pr. 1. januar 2023 til 30. juni 2023.

Besøgsrunde

De særlige pladser er i gang med en besøgsrunde i kommunerne, hvor målet er at besøge alle 22 kommuner. Der er afholdt tre møder, flere er planlagt, og de resterende mangler at få fastlagt en dato for et møde.

Af den grund afholdes der ingen ERFA-møde i dette efterår og det forventes at blive afholdt ERFA-møde i foråret 2023 igen.

Indstilling

Det indstilles til Socialdirektørforum, at

- tage orienteringen til efterretning.

Beslutning for Punkt 15: Ommærkning af særlige pladser for 1. halvår 2023

Orienteringen blev taget til efterretning og ommærkningen blev godkendt.

Punkt 16: Orienteringer

-

Beslutning for Punkt 16: Orienteringer

Der er indkommet referat fra seneste møde i Koordinationsforum, vedhæftet her som lukkede bilag.

Punkt 17: Eventuelt

-

Beslutning for Punkt 17: Eventuelt

Intet til eventuelt.

14. december 2022

Medlemmer af Dialogforum 2023

Navn	Titel	Udpeget af	Organisation
Jacob Hess	Vicedirektør med ansvar for de kommunale social- og beskæftigelsessager	Ankestyrelsen	Ankestyrelsen
Morten Starch Lauritsen	Kontorchef Ledelse og Økonomi	Ankestyrelsen	Ankestyrelsen
Pernille Fejfer	Ankechef	Ankestyrelsen	Ankestyrelsen
Julie Bloch Vingaard	Ankechef	Ankestyrelsen	Ankestyrelsen
Henrik Horster	Chef fra Center for Læring og Analyse	Ankestyrelsen	Ankestyrelsen
Pia Ulv Helleland	Direktør	Kommunale Velfærdschefer	Lemvig Kommune
Helle Støve	Direktør	Børne og Kulturchefforeningen	Holstebro Kommune
Claus Fjeldgaard	Direktør	KKR Syd	Varde Kommune
Anne Mette Lund	Direktør	KKR Syd	Vejle Kommune
Anette Holm	Socialchef	KKR Midt	Holstebro Kommune
Henrik Aarup-Kristensen	Direktør	KKR Nord	Brønderslev Kommune
Mette Olander	Direktør	KKR Sjælland	Roskilde Kommune
Gitte Bylov	Direktør	KKR Hovedstaden	Gladsaxe Kommune
Janet Samuel	Kontorchef	KL	KL

Sekretariat

Pernille Packert Martensen, Ankestyrelsen
Rigmor Lond, KL

Kommissorium for dialogforum mellem Ankestyrelsen og kommuner

Baggrund

I kommuneøkonomiaftalen for 2019 aftalte regeringen og KL, at KL og Ankestyrelsen i samarbejde vil etablere en ny dialogstruktur for, hvordan fremtidige udfordringer kan håndteres i dialog og samarbejde mellem Ankestyrelsen og kommunerne.

På baggrund heraf har KL og Ankestyrelsen besluttet at etablere et fælles dialogforum mellem kommunerne, KL og Ankestyrelsen.

Formål

Formålet med dialogforummet er at drøfte kommunale problemstillinger, udfordringer og muligheder med henblik på at bidrage til at styrke kvaliteten i kommunernes myndighedsarbejde på social- og beskæftigelsesområdet.

Dagsorden for møderne sammensættes ud fra følgende:

- Ønsker fra kommunerne, KL og Ankestyrelsen til drøftelse af aktuelle principielle og/eller generelle problemstillinger vedr. sagsbehandling i kommunerne eller i Ankestyrelsen
- Ankestyrelsens systematiske registreringer i såvel klagesagsbehandlingen som ved diverse læringsbesøg, Task Force-forløb, undersøgelser, webinarer og lokale dialogmøder
- Andre aktuelle politiske emner og initiativer, der berører Ankestyrelsens og kommunernes virksomhed

Forummet har ingen afgørelseskompetencer, men dialogen mellem parterne kan danne grundlag for bedre dialog om større udfordringer og tendenser og give anbefalinger til fremadrettede initiativer.

Forummet skal ikke behandle konkrete klagesager eller afgørelser. Eventuel dialog om disse skal fortsat tages bilateralt mellem den enkelte kommune og Ankestyrelsen.

Medlemmer

Dialogforum etableres af Ankestyrelsen og sammensættes således:

- Fem kommunale direktører eller centerchefer, udpeget af den administrative styregruppe i hvert af de fem kommunekontaktråd (KKR)
- En repræsentant fra Børne- og Kulturchefforeningen
- En repræsentant fra Socialchefforeningen
- Tre repræsentanter fra Ankestyrelsen
- En repræsentant fra KL

Organisationerne udpeger deres egne repræsentanter og har mulighed for at udpege en navngiven suppleant.

Dato: 20. december 2018

Sags ID: SAG-2018-06008
Dok. ID: 2673138

E-mail: RIL@kl.dk
Direkte: 3370 3238

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



Ankestyrelsen sekretariatsbetjener forummet.

Mødefrekvens

Forummet mødes ordinært 2 gange årligt, hhv. forår og efterår på skift hos Ankestyrelsen og KL. Der er mulighed for at aftale ekstraordinære møder og nedsætte arbejdsgrupper, som mødes efter behov.

Dato: 20. december 2018

Sags ID: SAG-2018-06008
Dok. ID: 2673138

E-mail: RIL@kl.dk
Direkte: 3370 3238

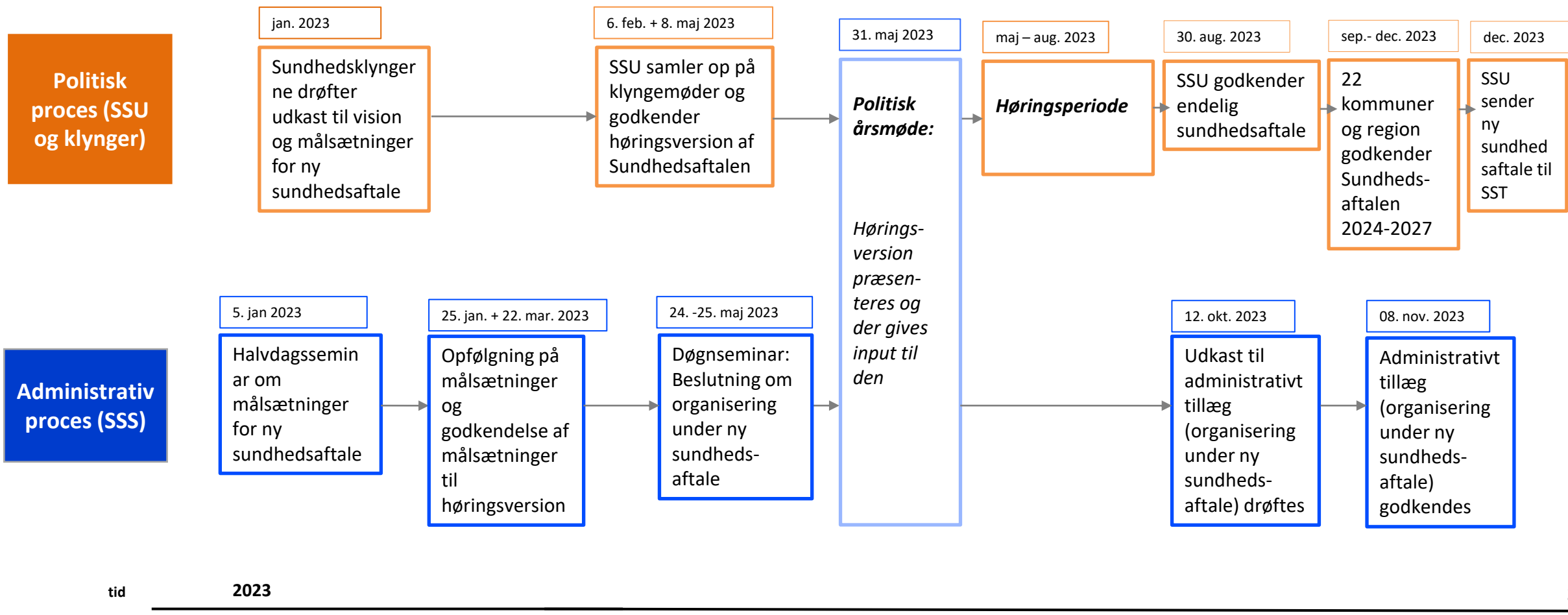
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Proces for udarbejdelsen af ny sundhedsaftale 2024-2027 og Det Administrative Tillæg



Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Vores udfordringer

Vi ser ind i en fremtid, hvor vi bliver flere ældre, hvor flere borgere lever med kroniske sygdomme, og hvor flere borgere har psykiske lidelser. Samtidig ser vi ind i en fremtid, hvor vi kommer til at mangle hænder. Udfordringerne kræver nytænkning og udvikling af sundhedsvæsenet. Fremtidens sundhedsvæsen skal basere sig på det, der giver størst værdi for borgerne. Det er ofte mindre indgribende tiltag, end vi er vant til i dag. F.eks. skal der være langt mere fokus på tidlig opsporing, forebyggelse, træning og egenomsorg. Samarbejdet og koordinationen i sundhedsvæsenet skal styrkes, og flere digitale og teknologiske løsninger skal sikre tilgængelighed og nærhed for borgerne og samtidig understøtte borgerne i egenomsorg. Der er en fælles opgave i at sikre rekruttering af arbejdskraft til fremtidens sundhedsvæsen.

Vi har aktuelt en udfordring med, at flere og flere børn og unge mistrives. Særligt i forbindelse med covid-19 nedlukningerne har flere oplevet ensomhed og der ses fortsat en stigning i mistrivlsen. Derudover oplever mange også et pres over at skulle præstere i forbindelse med deres uddannelse, hvilket resulterer i, at færre gennemfører en ungdomsuddannelse.

Endvidere er der også de velkendte udfordringer på sundhedsområdet, som vi har stået over for i mange år, herunder ulighed i sundhed. Til trods for, at der er gjort et stort stykke arbejde, er der stadig borgere, som oplever forebyggelige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Vi ser endvidere stadig en betydelig ulighed i sundhed og mange borgere, der oplever usammenhængende forløb på tværs af sektorerne.

Fremadrettet skal samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis i endnu højere grad have fokus på, at opgaver omlægges, hvilket betyder at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgeren og ind i borgers eget hjem. Derudover kommer nye behandlingsformer og ny teknologi også til at stille krav til det fremtidige samarbejde og udfordre det nuværende.

Derfor er det nødvendigt at vi i fællesskab gentænker samarbejdet og vores fælles opgaver ud fra de udfordringer vi ser ind i, så borgerne oplever det bedst mulige sundhedsvæsen både lokalt og på tværs af sektorerne.

Visioner

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuners sundhedsaftale er bygget op omkring de politiske visioner, grundprincipper og målsætninger, som vi har valgt at prioritere. De tydeliggør den overordnede ramme for det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde, og hvad vi har forpligtet os selv og hinanden på i aftaleperioden januar 2024 til juni 2027. Prioriteringen i denne sundhedsaftaleperiode tager sit udspring i det udfordringsbillede, vi står overfor og fokus sættes der, hvor vi kan skabe mest værdi for borgeren.

Politiske visioner for Sundhedsaftalen 2024-2027

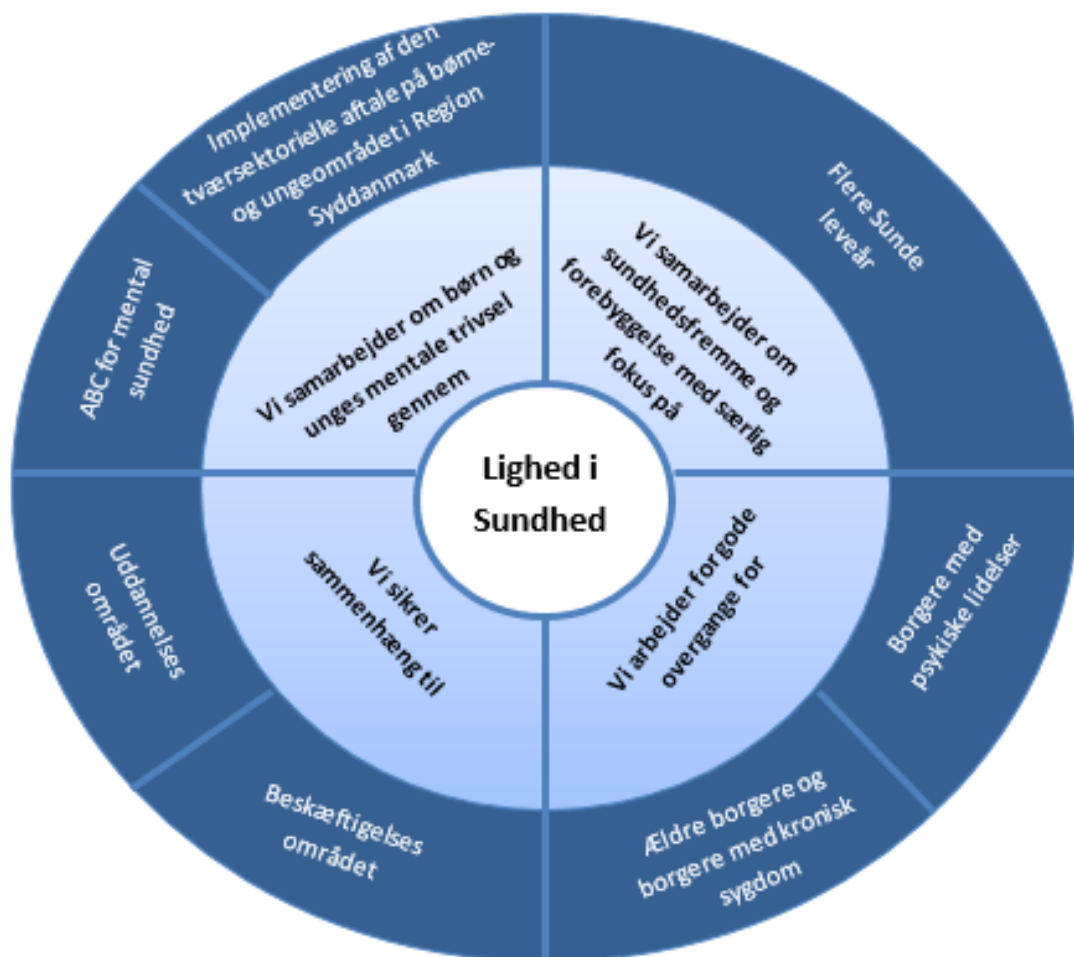
Sundhedssamarbejdsudvalget har en overordnet vision om at skabe mere lighed i sundhed for hele den syddanske befolkning. Derudover har udvalget besluttet, at der er fire øvrige visioner i Sundhedsaftalen 2024-2027:

- Vi samarbejder om børn og unges trivsel
- Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse
- Vi arbejder for gode overgange
- Vi sikrer sammenhæng

Sundhedsaftalen afspejler det fælles populationsansvar i regionen som helhed og i de lokale sundhedsklynger. Derudover reflekterer sundhedsaftalens indhold, at vi i fællesskab skal fortsætte med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Visioner, fokusområder og grundprincipperne for det tværgående samarbejde i den kommende sundhedsaftale er skitseret nedenfor, og somatik og psykiatri er ligestillet i alle visioner og fokusområder

Alternativ A

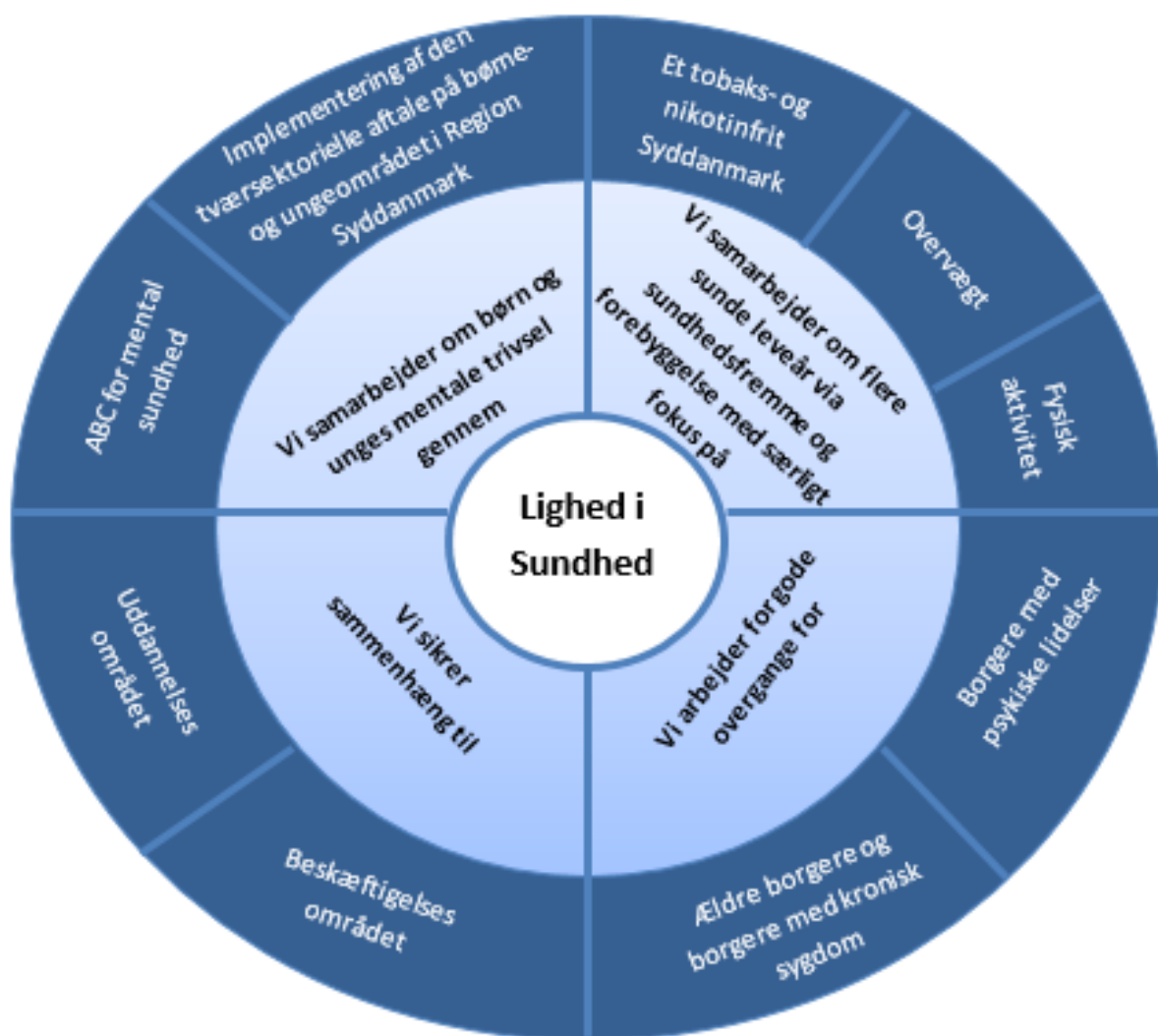


Grundprincipperne:

- Vi skaber et samlet sundhedsvæsen
- Vi udbreder de gode løsninger
- Vi styrker det digitale sundhedsvæsen
- Vi skaber let tilgængelighed for borgeren
- Vi bringer borgerens evner i spil
- Vi skaber mere fælles viden

Bemærk: figurens design er fortsat under udarbejdelse. Figuren læses fra center mod periferi.

Alternativ B



Grundprincipperne:

- Vi skaber et samlet sundhedsvæsen
- Vi udbreder de gode løsninger
- Vi styrker det digitale sundhedsvæsen
- Vi skaber let tilgængelighed for borgeren
- Vi bringer borgerens evner i spil
- Vi skaber mere fælles viden

Bemærk: figurens design er fortsat under udarbejdelse. Figuren læses fra center mod periferi.

Vi samarbejder om at fremme lighed i sundhed

Betegnelsen ulighed i sundhed dækker over det forhold, at levevilkår, sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet: Jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set. Eksempelvis er overlevelsen af kræft højere blandt borgere med høj uddannelse og indkomst end blandt borgere, der ikke er i beskæftigelse eller har en lav indkomst. Tilsvarende benytter borgere med lav uddannelse sig i mindre grad af sundhedsvæsnets tilbud om screeninger, vaccinationer, lægebesøg mv. Hvilket igen giver risiko for mere komplekse sygdomsforløb.

Lighed i sundhed er det helt centrale udgangspunkt for det tværsektorielle samarbejde og udgør derfor cirkelens kerne. Ambitionen i denne sundhedsaftale er, at overvejelser om hvordan der kan skabes mere lighed i sundhed, konsekvent skal indgå som led i processen, når initiativer udtænkes og søsættes.

Vi skal derfor sammen gøre mere for at forebygge ulighed i sundhed ved at sætte ind i forhold til sundhedsadfærden. Sociale forskelle i livsstil, f.eks. brug af tobak, kan forklare en stor del af uligheden i dødelighed, hvorfor forebyggelse af f.eks. opstart på snus eller rygning er et væsentligt fokusområde.

Vi skal undersøge, om det er muligt at fokusere yderligere på at fremme lighed i sundhed i de tværsektorielle indsatser, vi allerede har sat i gang. For at skabe lighed i sundhed er det vigtigt, at der gøres plads til differentiering og prioritering. Lighed opnås ikke nødvendigvis gennem et ensartet tilbud til alle patienter i f.eks. en diagnosegruppe. For at skabe lighed i sundhed er der i stedet behov for at tilpasse indsatserne, så de tager udgangspunkt i borgernes og patienternes forudsætninger for at tage hånd om egen sundhed og sygdom.

De fire øvrige visioner:

De fire visioner for den kommende sundhedsaftale er placeret i første ring omkring cirkelens centrum, hvorefter de primære fokusområder tilknyttet hver enkelt vision følger:

Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel gennem:

- ABC for mental sundhed
- Implementering af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark – forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge

Alternativ A: Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:

- Flere sunde leveår

Alternativ B: Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:

- At forebygge og nedbringe anvendelsen af tobaks- og nikotinprodukter
- At forebygge overvægt
- At fremme fysisk aktivitet

Vi arbejder for gode overgange for:

- Borgere med psykiske lidelser
- Ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

Vi sikrer sammenhæng til:

- Beskæftigelsesområdet
- Uddannelsesområdet

Nedenfor uddybes og udbygges visionsområderne med indsnævring af fokus for det enkelte område.

Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel

Mental sundhed har afgørende betydning for vores helbred og sundhed, på både kort og lang sigt, og på vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt, og dermed på vores evne til at bidrage på positiv vis til samfundet.

Sundhedsprofilen for 2021 viser, at andelen af unge (16-24 år), som har et dårligt mentalt helbred, i perioden 2010-2021 er steget fra 16% til 35% for kvinder og fra 8% til 20% for mænd.

Der findes ikke et entydigt svar på, hvorfor flere børn og unge mistrives. Statens Institut for Folkesundhed peger i en rapport fra 2021 på en række forskellige årsager. Først og fremmest er vi blevet bedre til at opspore og diagnosticere børn og unge med psykisk sygdom, ligesom det er blevet mindre tabuiseret at tale om psykisk sygdom og mistrivsel.

Kulturelle normer og værdier relateret til præstationssamfundet, så som jagten på topkarakterer og den perfekte krop, spiller også en central rolle. Det samme gør en række individuelle faktorer som eksempelvis søvn og overvægt. Endelig betyder sociale faktorer som mobning, ensomhed og relationen mellem barnet/den unge og forældrene også meget for den mentale trivsel.

Tidlig opsporing er en meget vigtig forudsætning for at kunne styrke identificeringen af børn og unge i mistrivsel og derfor også identificeringen af behovet for støtte. Forebyggende indsatser har til formål at tage de forskellige problematikker i opløbet og hermed undgå, at tilstanden forværres og kræver mere indgribende indsatser. Ved et solidt forebyggelsesarbejde kan vi således også imødegå det stigende antal henvisninger til børn- og ungepsykiatrien.

Som en del af det tværsektorielle samarbejde mellem de syddanske kommuner, Region Syddanmark og almen praksis, har vi indgået flere aftaler og tiltag som blandt andet skal bidrage til at sikre samarbejdet om børn og unges trivsel. Vi ønsker at øge det tværsektorielle samarbejde om børn og unges trivsel gennem ABC for mental sundhed og gennem implementering og udbredelse af Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark – forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge.

Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel gennem ABC for mental sundhed

Visionen for ABC for mental sundhed er at øge borgernes mentale sundhed.

Tre budskaber danner grundlaget for ABC for mental sundhed: "Gør noget aktivt, gør noget sammen, gør noget meningsfuldt".

Mental sundhed er alt det, der gør livet værd at leve. Det er vigtigt, at vores krop fungerer, men det er mindst lige så vigtigt, at vi trives og har det godt. Gennem aktivitet, fællesskab og meningsfuldhed kan vi forbedre og styrke vores mentale sundhed.

Mental sundhed handler om at finde ud af, hvad der giver livet mening, glæde og værdi. ABC for mental sundhed er en nytænkende indsats, der udfordrer det eksisterende fokus på risikogrupper og særligt udsatte – for mental sundhed er essentielt for os alle. ABC for mental sundhed er den første forskningsbaserede indsats, der retter sig mod hele befolkningen, og den giver et nyt, positivt og handlingsorienteret fokus på mental sundhed, så det også omfatter alt det, der fremmer trivsel og styrker os som mennesker.

Region Syddanmark og de syddanske kommuner er i Sundhedsaftaleperioden 2019-23 blevet partnere i partnerskabet ABC for mental sundhed. I den indeværende periode arbejdes der videre med tiltag i regi af partnerskabsrammen.

Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel via implementering af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet

Vi har i januar 2019 vedtaget en tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet. Aftalen drejer sig om forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge.

Aftalen vedrører alle børn og unge i alderen 0-17 år, som er i risiko for at mistrives eller allerede har tegn på mental mistrivsel. Aftalen blev udarbejdet af en bred tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, hvor også forældre og børn fra målgruppen var inddraget. Gennem arbejdet blev der identificeret en række udfordringer, som aftalen har til formål at imødegå. Det handler om at være mere opmærksom på forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge i deres nærmiljøer. Det handler også om at sikre en systematisk kommunikation mellem almen praksis, sygehuse og kommuner på børn- og ungeområdet. Endelig handler aftalen om at skabe overblik over hvilke forebyggelsestilbud, der findes på området og at sikre samarbejde og koordinering på tværs af sektorer.

I samarbejdsaftalen har vi også formuleret syv faglige forpligtelser, som vi er enige om at arbejde på at indfri. Det drejer sig om skærpet opmærksomhed i forhold til underretninger, fravær i skole- og dagtilbud, fokus på børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom samt børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fokus på netværksmøder, fokus på tovholderrollen og systematiseret kommunikation på børn- og ungeområdet.

Arbejdet med at implementere samarbejdsaftalen er i gang og i indeværende sundhedsaftaleperiode arbejdes der målrettet på at sikre, at alle relevante parter efterlever indholdet samt at de syv faglige forpligtelser indfries.

Alternativ A: Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:

Sundhedsfremme og forebyggelse er et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i sundhedsfremme og forebyggelse og skabe flere sunde leveår for de syddanske borgere. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, så borgerne undgår, at sygdom opstår eller forværres.

Flere sunde leveår

De otte nationale mål for sundhedsvæsenet har til formål at sikre, at alle aktører – sygehuse, kommuner og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet. Et af de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet omhandler flere sunde leveår.

Sundhedsfremme og forebyggelse er en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og for at flere borgere kan få flere gode leveår. Vi vil sammen sætte fokus på at syddanskerne får flere sunde leveår ved f.eks. at nedbringe anvendelse af tobak- og nikotinprodukter og alkohol samt sætte fokus på motion og mental trivsel via forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Vi vil have et særligt fokus på at skabe flere gode, sunde og aktive leveår hos den ældre del af befolkningen. Det gør vi ved i fællesskab, at indgå i forskellige typer af samarbejder, forsknings- og/eller sundhedsinnovations projekter, samt understøtte udviklingen og implementeringen af data og evidensbaserede forebyggelseskoncepter.

Alternativ B: Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsfremme og forebyggelse er et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i sundhedsfremme og forebyggelse og skabe flere sunde leveår for de syddanske borgere.

Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, så borgerne undgår, at sygdom opstår eller forværres.

Den Syddanske sundhedsprofil for 2021 viser, at der er behov for et særligt fokus på et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark og på at sikre flere sunde leveår. Dette afspejles blandt andet i, at andelen af mennesker med overvægt, mennesker som mistrives og mens andelen af rygere er reduceret, er andelen af mennesker, som anvender tobakslignende produkter, fortsat stigende.

Vi har særligt fokus på et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark

Der udvikles løbende nye produkter, som dels fastholder et tobaks- og nikotinforgbrug hos borgere, der ryger eller har røget, dels starter et forbrug af tobaks- og nikotinprodukter hos borgere, der aldrig har røget, er der behov for at sætte fokus på hele tobaks- og nikotinområdet. Tal fra Sundhedsprofilen 2021 viser, at mens andelen af rygere er faldende, er andelen af borgere, der anvender øvrige tobaks- og nikotinprodukter stigende. Vi ved, at tobaks- og nikotinprodukter er årsag til mange forskellige livsstilssygdomme. Der ligger derfor et stort sundhedsfremmende potentiale i at forebygge og nedbringe anvendelsen af disse produkter.

Vi har særligt fokus på at forebygge overvægt

Overvægt har både fysiske og psykiske konsekvenser for den enkelt. Tal fra den Nationale Børnedatabase viser, at overvægt og svær overvægt blandt børn og unge i Syddanmark er et stigende problem, mens tal fra Sundhedsprofilen 2021 viser, at antallet af syddanskere, som er moderat eller svært overvægtige, er steget. Det kræver en bred, tidlig indsats målrettet både børn og unge og deres familier med fokus på den egentlige årsag til overvægten. Vi vil derfor arbejde for, at færre børn, unge og voksne bliver overvægtige.

Vi har særligt fokus på at fremme fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet fremmer vores mentale sundhed og følelsen af velvære samtidig med at det mindsker risikoen for en lang række sygdomme og tilstande, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, flere former for kræft og for tidlig død. Andelen af borgere, der lever op til WHO's anbefalinger om minimumskrav til fysisk aktivitet på 150 min. om ugen, er på 42 %. Vi vil derfor samarbejde om at øge den fysiske aktivitet hos de syddanske borgere.

Vi arbejder for gode overgange

Vi vil skabe mere sammenhæng, nærhed og kvalitet for borgerne i Syddanmark. Det gør vi ved at sikre bedre overgange for borgere med psykiatriske lidelser samt for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom.

Gode overgange for borgere med psykiatriske lidelser

Antallet af syddanskere, som kæmper med psykiske lidelser, er fortsat stigende, og der er behov for, at denne gruppe af borgere får ekstra støtte til at blive raske eller leve med deres sygdom. Borgere med psykiske lidelser lever i gennemsnitligt 15 år kortere end borgere uden psykiske lidelser. Vi vil skabe gode overgange og forbedre livskvaliteten blandt borgere med psykiske lidelser.

Gode overgange for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

I Danmark er næsten 1,5 millioner borgere ramt af en eller flere kroniske sygdomme. Dertil kommer at vi lever længere og bliver flere ældre i samfundet. De ældre borgere har ofte også en eller flere kroniske sygdomme, stort forbrug af medicin og øget risiko for fald og dårlig ernæring.

Borgere med kroniske lidelser og ældre borgere indgår som regel i flere forskellige forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor de oplever at skulle navigere i et komplekst system. Vi vil arbejde for, at kompleksiteten håndteres af vores sundhedssystem og ikke af vores borgere, og vi vil tilpasse hjælpen ud fra den enkelte borgers forudsætninger.

Vi sikrer sammenhæng

Vi vil sikre, at helhedsperspektivet er et fast udgangspunkt i alle patientforløb, sådan at alle borgere oplever en meningsfuld sammenhæng mellem deres sundhed og øvrige liv. Det er således væsentligt, at såvel tilknytning til arbejdsmarked som uddannelse indtænkes i alle relevante patient- og borgerforløb.

Vi sikrer sammenhæng til beskæftigelsesområdet

Beskæftigelse er sundhedsfremmende og giver mange afledte positive gevinster, såsom identitetsdannelse og et fast holdepunkt i tilværelsen. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker, på grund af psykisk eller somatisk sygdom, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Sundhed kan være et middel til at komme i beskæftigelse, ligesom en god tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet kan være sundhedsfremmende. Vi vil styrke sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Vi sikrer sammenhæng til uddannelsesområdet

Mange borgere, som rammes af alvorlige sygdomme, oplever funktionsbegrænsninger længe efter, at behandlingen er afsluttet. Mellem 10% og 20% af de borgere, som overlever alvorlig sygdom, kommer ikke tilbage i arbejde. Risikoen for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet er forhøjet, hvis borgeren har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til borgere, der har en videregående uddannelse. Derfor vil vi arbejde for, at flere unge gennemfører en ungdomsuddannelse og dermed skaber bedre forudsætninger for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Grundprincipper for det tværgående samarbejde i Sundhedsaftalen 2024-2027

Neden for følger grundprincipperne for det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, de 22 syddanske kommuner og Region Syddanmark.

Vi skaber et samlet sundhedsvæsen

Mængden af opgaver på sundhedsområdet vil i fremtiden være så omfattende, at det ikke vil være muligt at rekruttere flere til sundhedsuddannelserne eller sundhedsmedarbejdere i et omfang, der matcher det øgede opgavepres, hvis opgaverne skal løses som nu. Der er derfor behov for at se på det samlede patientforløb og den samlede kapacitet på sundhedsområdet. Vi skal være optagede af at finde den gode fælles håndtering af den store strukturelle udfordring, vi står overfor, og vi skal have fokus på, at opgaven løses på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Vi vil se fordomsfrit på opgaveløsningen og udvikle samarbejdet der, hvor der er sundhedsgevinster at hente for borgeren og tilsvarende effektivisering at hente for kommuner og region.

Vi udbreder de gode løsninger

Set i lyset af de udfordringer, vi står overfor, er det nødvendigt at tænke i nye løsninger. Ofte vil nye løsninger opstå i arbejdet med en given problemstilling, hvor fagpersonale gennem innovation udvikler nye initiativer. Nogle initiativer handler om digitalisering og ny teknologi, andre er "bare" gode gedigne tværsektorielle samarbejder. Nogle initiativer sikrer, at opgaverne kan løses mere effektivt, og frigør dermed ressourcer (økonomi, hænder) til patienterne, mens andre initiativer giver patienterne et bedre og mere sammenhængende patientforløb. De initiativer, der viser

positive resultater med udgangspunkt i datadreven evaluering, skal vi arbejde i retning af at udbrede, enten helt eller delvist, så det giver mening i den konkrete kontekst, der udbredes til.

Med etableringen af sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg på det tværsektorielle sundhedsområde er der skabt fora, som kan medvirke til at effektivisere og systematisere udbredelse. Når vi udbreder de gode løsninger, udbreder vi også muligheden for at opnå forbedret effekt og større velfærd der, hvor løsningen implementeres.

Vi styrker det digitale sundhedsvæsen

Vi vil i Syddanmark anvende sundhedsteknologi, digitalisering og telemedicin til at udvikle løsninger på fremtidens udfordringer. Det skal blandt andet ske ved at videreudvikle vores eksisterende samarbejde om elektronisk kommunikation og koordinering af patientforløb og ved til stadighed at nytænke digitale løsninger, der kan understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af eksisterende ressourcer. Når vi anvender digitale løsninger, har vi altid fokus på, at de skal styrke trygheden for den enkelte borger. De digitale løsninger skal være med til at muliggøre, at borgere kan tilbringe mindre tid på sygehusene og mere tid i eget nærmiljø og hverdagsliv samt styrke den samlede kapacitet på sundhedsområdet.

Vi skaber let tilgængelighed for borgeren

Med etableringen af sundhedsklyngerne har vi fået mulighed for både på politisk og fagligt strategisk niveau at løfte det fælles populationsansvar i nærområderne. På den måde kan vi arbejde lokalt for at skabe sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger.

Vi skal gennem samarbejdet i sundhedsklyngerne skabe let tilgængelighed for borgerne. Dette kan ske både ved etablering af nærhospitalet, gennem nytænkning af opgaveløsningen og ved hjælp af digitale løsninger. Med sundhedsklyngerne er der skabt mulighed for, at innovationen og de gode løsninger kan ske i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale og med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker.

Vi bringer borgerens ressourcer i spil

Vi vil arbejde rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Ligeledes skal vi tage borgerens sundhedskompetencer med i tilrettelæggelsen af borgerens forløb.

Vi skal, i samarbejde med borgeren, tilpasse behandling og rehabilitering så det på én gang er tilpasset til og samtidig øger borgerens mestringsevne i eget liv.

Vi skaber mere fælles viden

Vi skal skabe mere systematisk viden om, hvilke indsatser der skal igangsættes og hvad effekterne af disse er. Derfor skal vi arbejde med fælles datadeling og systematisk vidensopsamling i forhold til vores tværsektorielle samarbejde. Vi skal bl.a. se på tværsektorielle patientforløb med henblik på at identificere udfordringer og forbedringsmuligheder, dynamikker mellem primær- og sekundærsektor samt digitale løsninger til at understøtte tværsektoriel kommunikation og/eller telemedicin og patientens egenomsorg.

Der kan endvidere være et behov for deling af data og viden relateret til den demografiske udvikling, som presser sundhedssystemet. Herunder forskning i muligheder for og konsekvenser af, at opgaver flytter fra én aktør til en anden samt at samarbejdet sker på baggrund af gensidigt

kendskab og tillid i overgange mellem sektorer. På den måde kan vi sammen arbejde målrettet på at forbedre det samlede sundhedsvæsen.

UDKAST

Besvarelse fra kommunerne i Syddanmark på Socialstyrelsens anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug

13. januar

2023

Socialstyrelsen udsendte den 26. november 2019 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser med målgruppen udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser. De syddanske kommuner besvarede udmeldingen i 2020, hvoraf det fremgik at målgruppen gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser var meget lille.

Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har en størrelse, der gør det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den Centrale Udmelding. Derfor har Socialstyrelsen den 27. september 2022 sendt en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen. Det er denne anmodning, der er baggrunden for nærværende notat.

INDHOLD

1. KONKLUSION	1
2. INDLEDNING	2
2.1 Baggrund	2
2.2 Målgruppe	2
2.3 Proces og metode	3
3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER	4
3.1 Formål med beskrivelsen	4
3.2 De syddanske kommuners aktuelle arbejde med målgruppen	4
3.3 De syddanske kommuners aktuelle organisering ift. indsatsen.....	5
4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER	6
4.1 Formål med beskrivelsen	6
4.2 De syddanske kommuners fremadrettede faglige tilrettelæggelse og organisering af indsatsen	6
BILAG	7

1. KONKLUSION

I Syddanmark er der et formaliseret og velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark i samarbejdsaftalerne vedrørende sårbare gravide og omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Samarbejdet står på et grundlag af gensidigt kendskab, dialoger om borgerne og fælles koordinering om indsatser til de udsatte gravide kvinder med misbrug.

Kommunerne i Syddanmark har afdækket arbejdet omkring de gravide med misbrug igen, i henhold til Socialstyrelsens anmodning. Vores konklusion er, at samarbejdet på tværs er udbygget og virker, målgruppen er fortsat lille, og vi mener ikke afdækningen giver anledning til etablering af yderligere døgntilbud.

Døgntilbud til gravide anvendes ud fra en individuel vurdering af den gravides situation og behov, i den udstrækning det vurderes at være den bedste løsning. Dette sker under forudsætning af, at den gravide er indstillet på at modtage tilbuddet. I tilfælde af døgnbehandling løses denne opgave oftest af en ekstern leverandør. Tilbuddets nærhed i forhold til bopælskommunen vægtes højt. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens succes idet tvang ikke er en mulighed i indsatserne for gravide rusmiddelbrugere.

Socialdirektørforum er dog bevidst om, at de eksterne leverandører der i dag anvendes til de få døgnophold, der trods alt etableres, - ikke rummer alle de særlige ekspertiser om gravide med misbrug, der kan være væsentlige. Vi anerkender at der kan være brug for dette i tilknytning til denne målgruppe.

I stedet for etablering af et nyt døgntilbud, anbefaler vi at der indledes dialog med de eksisterende døgntilbud om hvilke potentialer, der kan være for at dække dette faglige aspekt bedre i de eksisterende tilbud.

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

2. INDLEDNING

2.1 Baggrund

Socialstyrelsen udsendte den 26. november 2019 en Central Udmelding om udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser. Den Centrale Udmelding indeholdt en række spørgsmål til, hvordan kommunerne i hver region planlægger og koordinerer indsatser til målgruppen. På den baggrund udarbejdede de syddanske kommuner i 2020 en fælles rapport som svarede på Socialstyrelsens spørgsmål.

De syddanske kommuner afrapporterede i 2020 følgende:

Der er tale om en meget lille målgruppe og det vurderes at der er et betydeligt mørketal. Grundet den meget lille målgruppe opfylder ingen af de tilbud kommunerne anvender til målgruppen Socialstyrelsens kriteriet om borgerflow og personalesammensætning for højt specialiserede. I forhold til koordination og samarbejde fremhæves det, at der samarbejdes via koordinerende møder mellem de instanser, der er relevante at inddrage: Misbrugscenter, myndighed, Jobcenter, sundhedsplejen, praktiserende læge, jordemoder, Familieambulatorie i Region Syddanmark m.fl. Endvidere fremhæves følgende aftaler mellem kommunerne i Syddanmark og Region Syddanmark m.fl.:

- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Sundhedsaftalen – en aftale om samarbejdet mellem region, kommuner og praktiserende læger
- Rameaftalen for det specialiserede socialområde mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner

Endelig fremhæves koordineringen der sker på tværs af de 5 regioner i regi af Koordinationsforum. Hovedkonklusionen i forhold til fremadrettet at tilrettelægge en døgnindsats er, at det formodes at være yderst vanskeligt at drive et højt specialiseret tilbud, fagligt såvel som økonomisk med den meget lille målgruppe.

Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse af, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug har en størrelse, der gør det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den centrale udmelding. Derfor sendte Socialstyrelsen den 27. september 2022 en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af, hvilke aktuelle indsatser kommunerne arbejder med i forhold til målgruppen, samt hvilke forslag kommunerne ser for fremadrettede indsatser til målgruppen, herunder døgnbehandlingsindsatser. Det er denne anmodning, der er baggrunden for nærværende beskrivelse.

2.2 Målgruppe

Socialstyrelsens definition af målgruppen

Målgruppen beskrives i den centrale udmelding som værende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder et skadeligt forbrug af enten stoffer eller alkohol. Målgruppens problemer er komplekse med både udsathed, rusmiddelforbrug og samtidig psykiatrisk sygdom. Rusmiddelforbrug og psykiatriske udfordringer kan være overlappende og kræver samtidig behandling. Det er derfor vigtigt, at indsatserne er sammentænkte og koordinerede.

Målgruppen for den centrale udmelding er af Socialstyrelsen defineret til at omfatte følgende kvinder:

- De er gravide og har et samtidigt skadeligt rusmiddelforbrug af stoffer og/eller alkohol.
- De har derudover en eller flere sociale problemstillinger som fx hjemløshed eller psykisk sårbarhed.
- De kan ikke fastholdes og hjælpes tilstrækkeligt i den ambulante misbrugsbehandling samt i den specialiserede ambulante svangeromsorg.

- De har behov for en specialiseret og intensiv døgnbehandlingsindsats, hvor de skærmes og modtager helhedsorienteret behandling og støtte.

Målgruppen for den centrale udmelding er af Socialstyrelsen defineret til *ikke* at omfatte:

- De er gravide og har et misbrug, men kan fastholdes i og profiterer tilstrækkeligt af den specialiserede ambulante svangeromsorg, der tilbydes i familieambulatorierne og i eksisterende ambulante misbrugsbehandling.

2.3 Proces og metode

Socialstyrelsen har anmodet om, at de syddanske kommuner dels beskriver deres aktuelle arbejde med at tilbyde målgruppen helhedsorienteret støtte og behandling og dels beskriver fremadrettede indsatsmodeller, som kan bidrage til den faglige dialog om tilrettelæggelse af de bedst mulige behandlingsindsatser til målgruppen. For at kunne beskrive dette arbejde har de syddanske kommuner i december 2022 via spørgeskema svaret på Socialstyrelsens spørgsmål. Ved besvarelserne er håndteringen af gravide med skadeligt rusmiddelforbrug beskrevet, og således indsatserne for en bredere målgruppe. Dette er valgt for at beskrive opgaveløsningen for gravide rusmiddelbrugere og se bort fra uenigheder om definitionen på målgruppen samt målgruppens størrelse.

I januar 2023 blev der afviklet et online-dialogmøde, med deltagelse af de personer, der havde besvaret spørgeskemaet med Socialstyrelsens spørgsmål. På mødet gav Socialstyrelsen oplæg om forløbsbeskrivelsen for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug. Dialogmødet fokuserede på anmodningens tema 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller.

Efterfølgende har der været følgende proces:

- Besvarelsen af anmodningen er behandlet på møde i Socialdirektørforum den 20. januar 2023.
- Orientering om besvarelsen i KKR Syddanmark den 7. februar 2023.

Nedenfor beskrives de syddanske kommuners aktuelle og fremadrettede arbejde med gravide med skadeligt rusmiddelforbrug med udgangspunkt i Socialstyrelsens anmodning og de to temaer heri.

3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER

3.1 Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Formålet med beskrivelsen er, at kommunerne får mulighed for at bestyrke Socialstyrelsen i, at der på nuværende tidspunkt arbejdes med højt specialiserede, koordinerede, helhedsorienterede indsatser til målgruppen, herunder også hvilke døgnbehandlingsindsatser kommunerne udvikler til målgruppen.

Kommunerne kan beskrive deres nuværende arbejde med helhedsorienteret støtte og behandling til målgruppen. Her kan kommunerne beskrive følgende områder:

- 1) Karakteren af og rammerne for indsatsen (fx matrikelbunden, ikkematrikelbunden, jf. paragraffer i lov om social service m.v.)*
- 2) Faglige kompetencer, der indgår i indsatsen (fx fagligheder inden for familie-, svangerskabs-, rusmiddel- og psykiatrisk behandling)*
- 3) Koordination og samarbejde om indsatsen (tværfagligt, tværsektorielt og eventuelt også tværs af regioner)*

Socialstyrelsen er derudover interesseret i, at kommunerne beskriver:

- 4) Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende er der etableret i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*
- 5) Hvordan kommunerne eventuelt har arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatser til målgruppen?*

Nedenfor følger de syddanske kommuners svar på anmodningen om beskrivelse af tema 1.

3.2 De syddanske kommuners aktuelle arbejde med målgruppen

De aktuelle indsatser overfor gravide med et skadeligt rusmiddelbrug tager udgangspunkt i den enkelte borger og hendes situation gennem individuelt tilrettelagte indsatser. Internt i kommunerne er der et udbredt tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde, hvor der arbejdes med indsatser på tværs af fx rusmiddelbehandling, sundhedspleje, myndighed, lokalpsykiatri, støttepersoner og beskæftigelsesrådgivning.

Indsatserne ydes efter Servicelovens §§ 11, 50, 52, 82 b, 85, 101, 107 og Sundhedslovens §§ 141, 142

I forhold til eksterne samarbejder løses opgaven i et tæt samarbejde med Region Syddanmarks Familieambulatorier, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, jordemor, læge og sygeplejerske. Der er fire Familieambulatorier geografisk fordelt over hele Syddanmark.

I tilfælde af døgnbehandling løses denne opgave oftest af ekstern samarbejdspart og det vurderes, at det er vigtigt at indsatsen ligger tæt på bopælskommunen, så der i løbet af graviditeten kan arbejdes med bl.a. forældrekompetencer. Endvidere er det vurderingen at der er brug for en konkret og individuel vurdering af, hvilken døgnbehandlingsindsats, der bedst kan understøtte den gravide ift. stoffrihed. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens succes, idet tvang ikke er en mulighed i indsatserne for gravide rusmiddelbrugere.

De faglige kompetencer der indgår i indsatserne, er fx familiekonsulenter, sundhedsplejersker, jordemødre, læger i almen praksis, socialrådgivere, psykologer, rusmiddelbehandlere samt kommunal og regional psykiatri.

3.3 De syddanske kommuners aktuelle organisering ift. indsatsen

Der er indgået følgende samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen:

- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus

De tværsektorielle indsatser for målgruppen koordineres inden for rammerne af disse aftaler.

Odense og Esbjerg kommuner har indgået supplerende samarbejdsaftaler med det lokale regionale Familieambulatorium.

Mindre kommuner har formaliserede samarbejdsaftaler med større nabokommuner og opgaveløsningen for rusmiddelbrugere og dermed også for målgruppen.

I regi af samarbejdet mellem kommunerne og Region Syddanmark afvikles jævnligt temamøder, der er med til at opkvalificere medarbejderne på området. Lokalt i kommunerne arbejdes der generelt med kompetenceløft til de personalegrupper, der arbejder med målgruppen.

4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER

4.1 Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:

Formålet med at kommunerne udarbejder forslag til fremadrettede indsatsmodeller for målgruppen er at kvalificere den faglige dialog om koordinationen og udbuddet af højt specialiserede indsatser til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug.

Socialstyrelsen ønsker, at kommunernes forslag kan bidrage yderligere til den faglige dialog om tilrettelæggelsen af døgnbehandlingsindsatser til målgruppen.

Socialstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i deres forslag besvarer følgende spørgsmål:

- 1. Hvordan vil kommunerne fremadrettet fagligt tilrettelægge helhedsorienterede, koordinerede og højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
- 2. Hvordan vil kommunerne fremadrettet koordinere og samarbejde inden for, på tværs af og med regionerne om højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
- 3. Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende vil kommunerne etablere i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*

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 Syddanmark er, en stor tilfredshed med det eksisterende og velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark i samarbejdsaftalerne vedrørende sårbare gravide og omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Vi oplever at såvel Socialstyrelsens opmærksomhed på målgruppen, erfaringerne omkring samarbejdet med familieambulatorierne som hele tiden udvikler sig, samt de netop udgivne forløbsbeskrivelser er et godt afsæt for viden, vidensdeling, koordinering og opmærksomhed på målgruppen.

Enkelte kommuner kan se fordele i et fremadrettet formaliseret samarbejde med et eller flere mulige døgnbehandlingssteder eventuelt gennem etablering af et fælles specialiseret tilbud og gerne i tilknytning til regionens tilbud fx omkring psykiatrien.

Der er endvidere et forslag om at udvikle og kvalificere døgntilbud til målgruppen gennem systematisk og struktureret evaluering som det er kendt fra sundhedsstyrelsens puljer omkring udvikling og kvalificering af indsatsen overfor dobbeltbelastede borgere.

BILAG

- Kommunernes svar på Socialstyrelsens spørgsmål i anonymiseret form
- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Esbjerg Kommunes lokale samarbejdsaftale
- Case 1
- Case 2
- Case 3
- Case 4
- Case 5

UDKAST

Kommunernes svar på "Anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug"

Samling af alle besvarelser

Spørgeskema

Spørgsmål 1.0
Har kommunen i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022 kendskab til, at der har været én eller flere gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug bosiddende i kommunen?
Kommune 1 Ja – 2 borgere
Kommune 2 Ja
Kommune 3 Der har været 1 aktuel sag, hvor vi i rusmiddelcenteret har været involveret, i samarbejde med Familieafdelingen og Familieambulatoriet
Kommune 4 Ja vi har kendskab til flere
Kommune 5 Ja – og mere end én.
Kommune 6 Ja, der har været flere
Kommune 7 Ja, men kun meget få. Kommune 7 er en mindre kommune, hvilket betyder at vi har relativt få tilfælde hvor en gravid har et problematisk forbrug af rusmidler.
Kommune 8 Generelt er det vores erfaring, at mødrene er stoppet med deres forbrug/ misbrug, når graviditeten konstateres og dermed inden en indsats startes op i kommunens spædbarnskoncept.

Kommune 9

Ja, kommunen har for perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022, haft kendskab til ca. fem gravide med misbrugsproblemstillinger.

Kommune 10

Kommunens Familieafdeling og Center for Misbrug og Udsatte har kendskab til to gravide med skadeligt rusmiddelforbrug i den toårige periode. Der har været en tværfaglig og tværsektoriel indsats om begge gravide/familierne efterfølgende.

Familieafdelingen har i skrivende stund modtaget underretninger på to unge gravide kvinder med massivt forbrug af alkohol og hash. Der arbejdes på at etablere kontakt til de to gravide kvinder.

Derudover er der kendskab til to unge gravide med misbrug, hvor graviditeterne blev afbrudt tidligt i graviditeten. Den ene graviditet blev afbrudt grundet misdannelser og den anden graviditet blev afbrudt spontant.

Kommune 11

Der har ikke været nogen i behandling. Ingen forespørgsler eller henvendelser herom heller.

Kommune 12

Ja

Kommune 13

Kommunen har haft kendskab til to gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022.

Kommune 14

Det har der, men vi har ikke kendskab til om det har været gennemgående i hele graviditeten, ej heller kendskab til omfanget. Vi kan dog sige at der er flere gravide som op til deres graviditet har været forbrugere af rusmidler. Voksen social har udarbejdet instruks som er benævnt ” Instruks for fokus på gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og eller andre rusmidler”. Se bilag

I Kommune 14 Misbrugscenter har der i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022 været en gravid kvinde med skadeligt rusmiddelforbrug, indskrevet. (Graviditeten blev afbrudt ved abort)

Kommune 15

Nej

Kommune 16

Ja. Vi har kendskab til én i Rusmiddelcenteret

Kommune 17

Ja, 1 borger som aborterede spontant i uge 6

Kommune 18

Har adspurgt vores leverandør, der mener der måske har været en enkelt.

Tema 1: Beskrivelse af aktuelle indsatser

Formålet med beskrivelsen er, at kommunerne får mulighed for at bestyrke Socialstyrelsen i, at der på nuværende tidspunkt arbejdes med højt specialiserede, koordinerede, helhedsorienterede indsatser til målgruppen, herunder også hvilke døgnbehandlingsindsatser kommunerne udvikler til målgruppen.

Beskrivelse af det nuværende arbejde med helhedsorienteret støtte og behandling til målgruppen:

Spørgsmål 1.1
<p>Karakteren af og rammerne for indsatsen (fx matrikelbunden, ikkematrikelbunden, jf. paragraffer i lov om social service m.v.)</p> <p><i>Hjælpe spørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Hvilke interne indsatser anvendes?</i>• <i>Hvilke eksterne indsatser anvendes?</i>• <i>Er der tale om matrikelbundne indsatser, matrikelløse indsatser eller begge dele?</i>• <i>Hvilke paragraffer hører indsatserne under (Serviceloven, Sundhedsloven e.l.)?</i>
<p>Kommune 1</p> <p>Når vi får viden om graviditet hos en borger med rusmiddelbrug, afhænger tilrettelæggelsen af indsatsen af, om vedkommende er i behandling eller ej. Helt overvejende er det borgere, der i forvejen er behandling for et rusmiddelmisbrug.</p> <p>For borgere i behandling er det af stor vigtighed både at sikre det ufødte barns sundhed og at fastholde kontakten til den gravide så behandlingsforløbet fastholdes. Det kræver troværdighed, rummelighed og tydelighed i kommunikationen med borgerne.</p> <p>Fra behandlingstilbuddene kontaktes (underrettes) Familieafdelingen for et tværfagligt samarbejde omkring den gravide, Socialafdelingen ift. muligt døgnbehandlingsperspektiv og der rådføres med familieambulatoriet på OUH i forhold til deres mulige involvering.</p> <p>Der er primært tale om tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde med fokus på at se på muligheder for hjælp og støtte efter serviceloven i form af familieorienteret indsats afhængig af den familiære og misbrugsmæssige situation (Serviceloven), muligt døgnbehandlingstilbud (Serviceloven og kombineret med Sundhedslov ift. mulig behandling) samt muligt tilbud i Familieambulatoriet. Såfremt graviditeten ikke ender med abort er der også kontakt til sundhedsplejerske ligesom der kan være kontakt til egen læge.</p> <p>Kommune 2</p> <p>Denne målgruppe kommer i vores Babyteam som er et specialiseret team bestående af socialrådgivere, sundhedsplejersker og familiebehandlere. Indsatsen er matrikelløs da indsatserne foregår hjemme og i familiehuset. Indsatserne er efter SEL § 52</p>

Kommune 3

Ved kendskab til aktuel borger, kontaktes familieafdelingen – Familieambulatoriet hvor der i et samarbejde iværksætter indsats. Hvis der skal iværksættes rusmiddelbehandling jf.§101.kap.8. iværksættes den internt i Rusmiddelcenteret. Ved behov for en døgnforanstaltning iværksættes denne, hvor der forefindes denne behandling. Dette jf. §101 kap.8. om kontrakt omkring samarbejde

Kommune 4

Vi har taget kontakt til PAM (Psykiatrisk Akut Modtagelse) Vejle med henblik på en afklaring af, hvorvidt de kan løse opgaven regionalt, på deres døgnafsnit for dobbeltdiagnosticerede, P5. Vi har endnu ikke modtaget svar.

Døgnbehandlingsinstitutionerne STIEN og Ringgården, kan løse opgaven for os, med at døgnbehandle gravide kvinder og deres partner. De kan dog ikke leve op til tvangs-elementet. Vi kan døgnanbringe der, og samarbejde om opgaven med dem.

Vi har tætte samarbejder med Familieambulatoriet, PAM (i tilfælde af indlæggelse), lokalpsykiatri (udredning og behandling), Familiehus, rusmiddelbehandling, myndighedsafdeling, sundhedspleje m.fl.

Det er vigtigt for os, at indsatserne ligger tæt på, så vi sammen med kvinden/parret i løbet af graviditeten kan arbejde med bl.a. forældrekompetencer.

Lokalt har vi et tæt samarbejde internt i kommunen, mellem rusmiddelbehandling, sundhedsplejen, familiebehandling og familierådgivning.

Kommune 5

I Sundhedsplejen gives øget opmærksomhed og øget indsats/flere besøg, da familien kategoriseres som sårbar. Kategoriseringen læner sig op af 'Børnelinealen'.

Der ydes en rådgivende og behandlende indsats fra Rusmiddelcenteret.

Forskellige understøttende tiltag kan iværksættes fra Familieafdelingen, både før og efter fødsel, hvor familiekonsulenter vejleder, guider og støtter, og til tider yder kompenserende indsatser til barnet, når det er født.

Derudover er der mulighed for at yde et døgnopholds-tilbud op til 2 uger før fødslen og efter fødslen op til ca. 3 måneder ('Familiehuset')

Dermed er der tale om både matrikelbundne og matrikelløse indsatser.

For så vidt angår paragrafferne, se svar på spørgsmål 1.2

Kommune 6

Vi bruger primært en særligt udviklet indsats til gravide i vores eget interne tilbud. Det er både matrikelbundet og matrikelløst – det afhænger af indsatsen. Det er under Servicelovens §52.3.3. Derudover bruger vi også døgnophold i henhold til Servicelovens §52.3.4. Døgnophold er hos ekstern leverandør

Kommune 7

Familieafdelingen i kommunen varetager den koordinerende rolle omkring den gravide. Den koordinerende rådgiver, udpeges hurtigst muligt efter henvendelse om en gravid med forbrug af rusmidler.

Der opstartes samarbejde med familieambulatoriet i Kommune 4, omkring den gravide.

Samarbejdet omkring gravide, indgår som en del af den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin.

Familieafdelingen laver en individuel vurdering af den gravide og evt. partners situation og behov, og inddrager alle relevante parter mhp. at danne et defineret samarbejde omkring den gravide.

Koordinator i familieafdelingen sikrer at indsatsen for og omkring den gravide tilpasses løbende, så der skabes overskuelighed. Eks. Familieambulatoriet, egen læge, Sundhedsplejen, Rusmiddelteamet, myndighedsrådgivere, unge/voksen støttepersoner, Lokal Psykiatrien, beskæftigelsesrådgiver.

Familieafdelingen udarbejder en børnefaglig undersøgelse af den gravide/de vordende forældres forhold, jf. SEL § 50. Der træffes ikke afgørelser før barnet er født.

Rusmiddelteamet tilbyder henholdsvis alkohol behandling jf. § 141 i Sundhedsloven og behandling af afhængighed af stoffer, jf. § 101 Serviceloven.

Døgnbehandling kan iværksættes via myndighed på voksenstøtte området, hvis der vurderes behov for dette. Under et sådant forløb, vil der fortsat være et samarbejde med den gravide, familieambulatoriet, familieafdelingen og med den pågældende døgninstitution.

Er der behov for personlige støttende foranstaltninger, kan der iværksættes støtte til den gravide jf. SEL § 82 b og § 85, i særlige tilfælde ydes støtte via botilbud jf. SEL § 107

Rusmiddelteamet eller praktiserende læge henviser til behandling via psykiatrien, hvis der vurderes at være behov for dette. Er der igangværende udrednings- eller behandlingsforløb, inddrages behandler/kontaktperson fra psykiatrien i indsatsen omkring den gravide.

Derudover samarbejdes med alle relevante aktører i forhold til den pågældende gravide. Det kan eks. være SSP, Unge teamet, jobcenteret, Lokal psykiatrien, egen læge, døgnbehandlings institution.

Kommune 8

Interne indsatser:

- Familieafdelingen - Børneteamet
- Kommunens spædbarnskoncept forankret i Familiehuset under familiehusets ledelse
- Kommunens Rusmiddelcenter.
- Kommunens sundhedstjeneste tilbyder alle gravide i kommunen et graviditetsbesøg omkring uge 30, hvor der her er mulighed for at opfange et eventuelt misbrug.
- Ved behov tilbydes den gravide yderligere besøg. Graviditetsbesøgene foregår som hjemmebesøg.

Eksterne:

Samarbejde med jordemødre, læger og familieambulatoriet på OUH og Kommune 4 Sygehus.

Beskrivelse af kommunens spædbarnskoncept jf. §11 og §52 i serviceloven.

Spædbarnskonceptet er hos familien for at sikre forældrenes forberedelse til det ufødte barn samt barnets udvikling og trivsel efter fødslen. Det omfatter gravide eller familier med børn ml. 0-2 år hvor der vurderes behov for ekstra støtte og hvor bekymringsgraden er høj eller risiko for anbringelse fra fødslen.

Indsatsen varetages af Familiekonsulent og sundhedsplejerske ml. 2-5 ugentlige hjemmebesøg med særlig fokus på barnets udvikling og trivsel, undervisning i barnets udvikling samt samspillet mellem forældre /barn. Der kan i enkelte tilfælde hvor bekymringen er særlig høj være op til 7 ugentlige besøg.

Formålet er styrkelse af forældre barn relation, forældreskabet og at sikre barnets udvikling og trivsel. Besøgene tilrettelægges individuelt ud fra vurdering af behov og indsatsen kan blive skruet op og ned alt efter hvordan barnet udvikler sig og hvordan forældrene udvikler deres forældreskab.

Der afholdes faste behandlingsmøder i samarbejde med Socialrådgiveren, familien, behandlerteamet samt Familiehusets teamleder ud fra de aktuelle behov i familien.

Metoder:

Personalet i spædbarnskonceptet er under hjemmebesøgene undersøgende på forældrenes udviklingsmuligheder omkring deres forældreskab. Personalet er opmærksom på fokuspunkter, som sikrer en tryk tilknytning for barnet samt et positivt samspil i familien efter fødslen.

Til dette anvendes blandt andet følgende metoder før fødslen:

- Vejledning og råd omkring graviditeten og kommende fødslen
- Relations dannelse til forældrene og eventuelt netværk

- "Mødning" = omsorg til forældrene mm.
- Undersøgelse af de psykologiske udviklingsfaser i graviditeten, v. Margretha Broden: "Graviditetens muligheder"
- Modifieret AAI (Adult Attachment Interview, et semistruktureret interview v. Psykologselskabet Toftemosegaard)
- Modificere PTI (prænatalt tilknytnings interview et semistruktureret interview v. Psykologselskabet Toftemosegaard) som sikre et større viden omkring forældrenes kompetencer.

Spædbarnskonceptet anvender efter fødslen følgende metoder:

- Vejledning og råd omkring barnets trivsel og udvikling, samt det praktiske og følelsesmæssige forældreskab.
- Vurdering af barnets trivsel og udvikling. Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
- Relations dannelse til forældrene og eventuelt netværk
- "Mødning" = omsorg til forældrene.
- ADBB, screening af barnets sociale og følelsesmæssige kompetencer, inklusiv forstå din baby.
- Tilbud om støtte til det praktiske forældreskab
- Forældregruppe, undervisning af forskellige temaer, netværksdannelse og socialt samspil med andre forældre.

Kommune 9

Kommunen anvender forskellige interne indsatser, herunder:

- Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug har samtaler vedr. prævention med unge der har misbrugsproblematikker.
- Børn og Familie har mulighed for at yde tilskud til p-stave til udsatte borgere.
- Der er ansat en jordemoder, som har kontakt til de gravide som har ønske herom – tidlig indsats ift. tidlig opsporing (jf. sundhedsloven). Alle gravide der er i 20. graviditetsuge tilbydes hjemmebesøg af jordemoder. Det har kørt som et 3-årigt projekt, men er nu blevet forankret som tilbud i kommunen. Efterfølgende overtager sundhedsplejersken og tilbyder hjemmebesøg under graviditeten.
- Sundhedsplejersken gennemfører forebyggende besøg før fødsel og efter fødsel – og ved behov, bliver der foretaget nødvendig screening.
- Hvis Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug får kendskab til, at der kommer gravide borgere med misbrugsproblematikker i centret, bliver myndighedsafdelingen for Børn og Familie kontaktet.
- Ved gravide borgere som er i medicinsk behandling for misbrug via Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug, justeres behandlingen således, at den er tilpasset svangerskab og fødsel.
- Ved mistanke om gravide med misbrugsproblematikker, sker der indberetning til familieambulatoriet.

Følgende eksterne indsatser anvendes:

- Familieambulatorierne i Region Syddanmark (jf. vejledningen)
- I de tilfælde hvor gravide misbrugere ønsker at modtage døgnbehandlingstilbud, køber Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug ophold på forskellige eksterne døgnbehandlingstilbud placeret rundt i landet.

Kommune 10

I kommunen kan målgruppen efter individuel vurdering tilbydes f.eks. følgende ikke matrikelbunden interne forbyggende indsatser jf. Servicelovens § 52.

- Hånd om Familien
- Spædbarnsteamet
- Familiens Hus – Familier på vej
- Hjemme hos støtte
- Familieværkstedet – samtaler

Der har de sidste to år ikke været anvendt eksterne indsatser f.eks. mor barn hjem eller døgnanbringelser til denne målgruppe, da det ikke har været vurderet at være den rette indsats.

Den tilbydes misbrugs behandling ved Center for Misbrug og Udsatte. Der tilbydes tæt lægefaglig støtte før – under og efter graviditeten, hvor der kan være fokus på forebyggelse af graviditeter, tilpasning af substitutionsmedicin til gravide under og efter graviditeten. Der tilbydes ligeledes social- og sundhedsfaglige støtte med udgangspunkt i Servicelovens § 101 før – under og efter graviditeten. Indsatserne i henhold til Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142 sker i koordination med de familierettede tilbud.

Øvrige indsatser efter Serviceloven, herunder f.eks. § 82 og 85 tilbydes til målgruppen efter individuel vurdering.

Kommune 11

Sundhedsplejen: Leder har tidligere siddet med i implementeringsgruppen vedr. samarbejdet mellem kommunen og FAM+. Vi har et godt og, set fra sundhedsplejens perspektiv, smidigt samarbejde omkring de udfordrede familier. Dertil hører et tæt tværfagligt samarbejde med B&U-enheden. Vores lovhjemmel ligger i Sundhedsloven, hvor det særlige fokus er på sundhedsfremme og forebyggelse §120- §126

Rusmiddelkonsulent: Konsulenten har siddet i samme implementeringsgruppe som ovenfor nævnt. Alle borgere med rusmiddelproblematikker, får tilbudt rusmiddelbehandling efter henholdsvis SEL§101 vedr. stofbehandling og SL §141 i forbindelse med alkoholmisbrug.

Børn & Unge-enheden: Støtten til forældrene beror på en individuel konkret vurdering, ud fra de muligheder der er SEL kap. 11.

Kommune 12

Gravide kvinder med misbrug tilbydes tilsvarende ambulante rusmiddelbehandling, som ikke gravide kvinder modtager. Dette sker i regi af RusmiddelCenter Kommune 12 (RCV) og øvrige samarbejdspartnere – herunder primært Familieafdelingen (FAM) og Familieambulatoriet ved Kolding Sygehus. Ved behov for døgnbehandling af den gravide misbruger, indskrives denne jf SEL §§ 101 (107) eller SUL § 141 (SEL § 107). Samarbejdet med Familieafdeling og det regionale Familieambulatorium fortsætter under evt. døgnbehandling. Typisk anvendes døgntilbud i kommunalt regi (RusmiddelCenter Døgn i Egtved), da der herved sikres let adgang til kommunale og regionale samarbejdspartnere. Eksterne døgntilbud anvendes, hvis dette giver bedst mening – ud fra faglig eller personlig præference. RCV er central medspiller i hele forløbet. Efter fødsel overgår evt. døgnopgaven til FAM.

Kommune 13

I Kommune 13 er der et veldrevet samarbejde om gravide med misbrug af rusmidler, som reguleres af rammen i samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i kommunen.

Repræsentanterne mødes til familierådsmøder ca. hver 2. måned på familieambulatoriet i Aabenraa. Der er en dagsorden med de sårbare gravid/forældre som er tilknyttet familieambulatoriet. Som oftest er de gravide også tilknyttet i det kommunale regi. Hvis ikke den gravide er tilknyttet kommunen, bliver de visiteret til rette instans i kommunen, f.eks. Rusmiddelcentret eller familieafdelingen.

De Gravide visiteres af egen læge til familieambulatoriet. Den instans som først får viden om den gravide sikre at egen læge involveres, således en visitation til familieambulatoriet kan iværksættes. Sager med sårbare gravide kan også drøftes på familierådsmøderne forud for visitation.

Familien eller den gravide får en tæt opfølgning i familieambulatoriet, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, læge og sygeplejerske. De gravide får oftere samtaler og mere støtte end andre. Endvidere afholdes der familierådsmøderne, hvor vi kan sætte yderligere støtte på, hvis det er nødvendigt. F.eks. hvis de skal have støtte via familieafdelingen efter fødslen. Endvidere vil Sundhedsplejen også have fokus på familien, når de kommer hjem. De gravide er endvidere tilknyttet rusmiddelbehandling i efter behandlingsforløb, som er tilpasset den enkelte.

Indsatsen for de gravide sårbare er både matrikelbundne og matrikelløse. De matrikelbundne indsatser foregår på familieambulatoriet, Rusmiddelcentret og døgnbehandlingstilbud efter SL § 101/107, privatpraktiserende læge, evt. lokal psykiatrisk behandling, og evt. somatisk sygehus. Matrikelløse indsatser foregår (for eksempel Støtte efter SL § 85) foregår i den gravides eget hjem. Dertil støtte fra den kommunale sundhedspleje og familierådgivning.

Kommune 14

Vi har et koordinerende "sårbar gravidteam", med de fagpersoner der er relevante i forhold til den gravide. Vi følger op en gang om måneden, for at regulere indsatsen, hvis dette er nødvendigt. Endvidere følges der også op efter fødslen og så længe der måtte være behov. Der indhentes samtykke til dette fra de gravide kommende mødre, i forhold til drøftelserne. Samtykket ligger på sagen.

Misbrugscentret har udarbejdet en instruks for fokus på gravide kvinder med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Misbrugscenteret inddrager/underretter til Børn, unge og Familieindsatser, som alene har kompetencen og ansvaret for at undersøge og beslutte hvilken støtte, der skal tilbydes den gravide kvinde med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Misbrugscenteret varetager og fortsætter den ambulante stof eller alkoholmisbrugsbehandling, indtil eventuel anden aktør overtager (eks. Ved døgnbehandling)

Eksterne indsatser der anvendes: Det regionale Familieambulatorie Plus inddrages i samarbejdet omkring den gravide. Før, under og efter fødsel. Barnet kan følges og undersøges for eventuelle skader grundet misbruget.

Kommune 15

Misbrugsbehandling i Kommune 1

Kommune 16

Den berørte har ikke haft et ønske om en døgnbehandlingsindsats.

I dette tilfælde tilbydes ambulans rusmiddelbehandling jf SEL § 101 samt SUL § 141. Behandlingen består i dette tilfælde af samtalebehandling. Ved behov kan desuden tilbydes medicinsk rusmiddelbehandling. Rusmiddelcenteret samarbejder i så fald med fx Svangre ambulatoriet i forhold til koordinering og sparring for at finde hensigtsmæssig medicinsk behandling, indhold og form.

En stor del af behandlingen er koordinering og understøttelse af, at den gravide har samarbejde med Familieafdelingen(internt), Familiehuset(internt), Svangre ambulatoriet(regionalt) samt Lokopsykiatri(Regionalt). Tilbuddet foregår i Rusmiddelcenteret, men ved behov kan den gravide følges af rusmiddelbehandler til andre relevante aktører.

Kommune 17

Internt følger vi den gravide til egen læge, for at få bekræftet graviditeten. Behandler i Rusmiddelcentret kontakter i samråd med egen læge samt Rusmiddelcentrets læge Familieambulatoriet på OUH. Der etableres et samarbejde på tværs og Rusmiddelcentrets sygeplejersker administrerer den medicinske behandling. Der vil være både interne og eksterne indsatser alt afhængig af den pågældende borgers livssituation.

Der har i løbet af de sidste 10 år været 1 borger der har gennemført en graviditet indskrevet i Rusmiddelcenteret i kommunen.

Kommune 18

Da det er meget sjældent at vi møder gravide stofmisbrugere, laves der konkrete og individuelle aftaler. Vi oplever at vi har et godt samarbejde med vores leverandør på området, så der findes en skræddersyet løsning.

Spørgsmål 1.2

Faglige kompetencer, der indgår i indsatsen (fx fagligheder inden for familie-, svangerskabs-, rusmiddel- og psykiatrisk behandling)

Hjælpspørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:

- *Hvilke faglige kompetencer er centrale i indsatserne for målgruppen (kompetencer inden for familiebehandling, viden om svangerskab, rusmiddelbehandling, psykiatrisk behandling e.l.)?*

Kommune 1

Kompetencer ift. rusmiddelbehandling og at kunne fastholde kontakt med til tider svært udfordrede borgere, der er i en ekstremt sårbar situation, er afgørende vigtige, da det jo er rusmiddelmisbruget i kombination med graviditeten, der er årsagen til situationen.

Lægelige kompetencer i behandlingstilbuddet er ligeledes vigtige ift. den løbende behandlings- og sundhedsmæssige monitorering, herunder ikke mindst ift. psykisk tilstand. Egentlige psykiatriske behandlingsmæssige kompetencer er ofte ikke relevante i denne del af forløbet så længe lokal læge på behandlingstilbud har en dybere psykiatrisk viden, som egen læge sjældent besidder.

Kompetencer ift. familierådgivning kan være vigtige afhængig af situationen.

Familieambulatoriets kompetencer er absolut nødvendige i de forløb, hvor det er relevant.

Samtalemæssige kompetencer og metoder er afgørende for at kunne sikre en fortsat dialog og kontakt med den gravide. De er oftest i en meget sårbar position.

Kommune 2

Babyteamet er social og sundhedsfagligt uddannet. Derudover har de viden inden for misbrug, rusmidler og naturligvis svangerskab.

Kommune 3

Rusmiddelbehandler internt i Rusmiddelcenteret varetager opgaven

Kommune 4

Rusmiddelbehandling: SEL § 101, SEL Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, Sundhedsloven § 141+142

Familierådgivning: SEL § 50

Familiebehandling

Sundhedspleje

Regional og kommunal psykiatri

Familieambulatoriet på sygehuset

Praktiserende læge

Kommune 5

Alle de nævnte kompetencer er vigtige i indsatserne. Kommunen bidrager primært med kompetencer inden for forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (SUL §§120-126), familiebehandling (SEL § 11 og § ??) og rusmiddelbehandling (SUL § 141 og SEL § 101). Regionen bidrager med svangreomsorg, psykiatrisk behandling og somatisk behandling, såsom afrusning. er forbeholdt regionen, ligesom de regionale svangreindsatser

Kommune 6

Der samarbejdes med forskellige fagligheder. Familieafdelingens egne familiebehandlere er særligt uddannede til at arbejde med den her målgruppe. Derudover henviser vi til rusmiddelbehandling og psykiatrisk behandling. De forskellige fagligheder koordinerer indbyrdes omkring de gravide, så vi ved, hvad hinanden laver.

Kommune 7

Faglige kompetencer som, efter individuel vurdering og behov, kan inddrages:

- Familieambulatoriet: Jordemoder, læge, socialrådgiver, psykolog
- Familieafdelingen: Socialrådgiver
- Familiehuset: Familie konsulent og familiebehandler
- Sundhedsplejen: Sundhedsplejerske
- Ungeafdelingen: Socialrådgivere, mentorer og støttekontaktpersoner
- Voksenstøtte, psykiatri og handicap : Myndighedsrådgivere, støttekontaktpersoner
- Psykiatrien: Psykiater, sygeplejerske, psykolog og socialrådgiver
- Praktiserende læge
- Rusmiddelteamet: Behandler, sygeplejerske og rusmiddelfaglig lægekonsulent

Muligt tilbud om døgnbehandling vurderes og bevilges via voksenmyndighed. Et døgnbehandlingstilbud vælges ud fra en vurdering af den gravides situation og behov, med særligt fokus på ophør af forbrug af rusmidler, og eks. tilbud om terapeutisk behandling.

Kommune 8

- Ledelse
- Familiekonsulenter
- Sundhedsplejersker
- Jordemødre
- Læger i almen medicin

- Socialrådgivere
- Obstetiker
- Psykolog
- Sygeplejerske

Kommune 9

Rådgivningcenter Kommune 9 Misbrug har medarbejdere med relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med gravide borgere med misbrugsproblematikker. Medarbejderne har bl.a. kurser og uddannelse i ACT (Assertive Community Treatment), den motiverende samtale, mentalisering, familieorienteret misbrugsbehandling og rusmiddelbehandling.

Børn og Familie har medarbejdere der er uddannet familiebehandlere m.m.

Kommunen har overordnet fokus på tidlig opsporing ift. diverse problematikker.

Kommune 10

Personalets grunduddannelser i de interne kommunale tilbud er som oftest pædagog, socialrådgiver og sygeplejerske. Der er tilknyttet læger i misbrugsbehandlingen.

Udgangspunktet for alle tilbud er, at de består af et tværfagligt team, og at personalet har forskellige efteruddannelser. I Familiens hus er der f.eks. tilknyttet sundhedsplejersker og på f.eks. Familieværkstedet har alle efteruddannelser inden for behandlingsområdet.

Kommune 11

Sundhedsplejen: Småbørnssundhedsplejerskerne (FAM+)

Rusmiddelkonsulent: Uddannede misbrugsbehandlere, pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, læger (FAM+) psykiatri, jobcenter

Børn & Unge-enheden: Spædbarnsteam, socialrådgivere, regionen (FAM+) psykiatri, jobcenter

Kommune 12

Almindelige rusmiddelbehandler-kompetencer anvendes – herunder lægefaglig konsulent (overgår oftest til Familieambulatoriet), regionens psykiatriske kompetencer (sjældnere) og rusmiddelbehandler-siden varetages opgaven overvejende af 1-2 medarbejdere med erfaring og viden på området. Hele eller dele af behandlerpersonalet deltager i de faglige konferencer/undervisningsdage, som Familieambulatoriet står for. FAM deltager med børnefaglige kompetencer, hvor der er andre børn i familien. RCV understøtter urinprøvetests for/i samarbejde med FAM, hvor dette ønskes. Desuden er egen læge ofte involveret i samarbejdet.

Kommune 13

I indsatsen indgår faglighed om Rusmiddelbehandling, viden om sociale støttebehov, svangerskabsbehandling, familiebehandling og psykiatrisk behandling.

Kommune 14

- Graviditetsbesøg ved behov fra sundhedsplejersken
- Familiebehandler og/eller konsulent har mulighed for at blive tilknyttet, hvis man vurderer der er behov for dette.
- Såfremt ressourcerne ikke kan findes i eget regi købes dette eksternt.
- Der er samarbejde med Familieambulatoriet på OUH, i det omfang det giver mening for sagen.
-

Det er vigtigt at der inddrages aktører med høj grad af specialist viden og at samarbejdet koordineres og der følges op.

Det kan være vigtigt for den gravide, at der en gennemgående kontaktperson der ledsager til undersøgelser og er behjælpelig med at få stillet spørgsmål og om nødvendigt søger for transport og lign.

Kommune 15

Jordemoderfaglige, sundhedsplejerskefaglige, lægefaglige, psykologfaglige, familiekonsulentfaglige kompetencer.

Kommune 16

I Rusmiddelcenteret varetages opgaven af socialfaglig rusmiddelbehandler, sygeplejerske og ved behov speciallægekonsulent.

Kommune 17

Både socialfaglige og sundhedsfaglige kompetencer inden for rusmiddelbehandling. I de sundhedsfaglige kompetencer indgår også lægefaglige kompetencer inden for rusmiddelbehandling.

Er borgeren dobbeltdiagnosticeret vil der også skulle indgå psykiatrisk kompetencer, familieambulatoriet samt egen læge.

Kommune 18

Sundhedsplejen spiller en væsentlig rolle i forhold til graviditetsindsatsen for særligt sårbare og dermed også gravide med rusmiddelproblematikker (dog har vi ekstremt få af sidstnævnte, hvor der er tale om aktiv misbrug).

Ud over at der er tale om sundhedsplejersker med mange års erfaring indenfor området er de alle efteruddannet som spæd- og småbørnskonsulenter, MarteMeo terapeuter samt nogle af dem COS-P uddannet. Alle er ADBB certificeret. Vi bruger professionel supervision i de konkrete sager ved særlig uddannet psykolog.

Spørgsmål 1.3

Koordination og samarbejde om indsatsen (tværfagligt, tværsektorielt og eventuelt også tværs af regioner)

Hjælpe spørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:

- *Samarbejder kommunen med eksterne samarbejdspartnere om målgruppen (fx formelle organiseringer, samarbejdsaftaler med eksterne, kompetenceløft af medarbejdere e.l.)?
Beskriv gerne samarbejdet, herunder hvornår samarbejder man og med hvem, hvor ofte og hvad får man ud af det?*
- *Hvordan koordinerer kommunen indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug med regionen, familieambulatorierne og andre relevante tilbud?*
- *Hvem koordinerer kommunen med?*

Kommune 1

Der koordineres fra behandlingsafdelingernes side tæt med Familieafdelingen ifht. hvem der gør hvad i en given sag. Her er der en skriftlig samarbejdsaftale. Således bliver det op til Familieafdelingen at koordinere og fastslå, hvad der er behov jf. deres faglige kompetencer indenfor Familiebehandling. Borgeren får dermed det ud af det, at der sikres relevant faglig fokus på alle aspekterne i en graviditet med samtidig misbrug.

I vores sager har den konkrete koordinering med Familieambulatoriet foregået således, at borgeren har bestemt hvem de har ønsket med til samtalerne og hvem der hovedsageligt skal være direkte samarbejdspartner til Familieambulatoriet. Det er som regel den person, som borgeren har bedst relation til, så nogle gange er det en fra Familieafdelingen der er primær samarbejdspartner til Familieambulatoriet, andre gange har det været Rusmiddelbehandler.

Kommune 2

Der er tæt samarbejde med Familieambulatoriet og Fam. + på OUH. Derudover er kommunen repræsenteret i arbejdsgruppen for sårbare gravide.

Kommune 3

Kommune 4

Kommunen koordinerer med ovennævnte aktører.

En sag igangsættes ofte ved underretning til familierådgivningen fra praktiserende læge, jordemoder eller sundhedsplejerske. Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide – en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner.

Kommune 5

I Region Syddanmark og dermed også for gravide med misbrug i Aabenraa Kommune anvendes dels **Familiesamrådsmøder**, hvor der sker koordination og opfølgning mellem professionelle (regionale aktører: Familieambulatoriet Plus, Gynækologisk Obstetrisk afd., Børneafdelingen, Psykiatrien, evt. Smertebehandlingscenter; kommunale aktører: familieafdelingen, rusmiddelcenter, sundhedsplejen, PPR og evt. socialpsykiatrien), dels **Netværksmøder** – med de samme professionelle men med familien, her træffes beslutninger om, hvad der skal ske og det koordineres. Der sker på den måde koordination med alle relevante parter.

Kommune 6

Kommunen arbejder efter "Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark".

Kommunen har et tæt samarbejde med Familieambulatoriet på OUH i Odense. Der samarbejdes omkring alle sårbare gravide, herunder gravide med rusmiddelforbrug.

Hvis Familieambulatoriet bliver bekendt med, at en gravid har et rusmiddelforbrug, gives der besked til Sundhedsplejen (med samtykke) og der underrettes til kommunen. Derudover henvises der til rusmiddelbehandling, hvis kvinden ikke allerede er tilknyttet der.

Hvis den kommunale alkohol- eller stofbehandling bliver bekendt med, at en af deres borgere er gravide, sørger de for henvisning til Familieambulatoriet. Er det tidligt i graviditeten, vil det i første omgang oftest være med henblik på en afklarende samtale ift. om graviditeten skal gennemføres.

Det tværsektorielle samarbejde omkring sårbare gravide, herunder gravide med skadeligt rusmiddelforbrug, er organiseret under FAMKO. Her arbejdes der med at styrke den relationelle kapacitet på tværs af familieambulatorie og kommune. Jordemødre, socialrådgiver og psykologer fra OUH mødes med kommunale sundhedsplejersker, familiebehandlere, socialrådgivere, rusmiddelbehandlere m.fl. til fælles kompetenceudvikling, temadage, netværksmøder mm. med henblik på at styrke det gensidige kendskab samt udvikle samarbejdet.

Ift. den enkelte gravide koordineres der med relevante faggrupper: Sundhedspleje, praktiserende læge, psykiatri, rusmiddelbehandling, Familieambulatorie, Familieafdelingen, beskæftigelsesafdelingen, uddannelsesinstitutioner og hvad der ellers er relevant for den enkelte gravide.

Kommune 7

Kommunen har en fælles rusmiddelstrategi. Der arbejdes ud fra overordnede principper indenfor Sundhedsfremme, forebyggelse, tidlig opsporing og behandling.

I forhold til gravide med forbrug af rusmidler inddrages alle relevante samarbejdspartnere.

Kommunen har en aktiv samarbejdsaftale omkring borgere i Rusmiddelbehandling. Aftalen er gældende mellem Familieafdelingen, Voksenstøtte, Unge afdelingen og Rusmiddelteamet.

Ligeledes benyttes kommunens tværfaglige samarbejdsmodel, som bidrager til overblik og systematik i samarbejdet internt og på tværs i kommunen.

Der samarbejdes med Familieambulatoriet ud fra den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark, omkring gravide med risiko for brug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Der er et aktivt samarbejde mellem familieafdelingen og Rusmiddelteamet vedr. familier hvor en eller begge forældre har et problematisk forbrug af rusmidler, herunder også gravide borgere

Kommune 8

- Kommunen har en samarbejdsaftale med Region Syd ift. samarbejdet med familieambulatorierne på Sygehus Lillebælt og OUH
- Kommunens spædbarnskoncept er forankret i Familiehuset under ledelsen der som koordinerer selve indsatsen omkring familien. Dette sker ofte i samarbejde med familieafdelingens socialrådgiver

Kommune 9

Kommunen samarbejder med familieambulatoriet (jf. aftale med Region Syddanmark). Ingen samarbejdsaftale, kun vejledning ift. familieambulatoriet. Ved møder med familieambulatoriet deltager der altid en repræsentant fra Børn og Familie, som jf. vejledningen har myndighedsansvaret. Herudover deltager socialkonsulent fra Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug ad hoc, i de tilfælde hvor det vurderes relevant. På mødet koordineres indsatserne omkring den gravide og det ufødte barn. Herefter aftales det, hvordan den løbende opfølgning skal foretages, og der vil typisk afholdes tværmøder, hvor den gravide og netværket også deltager. Socialkonsulent fra Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug udfører opsøgende arbejde ifm. samtalerne og understøtter motivation for behandling og evt. fastholdelse. Hvis vedkommende ikke kan motiveres til misbrugsbehandling, vil Børn og Familie blive underrettet.

I de tilfælde hvor der er behov for at koordinere, mødes kommunen løbende med sygehus ift. den videre koordinering af indsats/forløb (eksempelvis abstinensobservation af nyfødt). Børn og Familie koordinerer med Familieambulatoriet/sygehuset.

Kommunen har ikke øvrige formelle eksterne samarbejdspartnere ift. indsatsen overfor målgruppen.

Kommune 10

Fundamentet for koordinationen og samarbejdet om indsatsen er "Samarbejdsaftale vedrørende gravide og sårbare, Region Syddanmark og de 22 kommuner".

Kommunen og Familieambulatoriet Plus har i efteråret 2022 med afsæt i den regionale aftale udarbejdet en lokal samarbejdsaftale om samarbejdet om målgruppen for Familieambulatoriet Plus.

Samarbejdsaftalen er vedhæftet denne besvarelse til orientering. Samarbejdsaftalen beskriver 4 faser i koordineringen og samarbejdet om målgruppen. Udgangspunktet for aftalen er, at samarbejdet om målgruppen skal foregå hurtigt – og der er et taskforce spor, der sikrer at samarbejdet og sagsbehandlingen sker hurtigt, smidigt og prioriteres af alle fagpersoner.

Derudover er der et mødeforum med repræsentanter fra Familieambulatoriet Plus og kommunale repræsentanter fra Familie-, misbrugs og det socialområde (både myndighed og tilbud), der mødes to gange halvårligt. Dette mødeforum skal sikre et vedvarende tværsektorielt samarbejde og en fælles opmærksomhed på målgruppen.

Kommune 11

- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide

Kommune 12

Jeg er ikke bekendt med samarbejde tværregionalt eller tværkommunalt. Helt generelt vil jeg bemærke, at alle samarbejdspartnere ”rykker sammen”, når de håndterer gravide misbrugere, da der her er særligt meget på spil. Fx løsnes eller nedbrydes kassetænkningen – hvem skal betale for fx døgnbehandling. Se iverigt ovenfor.

Kommune 13

Indsatsen overfor de sårbare gravide med skadelige rusmiddelforbrug koordineres og udføres i rammen af Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i kommunen. Familieambulatoriet varetager den overordnede koordinering ved et forløb med sårbar gravid med skadeligt rusmiddelforbrug. Den overordnede koordinering foregår ved at tilrettelægge at alle relevante aktører i den konkrete og individuelle sag er inddraget i forløbet, og at de rette indsatser er tilrettelagt i et sammenhængende forløb for den gravide.

Som besvaret under spørgsmål 1.1 så mødes repræsentanterne til familierådsmøder ca. hver 2. måned på familieambulatoriet Aabenraa. Der er på møderne dagsordensat sager med de sårbare gravid/forældre som er tilknyttet familieambulatoriet. Som oftest er de sårbare gravide også tilknyttet i det kommunale regi. Hvis ikke den gravide allerede er tilknyttet kommunal indsats, bliver de sårbare gravide visiteret til rette instans i kommunen, f.eks. Rusmiddelcentret eller familieafdelingen.

Som også beskrevet under spørgsmål 1.1 visiteres de Gravide af egen læge til familieambulatoriet. Den instans som først får viden om den gravide sikre at egen læge involveres, således en visitation til familieambulatoriet kan iværksættes. Sager med sårbare gravide kan også drøftes på familierådsmøderne forud for visitation.

Familien eller den gravide får en tæt opfølgning i familieambulatoriet, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, læge og sygeplejerske. De gravide får oftere samtaler og mere støtte end andre. Endvidere afholdes der familierådsmøderne, hvor vi kan sætte yderligere støtte på, hvis det er nødvendigt. F.eks. hvis de skal have støtte via familieafdelingen efter fødslen. Endvidere vil Sundhedsplejen også have fokus på familien, når de kommer hjem.

Kommune 14

- Socialrådgiver deltager ved møder i familieambulatoriet, hvis den gravide er tilknyttet et forløb der, hvilket ofte er tilfældet
- Hvis det vurderes nødvendigt, samarbejdes der ligeledes med rusmiddelcentret, dette har der dog ikke været grundlag for endnu.

Kommune 15

Kommunes Misbrugs forum og Alkohol Team mødes 1 gang i kvartalet. Består af misbrugsbehandlere fra kommune 1, socialrådgivere fra Job og Voksen og fra Børn-Unge afdelingen, sundhedskoordinator, SSP konsulent og sundhedsplejen. En gang om året udarbejdes der et årshjul og de forebyggende opgaver fordeles.

Desuden er der møder i Ad Hoc gruppen for sårbare gravide OUH. Det er socialrådgiver fra Børn- Unge afdelingen som koordinerer sagerne med Familieambulatoriet OUH.

Kommune 16

Rusmiddelcenteret tager altid initiativ til samarbejde med Familieafdeling og Svangre Ambulatorie, når vi bliver bekendt med en gravid med en aktuell rusmiddelproblematik. Ved behov, tages ligeledes initiativ til samarbejde med fx Lokalpsykiatri og evt. Egen Læge. Der etableres et samarbejde ved indskrivning af borgeren i Rusmiddelcenteret eller umiddelbart derefter.

Kommune 17

Kommunen samarbejder med familieambulatoriet og de er tovholder på hele forløbet og relevante samarbejdspartnere inddrages.

Kommune 18

Vi har en samarbejdsaftale med Center For Misbrug i kommune 10.

Der er udarbejdet samarbejdsaftale mellem det specialiserede børneområde og familieambulatoriet i kommune 10/jordemødre/læger og sygeplejersker der er tilknyttet ambulatoriet. Indsatserne koordineres og aftales gennem fælles handleplan.

Socialstyrelsen er derudover interesseret i, at kommunerne beskriver:

Spørgsmål 1.4

Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende er der etableret i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?

Kommune 1

Der er ikke med vores vidende en samarbejdsaftale på regionalt niveau lige præcis i forhold til gravide med rusmiddelmisbrug. Men der er en samarbejdsaftale mellem psykiatrien og kommunerne i region Syddanmark om samarbejde ift. borgere med samtidigt misbrug og psykisk lidelse der beskriver roller og forventninger til hinanden i samarbejdet.

Kommune 2

Babyteamet er tværfagligt sammensat på tværs af afdelingerne i Børn- & Familieforvaltningen. Derudover har de en tværfaglig leder.

Kommune 3

Samarbejde med familieafdelingen i kommunen

Kommune 4

Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide – en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner

Kommune 5

- Samarbejdsaftale vedr. sårbare gravide.
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Kommune 6

”Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark”

Kommune 7

Der samarbejdes med familieambulatoriet ud fra den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Kommune 8

Der er et formaliseret samarbejde mellem familieambulatoriet og kommunen via en samarbejdsaftale.

Kommune 9

Den eneste formelle organisering der er etableret i forhold til indsatsen til målgruppen, er samarbejdet med familieambulatoriet (regionalt niveau).

Kommune 10

”Samarbejdsaftale vedrørende gravide og sårbare, Region Syddanmark og de 22 kommuner”.

Kommune 11

Se ovenstående spørgsmål.

Kommune 12

Der er udarbejdet regionale samarbejdsaftaler mellem Region, kommuner og praktiserende læger se vedhæftet notat fra 2018. Af notatet fremgår samarbejdsmodellen – se side 18.

Kommune 13

Den formelle organisation, som kommunen regulerer indsatsen omkring er Samarbejdsaftalen mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i Kommune 13 Kommune. Denne organisering er etableret i forhold til indsatsen på regionalt niveau.

Kommune 14

Dette er et internt initiativ, som er opstået i forhold til, at være bedre koordinerende i forhold til de sårbare gravide, for at kunne sætte den rette hjælp og støtte ind i forbindelse med deres graviditet og også efter fødslerne.

Der er samarbejdsaftale med kommuner og Region, omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus Region Syddanmark.

Kommune 15

Se svar 1.3

Kommune 16

Indsæt svar her

Kommune 17

Der er ikke indgået nogen skriftlig samarbejdsaftale mellem Kommune 17 og Rusmiddelcentret. Der foreligger en lokal instruks for Rusmiddelcentret, hvori der står beskrevet, at vi skal kontakte Familieambulatoriet, såfremt vi har en gravid kvinde i behandling.

Kommune 18

Vi er ikke bekendt med nogle samarbejdsaftaler.

På det specialiserede børneområder findes der samarbejdsaftale med familieambulatoriet.

Spørgsmål 1.5

Hvordan kommunerne eventuelt har arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatser til målgruppen?

Kommune 1

Der har været deltagelse på temadage om emnet.

Kommune 2

Gruppen får supervision og kommer tit på kurser inden misbrug og stoffer samt andre relevante emner.

Kommune 3

Intet

Kommune 4

Vi har haft en fælles temadag arrangeret af familieambulatoriet på Kolding Sygehus. Rusmiddelbehandlingen og familieambulatoriet har jævnligt temamøder

Kommune 5

Kompetencer til at arbejde med gravide med misbrug er en del af basiskompetencerne ved sundhedsplejerskerne og rusmiddelbehandlerne i Kommunen.

Kommune 6

Gennem FAMKO har alle medarbejdere, der arbejder med målgruppen gennemgået en 4 dages mentaliseringsuddannelse. Derudover løbende kompetenceudvikling med fokus på sårbare gravide generelt (traumer, psykiske lidelse, tilbud i civilsamfund mm.)

Familiebehandlerne i kommunen har via FAMKO udviklet egen metode til at arbejde med tilknytning. Metoden hedder Tidlig Tilknytning og kan anvendes fra midt i graviditeten til barnet er 2-3 måneder.

Kommune 7

I samarbejde med familieambulatoriet i Kolding, afholdes samarbejds møder med fokus på vidensdeling omkring målgruppen I samarbejde med familieambulatoriet i Kolding, afholdes samarbejds møder med fokus på vidensdeling omkring målgruppen

Kommune 8

Spædbarnskonceptets personale har i samarbejde med Toftemosegaard, udviklet personalets faglighed ved at få undervisning og supervision i et modificeret tilknytningsinterview og forældre interview om barnet i maven.

Spædbarnskonceptets personale er undervist i ADBB som er en scoringsmetode der anvendes i til score spædbarnets sociale kompetencer.

Spædbarnskonceptets Familiekonsulenter har endvidere modtaget undervisning i mentaliserings baseret familiebehandling og traumer samt sekundær traumatisering.

Kommune 9

Jf. punkt 1.2.

Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug har medarbejdere som har gennemført kurser og uddannelser indenfor eksempelvis ACT (Assertive Community Treatment), den motiverende samtale, mentalisering, familieorienteret misbrugsbehandling, rusmiddelbehandling og diverse relevante metoder indenfor misbrugsbehandling.

Kommune 10

Der er ikke arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse af fagprofessionelle om arbejdet med målgruppen, da der ikke har været et specifikt behov, der har givet anledning til dette. Der sker kontinuerligt vidensdeling/kompetenceløft mellem Familierådgivningen og Center for Misbrug og Udsatte.

I kommunen arbejdes der derimod på et generelt løft af viden om Familieambulatoriet Plus, den regionale og den lokale samarbejdsaftale. Dette videns løft skal sikre, at alle gravide i målgruppen tilbydes den tværsektorielle indsats, herunder at der er en øget opmærksomhed blandt de fagprofessionelle på at opspore gravide i målgruppen.

Kommune 11

Ja, j.fr. ovenstående samarbejdsaftaler med Region, praktiserende læger og ovenfor nævnte faggrupper. Vi deltager i relevante temadage og netværksgrupper, med henblik på fortsat læring og erfaringsudveksling.

Kommune 12

Enkelte medarbejdere er dedikeret opgaven med gravide misbrugende og har opnået specialviden på området. Der er en bredere deltagelse i FAM's årlige temadage med fagligt indhold.

Kommune 13

I Kommune 13 Kommune anvendes de nationale udbudte kurser/temadage mhp. kompetenceløft til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatsen til målgruppen. Repræsentanterne i samarbejdsgruppen er desuden faste repræsentanter, for at sikre højst mulig kompetence niveau i samarbejdet.

Kommune 14

De kompetencer der forefindes i teamet, er kompetencer som medarbejdere og ledere allerede har været i besiddelse af og det opleves, at det brede spænd af kompetencerne supplerer hinanden godt.

I Misbrugscenteret deltager personalet i temadag om emnet, når der udbydes sådanne. Det samme gør sig gældende for teamet omkring sårbare gravidteams.

Kommune 15

Ingen specifik uddannelse til denne målgruppe, men flere uddannelser til fagpersoner som arbejder med særligt udsatte/ sårbare børn/ familier generelt.

Kommune 16

Intet svar her

Kommune 17

Hvis vi får en gravid med misbrug, vil vi søge viden hos Familieambulatoriet på OUH.

Kommune 18

Intet svar her.

Spørgeskema

Tema 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller

Formålet med at kommunerne udarbejder forslag til fremadrettede indsatsmodeller for målgruppen er at kvalificere den faglige dialog om koordinationen og udbuddet af højt specialiserede indsatser til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug. Socialstyrelsen ønsker, at kommunernes forslag kan bidrage yderligere til den faglige dialog om tilrettelæggelsen af døgnbehandlingsindsatser til målgruppen. Socialstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i deres forslag besvarer følgende spørgsmål:

Spørgsmål 2.1

Hvordan vil kommunerne fremadrettet fagligt tilrettelægge helhedsorienterede, koordinerede og højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?

Hjælpe spørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:

- Vil kommunen indgå formelle samarbejdsaftaler?
- Vil kommuner etablere formelle samarbejdsfora?
- Hvis ikke, hvorfor ikke?

Kommune 1

Det kunne være relevant med mere formaliserede rammer og aftaler med mulige døgnbehandlingssteder, hvor der er særlig fokus på gravide, samt særlig fokus på lovens mulighed for tvangstilbageholdelse. Måske også en egentlig planlagt specialisering blandt nogle ganske få døgnbehandlingstilbud (2-3 tilbud) med tilhørende aftalte standardvilkår/-kontrakter.

Samarbejdsfora skal etableres på et fælleskommunalt/regionalt niveau. Det giver absolut ikke mening, at hver enkelt kommune etablerer fora med samarbejdspartnere. Der er ingen gravide i Kommune 1 der til dato har takket ja til eller ønsket døgnbehandling i forbindelse med graviditet. Og der er absolut intet ønske blandt borgerne om at indgå aftale om tvangstilbageholdelse.

Der kunne etableres ERFA netværk mellem enkelte specialiserede døgnbehandlingstilbud og kommunerne, hvilket ville være givtigt for samarbejdet mellem kommune og døgnbehandlingstilbud og ift. at kunne motivere gravide til døgnbehandling. Kommunernes krav, forventninger og ønsker til døgnbehandlingstilbuddene kunne her drøftes for at opnå stærke faglige tilbud båret en fælles tilgang til borgerne.

Kommune 2

Vi er tilfredse med Babyteam organiseringen. Vi vil styrke den i fremtiden ved at implementere den som en fast del af BF afdelingen.

Kommune 3

Det nuværende samarbejde fungerer tilfredsstillende, det vil dog være vigtigt at etablere en mere formel aftale.

Kommune 4

Vi ønsker at indgå en formel samarbejdsaftale med en døgnbehandlingsinstitution, som kan varetage opgaven med at behandle gravide også under tvangsparagrafferne evt. i et samarbejde med flere kommuner i næ området. Meget gerne understøttet af Socialtilsynet.

Kommune 5

Kommunen har allerede indgået en formel samarbejdsaftale, jf. svar på spørgsmål 1.4, og indgår allerede i et formelt samarbejdsforum, jf. svar på spørgsmål 1.3. Oplevelsen er, at samarbejdsaftalen er velimplementeret, og at samarbejdsforummet er meget velfungerende. Derfor ønsker vi ikke at indgå nye aftaler eller etablere nye fora.

Noget af det, der fungerer rigtigt godt i samarbejdet er, at man giver hinanden besked ved udeblivelser fra aftaler med en instans, så alle instanser kan bakke op og understøtte den gravide/familien i at overholde indgåede aftaler.

Et andet eksempel på, at samarbejdet fungerer godt, er at man deler oplysninger, fx at hvis gynækologisk-obstetrisk afdeling har anbefalet at undlade amning pga. anvendelse af visse psykofarmaka, så ved sundhedsplejen dette, og kan understøtte moderen i at det er godt at give flaske, fremfor at sige, at amning er det bedste.

Kommune 6

Vi indgår i de formelle samarbejdsaftaler, vi finder relevante, og indgår i relevante samarbejder.

Kommune 7

Vi vil i den fremadrettede indsats læne os op ad den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko for brug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Ligeledes benyttes kommunens interne samarbejdsaftale omkring borgere i Rusmiddelbehandling, samt den tværfaglige samarbejdsmodel, som sikrer overblik og systematik i samarbejdet internt og på tværs i kommunen.

Indsats justeres løbende i forhold til ny viden og praksis omkring målgruppen

Kommune 8

Kommunen har ikke så stor erfaring i udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug men vi har erfaring i at indgå i formelle samarbejdsaftaler og dermed også etablerer formelle samarbejdsfora når det er relevant.

Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9

I kommunen er der på nuværende tidspunkt ikke udarbejdet intern samarbejdsaftale i forhold til indsatsen overfor målgruppen.

Kommunen vil eksempelvis have fokus på hvordan en helhedsorienteret og koordineret indsats ift. målgruppen kan styrkes. Der vil internt i kommunen blive arbejdet på, at etablere et fast mødefora, hvor indsatsen ift. målgruppen drøftes, herunder drøftelse af enkeltsager. Dette med henblik på, i højere grad at kunne levere en samlet tværfaglig og koordineret indsats – ensartethed ift. indsatsen overfor målgruppen. Der vil i den forbindelse blive udarbejdet et kommissorium for mødeforaets arbejde, herunder beskrivelse af hvilke opgaver foraet skal varetage.

Herudover vil kommunen have styrket fokus på tidlig opsporing, herunder undervisning af medarbejdere. Eventuelt få udvalgt nogle ambassadører, som har særlige kompetencer ift. at kunne se alle signaler og tegn på misbrug og turde, at italesætte dette. Herudover vil kommunen arbejde med muligheden for opsøgende besøg og vedholdende ift. at hjælpe borgere med misbrugsproblematikker, herunder samtaler mhp. at undgå graviditet. Herudover kunne der evt. være potentiale i, at etablere en udekørende funktion (et fora eller én medarbejder der er ansat til det), som kan forestå vejledning i hjemmet. Fokus på fælles forpligtelse for indsatsen, som skal minimere borgernes misbrug under graviditeten.

Der kunne desuden være potentiale i større samarbejde på tværs af kommuner, herunder etablering af et fælles specialiseret tilbud.

Kommune 10

Kommunen har som ovenfor beskrevet netop haft en længere proces om samarbejdet om målgruppen, hvor der er udarbejdet en lokal samarbejdsaftale for målgruppen for Familieambulatoriet Plus. Aftalen skal nu implementeres, og den vil løbende blive evalueret og justeret.

Kommune 11

I kommunen tilbydes de gravide altid individuelle og målrettede indsatser, herunder døgnbehandling ved behov.

Kommune 12

Der findes formelle aftaler mellem region og kommuner mv

Kommune 13

I Kommune 13 indsats til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug vil den faglige og helhedsorienteret indsats fortsat blive varetaget i rammen af samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.

Kommunen har ikke planer om at indgå i et aftalebundet samarbejde med en døgnbehandlingsindsats, idet der ved inddragelse af døgnbehandlingsindsats på Rusmiddelområdet er brug for en konkret og individuelle vurdering af, hvilken døgnbehandlingsindsats der bedst kan understøtte den gravide ift. stoffrihed. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens udfald. I Danmark kan vi indgå aftale med den gravide om tilbageholdelse i behandlingen, men hvis den gravide vælger at ophæve sit samtykke hertil, så kan den gravide ikke fastholdes i behandlingen. Det er derfor afgørende at den gravide visiteres til et døgnbehandlingstilbud, som ikke alene har relevante faglige kompetencer (Rusmiddelbehandling og faglig viden ift. svangerskab), men at der også er et match ift. den gravides subjektive oplevelse omkring tryk og konkrete støttebehov.

Kommune 14

For nuværende fungerer teamet omkring de sårbare gravide godt. Der evalueres løbende på ordningen og hvis det vurderes, at der enten mangler kompetencer i forhold til at arbejde videre med teamet, vil dette blive drøftet og man vil se om de kompetencer der efterspørges findes i huset.

På sigt påtænkes det at etablere et job og familiehus i kommunen, med baggrund i en videreudvikling af erfaringerne fra projekt FAMKO og projekt Job & Familie

Formålet med Job og Familiehuset vil være:

1. den tidlige opsporing af målgruppen gravide og småbørnsforældre i sårbare positioner (FAMKO Kommune 14) og derigennem understøtte det "åbne vindue" for forandring, som mange kommende og nybagte forældre har.
2. en tidlig udredning gennem et tværfagligt helhedsorienteret visitationssystem til målgruppen. Det tværfaglige visitationssystem tilbyder et indsatsforløb, der er målrettet den enkelte gravide eller småbørnsforældres behov. Det tværfaglige visitationssystem sikrer én indgang og én kontaktperson.
3. et tidligt fokus på uddannelse og beskæftigelse som rehabiliterende indsats for familierne.

Det bemærkes, at kommune parallelt med denne ansøgning fremsender ansøgning til Socialstyrelsens pulje for etablering af frivillighedscentre. Det er hensigten, at de to initiativer i et vist omfang kommer til at spille sammen.

Kommune 15

Vi har pt ingen erfaring på området, idet vi ikke har haft gravide med skadelige rusmiddelforbrug.

Såfremt dette skulle opstå, vil vi indgå et samarbejde med Alkoholbehandling i kommune 1 (idet vi har det forpligtende samarbejder med dem).

Kommune 16

Intet svar her

Kommune 17

Der er som tidligere angivet historisk meget få gravide misbrugere, hvorfor det at indgå formelle samarbejdsaftaler kan koste mere tid, hvorfor vi som udgangspunkt ikke påtænker formelle aftaler. Men vi vil i en konkret situation altid tage kontakt til relevante samarbejdspartnere. Der er ingen modvilje mod formelle samarbejdsaftaler, og bliver det centralt eller kommer der henvendelser fra samarbejdspartnere med ønske om en samtale, vil de formentlig kunne indgås – dog under forudsætning af indhold og krav i den foreslåede aftale.

Kommune 18

I Kommune 18 vægter vi en dynamisk tilbudsvifte, med mulighed for individuelle tilrettede forløb og indhold. Vi har besluttet et genbesøg af de interne samarbejdsaftaler forvaltningerne i mellem og samtidig vores ambulante misbrugstilbud i kommune 10.

Hvordan vil kommunerne fremadrettet koordinere og samarbejde inden for, på tværs af og med regionerne om højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?

Kommune 1

Se ovenfor. Den grundlæggende udfordring er, at gravide med et rusmiddelbrug ikke opfatter tilbuddet om døgnbehandling som attraktivt eller nødvendigt. De ønsker det ganske simpelt ikke, hvilket måske hænger sammen med, at det kan opfattes som ufrit og også uigennemsigtigt ift. den ramme man skal være en del af på et døgnbehandlingssted.

Kommune 2

Som i dag

Kommune 3

Intet

Kommune 4

Intet

Kommune 5

Som hidtil i regi af familierådsmøder og netværksmøder.

Vi vil fortsat inddrage døgnbehandlingsindsatser på Familiehuset, når det er relevant.

Muligt forslag til nyt højt specialiseret indsats, der ville kræve ny lovgivning: Tvangsindlæggelse af misbrugende vordende mødre mhp afrusning og fuldførelse af graviditet uden misbrug, som i Norge og Sverige.

Kommune 6

Vi har ikke aktuelt planer om at gøre mere, end vi allerede gør.

Vi har dog ca. hvert 2.-3. år en gravid, hvor der er behov for mere end det, vi enten selv kan tilbyde eller tilkøbe eksternt. Der kan opstå dilemmaer, hvor psykiatrien ikke vil tage en misbrugende gravid, og misbrugsbehandlingen har svært ved at rumme en gravid med svære psykiatriske udfordringer. Det vil være disse gravide, hvor der er behov for et særligt tilbud, og hvor tvang kan overvejes. Til denne målgruppe af gravide kunne der være behov for et nationalt tilbud til de allermest udsatte gravide i form af helhedsorienteret døgnbehandling. Der vil være tale om meget langvarige forløb (minimum 6 til 12 mdr.), som involverer en helhedsorienteret indsats, der tager hånd om alle de udfordringer, kvinden har (evt. sammen med partner og andre børn, hvis relevant): Bolig, økonomi, netværk, misbrug, diagnoser, uddannelse mm.

Kommune 7

Der vil fortsat fremadrettet være fokus på viden og erfaringsdeling omkring denne målgruppe, mellem særligt familieambulatoriet, familieafdelingen, voksenmyndighed og Rusmiddelteamet.

Opdatering af viden om døgnbehandling til målgruppen. I kommunen er antallet af gravide med skadeligt brug af rusmidler lavt. Inden iværksættelse af et døgnbehandlingstilbud til en gravid, kan det derfor være relevant at søge information i andre kommuner, som oftere iværksætter døgnbehandlingsindsatser til gravide

Internt i kommunen opdateres samarbejde, videndeling og erfaringsudveksling på området løbende. Dette sker eks. via tværfaglige fora, med deltagelse af eks. familieafdeling, rusmiddelteam, unge afdelingen og voksen støtte afdelingen, SSP, praktiserende læger

Kommune 8

Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9

Der vurderes behov for mere koordineret samarbejdet udenfor kommunen.

Forud herfor kan det imidlertid være hensigtsmæssigt, at nedsætte en arbejdsgruppe internt i kommunen, som forholder sig til arbejdsgangen ifm. indsatser overfor forældre i udsatte positioner, herunder gravide med misbrugsproblematikker. Herigennem er hensigten, at få formaliseret samarbejdet internt i kommunen omkring forældre i udsatte positioner.

Efterfølgende kan arbejdsgruppen forholde sig hvilke områder det kan være relevant, at samarbejde med andre kommuner om. Endvidere skal kommunen fortsat have fokus på, at blive endnu bedre til opsporing af gravide med misbrugsproblemstillinger, hvilket er altafgørende for den rette indsats, herunder ophold på døgntilbud.

Kommune 10

Kommunen vurderer ikke, at et døgnophold vil kunne tilbyde mere end vi kan lokalt og matrikelløst. Det er erfaringen fra tidligere sager, at det ofte er vigtigt at den lokale gravide er lokalt, og at det kan være vanskeligt at fastholde den gravide i et døgntilbud.

Kommune 11

I Kommune 11 Kommune er vi altid optaget af at samarbejde helhedsorienteret og tværsektorielt omkring målgruppen.

Kommune 12

Der eksisterer et fint samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

Kommune 13

Som nævnt i besvarelse 2.1 vil kommunen fortsat og fremadrettet koordinere og samarbejde igennem allerede eksisterende samarbejdsaftale. (samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.)

Samarbejdet med døgnbehandlingstilbud vil fortsat foregå på baggrund af en individuel og konkret vurdering af den gravides støttebehov ift. både rusmiddelbehandling og døgntilbuddets muligheder for at understøtte svangerskabet.

Udbuddet af døgntilbud med ovennævnte specialiserede kompetencer kunne med fordel udvikles og kvalificeres, evt. igennem systematisk og struktureret evalueringer af forløb, som vi kender det fra sundhedsstyrelsens puljer omkring udvikling og kvalificering af indsatsen overfor dobbeltbelastede borgere (alkohol og psykiatri). Kommune 13 kommune har igennem flere år deltaget i samarbejdet omkring indsatsen dobbelt belastede borgere, hvor der konkret er samarbejdet med døgnbehandlingstilbuddet Ringgården. Puljen har styrket fagligheden og den koordineret indsats imellem ambulant og døgntilbud til gavn for borgerne.

Kommune 14

Se svar for 2.1

Kommune 15

Eftersom at kommunen ikke selv vil kunne løfte en sådan opgave, vil dette tilkøbes fra de omliggende kommuner, døgnbehandlingsindsatser.

Kommune 16

Intet svar her

Kommune 17

Jf ovenfor (2.2) omkring samarbejde med Familieambulatoriet. Derudover vil der blive samarbejdet på samme måde, som det sker ved øvrige udsatte borgere såvel inden for psykiatri, somatik og det specialiserede socialområde.

Kommune 18

Målgruppen er repræsentativt meget lav i Varde Kommune. Når vi har anvendt døgnbehandling til målgruppen, sker det i et samarbejde mellem Børn og Familieområdet og Voksenområdet Jf. SEL.

Udfordringen ved døgnbehandlingsstederne har ofte været at finde frem til tilbud med godkendt mulighed for tvangstilbageholdelse. Det er således vores erfaring og ønske med et specialiseret døgntilbud/ regionstilbud. Eventuelle samarbejdsaftaler ville være fremmende for samarbejdet og ikke mindst effektfulde indsatser.

Spørgsmål 2.3

Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende vil kommunerne etablere i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?

Kommune 1

Vi ser grundet den meget lille målgruppe pt. ikke et behov for på enkeltkommuneniveau at indgå egentlige samarbejdsaftaler eller organiseringer på regionalt eller nationalt niveau.

For kommuner i regionalt eller nationalt regi er det absolut relevant at indgå i en organisering, der kan professionalisere og styrke indsatsen fagligt i alle led, herunder ikke mindst på døgnbehandlingsstederne.

Kommune 2

Som i dag

Kommune 3

Kommune 4

Der bør indgås en lidt mere overordnet aftale, der binder døgnbehandlingstilbuddet sammen med regionens tilbud, ex omkring psykiatri.

Kommune 5

Ikke mere eller andet end de vi gør – man skal ikke ødelægge noget, der fungerer allerede.

Kommune 6

Vi indgår i de formelle samarbejdsaftaler, vi finder relevante

Kommune 7

På nuværende tidspunkt følges eksisterende aftaler og organisering

Kommune 8

Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9

At man nationalt kunne se nærmere på Norges politik og juridiske muligheder ift. gravide misbrugere, herunder specielt fosterets beskyttelse.

Norge er langt længere fremme ift. mulighed for at anbringe misbrugende gravide uden samtykke. Denne hjemmel vil kunne forebygge i langt højere grad, end lovgivningen i Danmark giver mulighed for i dag.

Kommune 10

Samarbejdsaftale og mødefora er etableret.

Kommune 11

Kommunen henviser til de samarbejdsaftaler der er indgået, men er altid villige til at indgå i dialog om, hvorvidt disse skal revideres eller ændres.

Kommune 12

Intet

Kommune 13

Som nævnt i besvarelsen under spørgsmål 2.1 og 2.2 vil kommunen fastholde og samarbejde i den allerede formaliserede organisering, samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.

Kommune 14

I 2016 – 2019 gennemførte Kommune 14 Kommune i samarbejde med A. P. Møllerfonden Job & Familie, der var et tværsektorielt projekt for de mest sårbare familier med komplekse problemstillinger. Projektets formål var at tilbyde familierne en helhedsorienteret udredning, handleplan og indsats på tværs af myndighedsområder. Familierne blev tilknyttet et familieteam bestående af en familiebehandler og myndighedsrådgivere fra henholdsvis børn og unge, beskæftigelse samt myndighed social. Familiebehandleren fungerede som kontaktperson for familien til de samarbejdspartnere, der var en del af familiens helhedsplan. Projektets dokumenterede effekt er blandt andet, at familierne profiterede af at de kun havde én kontaktperson og derved kun én indgang til i det kommunale system. Endvidere påviste projektet, at beskæftigelse er rehabiliterende for hele familien. Når forældrene oplever succes ift. deres beskæftigelse, falder indsatserne på familiens børn.

Hvis muligt kunne samarbejder som ovenstående også gøre sig gældende for FAMKO Kommune 14 også.

Kommune 15

Se svar for 2.2

Kommune 16

Intet svar her

Kommune 17

Jf. svar under 2.1 – som udgangspunkt vil der ikke blive indgået formelle aftaler, da der historisk ikke har været gravide misbrugere. Opstår der en konkret sag, vil samarbejdet blive etableret med de relevante samarbejdspartnere.

Kommune 18

Intet svar her.



Samarbejdsaftale

vedrørende sårbare gravide



Region Syddanmark og de 22 kommuner

19. december 2017



TITEL

Samarbejdsaftale vedrørende
sårbare gravide

UDGIVELSESDATO

Februar 2018

UDGIVET AF

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000



Indholdsfortegnelse

4	Formål med samarbejdsaftalen
4	Baggrund
4	Ramme
4	Værktøj
5	Målgruppen
7	Principper for samarbejdet
8	Lovgivning
8	Tavshedspligt og samtykke - Sundhedspersonale - Sundhedsloven
8	Anmodning om oplysning - Retssikkerhedsloven
8	Underretningspligt og udvidet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding - Serviceloven
8	Journalføringspligt - Journalføringsbekendtgørelsen
10	Tværasektorielt samarbejde og ansvarsfordeling
10	Den praktiserende læges ansvar og opgave
10	Sygehusets ansvar og opgave
11	Oversigt over graviditets-, barsel- og udskrivelsesforløb
12	Kommunernes ansvar og opgave
12	Fælles ansvar og opgaver på tværs
13	Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel
14	Implementering
15	Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter
16	Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer
17	Bilag 2: Høringsparter
18	Bilag 3: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
19	Bilag 4: Oversigt over gældende lovgivning på området
22	Bilag 5: Niveauinddeling i svangreomsorgen



Formål med samarbejdsaftalen

I sundhedslovens § 203-205 pålægges regioner og kommuner at koordinere indsatsen i forhold til børn og unge. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for samarbejdet med familien, hvor faglig og personlig forskellighed må anvendes konstruktivt i samarbejdet med og om familien. Det enkelte tilfælde definerer udgangspunktet og fokus for indsatsen.

Denne samarbejdsaftale sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og forebyggende indsatser for børn og unge, som møder de sårbare gravide (praktiserende læge, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit, Familieafdeling (myndighed) sundhedspleje og andre relevante aktører).

Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. Der arbejdes for en ensretning i hele Region Syddanmark, og en aftale, der kan fungere med respekt for de enkelte kommuner og fødesteders organisering.

Baggrund

I Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner, er det indskrevet, at: *“Der skal med inddragelse af socialfaglige kompetencer indgås en samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Herunder aftales fælles praksis omkring underretning og inddragelse af fødestedets personale i børnefaglige undersøgelser”¹.*

Der har ikke tidligere mellem de forskellige kommuner, samt mellem kommuner og fødesteder, eksisteret en aftale om, hvilke oplysninger en kommunal Familieafdeling (myndighed) kan anmode om fra fødestederne, og hvordan dette skal foregå. Ligeledes har der heller ikke tidligere fra fødestederne været enighed omkring, hvordan og i hvilket omfang, der skal udleveres oplysninger om mor og barn.

Der har fra kommunal side været eksempler på anmodninger om information, der ligger ud over sundhedspersonalets kompetencer og rammer (blandt andet anmodning om mor-barn observationer, herunder mors evne til tilknytning, vurdering af forældreevne og længere forløbsbeskriver). Fra fødestedernes side har der været eksempler på at overinformere og/eller at forsøge at udtale sig om forhold, hvor der ikke har været et reelt grundlag for udtalelsen på baggrund af meget kortvarig observation. De involverede parter har arbejdet efter bedste hensigter, men det har været udfordrende at koble krav og forventninger fra en part med realistiske og dækkende tilbagemeldinger fra en anden part. Derfor har en forventningsafstemning og ensretning på dette område været efterspurgt.

Arbejdsgruppen for nærværende samarbejdsaftale kan ses i bilag 1. Høringsparter kan ses i bilag 2.

Ramme

Samarbejdsaftalens ramme er Fødeplanen i Region Syddanmark af 2014, Barnets reform af 2011, Overgrebspakken af 2013, Servicelovens § 153, Vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen af 2010, Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fra 2011 samt Samarbejdsaftalen mellem kommuner, almen praksis, og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin af 2012 (bliver revideret i efteråret 2017).

Værktøj

Der er udarbejdet følgende værktøjer i forbindelse med samarbejdsaftalen:

1. Skabelon: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel (bilag 3)
2. Oversigt over gældende lovgivning på området (bilag 4)
3. Oversigt over graviditet-, barsel- og udskrivelsesforløb (side 11)

¹ Sundhedsaftalen for Region Syddanmark og de 22 kommuner (<https://www.rsyd.dk/wm277954>).



Målgruppen

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske/fysiske/somatiske som sociale og psykiske risikofaktorer. En beskrivelse af niveauinddelingen kan ses i bilag 5.

Denne samarbejdsaftale omhandler alle gravide - uanset niveau - hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning. I praksis vil det oftest være gravide fra niveau 3 og 4, men gravide fra niveau 1 og 2 må ikke overses.





Principper for samarbejdet

I Servicelovens § 46 og med Barnets Reform af 2011 ligger der en kommunal forpligtelse til at gøre en særlig indsats i forhold til gravide og familier, hvor der måtte være en bekymring omkring barnets trivsel. Det er kommunen, som har myndighedsforpligtelsen på området, og formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Samarbejdet med sundhedsvæsenet omkring graviditet, fødsel og barsel er et vigtigt element i den kommunale sagsbehandling. Samarbejdet skal foregå på tværs af det sundhedsfaglige og det socialfaglige felt. Det er et komplekst område, som stiller krav om høj faglighed, juridisk forståelse og et tæt samarbejde mellem de relevante aktører.

Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barnet skal være i centrum, og at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv. Derfor er tilgangen til undersøgelsen, at processen bør være lige så vigtig som resultatet. Det vil sige, at undersøgelsen skal betragtes som et stykke socialt arbejde i sig selv. Her arbejder man med, at familien så vidt muligt gennemløber en erkendelsesproces og får støtte til forandring af de problemer, der kan løses under selve processen². Inddragelsesbegrebet forstås ud fra et interaktivt perspektiv - og undersøgelsen skal så vidt det er muligt laves i samarbejde med forældrene/de vordende forældre.

Jf. bilag 4 (juridisk notat), er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bliver bekymret for et kommende barns trivsel. Dette gælder alle fagpersoner, gerne tidligt i et (graviditets)forløb, når der opstår kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Den lovmæssige ramme for udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse er op til 4 måneder. Inden der træffes afgørelse om foranstaltning/indsats skal der foreligge en socialfaglig handleplan.

Det er dog ikke i alle tilfælde, at graviditeten kendes tidligt. Derfor er det heller ikke muligt at sætte faste rammer for afholdelse af evt. netværksmøder eller for, hvornår i løbet af en graviditet en socialfaglig handleplan skal ligge klar, men det tilstræbes fra alle parter at samarbejde om at skabe en hurtig og grundig proces.

Sagsbehandler i Familieafdelingen (myndighed) har ansvaret for, at den konkrete handleplan bliver udformet og er klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels- og barselsafsnit samt sundhedsplejen om eventuel hensynstagen ved/ efter fødsel.

Modtager på fødestedet er ifølge loven forpligtiget til at journalføre denne viden, således at det tydeligt fremgår, hvorledes personalet i tilknytning til føde- og barselsafsnit skal forholde sig omkring familien.

Der kan af alle parter indkaldes til netværksmøder efter behov.



Lovgivning

Lovgivningen på områdes dækkes primært af:

- Sundhedsloven
- Retssikkerhedsloven
- Serviceloven
- Journalføringsbekendtgørelsen

Nedenstående er en kort sammenskrivning af den gældende lovgivning. Der henvises til bilag 4 for præcisering og uddybning.

Tavshedspligt og samtykke

- Sundhedspersonale - Sundhedsloven

Medarbejdere, der arbejder under sundhedsloven har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra patienten. Det er den enkelte afdeling, der indhenter samtykke til relevante samarbejdsparter, dette kan ske både i situationer med og uden underretning.

Videregivelse af information uden samtykke kan ske, når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Man skal dog stadig forsøge at opnå samtykke eller så vidt muligt orientere forældrene herom. Orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret samt deres reaktion herpå. Desuden bør det fremgå af journalen, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning samt med hvilket formål (se bilag 3).

Anmodning om oplysninger

- Retssikkerhedsloven

Familieafdelingen (myndigheden) kan forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder autoriserede sundhedspersoner, giver oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af sagen, herunder læge- og sygehusjournaler. Dette kan ske med eller uden samtykke for borgeren, jf. sundhedsloven og retssikkerhedsloven (se bilag 4 for uddybning).

Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding

- Serviceloven

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En underretning kan være en oplysning om bekymring fra en fagperson eller en privat borger. Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Der kan også underrettes anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. Hvis underretteren er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske, som har skærpet underretningspligt hvis de får **kendskab** til eller grund til at **antage**, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte.

Familieafdelingen (myndigheden) skal kvittere for underretningen inden for 6 dage, samt orientere om, hvorvidt der er iværksat undersøgelse/foranstaltning, og Familieafdelingen kan orientere om type af foranstaltning.

Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye, bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning ikke har ført til videre sagsbehandling i kommunen.

I tilfælde af, at der under forløbet er tvivl om, hvorvidt en underretning/børnefaglig undersøgelse er i proces, opfordres man til at kontakte den ansvarlige myndighed.

Journalføringspligt

- Journalføringsbekendtgørelsen

Patientjournalen skal indeholde optegnelser over, hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvilket formål, til hvem og i henhold til hvilken lovgivning (se bilag 3).

Der er ingen formkrav til en underretning fra fagprofessionelle, men i henhold til serviceloven og sundhedsloven anbefales det at:

- Underretningen er skriftlig
- Der underrettes digitalt ved udfyldelse af underretningsskabelon (eventuelt via den pågældende kommunes hjemmeside eller via sikker mail til kommunen)
- Underretteren er navngiven
- Der så vidt muligt indhentes samtykke fra forældrene, hvilket journalføres
- Forældrene får mulighed for at udtale sig i forbindelse med underretningen (dog ikke ved mistanke om overgreb)
- Den person, der foretager underretningen har orienteret forældre og eventuelt udleveret eller eftersendt en kopi af underretningen (forældrene skal ikke være enige i underretningen, men så vidt muligt orienteres inden underretningen sendes).

Det faglige indhold i underretningen bør inkludere følgende:

- Hvad er anledningen til underretningen
- "Hvad har jeg set og hørt" - beskriv hvad der er sagt, sket og observeret. Undlad at fortolke.
- Beskriv familiens situation
- Hvor længe har forholdet stået på
- Beskriv forældrenes reaktion på underretningen, såfremt de er orienteret



Tværasektorielt samarbejde og ansvarsfordeling

Den praktiserende læges ansvar og opgave

De fleste gravide henvender sig til praktiserende læge ved erkendt graviditet. For denne målgruppe kan der dog også være andre veje ind i svangreomsorgen, eksempelvis via kommunal behandlingsenhed. Praktiserende læge udarbejder svangrepapirer med grundig baggrundsinformation, såfremt patienten henvender sig og er indforstået. På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen. Svangrepapirerne sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5). Visitationen på sygehuset kan supplere og justere niveauinddelingen ved behov.

Praktiserende læger og ansatte i praksis er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes der, om der er baggrund for en underretning.

Sygehusets ansvar og opgave

Den gravide visiteres til forløb i svangreomsorgen blandt andet på baggrund af information i svangrepapirer. Antal konsultationer bestemmes i forhold til den gravides psykosociale og sundhedsmæssige baggrund.

Jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje om forventet fødsel. Jordemoder sender besked til den kommunale sundhedspleje så tidligt som muligt, gerne ved første jordmoderkontakt, hvis der er behov for besøg under graviditeten.

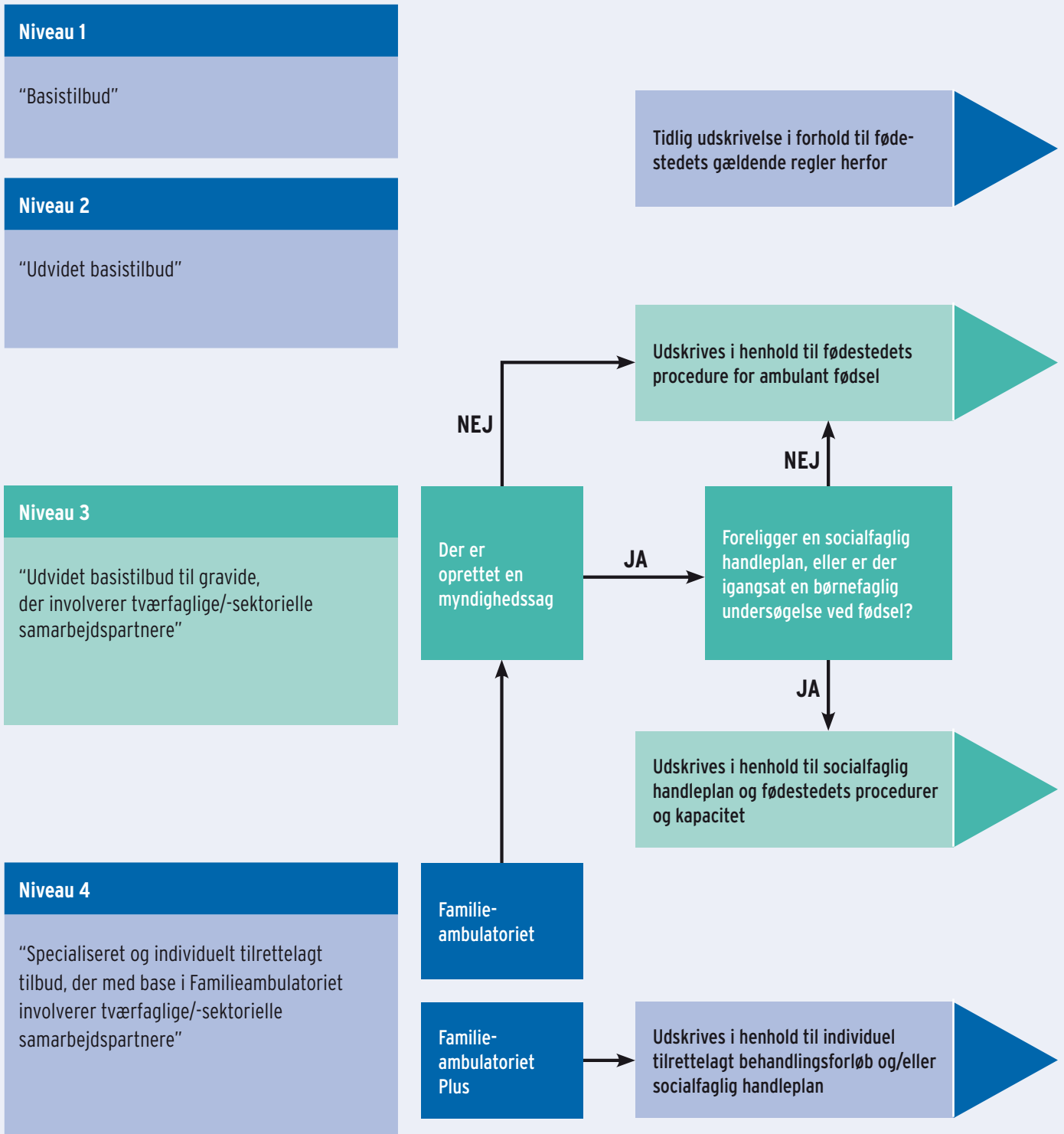
I Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder, at ca. halvdelen af de fødende udskrives indenfor 24 timer. Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme Familieafdelingens ønske om indlæggelse efter fødsel, og det sociale element indgår i den samlede faglige vurdering af behandlingen. Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene på baggrund af socialfaglige omstændigheder. Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.

Sundhedspersonalet er forpligtet til at samarbejde med socialrådgiver fra Familieafdelingen (myndighed) omkring både bidrag til børnefaglig undersøgelse og implementering af socialfaglig handleplan i det omfang, det er muligt i forhold til den sundhedsfaglige behandling af familien.

Alt fagpersonale, der møder den gravide kvinde/familien gennem forløbet, er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring for barnets trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb

Afhængig af niveauinddeling under graviditet og hvorvidt der er etableret tværsektorielt samarbejde følger en gravid/barslende nedenstående flow.





Kommunernes ansvar og opgave

Med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov oprettes der, på baggrund af Sundhedslovens § 123, en tværfaglig gruppe i kommunen.

Denne tværfaglige gruppe skal sikre, at det enkelte barns udvikling, sundhed og trivsel fremmes. Med deltagelse af sundhedspersonale sikres det, at indsatsen, ud over socialfaglig bistand, også inddrager sundhedsmæssige perspektiver i den samlede indsats.

Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe³. Som supplement eller erstatning herfor er det muligt at benytte § 11 i Serviceloven. Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante fagpersoner bidrager til, at udsatte og sårbare børn identificeres tidligt, og at rettidige indsatser iværksættes. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde⁴.

Sundhedsplejen

Sundhedsplejersken tilrettelægger sine sundhedsfremmende og forebyggende ydelser, så gravide og børn med særlige behov tilgodeses med ekstra besøg ved behov⁵. Herunder tilrettelægges indsatsen således, at den søger at udligne ulighed i sundhed.

Gravide med særlige behov vil oftest være i kontakt med sundhedsplejen allerede i graviditeten således, at der tidligt i forløbet kan ydes støtte og rådgivning. Hvis ikke der allerede er andre samarbejdspartnere omkring den gravide, vurderer sundhedsplejen, om der er et behov for et koordineret samarbejde med andre relevante fagpersoner og kontakter disse, så familien kan få yderligere hjælp og støtte.

Sundhedsplejersken er forpligtet til at underrette den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

Familieafdelingen (myndigheden)

Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Familieafdelingen skal som led i undersøgelsen inddrage fagfolk - uanset organisatorisk tilhørsforhold - som allerede har viden om barnets og familiens forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunen bliver opmærksom på, at et barn kan have behov for særlig støtte.

Familieafdelingen er forpligtet til at udarbejde en socialfaglig handleplan, der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen. I sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt hermedfølgende handleplan, kan familien tilbydes et forløb med indsats efter Servicelovens § 11.

Fælles ansvar og opgaver på tværs

Alle faggrupper er forpligtet til at samarbejde til gavn for barnet. Der opfordres til at søge fælles løsninger. Alle parter er forpligtet til at tage initiativ til yderligere kommunikation (pr. mail og telefon) ved behov, med henblik på at undgå misforståelser. Alle parter kan opfordre til tværfaglige netværksmøder ved behov. Det anbefales som udgangspunkt i videst muligt omfang at inddrage de vordende forældre i alle møder med respekt for det menneskesyn, som er grundlæggende for Barnets Reform.

³ Sundhedsloven § 123 "Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab."

⁴ Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, 2011.

⁵ Sundhedsloven § 122

Kommunikation

Når de syddanske kommuner sender en anmodning til et sygehus, anvendes sikker e-mail med anmodningen vedhæftet. Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med journalførte oplysninger.

Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale Familieafdeling (myndighed).

I det lokale samarbejde udveksles relevante kontaktinformationer eller i hvert patientforløb aftales det indledningsvist, hvilken kontaktform, der benyttes.

Der er flere indgange til kommunen, alt efter om der er tale om sundhedsplejen eller Familieafdelingen (myndigheden). Tilsvarende vil der være forskellige indgange til sygehusene, alt efter om der er tale om graviditet, fødsel eller barsel. Dette understreger vigtigheden af, at der i de enkelte forløb er let tilgængelige og tydelige kontaktinformationer på de involverede parter.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Kommunens familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse - det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

Formålet med skabelonen

Der er udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb. Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 3.

Der kan eksempelvis anmodes om:

- Besked ved fødsel
- Besked/invitation til udskrivelsesmøde
- Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
- Lægeerklæring

Kommunen skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om - med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/hybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet skal kun beskrive det, som de ser, der er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og ikke lave fortolkninger eller vurderinger. Sygehuset må kun sende de oplysninger kommunen beder om (se bilag 4).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældre-evne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonalet skal på forhånd orienteres om dette.

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale familieafdeling (myndighed) sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, så alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.



Implementering

Implementering af den fælles regionale samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen og de dertil hørende handlinger berører.

For at understøtte implementering af aftalen anbefales det, at implementeringen sker i et lokalt samarbejde mellem den kommunale Familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, barsels- og neonatalafsnit og Familieambulatoriet indenfor det enkelte sygehus' optageområde.

Implementeringen af samarbejdsaftalen og brug af skabelonen på tværs af hele Region Syddanmark sker inden udgangen af juni 2018.

Implementering af aftalen fordrer endvidere, at alle parter har en faglig og professionel tilgang til opgaven, og udviser en åbenhed overfor den faglighed, som samarbejdspartnerne har med sig ind i samarbejdet.

De lokale samordningsfora

Det er de fire lokale samordningsfora (SOF), som har det overordnede, tværgående ansvar for at implementere og følge op på aftalen. De lokale samordningsfora er knyttet geografisk til de enkelte sygehusenheder og omfatter de kommuner, som sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksiskon-sulentorganisationen og Praksisudvalget.

Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. Hvis der ikke er repræsentation fra kommunal Familieafdeling (myndighed) i samarbejdet, er det sundhedsområdets repræsentants ansvar at inddrage myndighedsområdet.

Implementering og opfølgning på gennemførelse af aftalen skal være et fast punkt på de to årlige møder i de lokale samordningsfora fra vinteren 2018 og frem, indtil implementeringen er gennemført.



Anbefalinger om opfølgning og evaluering på samarbejdet

Videndeling og kompetenceudvikling

Videndeling og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen med henblik på at forbedre det samlede tilbud for de sårbare gravide.

Den kommunale familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, personalet på barsels- og neonatalafsnit samt Familieambulatoriet forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik videndeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Videndeling bør blandt andet omfatte undervisning i underretning til det sundhedsfaglige personale. Der kan med fordel udarbejdes fælles undervisningsmateriale, der kan anvendes på alle fire sygehusenheder.

Der opfordres til, at der mindst én gang om året afholdes kursus/temadag for parterne, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.

Der kan undervises i underretning på den regionale lægedag, for at byde ind i et allerede etableret forum med relevans for de praktiserende læger.

Evaluering

Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med specifikt fokus på om skabelonen er anvendelig i dens nuværende form eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.

Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter

Både implementering af samarbejdsaftalen og opgaven i drift skal løftes inden for de i dag eksisterende rammer.

Det anbefales, at der yderligere afsættes midler til kompetenceudvikling og uddannelse omkring relevante emner i forbindelse med det tværfaglige samarbejde, som nævnt i ovenstående afsnit.



Bilag 1 - Arbejdsgruppens medlemmer

- **Anne Uller** (medformand)
Chefjordemoder, Kvindesygdomme og fødsler
- Sygehus Lillebælt
- **Bettina Brøndsted** (medformand)
Leder, Børne- og ungerådgivningen
- Odense Kommune
- **Helle Gates**
Socialrådgiver, Børneafdelingen/
kvindesygdomme og fødsler - Sygehus Lillebælt
- **Inge Olga Ibsen**
Overlæge og leder, Familieambulatoriet - OUH
- **Jane Maria Lyngsø**
Overlæge, Gyn. og Obstetrisk afdeling
- Sydvestjysk Sygehus
- **Tina Vedstesen**
Socialrådgiver, Børne- og Ungeafdelingen,
Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet
- Sydvestjysk Sygehus
- **Osla Dahl**
Socialrådgiver, Børn og Unge
- Sygehus Sønderjylland
- **Mette Rasmussen**
Jordemoder, Kvindesygdomme og Fødsler
- Sygehus Sønderjylland
- **Anne Thomsen**
Leder, Familierådgivningen
- Fredericia Kommune
- **Lene Willumsen**
Leder, Børn & Ungeenheden
- Vejen Kommune
- **Susanne Borring Bak**
Faglig koordinator, Forældreværkstedet
- Haderslev Kommune
- **Ulla Dupont**
Ledende sundhedsplejerske
- Vejle Kommune
- **Jette Lauvring**
Leder, Børnesundhed
- Assens Kommune
- **Jane Zenker Bergenhausen**
Leder, sundhedsplejen
- Svendborg Kommune
- **Gökhan Dinc**
Jurist, Råds- og Direktionssekretariatet
- Regionshuset
- **Ida Bohn** (sekretær)
Proceskonsulent, Børn- og Ungeforvaltningen
- Odense Kommune
- **Maja Riber Levinsen** (sekretær). Frem til 1. juli 2017
Konsulent, Afdelingen for Tværsektorielt
Samarbejde - Regionshuset (frem til 1. juli 2017)
- **Arne Vesth Pedersen** (sekretær). Overtaget fra MRL
Specialkonsulent, Afdelingen for
Tværsektorielt Samarbejde - Regionshuset

Ad Hoc

- **Anette Rasmussen**
Afdelingssygeplejerske, Barselsafsnittet,
Kvindesygdomme og fødsler - Sygehus Lillebælt
- **Annette Lindballe**
Afdelingssygeplejerske, Mor Barn Center
- Sydvestjysk Sygehus
- **Ina Djernis Olsen**
Socialrådgiver, Familieambulatoriet - OUH
- **Rune Just**
Jurist, Børn og Ungeforvaltningen - Vejle Kommune
- **Mikael Andreasen**
Familie- og forebyggelseschef
- Vejle Kommune
- **Marianne Bang**
Konstitueret Distriktsleder Familierådgivningen
- Esbjerg Kommune



Bilag 2 - Høringsparter

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring, i juli-august 2017.

Fødestederne i Region Syddanmark.

De syddanske kommuners Sundhedsområde og Familie-/Børneområde.

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark.



Bilag 3 - Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

Skemaet udfyldes af den kommunale familieafdeling (myndighed) og sendes til sygehus.
OBS Vejledninger skrevet med kursiv slettes i forbindelse med udfyldelse af anmodningen

Oplysninger om borger/patient	
Dato for anmodning	
Vedr. barn af	
CPR-nummer	
Terminsdato	
Kontaktoplysninger på kommunal myndighed	
Myndighedsafdelingens direkte nummer og mail (modtagelsen)	
Kommunal socialrådgiver (navn, tlf.nr. og mail)	
Kontakt udenfor åbningstid	<i>(Her tages stilling til, om den sociale bagvagt skal kontaktes, når patienten indlægges mhp. fødsel, og hvordan afdelingen skal forholde sig uden for åbningstid og på helligdage)</i>
Orientering fra kommune til sygehus (Kommunens afgørelse eller aftaler med den vordende mor)	
Baggrund for anmodning	<i>Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) - kort</i>
Aftaler ved fødsel/under indlæggelse (ved ændring skal samarbejds-partnere orienteres)	<i>Kommunens aftaler med familien, fx hvilken foranstaltning der planlægges Specifikke aftaler med sygehuset i forbindelse med fødsel og barsel</i>
Aftale om prævention	<i>Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen</i>
Kommunens EAN nummer	<i>Bruges ved udgifter til prævention</i>
Anmodning fra kommunen om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. konkrete oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehus	<i>Der kan eksempelvis anmodes om:</i> <ul style="list-style-type: none">• Hvem kontaktes og hvornår• Besked ved fødsel• Besked/invitation til udskrivelsesmøde• Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset. <i>Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.</i>
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	<i>Ja</i> <i>Nej (Indhentes jf. § 11c)</i>

Bilag 4 – Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med formålet om at uddybe nogle af de juridiske områder, som vedrører sundhedspersonalet og myndighedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger.

Nedenfor behandles blandt andet sundhedspersoners tavshedspligt, hjemlen for at udveksle oplysninger med kommunen, underretningspligten for offentligt ansatte og journalføringen i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger.

Sundhedsloven § 40 og 43

Sundhedspersoners tavshedspligt

Ifølge sundhedslovens § 40 har en patient krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående *helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger*.

Omfattet af begrebet "*helbredsforhold*" er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredstilstand. Dette gælder ikke kun journalførte oplysninger, men alle oplysninger, der kan fortælle noget om patientens helbred.

"*Øvrige rent private forhold*" omfatter fx oplysninger om patientens ægteskab, patientens pårørende mv.

"*Andre fortrolige oplysninger*" omfatter fx oplysninger om indkomstforhold, sociale forhold samt strafbare forhold.

Således er al udveksling, der foregår mellem den enkelte sundhedsperson eller sygehuset og en anden part, en undtagelse til ovenstående regel.

Hjemlen for videregivelse af helbredsoplysninger mv. til kommunerne og andre myndigheder, findes i sundhedslovens § 43 (se næste afsnit).

Sygehusets hjemmel for at videregive oplysninger til kommunen

Som nævnt ovenfor har sundhedspersoner tavshedspligt i forhold til oplysninger, som de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om.

Således er alle videregivelsesbestemmelser i sundhedsloven en undtagelse fra ovenstående.

Sundhedspersonalet har mulighed for at søge rådgivning hos en jurist om videregivelsen er berettiget eller ej. Dette vil ikke medføre overtrædelse af tavshedspligten.

Én af de undtagelser findes i sundhedslovens § 43 stk. 2, nr. 1, der omhandler videregivelse til andre formål end behandling. Ifølge denne bestemmelse kan sundhedspersoner uden patientens samtykke videregive oplysninger om patientens helbred, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til blandt andet myndigheder, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

Altså kan videregivelse af oplysninger ske, når videregivelsen er udtrykkeligt bestemt i en anden lovgivning.

Der findes spredt i lovgivningen en række bestemmelser, der pålægger sundhedspersoner en oplysningspligt, dvs. en pligt til at videregive helbredsoplysninger under nærmere beskrevne omstændigheder.

Relevant for arbejdet med målgruppen er navnlig:

- Retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1
- Retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1, og
- Servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Disse bestemmelser uddybes herefter.

Retssikkerhedsloven § 11 a og c

Myndighedens anmodning efter forudgående samtykke fra borgeren, jf. retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1:

Ifølge denne bestemmelse kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.



Bilag 4

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse af, at borgeren har afgivet et samtykke er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente et samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om. Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være nødvendige for at behandle sagen.

Kommunens anmodning uden borgerens forudgående samtykke i forbindelse med sager om særlig støtte til børn og unge og § 50-undersøgelser, jf. retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1:

Ifølge bestemmelsens stk. 1, nr. 1, kan kravet om samtykke i § 11 a (beskrevet ovenfor) fraviges i sager om særlig støtte til børn og unge efter servicelovens kapitel 11, hvor myndighederne kan påbegynde en sag eller træffe afgørelse uden forældrenes samtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter servicelovens § 50.

Også i denne situation skal sundhedspersonen imødekomme kommunens anmodning som i forrige afsnit.

Fælles for de to ovenfor beskrevne bestemmelser er, at det er kommunen, der tager initiativ til udvekslingen af oplysninger.

Herudover er det fælles for de to bestemmelser, at sundhedspersoner ikke skal forsøge at indhente et samtykke fra patienten.

Service-loven § 153 & 155 b

Offentlig ansattes underrettningspligt

Offentligt ansattes underrettningspligt, jf. servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2:

Ifølge denne bestemmelse er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan fx være tale om, at lokalpsykiatrien bliver opmærksom på, at en patient med psykiske problemer er blevet gravid, eller at en kvinde med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne bliver gravid.

Det er ikke en betingelse, at vurderingen af familiens situation alene kan føre til foranstaltninger efter loven, men der skal være tale om problemstillinger i familien, der er af en sådan karakter, at det vurderes nødvendigt at handle i forhold til det, og hvor man ikke ved egen indsats er i stand til at afhjælpe problemerne.

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.

Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre, jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, psykisk og seksuelt overgreb.

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til dette og den enkeltes ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet kan have behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

Kommunal tilbagemelding, jf. servicelovens § 155 b

Kommunen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende underudøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

Journalføringsbekendtgørelsens § 29

Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i retsikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.



Bilag 5 - Niveauinddeling i svangreomsorgen

OBS: Nedenstående retningslinjer revideres i efteråret 2017, og der henvises til at finde nyeste retningslinjer gennem sst.dk

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.

NIVEAU 1

Er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.

NIVEAU 2

Indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.

NIVEAU 3

Indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49 og sundhedsloven § 123.

NIVEAU 4

Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv.





Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark



2018

Godkendt af Det Administrative kontaktforum
den 25. januar 2018

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Region Syddanmark



Indhold

1. Indledning	4
2. Formål og ramme	5
3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus	6
4. Aktører	7
5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler	8
6. Opgaver og ansvarsfordeling	9
Før graviditet	9
Under graviditet	9
Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen	12
Opfølgende undersøgelser af barnet	12
7. Lovgivning på området	14
Patientens retsstilling	14
Samtykke ved behandling af mindreårige børn	14
Underretningspligt	15
8. Kontaktoplysninger	16
9. Monitorering og opfølgning	17
BILAG	18
BILAG 1 Inklusions- og opfølgningskriterier	18
BILAG 2 Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	22
BILAG 3 Oversigt over gældende lovgivning på området	23
BILAG 4.0 Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger	29
BILAG 4.1 Samtykkeerklæring til netværksmøder	30
BILAG 4.2 Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger	31
BILAG 5 Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne	32
BILAG 6 Arbejdsgruppens medlemmer	35
BILAG 7 Høringsparter	36

1. Indledning

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Samarbejdsaftale mellem Familieambulatoriet Plus, almen praksis og kommuner i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn indtil skolealderen, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

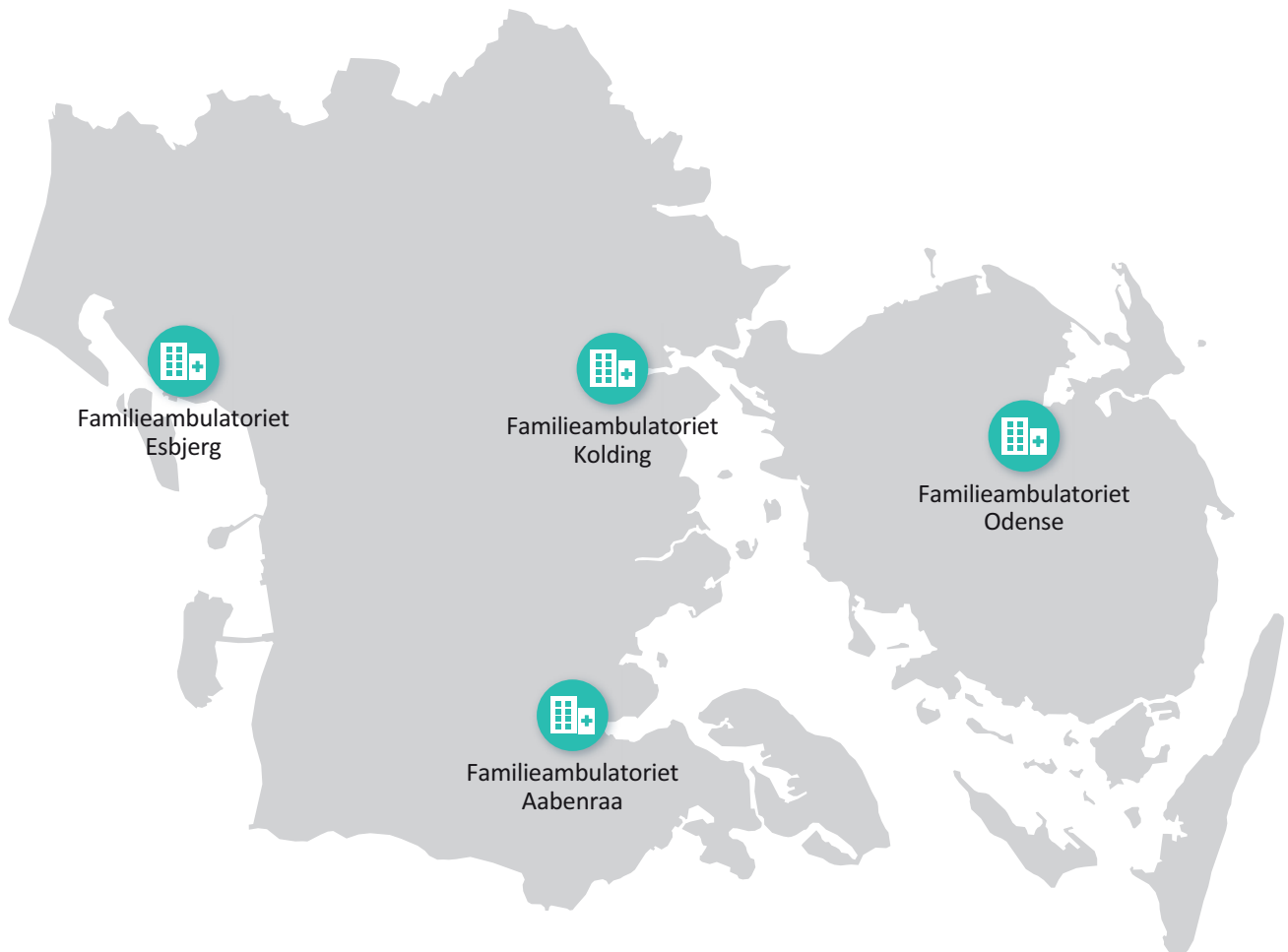
Denne aftale erstatter den tidligere samarbejdsaftale fra august 2012 *"Samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin"*.

Aftalen er en underaftale tilknyttet Sundhedsaftalen 2015-2018.

Samarbejdsaftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Behandling og Pleje. Se oversigt over arbejdsgruppens medlemmer i bilag 6.

Aftalen har været i høring i perioden oktober – november 2017 ved kommuner, PLO og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark, og aftalen er tilrettet i henhold til de indkomne kommentarer.

Samarbejdsaftalen er godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 25. januar 2018.



2. Formål og ramme

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Det skal understreges, at det er kommunen, der har kompetencen som myndighed på området. Familieambulatoriet Plus er således et supplement til den kommunale indsats over for målgruppen.

Ramme

Aftalen skal desuden ses som supplement til Fødeplanen for Region Syddanmark af 2014, og den uddybende beskrivelse af målgruppe, organisering, behandlingstilbud og samarbejdsrelationer vedrørende Familieambulatoriet, som er beskrevet i Fødeplanen¹⁾.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet vejledninger og anbefalinger, som danner en del af grundlaget for samarbejdsaftalen, herunder; "Anbefalinger om Svangreomsorg" 2013, "Vejledning om etablering af Familieambulatorier – med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelbrug" 2009 og "Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel" 2010.

I Region Syddanmark er der udarbejdet "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide" af 2017. Målgruppen for indeværende aftale – målgruppen for Familieambulatoriet Plus – er en delmængde af målgruppen defineret i "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide". Det særlige ved indeværende aftales målgruppe er, at disse gravide har haft et forbrug, som opfylder Familieambulatorie Plus' inklusionskriterier under graviditeten, og at barnet som følge deraf følges i Familieambulatoriet Plus indtil skolealderen.

Der opfordres til, at fagprofessionelle, der arbejder med indeværende aftale, også orienterer sig i "**Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide**". Denne aftale omhandler alle gravide – uanset niveau – hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning, og derfor et samarbejde mellem sygehus og kommune.

1) Fødeplanen for Region Syddanmark 2010, afsnit 18 om Familieambulatoriet

3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet er en regional enhed, ledelsesmæssigt forankret ved Odense Universitetshospital, men med ligeværdige afdelinger i hhv. Odense, Esbjerg, Kolding og Aabenraa. Familieambulatoriet ved de enkelte fødesteder samarbejder med de bopælskommuner, som de gravide kommer fra.

Den overordnede målgruppe for Familieambulatoriet er sårbare gravide (for nærmere definition se Samarbejdsaftale om sårbare gravide), og målgruppen for Familieambulatoriet Plus er en undergruppe, der tilbydes et udvidet tilbud for børnene op til skolestart.



Forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i forbindelse med Familieambulatoriet Plus' målgruppe defineres som følger, jf. gældende inklusionskriterier (bilag 1):

Alkoholindtag

- ≥ 7 genstande ugentligt – (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- ≥ 5 genstande på én gang efter erkendt graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten - Episodisk højt alkoholforbrug.
- ≥ 10 genstande på én gang ≥ 1 gang i graviditeten, episodisk meget højt alkoholforbrug.
- Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring og/eller tvivl ved graden af alkoholindtag.

Definition forbrug af rusmidler

- Ethvert lille eller stort forbrug af illegale rusmidler under graviditeten.
- Forbrug af cannabis ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug efter erkendt graviditet medfører inklusion.

Definition forbrug af afhængighedsskabende medicin

- Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage vilkårligt fordelt i graviditeten.
- Gravide i substitutionsbehandling og/eller i medicinsk behandling for misbrug.

Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds.

4. Aktører

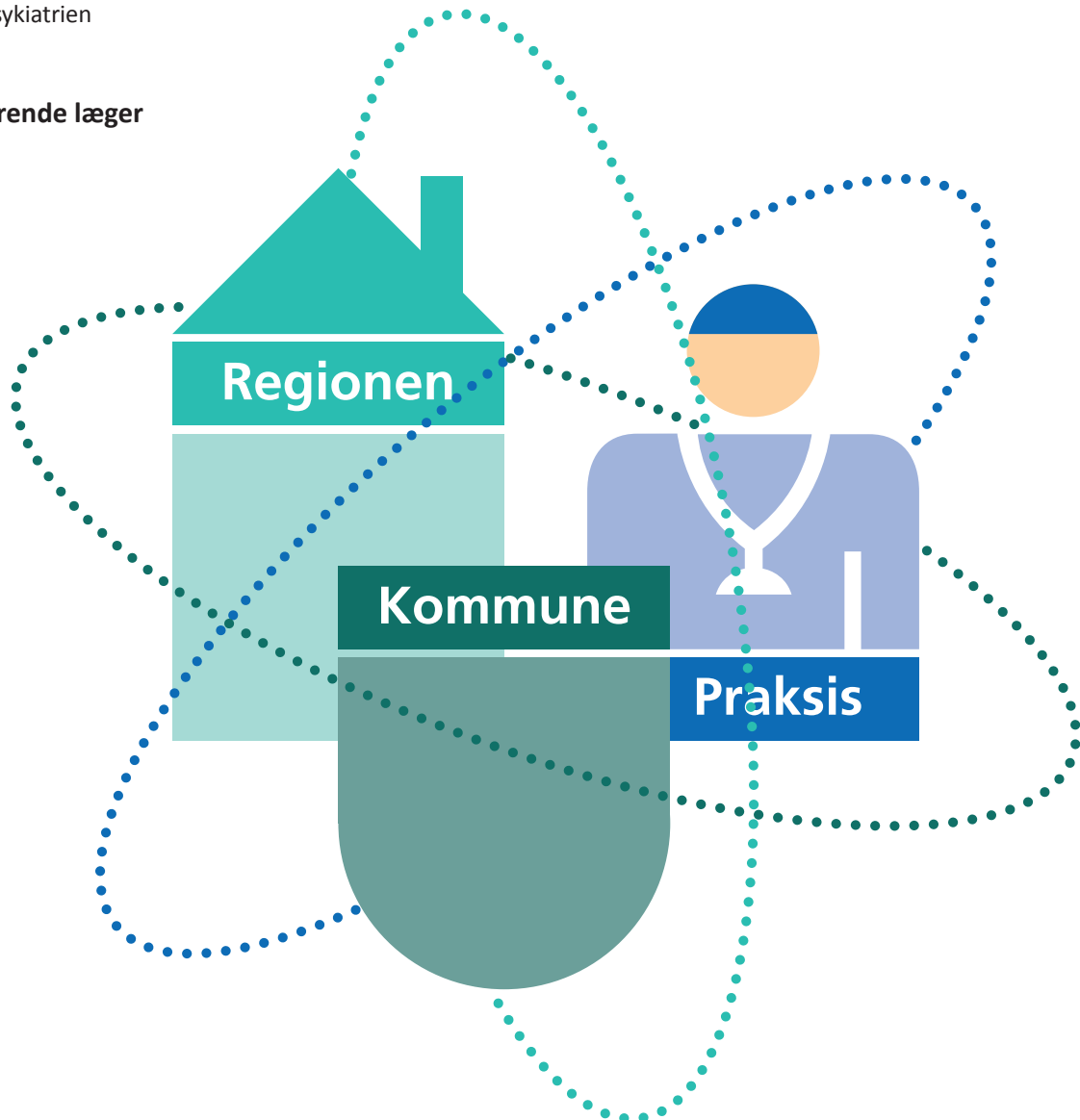
Region Syddanmark

- Familieambulatoriet Plus
 - Kvindesygdomme og fødsler (Gynækologisk Obstetrisk Afdeling)
 - Børneafdelingen
- Psykiatrien
- Smertebehandlingsenheder

Kommunerne

- Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet)
- Behandlingscenter
 - Alkohol
 - Rusmiddel
- Sundhedsplejen
- Pædagogisk/Psykologisk rådgivning
- Socialpsykiatrien

Praktiserende læger



5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler

En systematisk og tidlig opsporing med henblik på en forebyggende indsats er meget væsentlig for at mindske risikoen for, at der fødes børn med skader som følge af moderens forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i graviditeten.

Det er nødvendigt, at alle – såvel almen praksis som kommunale og regionale instanser – er opmærksomme ved kontakten med borgere og patienter, og således bidrager til at opspore gravide med et skadeligt forbrug.

Gravide kan blive henvist til Familieambulatoriet Plus fra praktiserende læger, jordemødre, kommunale forvaltninger m.v. Den gravide kan endvidere selv henvende sig i Familieambulatoriet Plus. Uden for dagtid kan henvendelse ske til obstetrisk vagthavende læge, eller ved kontakt til fødeafdelingernes vagthavende jordemoder.

Familieambulatoriet Plus modtager henvisninger på børn under skolealderen, hvor der er mistanke om, at barnet har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen, og hvor barnet ønskes undersøgt med henblik på afklaring og tilrettelæggelse af en relevant plan.

Alle fagpersoner og privatpersoner kan henvise til Familieambulatoriet Plus, herunder bl.a. læger, sundhedsplejersker, pædagoger, (pleje)forældre, m.v.

Gennem hele processen lægges der vægt på det gode, ansvarlige og forpligtende samarbejde, så alle parter er med til at motivere til, at borgeren/patienten tager imod relevante tilbud. Det forpligtende samarbejde betyder også, at der skal være en opfølgning på, om der har været fremmøde på det pågældende tilbud og handling, hvis dette ikke er tilfældet.



6. Opgaver og ansvarsfordeling

Før graviditet

Alle fagprofessionelle er forpligtet til at støtte og hjælpe fertile kvinder, som har et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler med råd, vejledning og eventuel etablering af sikker prævention. Såfremt en fertil kvinde, som har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler, udtrykker ønske om graviditet, bør kvinden henvises til prækonceptionel samtale hos praktiserende læge, som eventuelt kan henvise til andre relevante behandlere som for eksempel rusmiddelbehandler, specialist i behandling med smertestillende medicin, psykiater og/eller speciallæge i Familieambulatoriet Plus.

Formålet med en prækonceptionel samtale er forebyggelse og planlægning af graviditet. Såfremt den gravide og/eller parret umiddelbart fremstår med et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykiatriske og/eller sociale udfordringer, som skønnes at være uforenelige med forældreskab, har kommunen mulighed for at tilbyde kvinden eller parret samtale omkring familieplanlægning og konsekvenserne af nuværende livsstil.

Under graviditet

Ethvert forbrug af tobak, alkohol og/ eller rusmidler frarådes i graviditet. Ved forbrug af mindre end grænserne for inklusion i Familieambulatoriet Plus, forventes alle fagprofessionelle at rådgive om og støtte gravide i afholdenhed jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangeromsorg, idet den nedre grænse for skadeligt forbrug ikke med sikkerhed kendes.

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus kontakter den gravide senest 7 dage efter henvisningen og indkalder efter faglig vurdering til en afklarende samtale. Det er væsentligt, at den gravide kan få hurtig afklaring og rådgivning i forhold til risikofaktorer i graviditeten, herunder gennemførelse eller afbrydelse af svangerskabet.
- Familieambulatoriet Plus indhenter, om muligt, samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejde med den kommunale sundhedspleje, Familieafdeling (myndighed) og andre relevante aktører (se bilag 4.2). Er der bekymring, afsendes så hurtigt som muligt en underretning til Familieafdeling (myndighed).
- Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes det, om der er grundlag for en underretning.

- Såfremt der er svære problematikker, som kræver akut sundhedsfaglig vurdering og behandling, kan den gravide modtages akut efter telefonisk henvisning til Familieambulatoriet Plus eller uden for dagtid via obstetrisk vagthavende eller fødegangen.
- Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus at kontakte den gravide, og ved bekymring underrettes Familieafdelingen (myndigheden).
- Så snart der er tilbagemelding fra den kommunale forvaltning vedrørende, hvilken sagsbehandler den gravide er tildelt, skal dette noteres i den gravides journal.
- Ved første jordemoderkontrol i Familieambulatoriet Plus sendes henvisning og orientering til Sundhedsplejen med henblik på eventuelt tidlig kontakt i graviditeten.

Kommunen

- Kommunen skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler. Såfremt kommunen identificerer gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer kommunen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.
- Kommunen indhenter samtykke fra den gravide, med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger (se bilag 4.2).
- Såfremt der er en børne- og ungesag, er kommunen forpligtet til at sikre koordinering af en helhedsorienteret indsats. Kommunen giver Familieambulatoriet Plus besked om, hvem der er sagsbehandler (tovholder).
- Tidligt i forløbet tages stilling til, hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus til fødsel samt ved akutte tilstande, sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde, skal søges løst i god tid.
- Der tages stilling til og træffes beslutning om finansiering samt planlægning af fremtidig prævention.
- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger.
- Hvis den gravide ikke ønsker at komme i Familieambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.
- Substitutions- eller rusmiddelbehandling iværksættes ved identificeret behov og gerne så tidligt i graviditeten, som muligt. Ved iværksættelse af behandling er der behov for koordinering mellem den behandlende læge og Familieambulatoriet Plus om den medicinske behandling
- Det anbefales, at gravide og børn i Familieambulatoriet Plus samles hos en mindre gruppe specialiserede medarbejdere i kommunen med særligt kendskab til målgruppen.



Almen praksis

- Praktiserende læge skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.
- Praktiserende læge informerer alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten.
- Praktiserende læge noterer alle de oplysninger, som haves, vedrørende den gravides forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykosociale udfordringer, psykiatrisk anamnese og al øvrig medicinsk behandling i svangrepapirerne.
- Praktiserende læge henviser hurtigst muligt til Familieambulatoriet Plus, såfremt en gravid har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. inklusionskriterierne i bilag 1. Dette kan i akutte tilfælde gøres telefonisk med eftersendelse af svangerpapirer.
- Ved bekymring i graviditeten sender praktiserende læge en underretning til Familieafdelingen (myndigheden). Dette noteres på svangrehenvisningen.
- Praktiserende læge foretager de almindelige graviditetsundersøgelser og modtager/vidersender relevante oplysninger til/fra Familieambulatoriet Plus. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes ny underretning til kommunen.
- Praktiserende læge modtager indkaldelse til og referat af alle koordinerende møder afholdt med patienten, såfremt der er afgivet samtykke hertil. Deltagelse i de koordinerende møder kan evt. foregå via telefon eller videokonference

Psykiatrien

- Psykiatrien skal medvirke til opsporing af gravide, hvor der er mistanke om, at et foster eksponeres for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen. Såfremt psykiatrien identificerer disse, informeres den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud, psykiatrien sikrer eventuel henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.

- Psykiatrien orienteres om gravide patienter med forløb i behandlingspsykiatrien med tilknytning til Familieambulatoriet Plus. Ved særligt behov for koordination inddrages behandler fra psykiatrien i de koordinerende møder, evt. via telefon eller videokonference.
- Psykiatrien vurderer arten og omfanget af den psykiatriske behandling i forhold til graviditeten.
- Det er hensigtsmæssigt, at der sker en koordinering mellem den behandlende psykiater og Familieambulatoriet Plus omkring den medicinske behandling.
- Der opfordres til, at voksenpsykiatrien deltager i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet Plus, når dette er relevant.
- Psykiatrien kan indkaldes og deltage efter behov i konkrete sager, og psykiatrien skal orienteres, hvis en af deres patienter er gravide, så der kan træffes forholdsregler i forhold til medicineringen, hvor det er relevant.

Tværasektoriel koordinering

Samarbejde omkring den gravide forankres på tværasektorielle koordinationsmøder. Familieambulatoriet Plus indkalder, på baggrund af faglig vurdering, den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværasektorielle koordinationsmøde. Praktiserende læge orienteres om mødet, og deltager hvis muligt. Det tilstræbes, at indkaldelsen sker med 14 dages varsel for at sikre, at så mange aktører så muligt kan deltage.

Formålet med mødet er at få tilrettelagt en både kort- og langsigtet plan for den gravide, og at få aftalt rolle og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne, medmindre anden arbejdsdeling aftales på det første møde. Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Referatet sendes, efter indhentet samtykke, til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet, og føres til referat, se evt. bilag 4.0, 4.1 og 4,2.

Plan for graviditet, fødsel og barsel

Familieambulatoriet Plus sikrer – i samarbejde med den gravide, samt øvrige hospitalsafdelinger, kommune, praktiserende læge og eventuelt andre relevante aktører – at der udarbejdes en plan for graviditeten, fødslen og barselsperioden. Denne overordnede plan indeholder en delplan for observation og behandling af barnet efter fødslen, samt en delplan for tiden efter udskrivelse.

Planen udgør én samlet plan med to sideløbende indsatsområder for henholdsvis den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats i forhold til familien/barnet.

Planen for, hvad der skal ske umiddelbart efter fødslen og i forbindelse med udskrivelsen, skal foreligge i god tid inden fødslen.

I hver plan er opgave- og ansvarsfordelingen beskrevet, samt hvilke initiativer, der skal sættes i værk.

Planen indeholder oplysninger om kontaktpersoner (for eksempel rusmiddelbehandler og myndighedsperson) i kommunen, samt hvem der skal kontaktes i hastende tilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes. Endvidere fremgår familieambulatoriet Plus' kontaktperson.

Alle parter er forpligtet til at følge den aftalte plan.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Nedenstående afsnit beskriver arbejdsgange og rammerne for, hvordan der anmodes om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Yderlig information kan hentes i Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide i Region Syddanmark (2017).

Kommunens Familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse – det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

Formålet med skabelonen

I samarbejdsaftalen om sårbare gravide er der udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb.

Skabelonen skal også bruges til målgruppen i Familieambulatoriet Plus, når der er samarbejde med Familieafdelingen (myndighed og sygehus).

Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 2.

Der kan eksempelvis anmodes om:

- Besked ved fødsel
- Besked/invitation til udskrivelsesmøde
- Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
- Lægeerklæring

Familieafdelingen (myndighed) skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om – med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/nybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet på sygehuset skal beskrive det, som de ser, er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og de må således ikke lave fortolkninger, vurderinger eller pege på konkrete kommunale indsatser. Sygehuset må kun sende de oplysninger, kommunen beder om (se bilag 4.0, 4.1 og 4.2).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonalet skal på forhånd orienteres om dette.

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale Familieafdeling (myndighed), sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Sygehusene er ikke forpligtet til at imødekomme anmodninger om specifikke indlæggelsesvarigheder

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, således at alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.



Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jf. specialplanen. Det fremgår tydeligt af denne plan, hvem i kommunen, der skal kontaktes, samt telefonnummer på denne.
- Ved behov etablerer Familieambulatoriet Plus i samarbejde med kommunen inden udskrivelsen udskrivningskonference med relevante parter (kan afholdes som telefon- eller videokonference).
- Fødestedet orienterer psykiatrien om udskrivelsen, hvis det vurderes relevant.
- Familieambulatoriet Plus kan i udskrivelsessamtalen ved behov medvirke i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings tilrettelæggelse af støtteforanstaltninger efter udskrivelsen.

Kommunen

- Kommunen (sundhedsplejerske, socialrådgiver osv.) deltager ved behov i udskrivningskonference.
- Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, herunder rusmiddelbehandling, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet.
- Kommunen løfter alle "normale" opgaver, der dækkes i basistilbud, herunder f.eks. sundhedsplejerskens modtagelse af udskrivelsesbrev og varetagelse af barsels- og etableringsbesøg samt opfølgende kontakter, herunder behovsbesøg, og Familieafdelingens indsats og koordinering omkring evt. besluttede foranstaltninger.

Almen praksis

- Praktiserende læge modtager epikrise efter udskrivelse fra fødsel og barsel.
- Praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.
- Praktiserende læge vurderer ved denne undersøgelse moderens fysiske og psykiske tilstand, drøfter familiens trivsel og drøfter samt etablerer evt. prævention jf. specialplan (evt. bevilget af kommunen).

Psykiatrien

- Behandler fra psykiatrien deltager ved behov i udskrivningskonference
- Behandler fra psykiatrien modtager besked ved udskrivelse, såfremt dette på forhånd er aftalt i planen.
- Spæd- og småbørnsfunktionen deltager i møder i Familieambulatorium Plus i forhold til opfølgningen på børnene.

Opfølgende undersøgelser af barnet

Familieambulatoriet Plus' ansvar – opfølgning

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jf. Inklusions- og opfølgningskriterier (bilag 1).
- Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang, det vurderes fagligt relevant, og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I forlængelse af undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.
- I Familieambulatoriet Plus følges børn, der har været eksponeret jf. inklusionskriterierne før erkendt graviditet, uanset om der er eller har været en aktiv børnesag i Familieafdelingen (myndigheden).

Samtykke og underretning:

- Familieambulatoriet Plus indhenter samtykke fra forældrene til, at barnet må følges i Familieambulatoriet Plus, og at der må udveksles oplysninger med de, for det pågældende barn, relevante samarbejdspartnere (se bilag 4.0, 4.1 og 4.2).
- I de situationer, hvor der ikke kan indhentes samtykke hos de biologiske forældre, og hvor barnet er anbragt, kontakter Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver kommunen med henblik på at få et sådant samtykke fremskaffet.
- Er der en børnesag i kommunen, og ønsker forældrene ikke, at der sendes notat til kommunal socialrådgiver, tages der stilling til, om der er grundlag for underretning.

Netværksmøder:

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.
- Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver til netværksmødet.
- Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde med mindre socialforvaltningen vurderer andet.
- Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt 4 uger før mødedatoen.
- Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.
- Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.
- Familieambulatoriet Plus beskriver på mødet, hvorvidt der er udviklingsmæssig bekymring i det nuværende dagtilbud, eller hvorvidt dette kan forventes på baggrund af evidens.

Afslutning og opfølgning:

- Hvis barnet flytter, og familien fortsat ønsker at fortsætte forløbet i Familieambulatoriet Plus, der hvor de bosætter sig, laver Familieambulatoriets Plus' læge eller psykolog henvisning dertil.
- I de tilfælde, hvor der ikke er, eller ikke længere er, en børnesag i familieafdelingen, og hvor der ikke er grundlag for underretning eller netværksmøder, aftales med forældrene, om man fra Familieambulatoriet Plus må kontakte sundhedsplejersken, daginstitutionen eller PPR, hvis der vurderes at være behov for ekstra støtte til barnet.
- Såfremt der ved afslutning i Familieambulatoriet Plus fortsat er en børnesag i familieafdelingen, laves en sammenfatning af forløbet indeholdende en statusvurdering i forhold til barnets helbredsmæssige, psykologiske og kognitive tilstand. Der kan også indkaldes til et afsluttende netværksmøde efter faglig vurdering.

Kommunen

- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til den kommunale indsats i forhold til barnet/familien.
- Såfremt der er en aktiv børnesag, skriver kommunen opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus.

- De inviterede fagpersoner prioriterer deltagelse ved møderne i Familieambulatoriet Plus, da f.eks. sundhedsplejersken kan få en fornyet rolle i forbindelse med skolestart.
- PPR/Specialrådgivningen deltager ved netværksmøderne efter faglig vurdering, uanset om barnet er kendt i forvejen eller ej. Rollen ved deltagelse er som konsultativ bistand.
- I nogle kommuner kan Pladsanvisningen med fordel inviteres, med forældremyndighedsindehavers samtykke.
- Dagtilbuddet beskriver ved netværksmødet barnets dagligdag sammen med barnets primære omsorgspersoner.
- Det er PPR el. lign., der vurderer, hvilket dag- eller skoletilbud barnet matches til, og det er ligeledes PPR el. lign., der vurderer, hvorvidt der er behov for ekstra ressourcer i dag-/skoletilbuddet.
- Kommunen er behjælpelig med at indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaver efter gældende regler i tilfælde, hvor barnet er anbragt udenfor hjemmet.
- Kommunen skal anmode forældremyndighedsindehaver om samtykke til Familieambulatoriet Plus' psykologiske undersøgelser, da Familieambulatoriet Plus bl.a. benytter "Bayley" og "WPPSI 4".
- I forhold til samarbejdet med praktiserende læge, sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Almen praksis

- Praktiserende læge følger barnet gennem de almindelige børneundersøgelser.
- Praktiserende læge deltager i koordinerende møder, hvor det er relevant, og orienteres om undersøgelser af barnet i Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge rapporterer relevante sociale, psykiske og fysiske ændringer til Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge prioriterer at deltage i netværksmøderne arrangeret med familierne og fagpersonerne, når det er relevant og muligt.

Psykiatrien

Den regionale spæd- og småbørnspsykiatri deltager i formaliseret samarbejds møde (liaisonmøde) med det regionale Familieambulatorie Plus en gang i kvartalet, med henblik på drøftelse af børn med mulige børnepsykiatriske problemstillinger. Møderne kan afholdes via videokonference.

7. Lovgivning på området

Patientens retsstilling

Medarbejdere, der arbejder under Sundhedsloven, har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra den enkelte borger.

Videregivelse af information uden samtykke til andre formål end behandling kan kun ske, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, og når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Samtykke skal dog altid forsøges indhentet, eller som minimum bør borgeren informeres om videregivelsen. Denne orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev.

Samtykke til at videregive oplysninger til andre formål end behandling, skal gives til den sundhedsperson, der er i besiddelse af og skal videregive oplysningerne.

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedsloven. Et sådant kan gives enten mundtligt eller skriftligt, og kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne, samt til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, om patienten har givet samtykke til videregivelse.

Det skal journalføres, når og hvordan borgeren er blevet orienteret. Desuden bør det journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning, samt med hvilket formål.

Det er den enkelte afdelings ansvar, at der indhentes samtykke til relevante samarbejdspartnere. Et eksempel på en samtykkeerklæring fra Familieambulatoriet (også gældende for Familieambulatoriet Plus) kan findes i bilag 4.0, 4.1 og 4.2.

Lovgivning i Sundhedsloven om indhentning og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner, herunder både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Deltager andre faggrupper aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan disse få adgang til de samme patientoplysninger, som den fagperson opgaverne udføres for, såfremt oplysninger er relevante for udførelsen af deres opgave.

Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen på sygehuset/i Familieambulatoriet kan anses som en sundhedsfaglig opgave, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Samtykke ved behandling af mindreårige børn

Af Sundhedsloven fremgår det, at enhver behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, herunder samtykke til undersøgelse, diagnostisering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. bilag 3).

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Er barnet fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information herom og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdags karakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergå almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.

Det følger af Forældreansvarsloven, at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver (jf. bilag 3).

Ved anbringelse af børn uden for hjemmet sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Dette betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. I praksis har den anbringende kommune dog vidtgående beføjelse til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse, og har på baggrund af serviceloven § 69 i visse tilfælde hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling. Ifølge sundhedsloven skal forældremyndighedsindehavere som udgangspunkt fortsat orienteres og samtykke til behandling.

Underretningspligt

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En sådan bekymring kan komme fra en fagperson eller en privat borger (jf. bilag 3). Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Det er endvidere muligt at underrette anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. I tilfælde, hvor underretter er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder alle, der udøver offentlige tjenester, herunder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske. Disse har skærpet underretningspligt, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at et barn uanset alder har eller vil få behov for særlig støtte.

Det er muligt for fagpersoner at få anonym rådgivning og vejledning fra et myndighedsafsnit. Myndigheden har notatpligt på alle henvendelser, der er personhenførbare.



8. Kontaktoplysninger

Sundhed.dk

www.sundhed.dk vil udgøre kontaktplatform for relevante kontaktoplysninger vedrørende samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus i Region Syddanmark.

Kontaktoplysningerne er samlet her: www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

Således vil der på sundhed.dk være samlet kontaktinformationer om:

- Relevante kommunale instanser
 - Overordnede myndighedspostkasser til f.eks. henvendelse eller underretning
 - Sundhedsplejerske
- Misbrugscentre
- Familieambulatorier
- Fødeafdelinger
- Psykiatrien
- Almen praksis

Søgning i sundhed.dk

For at finde relevante kontaktsider vedr. samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus, skal der vælges fanebladet "Fagperson", herefter søges i fritextfeltet, med teksten "Familieambulatorier". Vælg her siden med titlen "Kontakter Familieambulatoriet – Region Syddanmark".

Kontaktoplysninger

Det tilstræbes, at kontaktoplysningerne er på organisations- og afdelingsniveau, både telefonnumre og mailadresser.

Såfremt der sker ændringer i kontaktoplysningerne, eller der er behov for opdatering af oplysningerne, har den enkelte kommune eller regionale enhed ansvaret for at opdatere oplysninger ved at kontakte relevant (lokal) redaktør af Sundhed.dk.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner i Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet Plus udpeger en kontaktperson til hver gravid, der er tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Kommune, praktiserende læge, jordmodercenter og andre relevante parter orienteres om kontaktpersonen.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner i kommunen

Kommunen tilknytter en kommunal kontaktperson til den gravide, som Familieambulatoriet Plus kan kontakte med henblik på planlægning og deltagelse i det konkrete samarbejde om den gravide.

I forhold til samarbejdet med praktiserende læge sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

kontakt-familieambulatoriet
www.sundhed.dk

9. Monitorering og opfølgning

Den regionale samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark vurderes løbende i det daglige samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og Familieambulatorierne.

Aftalen vurderes konkret én gang årligt i Følgegruppen for behandling og pleje, under Sundhedsaftalen. Samarbejdsparterne følger op på samarbejdsaftalen ved at drøfte denne på de møder om gravide og nyfødte, der er aftalt i regi af Sundhedsaftalen.

Aftalen monitoreres og evalueres løbende ud fra allerede registrerede data i COSMIC (eller det nye PAS system, når det er klart), herunder:

- Antal unikke gravide tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Antal unikke børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus, heraf nyinkluderede pr. år
- Årsager til inklusion i Familieambulatoriet Plus (gravide) defineret ud fra diagnoser med angivelse af forbrugstype/problematik

Der vil i første omgang blive monitoreret på ovenstående data. Derudover pågår pt. et arbejde med at afklare, hvad der mere skal måles på. Dette arbejde pågår i regi af Styregruppen for Familieambulatoriet samt i den regionale Arbejdsgruppe vedr. fødselsrapportering på COSMIC data. Når arbejdet er tilendebragt, og der er udarbejdet en baseline for disse data, vil en egentlig monitorering påbegyndes. Familieambulatorierne vil blive inddraget i arbejdet og høre nærmere herom.

BILAG 1

Inklusions- og opfølgningskriterier

Inklusionskriterier for gravide kvinder i Familieambulatoriet Plus

Forbruget regnes fra sidste menstruations første dag

1) Alkoholindtag:

- **(1a)** ≥ 7 genstande ugentligt (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- **(1b)** Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande på én gang = binge-drinking) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten.
- **(1c)** Episodisk meget højt alkoholforbrug (≥ 10 genstande på én gang) ≥ 1 gang i graviditeten.
- **(1d)** Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring.

2) Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage spredt i graviditeten.

- **(2a)** Forudsætninger: Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds (fx Smerteklinik, Psykiatrisk Afdeling, Reumatologisk Afdeling etc).
- **(2b)** Indregistrerede opioide analgetika, opiater og andre analgetika:

○ Alfentanil	○ Kodein	○ Oxymorfin.
○ Buprenorfin	○ Metadon	○ Papaverin.
○ Dekstroproxyfen	○ Methylnaltrexon	○ Pethidin.
○ Etylmorfin	○ Morfin	○ Remifentanil.
○ Fentanyl	○ Nalbufin	○ Sufentanil.
○ Heroin	○ Naltrexon	○ Tapentadol.
○ Hydromorphon	○ Nicomorfin	○ Tebain.
○ Ketobemidon	○ Noskapin	○ Tramadol.
○ Ketogan.	○ Oxycodon.	
- **(2c)** Indregistrerede sedativa-anxiolytika-hypnotika:
 - Benzodiazepiner og medikamenter, som virker på benzodiazepinreceptorerne (fx Zopiclon og Zolpidem).
 - Phenobarbital.
 - Ketamin. (kun indregistreret som systemisk eller lokal ænestesimiddel (og ikke som hypnosedativa).
- **(2d)** Ikke-læge-ordineret forbrug af indregistrerede centralstimulerende lægemidler:
 - Methylphenidat (= Ritalin, behandling af ADHD og narkolepsi).
 - Lisdexamfetamin (= Elvanse, behandling af ADHD).
 - Atomoxetin (= Strattera, behandling af ADHD).
 - Modafinil (= Modafinil, Modiodal, behandling af narkolepsi).
 - Bupropion (= Wellbutrin, Zyban, behandling af tobaksafhængighed)

3) Ethvert forbrug af illegale rusmidler i graviditeten.

- **OBS:** Cannabisforbrug ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug af cannabis efter erkendt graviditet medfører inklusion.
- **OBS:** Tobak-/nikotinformbrug medfører ikke inklusion alene trods dets skadevirkende effekt på graviditet og det opvoksende barn. Vær dog opmærksom på, at tobak-/nikotinformbrug kan forværre effekten af andet rusmiddelbrug under graviditet.

(3a) Illegale centralstimulantia:

- Kokain.
- Amfetamin.
- Methamfetamin.
- Methylendioxymethylamfetamin (MDMA/ecstasy).
- Amfetaminderivater.
- Fentanylanaloger.
- Kath-blade.

(3c) Inhalantia/flygtige opløsningsmidler:

- Toluen.
- Acetone.
- Trichlorethan.
- Ethylacetat.
- Propan.
- Kloroform.
- Heksan.
- Benzin.

(3b) Illegale hallucinogener:

- LSD.
- Psilocybin-svampe.
- Psilocin-svampe.
- Meskalin (peyotekaktus).
- Snerlefrø (ipomoea-arter, LSD- lignende).
- Fencyclidin.
- Dimetyltryptamin.

(3d) Andre illegale psykoaktive rusmidler (herunder, men ikke begrænset til):

- Heroin.
- GHB (gammahydroxybutyrat) /fantasy.
- Cannabinoider (cannabis, hash, marihuana) (≥ 4 gange i graviditeten).
- PMA (4-methoxamfetamin).
- PMMA (4-methoxymethylamfetamin)
- 4MTA (4-methylthioamfetamin).

4) Gravide i medicamentel behandling for afhængighed af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Gravide i behandling med medicinsk cannabis inkluderes som for cannabis i øvrigt.

Inklusionskriterier for børn i Familieambulatoriet

5) Børn i alderen 0 år til skolealderen, som i fostertilværelsen har været eksponerede for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. ovenstående grænser.

- (5a) OBS. Børn eksponerede alene for cannabisforbrug ≤ 3 gange under graviditeten følges dog ikke.

Opfølgingskriterier for børn i Familieambulatoriet*

Børnene inddeles i kategorier (let = grøn, moderat = gul og svær = rød), som retningslinje for hyppigheden af de opfølgende børneundersøgelser.

Kategoriseringen vurderes i Familieambulatoriet på basis af barnets grad af eksponering for rusmidler under graviditeten i kombination med følgende forhold:

- Barnets somatiske historie, herunder viden om graviditetsperioden, fødselstids- punkt, fødselsvægt, abstinenssymptomer, genetiske dispositioner samt aktuelle medicinforbrug.
- Barnets aktuelle fysiske/psykiske tilstand ud fra oplysninger fra omsorgspersonerne samt de seneste undersøgelsesresultater fra den opfølgende børneundersøgelse.
- De psykologiske forhold i familien i form af forældrenes ressourcer som forældre, støttende netværk og tilknytningen mellem barn og omsorgsperson.
- Familiens sociale situation, herunder stabilitet, boligforhold, beskæftigelse, forældrenes livsførelse i forhold til barnets behov og forældrenes aktuelle forbrug.
- Eventuelle iværksatte støtteforanstaltninger.

Ved ændringer i ovenstående forhold kan kategoriseringen for det enkelte barn løbende ændres.

Vejledende børneundersøgelser i Familieambulatoriet*						
Barnets alder	GRØN (let)		GUL (moderat)		RØD (svær)	
	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog
5-8 uger	(x)		x	x	x	x
4 måneder	x	x	x	x	x	x
8 måneder					x	x
12 måneder			x	x	x	x
18 måneder					x	x
2 år	x	x	x	x	x	x
3 ½ år			x	x	x	x
5 år	x	x	x	x	x	x
6 år					x	x
Antal undersøgelser i alt	3-4	3	6	6	9	9

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. VEJ nr. 9009 af 27/12/2013. SST, j.nr. 5-3210-13. 2014.
2. World Health Organization (WHO). Substance Use. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.
3. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner. Diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.

*Med udgangspunkt i psykologernes forslag til fælles standard for børneundersøgelser vedtaget på årsseminaret den 5. november 2014. Børneopfølgningen er under fortsat revision.

BILAG 3

Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med det formål at uddybe nogle af de juridiske problemstillinger, som vedrører sundhedspersonalet og myndhedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger i tilknytning til Familieambulatoriet.

Nedenfor behandles emner i tilknytning til særligt de problematikker, som rejser sig i forhold til mindreårige, og regler om samtykke til at indhente og videregive sundhedsoplysninger.

Samtykke til behandling af mindreårige børn

Det følger af Sundhedslovens § 15, at behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Behandling defineres i Sundhedslovens § 5 som samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år, som ikke har indgået ægteskab og er myndige) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Hvis barnet er fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen jf. Sundhedslovens § 17.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdagskarakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergive almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.

Det følger af Forældreansvarsloven § 3, stk. 1, 1. pkt., at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver.

Hvorvidt der er tale om *væsentlige* beslutninger, som kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere, beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, som foretages af den sundhedsperson, som har ansvaret for at indhente et informeret samtykke til behandling på vegne af barnet.

Vurderes det, at begge forældre skal give samtykke til behandling, har den ansvarlige sundhedsperson kun ret til at iværksætte behandling, når der foreligger samtykke fra begge forældre.

Hvis forældrene ikke er enige om iværksættelse af behandling, vil de i den situation være henvist til at søge konflikten løst efter reglerne i Forældreansvarsloven ved at starte en forældremyndighedssag.

Anbragte børn

Når børn anbringes uden for hjemmet, sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Det betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. Udgangspunktet er også, at forældremyndighedsindehavere fortsat skal orienteres og samtykke til behandling efter Sundhedslovens lovgivning.

I praksis har den anbringende kommune dog en vidtgående adgang til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse. Spørgsmål om f.eks. valg af læge, skole, indkøb af tøj og lignende vil normalt være spørgsmål, som den anbringende kommune tager stilling til i et samarbejde med anbringelsesstedet.

Kommunen har i medfør af Servicelovens § 69, stk. 1, også hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling, hvis dette er nødvendigt under hensyn til formålet med anbringelsen. F.eks. hvis der opstår uenighed mellem forældremyndighedsindehaverne, og der af den grund ikke kan opnås samtykke til nødvendig behandling.

Formålet med anbringelsen, herunder særlige forhold vedrørende pleje og behandling, skal fremgå af den lovpligtige handleplan for anbringelsen.

Det følger således af det vidtgående ansvar for barnet eller den unge, som den anbringende kommune overtager ved anbringelsen, at kommunen om nødvendigt kan træffe afgørelse om undersøgelse og lægebehandling af barnet, herunder om indlæggelse til behandling på sygehus, såvel på somatisk som psykiatrisk afdeling.

Kommunen bør dog så vidt muligt træffe bestemmelse i forståelse med barnets forældre, ligesom forældremyndighedsindehaveren som klart udgangspunkt bør informeres i forbindelse med besøg på skadestue eller lignende.

Når barnet er anbragt udenfor hjemmet, afhænger det således af forholdene omkring den enkelte anbringelse, hvilke rettigheder og pligter forældremyndighedsindehaveren fortsat har.

Under barnets anbringelse er det anbringelsesstedet/plejeforældrene, som varetager den daglige omsorg for barnet. Det antages derfor, at beslutninger om mindre undersøgelser og mild medicinering vil kunne træffes af anbringelsesstedet.

Barnets plejeforældre har dog i relation til sundhedsretten ingen rettigheder over barnet, men de kan i et vist omfang varetage barnets forhold efter aftale med kommunen.

Tavshedspligt

Det følger af Sundhedslovens § 40, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Helbredsforhold er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredsforhold. Oplysninger om rent private forhold kan være oplysninger om ægteskab, pårørende mv., og oplysninger om andre fortrolige forhold kan være oplysninger om indkomst, og sociale- og straffbare forhold.

Videregivelse af oplysninger

Som en undtagelse til bestemmelsen i Sundhedslovens § 40 om tavshedspligt, kan sundhedspersoner i medfør af Sundhedslovens § 41 videregive oplysninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling. Der kan i medfør af § 41, stk. 1 videregives oplysninger med samtykke fra patienten til brug for behandlingen af patienten selv eller behandlingen af andre patienter.

Sundhedslovens klare udgangspunkt er derfor, at der skal gives samtykke, hvis sundhedsoplysninger videregives til andre sundhedspersoner til brug for sundhedsfaglig behandling.

Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling kan ske i medfør af Sundhedslovens § 43, når visse betingelser er opfyldt.

Videregivelse af sundhedsoplysninger til andre formål, kræver ligeledes som udgangspunkt samtykke fra patienten.

Hvis der ikke foreligger samtykke fra patienten, skal betingelserne i Sundhedslovens § 43, stk. 2, for videregivelse være opfyldt.

Ifølge Retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1 kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse om, at borgeren har afgivet et samtykke, er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om.

Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være *nødvendige* for at behandle sagen.

Videregivelse af sundhedsoplysninger om mindreårige reguleres af Sundhedslovens § 17, stk. 3. Efter bestemmelsen kan et barn, der er fyldt 15 år, selv give samtykke til, at helbredsoplysninger mv. videregives i henhold til bestemmelserne i Sundhedslovens §41-49. Børn, der er fyldt 15 år, kan således selv give samtykke til, at deres helbredsoplysninger videregives til kommunen.

Hvis barnet er under 15 år, kræves samtykke til videregivelse fra forældremyndighedsindehaveren. Det antages, at det er tilstrækkeligt, at der foreligger samtykke til videregivelse fra den ene forældremyndighedsindehaver, selvom begge barnets forældre har del i forældremyndigheden, jf. Caroline Adolfsen, Mindreåriges retsstilling i relation til behandling, afsnit. 2.1.1.2.

Hvis barnets forældre har ophævet samlivet, indhentes samtykke fra bopælsforælderen.

Protesterer den anden forælder imidlertid mod videregivelsen, og har denne del i forældremyndigheden, kan oplysningerne ikke uden videre videregives.

Selvom barnet er anbragt udenfor hjemmet, er det fortsat forældremyndighedsindehaveren, som skal give samtykke til videregivelsen. Den anbringende kommune eller anbringelsesstedet/plejeforældrene indtræder ikke denne ret.

Det er muligt for sundhedspersoner efter bestemmelsen i Sundhedslovens § 43, stk. 2 og stk.3, at videregive oplysninger til andre formål end behandling, selvom der ikke foreligger samtykke fra barnets forældre eller barnet. F.eks. når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling jf. § 43, stk. 2, nr. 1.

En kommune har således mulighed for at indhente sundhedsoplysninger uden samtykke fra barnet og forældremyndighedsindehaveren efter bestemmelsen i retssikkerhedsloven § 11 c, stk. 1, nr. 1.

Bestemmelsen omhandler sager om særlig støtte til børn og unge efter Servicelovens kap. 11., når sagen drejer sig om sager uden forældresamtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter Servicelovens § 50.

Formkrav til samtykket

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedslovens § 42. Samtykke kan gives både mundtligt og skriftligt. Samtykket kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne og til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, at der er givet samtykke til videregivelse.

Samtykke til videregivelse af oplysninger til *andre formål* end behandling, reguleres af bestemmelsen i Sundhedslovens § 44.

Kravet til samtykke er i den situation skærpet på den måde, at der som udgangspunkt er krav om skriftlighed. Et samtykke til videregivelse til andre formål bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Kravet om skriftlighed kan fraviges, hvis sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Det gælder generelt for et samtykke, at det skal være frivilligt, konkret og informeret.

Bevisbyrden for, at der er givet samtykke ligger hos myndigheden. Det kan af den grund være hensigtsmæssigt, at indhente et skriftligt samtykke også i situationer, hvor der ikke stilles krav om det.

I situationer, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke, f.eks. på grund af en patients helbredstilstand, bør dette journalføres.

Indhentelse af sundhedsoplysninger

Reglerne i Sundhedsloven om indhentelse og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner. Ved sundhedspersoner forstås både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Hvis andre faggrupper deltager aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan de få adgang til patientoplysninger, der er relevante for udførelsen af deres opgave. Udgangspunktet er, at personen har adgang til de samme oplysninger, som den autoriserede sundhedsperson opgaverne udføres for. Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen kan anses som en sundhedsfaglig opgave jf. § 6, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Det er således relevant at foretage en konkret vurdering af den enkeltes funktion og rolle i forbindelse med patientbehandlingen.

Sundhedslovens § 42 a regulerer, hvilke personer, der ved opslag har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger mv.

Andre der udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson i forbindelse med den samlede sundhedsindsats, vil kunne indhente oplysninger med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 10.

Bemyndiges en ikke-autoriseret sundhedsperson til at udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson, vil sundhedsoplysninger kun kunne indhentes med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 11.

Kravet til samtykket fremgår i den situation af Sundhedslovens § 42 b. Der er ikke krav om, at samtykket afgives skriftligt, men den person, som er bemyndiget til at indhente oplysningen, skal sørge for, at denne har fået samtykke fra patienten til at indhente oplysningen, og at samtykket bliver tilført i patientjournalen.

Offentligt ansattes underretningspligt

Ifølge Servicelovens § 153 stk. 1, nr. 2 er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan f.eks. være tale om, at lokalpsykiatrien bliver opmærksom på, at en patient med psykiske problemer er blevet gravid, eller at en kvinde med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne bliver gravid.

Det er ikke en betingelse, at vurderingen af familiens situation alene kan føre til foranstaltninger efter loven, men der skal være tale om problemstillinger i familien, der er af en sådan karakter, at det vurderes nødvendigt at handle i forhold til det, og hvor man ikke ved egen indsats er i stand til at afhjælpe problemerne.

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.

Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre (jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, psykisk og seksuelt overgreb).

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til disse og deres ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet har behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

Kommunal tilbagemelding.

Kommunen skal jf. Servicelovens § 155 b, senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

Journalføringsbekendtgørelsen.

Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i Retssikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.

BILAG 4.0

Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger

Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger

I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner, som du har/får kontakt med i din graviditet.

I forbindelse med dit forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at indhente oplysninger om (kan udfyldes af familieambulatoriet),

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til udredningen/behandlingen af dit barn er nødvendig, at indhente oplysning om, _____

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til at indhente oplysninger:

Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at Familieambulatoriet må indhente oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold fra nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver)

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Barn

Cpr.nr.: _____

Navn.nr.: _____

Hvem må der indhentes oplysninger fra:

() Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)

angiv afdeling: _____ Sygehus: _____

() Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Kommunale misbrugsbehandling

angiv navn: _____ Kommune: _____

() Andre (Skal angives)

angiv navn: _____ Kommune: _____

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

BILAG 4.1

Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykke til indhentelse og videregivelse af personfølsomme oplysninger, herunder sundhedsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 i forbindelse med Familieambulatoriets netværksmøder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver):

Navn: _____

Personnummer: _____

Giver herved samtykke til at Familieambulatoriet må videregive helbredsoplysninger og andre personfølsomme oplysninger om mig og mit barn:

Personnummer: _____

til relevante aktører i forbindelse med afholdelse af netværksmøder med følgende aktører: (angiv navn, afdelinger, og myndighed på de aktører, som deltager i mødet):

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Dato: _____

Underskrift: _____

BILAG 4.2

Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger

Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger

I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner som du har/får kontakt med i din graviditet.

I forbindelse med dit og dit barns forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at videregive oplysninger om relevante sociale og helbredsmæssige forhold, der har betydning for graviditet og din situation efter fødslen.

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til at understøtte dit barns udvikling er relevant at videregive oplysninger, om dit barns sundhedsmæssige trivsel og udvikling.

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 og oplysninger om sociale forhold i medfør af persondatalovens regler.

Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at –(navn på konkret sundhedsperson ansat i Familieambulatoriet) - må videregive oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold til nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede(forældremyndighedsindehaver)

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Barn

Cpr.nr.: _____

Navn.nr.: _____

Jeg samtykker i, at oplysninger om (angiv oplysninger, evt. i samarbejde med familieambulatoriet):

_____, videregives til følgende personer og myndigheder

() Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)

angiv afdeling: _____ Sygehus: _____

() Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)

angiv afdeling: _____ Kommune: _____

() Kommunale misbrugsbehandling

angiv navn: _____ Kommune: _____

() Andre

(Skal angives) _____

Samtykket gælder i 1 år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

BILAG 5

Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne

Formålet med siden er at personale som samarbejder med kommunen og de regionale instanser omkring målgruppen for Familieambulatorierne, kan tilgå kontaktinformation om kommunen, samt holde kommunen orienteret omkring målgruppen.

Kontaktinformationen skal tilstræbt ikke være på individniveau – men på organisationsniveau, for at minimere antal kontaktindgange til forskellige organisationer.

Tværsæktorielt Samarbejde, Region Syd har ansvaret for at holde kommunernes overordnede kontaktside opdateret på sundhed.dk. Skulle der være ønske om ændringer på siden, sendes en mail til visinfosyd@sundhed.dk med rettelser og link til tilbuddet.

Understående oplysninger kan findes opdateret via dette link til den fælles kontaktside på sundhed.dk:
www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne

Familieambulatorierne–telefonbog for Region Syddanmark

Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn, som har særlige behov. Relevante kontaktoplysninger for samarbejdet omkring målgruppen for Familieambulatoriet er samlet her.

Målgruppen

Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn i Region Syddanmark. Målgruppen for Familieambulatorierne er:

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler
- Børn fra fødsel til skolestart, som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

Der er i Familieambulatorierne ansat en række fagpersoner, som alle ønsker at tilbyde den gravide og dennes familie bedst mulig støtte i og efter graviditeten med den hensigt at give barnet den bedste start på livet.

Tilmelding og visitation

Borgeren kan henvises af egen læge, fra kommunen eller fra sygehuse-/hospitalsafdelinger. Borgeren kan selv henvende sig.

Henvielse skal ske så tidligt i graviditeten som muligt.

Find Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark her: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm477243>

Kontaktinformation til Familieambulatorierne

<p>Familieambulatoriet Odense Odense Universitetshospital, Patienthotellet, 1. etage, indgang 1/2 J.B. Winsløws Vej 4, 5000 Odense</p> <p>Telefon: 65 41 33 04 Mail: ouh.d.familieambulatoriet@rsyd.dk www.ouh.dk/wm338324</p>	<p>Familieambulatoriet Esbjerg Sydvestjysk Sygehus, Fødegangen Finsensgade 35, 67 Esbjerg</p> <p>Telefon: 79 18 32 27 (8.00-15.00) Mail: sys-familieambulatoriet@rsyd.dk www.sydvestjysksygehus.dk/wm399587</p>
<p>Familieambulatoriet Kolding Kolding Sygehus, Kolding Jordemoderkonsultation Skovvangen 2, 6000 Kolding</p> <p>Telefon: 76 36 24 68 Mail: slb-familieambulatorium@rsyd.dk www.sygehuslillebaelt.dk/wm388038</p>	<p>Familieambulatoriet Aabenraa Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa</p> <p>Telefon: 79 97 23 80 (8.00-14.30) Mail: shs.familieambulatoriet@rsyd.dk www.sygehussonderjylland.dk/wm356650</p>

Kontaktinformation til kommunerne

Kommune	Afdeling	Telefon	Mail (bemærk. kan være mail til underretning)	kontaktside	Sundhedsplejen
Assens	Børn og Familie	64747517	assens@assens.dk	Klik her	64746406
Billund	Familie- og Forebyggelsesstaben	79727200	familie@billund.dk	Klik her	79727711 familie@billund.dk
Esbjerg	Familierådgivningen	76163508	familieraadgivningen@esbjergkommune.dk	Klik her	76163508
Fanø	Social og Myndighed	51856009	sikkerpost@fanoe.dk	Klik her	27284638 hjh@fanoe.dk
Fredericia	Familie og Børnesundhed	72107470	kommunen@fredericia.dk	Klik her	
Faaborg-Midtfyn	Familie, børn og unge	72530530	fmk@fmk.dk	Klik her	72536043 sundhedsplejen@fmk.dk
Haderslev	Voksen- og Sundhedsservice	74343434	u@haderslev.dk	Klik her	74348110
Kerteminde	Børne- og Familieafdeling	65151515	born-og-unge@kerteminde.dk	Klik her	
Kolding	Familierådgivningen	79797979	soc@kolding.dk	Klik her	79792536 20361624
Langeland	Social- og Familieafdelingen	63516000	underretning@langelandkommune.dk	Klik her	sundhedsplejen@langelandkommune.dk

BILAG 5 | TELEFONBOG FOR SAMARBEJDET OMKRING FAMILIEAMBULATORIERNE

Middelfart	Familieafdelingen	88885303	vagten.familieafdelingen@middelfart.dk	Klik her	88885332 malene.pandurochristensen@middelfart.dk
Nordfyns	Børn og Familie	64828150	bu@nordfynskommune.dk	Klik her	21720430 jli@nordfynskommune.dk
Nyborg	Børn, unge og familie	63337000	kommune@nyborg.dk	Klik her	63336857
Odense	Socialcentret Visitationen	65518500	budigital.buf@odense.dk	Klik her	65515608 sundhedsplejen@odense.dk
Svendborg	Familieafdelingen	62234600	familieafdelingen@svendborg.dk	Klik her	62234070 sundhedsplejen@svendborg.dk
Sønderborg	Børn og Familie	88724242	modtagelsen@sonderborg.dk	Klik her	27905546
Tønder	Familie og Børn	74929292	underretning@toender.dk	Klik her	24433685 marber@toender.dk
Varde	Børn og Forebyggelse visitation	79947828	bof@varde.dk	Klik her	
Vejen	Familie, børn og unge	79966365	mbes@vejen.dk	Klik her	79966471
Vejle	Sundhedsplejen	76415639	sundhedsplejen@vejle.dk	Klik her	76415639 sundhedsplejen@vejle.dk
Ærø		63525000	post@aeroekommune.dk	Klik her	
Aabenraa	Børn og Familie Myndighedsafdelingen	73767194	underretning@aabenraa.dk	Klik her	73767002 sundhedsplejen@aabenraa.dk

Øvrig kontaktinformation i Region Syddanmark

Kommunerne: [Find kontaktoplysninger til kommunernes sundhed.dk side vedr. familieambulatoriet](#)

Psykiatrien: [Se kontaktoplysninger til psykiatrien i Region Syddanmark her](#)

Fødeafdelinger: [Se kontaktoplysninger til fødeafdelinger i Region Syddanmark her](#)

Almen praksis: [Se kontaktoplysninger til de praktiserende læger i Region Syddanmark her](#)

Misbrugscentre: [Se kontaktoplysninger til misbrugscentre i region Syddanmark her](#)

BILAG 6

Arbejdsgruppens medlemmer

Navn	Titel	Organisation
Anne Uller (medformand)	Chefjordemoder	Kvindesygdomme og fødsler, Sygehus Lillebælt
Bettina Brøndsted (medformand)	Leder	Børne- og ungerådgivningen, Odense Kommune
Inge Olga Ibsen	Overlæge og leder	Familieambulatoriet – OUH
Veronica Tovar Poulsen	Overlæge	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D - OUH
Gitte Telling	1. reservelæge	Sygehus Sønderjylland
Eva Charlotte Engsted Kiib	Børnelæge	Familieambulatoriet – Sydvestjysk Sygehus
Bente Heidi Nielsen	Socialrådgiver	Lokalpsykiatri Kolding – Psykiatrisygehuset
Jette Asmussen	Overlæge	Ambulatorium – Psykiatrisygehuset
Michela Siff Wedel Dalsgaard	Socialrådgiver & koordinator	Familieambulatoriet – Sygehus Lillebælt
Tina Wenstrøm Vedstesen	Socialrådgiver	Børne-og Ungeafdelingen, Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet, Sydvestjysk Sygehus
Christina Heldarskard	Socialrådgiver	H.C. Andersens Børnehospital – OUH
Tanja Nørgaard Vinsten	Psykolog	Familieambulatoriet - OUH
Annette Jensen	Ledende sundhedsplejerske	Sundhedsplejen, Aabenraa Kommune
Tine Skov-Carlsen	Sundhedsplejerske	Brørup Sundhedscenter, Vejen Kommune
Else Marie Rask Larsen	Ledende sundhedsplejerske	Fredericia Kommune
Ina Lorenzen Kier	Afdelingsleder	Rådgivningscenter Tønder Misbrug, Tønder Kommune
Peter Bloch-Sørensen	Centerleder	Misbrugscenter Vejle, Social- og psykiatridelingen, Vejle Kommune
Anne Dorte Bloch	Afsnitsleder	Familieafdelingen, Kolding Kommune
Kenneth Røn Christiansen	Afdelingsleder	Afdelingen for Børn og Familie, Assens Kommune
Annemarie Heinsen	AC-fuldmægtig	Praksisafdelingen, Regionshuset
Gökhan Dinc	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Sanne Glad Selander	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Christine Lund Momme (sekretær)	Specialkonsulent	Tværasektorielt Samarbejde, Regionshuset
Magnus Falby (sekretær)	Konsulent	Tværasektorielt Samarbejde, Regionshuset
Ida Bohn (sekretær)	Proceskonsulent	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune
Katrine Iwersen (sekretær)	Praktikant	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune

BILAG 7

Høringsparter

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring i oktober-november 2017:

Sygehusene i Region Syddanmark (Fødeafdelinger, Familieambulatorier, Børneafdelinger)

Psykiatrisygehuset

De syddanske kommuners sundhedsområde, familieafdelingerne, myndighedsområdet for børn og unge, misbrugscentre/misbrugsområdet

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Telefon 7663 1000
regionsyddanmark.dk



15314 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 05.2018

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Samarbejdsaftale mellem Esbjerg Kommune, (Familierådgivningen, Voksen Myndighed, Center for Misbrug & Udsatte og Sundhedsplejen) og Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet Plus er et tværfagligt team på Sydvestjysk Sygehus bestående af jordemoder, fødselslæge, børnelæge, psykolog, sundhedssocialrådgiver og sekretær.

Familieambulatoriet Plus er ligesom øvrige jordemoderkonsultationer et frivilligt tilbud. Tilbuddet i Familieambulatoriet Plus adskiller sig fra de ordinære jordemoder-/konsultationer ved følgende:

- Hyppigere jordemoderkonsultation.
- Vurdering af behov for flere scanninger.
- Fast tværfagligt team bestående af to jordemødre, to sundhedssocialrådgivere, obstetrisk overlæge, pædiatrisk overlæge og psykolog.
- Tilbud om børneopfølgning indtil skolestart, hvor der foretages lægefaglige undersøgelser og psykologiske test.
- Indkaldelse til netværksmøder og tværsektoriel koordinering.

Formål og målgruppe

I 2018 indgik kommunerne og Region Syddanmark en "Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark". Samarbejdsaftalen mellem Familieambulatoriet Plus, almen praksis og kommunerne i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor målgruppen.

Målgruppen for aftalen er gravide i målgruppen for Familieambulatoriet Plus, der er:

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart, som i fostertilværelsen har været eksponeret jævnfør inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler (bilag 1).

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Familieambulatoriet Plus i Esbjerg og Esbjerg Kommune (*Familierådgivningen, Center for Misbrug & Udsatte, Voksen Myndighed og Sundhedsplejen*) har med afsæt i den regionale aftale aftalt, hvordan aftalen skal omsættes til en praksis for samarbejdet. Der er fire faser i samarbejdet om målgruppen for Familieambulatoriet Plus:



Fase 1. Henvisning og tidligt samarbejde

Identificerer Familierådgivningen gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer Familierådgivningen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus.

Den gravides konkrete og individuelle samtykke til videregivelse/indhentning af oplysninger er fundamentet for det tværsektorielle samarbejde i alle faser. Samtykket skal indeholde oplysninger om, hvilke oplysninger, der er tale om, hvem de må videregives til og til hvilket formål.

	Familierådgivningen, Esbjerg Kommune	Familieambulatorie Plus
Henvisning og tidligt samarbejde	<p>Familierådgivningen informerer den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus. <i>(Henvisningsskema på gravide til Familieambulatoriet eller Familieambulatoriet Plus bilag 2)</i></p> <p>Familierådgivningen indhenter samtykke fra den gravide med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger.</p> <p>Har den gravide ikke været ved læge eller har behov for støtte til at bestille tid og tage til læge, skal Familierådgivningen koordinere med Voksen Myndighed/Center for Misbrug & Udsatte om, hvem der sikrer den relevante støtte. Dette for at sikre, at der sker en udfyldelse af svangre journalen.</p> <p>Familierådgivningen kan invitere sundheds-socialrådgiver fra Familieambulatoriet Plus med til den første afklarende samtale med den gravide og partner.</p> <p>Modtager den gravide ikke misbrugsbehandling kontakter Familierådgivningen Voksen Myndighed – Team Udsatte, og det videre samarbejde med den gravide aftales.</p> <p>Modtager den gravide misbrugsbehandling kontakter Familierådgivningen socialrådgiver ved Voksen Myndighed – Team Udsatte eller behandler ved Center for Misbrug & Udsatte og afklarer, hvem der skal deltage i videre samarbejde med den gravide.</p>	
Afklaring af fastholdelse af graviditet		<p>Til og med 22. graviditetsuge indkalder Familieambulatoriet Plus indenfor syv dage den gravide til en afklarende samtale, om graviditeten ønskes bevaret.</p> <p>Deltagerne ved denne samtale er den gravide, læge og sundhedssocialrådgiver.</p>

	Familierådgivningen, Esbjerg Kommune	Familieambulatorie Plus
Første jordemoderkonsultation og samtykke til samarbejde		<p>Familieambulatorie Plus kontakter den gravide senest syv dage efter modtagelse af svangre journalen. Første jordemoderkonsultation sker med deltagelse af jordemoder, sundhedssocialrådgiver, den gravide og evt. partner.</p> <p>Den gravide orienteres om Familieambulatoriet Plus, og der udarbejdes en socialfaglig anamnese.</p> <p>Familieambulatoriet Plus indhenter, om muligt, samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejde med den kommunale sundhedspleje, Familierådgivningen (myndighed) og andre relevante aktører.</p> <p>Ønsker den gravide ikke at give samtykke, vurderes det, om der er grundlag for en skærpet underretningspligt.</p>
Fremmøde i Familieambulatoriet Plus	<p>Tidligt i forløbet tages der stilling til, hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus til fødsel samt ved akutte tilstande sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde, skal søges løst i god tid.</p> <p>I samarbejde mellem Familierådgivningen, Familieambulatoriet Plus og den gravide aftales det, hvordan fremmøde sikres.</p> <p>Hvis den gravide ikke ønsker at komme i Familieambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.</p>	<p>Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus at kontakte den gravide, og ved bekymring underrettes Familierådgivningen.</p>
Kommunen modtager underretning	<p>Ved underretninger fra Familieambulatoriet Plus bør underretter inviteres ind til underretnings samtalen (deltagelse koordineres med sundhedssocialrådgiver). Familierådgivningen sikrer samtykke fra forældrene og inviterer underretter.</p> <p>Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger.</p> <p>Er der givet samtykke fra den gravide sikrer Familierådgivningen en tilbagemelding til sundhedssocialrådgiver ved underretninger, også når den gravide ikke længere følges i Familieambulatoriet Plus. Familierådgivningen motiverer til samtykke og orienterer den gravide om, at det er vigtigt, at der tilgår viden om, hvad fostret har været eksponeret for, plan for støtte/foranstaltninger på familien både før fødsel, ved indlæggelse og efter fødsel. Sundhedssocialrådgiver sikrer, at relevante oplysninger deles med afdelingen for Nyfødte og familier.</p>	<p>Underretter kan deltage i underretnings samtalen.</p> <p>Sundhedssocialrådgiver sikrer, at relevante oplysninger deles med Nyfødte og Familierådgivningen på SVS.</p>

Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke et forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes det, om der er grundlag for en underretning.

Hvis den gravide stopper samarbejdet med Center for Misbrug & Udsatte eller Voksen Myndighed, og er der bekymring for den ufødtes trivsel, skal der ske underretning til Familierådgivningen.

Fase 2. Koordineringsmøder og aftaler om fødslen

Med det formål at sikre en koordineret indsats mellem Familieambulatoriet Plus og Esbjerg Kommune afholdes minimum to koordinerende møder under graviditeten. Deltagerne ved disse møder er relevante kommunale repræsentanter, Familieambulatoriet Plus, evt. partner og den gravide.

Sundhedssocialrådgiver og Familierådgivningen koordinerer tidspunktet og mødedeltagerne. Det tilstræbes at indkaldelsen sker med minimum syv dages varsel, og at deltagerne ved mødet forpligtiger sig til at prioritere mødet.

Deltagerne skal sikre, at den gravide ikke overvældes af informationer, herunder at eventuelle afklarende drøftelser sker enten før mødet med den gravide eller tilpasses den gravides funktionsniveau.

Første koordineringsmøde

Familieambulatoriet Plus indkalder på baggrund af faglig vurdering den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværsektorielle koordinationsmøde med syv dages varsel. Deltagerne ved mødet er:

- Den gravide og evt. partner
- Familierådgivningen
- Familieambulatoriet Plus
- Evt. deltagere fra psykiatrien
- Sundhedsplejen
- Rådgiver fra Voksen Myndighed og/eller behandlere fra misbrugstilbud
- Andre relevante kommunale medarbejdere f.eks. spædbarnsteamet og andre støttepersoner

Formålet med mødet er at tilrettelægge både en kort- og langsigtet plan for den gravide og at få aftalt rolle- og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Se bilag 5 Dagsorden og referat skabelon.

Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne.

Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Når der er indhentet samtykke, sendes referatet til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet og føres til referat.

Ved dette møde aftales mødetidspunkt for terminsmødet ti uger før termin, og om der er behov for samarbejde og koordinering i perioden indtil næste terminsmøde.

Andet koordinerings-/terminsmøde - Planlægning af fødsel og udskrivning

Familieambulatoriet Plus indkalder til netværksmøde ti uger før termin. Målet med terminsmødet er at sikre, at der sker en koordinering og planlægning af fødsel og udskrivning, så barnet sikres den bedst mulige støtte.

Deltagerne ved terminsmødet er:

- Den gravide og evt. partner
- Familierådgivningen
- Nyfødte og familie (sygeplejerske for afdelingen)
- Familieambulatoriet Plus
- Evt. deltagere fra psykiatrien

- Sundhedsplejerske
- Rådgiver fra Voksen Myndighed – Team Udsatte og/eller behandlere fra misbrugstilbud
- Andre relevante kommunale medarbejdere f.eks. spædbarnsteamet og andre støttepersoner

Sundhedssocialrådgiver koordinerer deltagere/tidspunkt/dagsorden med Familierådgivningen. Hvis den gravide afviser samarbejde med Familieambulatoriet Plus, er Familierådgivningen ansvarlig for, at der indkaldes til mødet.

Under mødet:

1. Udfyldes skemaet "Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset" (bilag 3), hvorefter Familierådgivningen straks sender skemaet til Familieambulatoriet Plus. Af skemaet skal det fremgå, om der skal foretages kommunale observationer under indlæggelsen. Kommunen iværksætter sideløbende støtte efter individuel vurdering f.eks. Spædbarnsteamet eller forældre/barn ophold. Det fremgår også af skemaet, om der skal ske kommunal betaling af prævention efter fødslen.
2. Koordinering af den medicinske-/misbrugsbehandling mellem Center for Misbrug & Udsatte og Familieambulatoriet Plus/obstetrisk overlæge. Dette for at sikre fosters trivsel samt evt. påtænkt abstinensbehandling af den nyfødte.
3. Afklaring af, hvordan forældrene støttes efter fødslen af Voksen Myndighed og/eller Familierådgivningen.

Fase 3. Tiden efter fødsel, under indlæggelse og udskrivning

Samarbejdet i tiden efter fødsel, under indlæggelse og ved udskrivning er som udgangspunkt aftalt ved terminsmødet og beskrevet i skemaet "Anmodning om oplysninger til Familieambulatoriet Plus".

	Familierådgivningen	Familieambulatoriet Plus
Tiden efter fødslen	<p>Tiden efter fødslen er planlagt ved terminsmødet og angivet i skemaet "Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset".</p> <p>Der kan foretages kommunale observationer under indlæggelsen; Dette er aftalt forud for fødslen.</p> <p>Påtænker Familierådgivningen anbringelse ved udskrivningen, skal sundhedssocialrådgiver/sygeplejerske, der passer stuen informeres om dette (såfremt der er givet samtykke, alternativt kan moderen selv vælge at fortælle personalet om dette) – dette sker efter den gravide er informeret.</p> <p>Familierådgivningen tilstræber, at der er kommunale støttepersoner, der kan støtte den gravide efter, at den gravide er informeret om påtænkt anbringelse.</p> <p>Såfremt der sker akut anbringelse ved formandsbeslutning er Familierådgivningen til stede¹, indtil barnet er anbragt. Efter anbringelsen er det Familierådgivningens opgave at sikre, at kommunale støttepersoner støtter forældrene indtil udskrivelse.</p>	<p>Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jævnfør "Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset".</p> <p>Personalet udfører alene sygeplejefaglige opgaver og kan ikke vurdere forældrekompetencen.</p> <p>Det sundhedsfaglige personale har skærpet underretningspligt.</p>

¹ Efter aftale i skemaet "Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset".

Udskrivningsmøde	<p>Det er angivet i skemaet "Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset", om der skal afholdes udskrivningsmøde.</p> <p>Familierådgivningen inviterer relevante kommunale deltagere til udskrivningsmødet på sygehuset f.eks. sundhedsplejerske, misbrugsbehandler og støttepersoner.</p> <p>Kan der ikke afvikles et fysisk udskrivningsmøde, vil der ske koordinering mellem Familierådgivningen og afdelingen.</p>	<p>Sundhedssocialrådgiver og Familierådgivningen aftaler, hvor og hvornår udskrivningsmødet skal afholdes.</p> <p>Som udgangspunkt vil sundhedssocialrådgiver/ sygeplejerske fra Nyfødte og familie deltage i udskrivningsmødet.</p>
-------------------------	---	--

Sundhedsplejen i Esbjerg kan tilbyde graviditetsbesøg efter behov samt ugentlige hjemmebesøg de første fire uger efter fødslen. Herefter vil sundhedsplejersken foretage en faglig vurdering af, hvad der er brug for fra Sundhedsplejen i den enkelte familie. Dette både set i forhold til besøgshyppighed, særlige indsatser såsom Marte Meo forløb, samt hvor længe barnet skal følges med hjemmebesøg fra Sundhedsplejen.

Familierådgivningen kan indhente status fra Sundhedsplejen samt aftale fælles opfølgingsmøder og/eller -besøg med familien. Sundhedsplejen underretter Familierådgivningen ved behov. Sundhedsplejen følger barnet indtil det går ud af 9. klasse, hvorfor Sundhedsplejen også er relevant at tænke ind i Fase 4.

Fase 4. Samarbejde indtil skolestart

Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jævnfør *Inklusions- og opfølgingskriterier*.

Tilbuddet indtil skolestart er følgende:

- Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang det vurderes fagligt relevant og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I forlængelse af undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.

Der er fortsat samarbejde mellem Esbjerg Kommune og Familieambulatoriet Plus.

	Familierådgivningen	Familieambulatoriet Plus
Opfølgende undersøgelser	<p>Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til Familierådgivningens indsats i forhold til barnet/familien.</p> <p>Såfremt der er en aktiv børnesang skriver Familierådgivningen de opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus.</p> <p>Familierådgivningen sikrer, at sundhedssocialrådgiver indkaldes til opfølgende samtaler på handleplanen.</p>	<p>Familieambulatoriet Plus' læge, sundhedssocialrådgiver og psykolog følger barnet frem til skolestart. Se bilag 4 "Forløb i Familieambulatorie Plus", hvor tilbuddet frem til skolestart er oplistet.</p> <p>Sundhedssocialrådgiver orienterer ved indkaldelse Familierådgivningen, om det er relevant med deltagelse i Familierådgivningens opfølgende samtaler på handleplanen.</p>
Afsluttende møde		<p>Familieambulatoriet Plus inviterer til afsluttende netværksmøde med deltagelse af relevante aktører omkring barnet.</p> <p>Sundhedssocialrådgiver afklarer deltagere med Familierådgivningen.</p>

Netværksmøder

Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.

Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder sundhedssocialrådgiver til netværksmødet.

Sundhedssocialrådgiver er opmærksom på, efter individuel vurdering, at invitere rådgiver fra Voksen Myndighed og/eller misbrugsbehandler samt Sundhedsplejen med til netværksmødet.

Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde medmindre Familierådgivningen vurderer andet.

Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt fire uger før mødedatoen.

Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.

Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.

Afsluttende netværksmøde

Familieambulatoriet inviterer til afsluttende netværksmøde med deltagelse af relevante aktører omkring barnet.

Sundhedssocialrådgiver afklarer deltagere med Familierådgivningen.

Samarbejdsaftalen er indgået mellem Esbjerg Kommune, (Familierådgivningen, Voksen Myndighed, Center for Misbrug & Udsatte og Sundhedsplejen) og Familieambulatoriet Plus, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg

Dato

Dato

Chefjordemoder
Kvindesygdomme og fødsler
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg

Direktør Borger & Arbejdsmarked
Esbjerg Kommune

Casebeskrivelse – indsatsen overfor udsatte gravide med misbrug

Case 1

En gravid med rusmiddelproblematik henvender sig hos egen læge i forbindelse med sin graviditet. Lægen visiterer den gravide til familieambulatoriet i regionalt regi, hvor den gravide følges med ekstra kontakter.

Familieambulatoriet indkalder til familiesamrådsmøde med den gravides samtykke, hvor følgende fagprofessionelle deltager:

Fra Regionens side:

- Jordemoder fra familieambulatoriet
- Socialrådgiver fra familieambulatoriet
- Psykiater fra psykiatrien i regionalt

Fra Kommunen:

- Repræsentant fra kommunens familieafdeling
- Sundhedsplejerske
- Misbrugsbehandler fra Rådgivningscenter Tønder Misbrug

På mødet koordineres indsatserne omkring den gravide og det ufødte barn.

Herefter aftales det, hvordan den løbende opfølgning skal foretages, og der vil typisk afholdes tværmøder, hvor den gravide og netværket også deltager.

Den kontakt som misbrugsbehandleren fra Rådgivningscenter Tønder har til den gravide vil være betydelig mere intensiv sammenlignet med kontakten til andre misbrugere i kommunen. Det vil sige at der er tilbud om ambulans behandling, der kan inkludere hjemmebesøg og der kan være tilbud om døgnbehandlingstilbud. I forhold til en matchning til et døgnbehandlingstilbud, vil der være opmærksomhed på, at der er kvindelige personale ansat og at tilbuddet har andre kvinder indskrevet.

Misbrugsbehandleren er parat til opsøgende hjemmebesøg, hvilket giver et godt indblik i hvordan leveforholdene i øvrigt er for den gravide. Dette kan være vigtigt, hvis man fra kommunen kan være med til, at understøtte ordnede forhold og at den gravide derved også kan se fordele ved, at kommunen er indover.

Misbrugsbehandleren arbejder med, at der skal være enighed og tillid mellem Rådgivningscenter Tønder Misbrug og den gravide i forhold til, at graviditeten skal gå så godt som muligt. Misbrugsbehandleren lægger ikke skjul på, at fokus er på de ufødte barn og at der er visse krav fra samfundets side i forhold til den kommende mor.

I de tidligere tilfælde af sager med gravide misbrugere, som misbrugsbehandleren har været involveret i, er det lykket at få et godt samarbejde og hvor den gravide har været klar over procedurerne/betingelserne. Det vil sige, at der vil være et hyppigere antal urintests og at disse tests i videst mulig omfang skal være uvarslede og ofte på mandage, eftersom en del af borgere indenfor målgruppen, har et misbrug i weekenderne. Konsekvensen af observeret misbrug vil være en henvendelse til Børn og Familie.

Case 2

Ung kvinde med 3 børn anbragt er gravid og der observeres et ustabil samarbejde med familieafdelingen. Der opstår bekymring for om kvinden er gravid og i misbrug. Dette bekræftes efter en opsøgende indsats, og hvor det konstateres, at den gravide bevidst ønsker at undgå kommunen, da hun ved, at barnet vil blive anbragt.

Familieafdelingen kontakter herefter misbrugscenteret ift. det videre forløb, herunder muligheden for at motivere den gravide til misbrugsophør og behandling, ligesom der skal arbejdes på at opnå samtykke til samarbejde tværsektorielt.

Der er et opmærksomhedspunkt ift. at der skal være en rimelig hurtig reaktion, når der er en fornemmelse af, at den gravide ikke vil samarbejde. Der kan være risiko for, at hun vil flytte til anden kommune eller "gå under jorden".

Case 3: Familie med massivt forbrug af rusmidler

(Opstart i foråret 2020 – barnet er i dag 1 år og 4 mdr.)

Den gravide bliver henvist til forløb i Familieambulatoriet på baggrund af forbrug af hash og sociale problemer. Desuden har mor i forvejen et barn fra et tidligere forhold som er anbragt.

Gentagne udeblivelser fra aftaler på sygehuset gør, at bekymringen for familien hurtigt tager til, og der bliver underrettet på den gravide.

Det lykkedes jordemoderen at få den gravide ind til en jordemoderkonsultation, og den gravide takker samtidig ja til FAMKO, hvor hun får tilknyttet en FAMKO-person med familiebehandlerybaggrund. Fra Familieambulatoriet sendes også besked til Sundhedsplejen om, at man har fået en gravid ind med forbrug af hash, og at denne deltager i FAMKO. Derfor tilknyttes en sundhedsplejerske, som har særlig erfaring med familier med forbrug, og som samtidig også er med i FAMKO-samarbejdet.

FAMKO-personen møder familien i forbindelse med anden jordemoderkonsultation, som ligger i uge 21 af graviditeten. I denne periode flakker den gravide en del omkring, og bor bl.a. på sofaen hos bekendte i Jylland. Da FAMKO-personen møder den gravide, tilkendegiver den gravide da også, at hun kun har sagt ja til FAMKO, fordi hun har brug for, at nogen hjælper hende med at finde en bolig, hvor hun kan bo - uden barnefar.

For FAMKO-personen er det dog også tydeligt, at der er brug for at støtte den gravide i, at hun passer sine aftaler på OUH. FAMKO-personen begynder derfor at hente den gravide og køre hende til aftalerne på OUH, og i den ambulante misbrugsbehandling, som også er blevet iværksat med hjælp fra FAMKO-personen. Det har i øvrigt været ret lige til at få det i gang, da FAMKO-personen kender den relevante medarbejder i rusmiddelbehandlingen, som særligt tager sig af gravide, fra FAMKO-samarbejdet.

Efterhånden som både familiebehandler og sundhedsplejerske lærer parret at kende, bliver det mere og mere åbenlyst, at de begge har haft en meget svær opvækst, og at de aktuelt har massive, sociale problemer, herunder at de begge har et stort, dagligt forbrug af hash. FAMKO-personen får også motiveret barnefar til at starte ambulante misbrugsbehandling.

Far er fra starten af meget forbeholden over for FAMKO, fordi det er et tilbud som kommunen står bag. FAMKO-personen vurderer, at det kan bunde i, at han har sin 13-årige datter fra et tidligere forhold boende, og at han kan være bekymret for, om der skulle blive opmærksomhed omkring hendes trivsel.

FAMKO-personen ser dog en velfungerende, ung pige, hvilket fortæller hende, at der helt sikkert er nogle gode ressourcer hos far, og samtidig er der et stort ønske fra den vordende mor om at komme ud af sit misbrug og blive en god mor for det lille barn, der er på vej. Fagpersonerne omkring familien har således en tro på, at hvis parret bliver sammen, så vil de kunne noget godt sammen, og samtidig en stærkt tvivl om, hvorvidt de vil kunne klare sig hver for sig.

Jo mere bekymringen omkring parret stiger undervejs i graviditeten, des flere fagpersoner kobles der på. De vil hver især lave aftaler med parret, og stiller forskellige krav til dem. Det bliver mere og mere uoverskueligt og stressende for parret, og konsekvensen er, at særligt mor trækker sig mere og mere.

FAMKO-personen aftaler derfor med parret, at hun bliver bindeleddet til de øvrige fagpersoner, og hun hjælper med at styre og prioritere alle aftaler, så parret ikke overvældes, samt sikrer, at hun bliver den primære fagperson i deres liv.

Undervejs er parforholdet under pres. FAMKO-personen bruger dog sine samtaler med familien på at sætte fokus på parrets fælles ressourcer, og de ender med at flytte i hus sammen, inden barnet bliver født.

Indtil nu har alt været en forebyggende, frivillig indsats i regi af FAMKO. Det er først lige før fødslen, at der kommer en foranstaltning på. Med etableringen af denne er det en prioritet, at den ekstra tid i familien skal være sammen med deres nuværende FAMKO-person, som de kender så godt i forvejen. Det har været meget vigtigt at sikre denne kontinuitet.

Dagen før fødslen flytter mor på "mor-barn-hjem", hvor hun bor sammen med barnet i et halvt år, og hvor der er massiv støtte. Far kommer der dagligt, og begge er meget åbne og gør deres bedste. De er gode i deres samspil omkring datteren. De samarbejder godt med fagpersonerne og vil gerne deres datter, som udvikler sig fint efter fødslen.

Efter et halvt år kan familien flytte sammen i deres eget hjem. Der er fortsat en massiv, daglig indsats på i form af omfattende familiebehandling i den første tid efter hjemkomsten, men det går fortsat godt. På grund af corona har parret isoleret sig sammen med deres datter for at passe på hende. De har fundet en god rytme i at være hjemme sammen, og pigen har udviklet sig godt og er i trivsel.

Når vi spoler halvandet år frem, så er forældrene gået fra hinanden og mor er endt på Krisecenter. Selvom det ikke endte, som man kunne have ønsket, så fortsætter det gode samarbejde mellem FAMKO-personen og familien. De to forældre er i dag et sted, hvor der er en tro på, at det nok skal gå for dem, selvom læsset lige nu er væltet. Og på trods af, at FAMKO-personen i en periode har underrettet adskillige gange på dem, så er der fortsat en gennemgribende tillid, og begge forældre har i denne del af forløbet uafhængigt af hinanden søgt hjælp hos hende.

Hvad er det, der gør, at man er lykkedes så godt ift. den her familie?

*Det, at der er en FAMKO-person, er nøglen. Alle andre fagpersoner har vidst, hvem de skulle gå til, og FAMKO-personen har udgjort det nødvendige forarbejde til, at der er kørt en massiv indsats i stilling.

*FAMKO har gjort, at man har kunne komme tidligst muligt i gang med familien. Fokus har været på at ville forældrene det bedste, og der er opstået en tryk relation mellem familien og fagpersonerne omkring dem – især FAMKO-personen. Med FAMKO-personen har forældrene fået en fortaler.

*Med de frie rammer, der er givet FAMKO-personen, har det været muligt for denne at prioritere det, som man ser som det vigtigste ift. Familien.

*Der er ofte mange og skiftende fagpersoner på denne type familier/sager. FAMKO-personen udgør en stabilitet.

*Et gensidigt kendskab blandt fagpersonerne omkring familien (jordemoder, sundhedsplejerske, FAMKO-person og misbrugsbehandler), har gjort, at samarbejdet har gledet: Man har en gensidig respekt for hinandens fagligheder og man supplerer hinanden godt. Det, at man er forskellige fagligheder på, har hjulpet til at nå ind til familien.

*Det gensidige kendskab til hinanden, som er kommet via FAMKO, er uvurderligt ift. at få samarbejdet til at fungere. Man ved præcis, hvem man skal tage kontakt til – og man kender hinanden.

*Der har været et fælles mål i at bakke parret op omkring, at de gerne vil være forældre og bo sammen.

Tidligere kunne sundhedsplejersken opleve at være helt alene med en tung familie, hvor der først blev igangsat en indsats, når den børnefaglige undersøgelse er færdig, hvilket typisk er lige omkring fødslen. Det er helt uvurderligt, at der på denne måde sættes ekstremt tidligt ind med mere tid. Den pågældende sundhedsplejerske er meget mere glad for at være sundhedsplejerske, fordi indsatserne kommer hurtigere i gang, og man er to fagpersoner på. Tidligere oplevedes ligeledes manglende samarbejde ml. jordemoder, sundhedsplejerske og familiebehandler. Det er meget bedre i dag, og det gør bl.a. at man står stærkere, hvis familier forsøger at spille fagpersonerne ud mod hinanden.

Hvordan har forældrene oplevet det:

Begge forældre har tilkendegivet, at det er deres held, at de har fået lov til at være med i FAMKO, og at de har fået så god en relation til deres FAMKO-person. Ellers er de ikke sikre på, at de havde fået lov at være forældre i dag. Det har betydet utrolig meget for dem, at der var nogen, der troede på dem.

FAMKO-personen deltager på et tidspunkt på et opfølgingsmøde i dagplejen, hvor de bl.a. taler om farens relation til sin mor, mens mor ikke har sin egen mor længere. Da de kommer ud, spørger mor FAMKO-personen: "Kan du ikke være vores mormor? Det var om at have sin egen mor med i dag", siger hun med kærlighed, fordi hun følte sig set, elsket og anerkendt.

CASE 4

(et eksempel på et borgerrelateret samarbejde mellem Familie Ambulatoriet og Rusmiddelcenter Aabenraa).

Natasja, 20 år, mødte op i Rusmiddelcenter Aabenraa, i Åben Rådgivning d. 4. juli 2022. Hun mødte op sammen med sin samlever, Tristan, 24 år. Parret kom på opfordring af sagsbehandler i Børn og Familie. Parret havde haft 2 tidligere aftaler; her var de udeblevet fra det ene og meldte afbud til det andet.

Natasja fortalte, at hun var gravid med termin d. 23. nov. 2022. Hun ventede barn sammen med Tristan. Parret havde begge et dagligt misbrug af Hash. Natasja har røget Hash dagligt, siden hun, som 17 årig, oplevede, at Hashen havde en god virkning på hendes angstanfald.. Hun droppede den gang ud af et efterskoleophold og flyttede sammen Tristan. I april måned i år, flyttede de til Aabenraa Kommune fra Esbjerg, hvor Natasja tidligere havde været i misbrugsbehandling. Tristan har røget Hash, siden han var 12 år.

Natasja er som barn diagnosticeret med ADHD og lider af angst og depression. Hun har tidligere fået Elvanse mod ADHD, men stoppede med medicinen for 5 år siden, idet hun følte, hun levede i en boble.

Tristan tænker, han muligvis har ADHD. Han føler sig urolig hele tiden, er meget impulsiv og tænker ikke over konsekvenserne af sine handlinger.

Tristan får 25 mg Quetiapin 3-4 x dagligt mod aggression. Han har tidligere været voldelig overfor Natasja (som også har slået igen) og fik ordineret medicinen via misbrugscenteret i Esbjerg efter en episode, hvor han havde gennembanket Natasja og smadret døre og vægge for 1½ år siden. Medicinen hjælper ham og Natasja er ikke længere bange for ham eller nervøs for, hvordan dagene med ham bliver. Han får nu medicinen ordineret via egen læge.

Det kendetegner parret, at de begge er vokset op i massiv misbrug og omsorgssvigt og parrets netværk er uforudsigeligt og skrøbeligt.

På grund af graviditet, var der, i sommeren 2022, særlig fokus på parret og de blev tilknyttet Børn og Familie samt Familie Ambulatoriet og blev samtidig henvist til ambulante misbrugsbehandling. Parret var yderst samarbejdsvillige og især Natasja sagde "Ja" til al den hjælp, hun blev tilbudt fra instanser; forskellige steder fra i kommunen. Sundhedsplejen underviste/vejledte Natasja og Tristan ugentligt i relationsdannelse og omsorg for det kommende barn fra midt i graviditeten. Det viste sig dog hurtigt, at Natasja havde meget svært ved, i praksis, at leve op til de gode intentioner, hun verbalt gav udtryk for. Tristan, derimod, havde forbehold – han var ikke motiveret til at søge behandling omkring sit misbrug – mente ikke, på daværende tidspunkt, at lidt Hash skader et foster. I modsætning til Natasja indgik han ikke i nogle aftaler i rusmiddelcentret – han valgte derimod bare at negligere tilbud om misbrugsbehandling og han udeblev og bad ikke om nye aftaler. Natasja valgte en anden

strategi: hun indgik i den ene aftale efter den anden, men meldte afbud til stort set alle aftaler i Rusmiddelcenteret i de første to måneder med mange forskelligartede og kreative forklaringer/undskyldninger; hvorefter hun blot bad om en ny tid, som hun så efterfølgende meldte afbud til.

Der blev sendt underretning fra rusmiddelcenteret; indeholdende en voldsom bekymring for det kommende forældrepars manglende stillingtagen til deres misbrug samt en stor bekymring omkring kommende forældrekompetencer. Underretningen indeholdt ligeledes en opfordring til, at et planlagt netværksmøde i Familie Ambulatoriet, blev fremskyndet, den aktuelle og bekymrende situation taget i betragtning.

Vendepunkt i sagen:

Den 29. sept. blev der, affødt af ovenstående, afholdt netværksmøde i Familie Ambulatoriet. Foruden Natasja og Tristan deltog: Fra kommunen: sagsbehandler fra Børn og Familie; parrets egen læge, sundhedsplejerske, misbrugsbehandler fra rusmiddelcentret. Fra Familie Ambulatoriet deltog: Jordmoder, socialrådgiver, sygeplejerske fra barselsgangen, børnepsykolog samt obstetiker.

Det var en voldsom oplevelse for parret at sidde overfor en så massiv repræsentation fra et fagligt fora, der alle hver især bidrog med deres dybe faglige- og veldokumenterede bekymringer.

Resultatet af mødet var, at især Tristan, der kognitivt fungerer bedre end Natasja, for alvor fik øjnene op for, hvor alvorligt situationen var og at der var overhængende risiko for, at barnet kunne blive fjernet i forbindelse med fødslen.

Der blev taget beslutning om Børnefaglig undersøgelse; opfølgning fra egen læge, fra sundhedsplejerske; der blev stillet krav om stabilt fremmøde i rusmiddelcenter med henblik på at begge skulle være stoffrie, så hurtigt som muligt samt givet tilbud om forældreophold i det kommunale Familiehus i forbindelse med fødsel; betinget af, at begge var/er clean. Under opholdet skal der observeres og foretages en forældrekompetenceundersøgelse.

Parret tog, efter overstående møde, "skeen i den anden hånd". De mødte begge stabilt op til aftalerne hos os og stoppede; straks efter mødet med indtag af HASH. De lagde begge rene UP forud for fødslen d. 15. nov.; efter, som start, at være testet positive på 800 ng. Herefter nedadgående niveauer for til sidst, begge at være clean.

Fødslen gik rigtig godt, ukompliceret og hurtigt og parret fik en lille dreng; 3250 g. 49 cm lang; født uden abstinenser.

Parret opholder sig nu i Familiehuset med massiv opfølgning af professionelt personale. De er under massiv observation i foreløbig 3 måneder. Situationen på den lange bane er stadig meget bekymrende, men for nuværende, går det rigtig godt og parret får ros fra personalet, der blandet andet arbejder med Marte Meo.

Parret passer behandlingen her i huset og aflægger fortsat rene UP ér.

Parrets personnavne samt stednavn (Esbjerg) er ændret.

Tilbagemeldinger vedr. gravide rusmiddelbrugere

Kommune	Besvarelse	Bilag
Assens	x	
Billund	x	
Esbjerg	x	Aftale med Sygehus Vest
Fanø		
Fredericia	x	
Faaborg-Midtfyn	x	
Haderslev	x	
Kerteminde	x	
Kolding	x	
Langeland		
Middelfart	x	
Nordfyns		
Nyborg	x	
Odense	x	Case
Svendborg	x	
Sønderborg		
Tønder	x	Case
Varde	x	
Vejen	x	
Vejle	x	
Ærø	x	
Aabenraa	x	Case



Forslag om Innovationspartnerskab

Indledning

Udviklingen på sundheds- og ældreområdet stiller nye krav til os som kommuner og skoler. Skal vi lykkes med at rekruttere til SOSU-faget og sikre, at vores medarbejdere også i fremtiden har de nødvendige kompetencer, må vi styrke samarbejdet om SOSU.

Derfor indgik de fire SOSU-skoler sammen med de 22 kommuner i KKR Syddanmark en samarbejdsaftale i november 2021, der lægger op til et styrket samarbejde på regionalt niveau, der både gavner den enkelte kommune og skole og partnerne i fællesskab.

I forlængelse af samarbejdsaftalen foreslår Samarbejdsudvalget for SOSU og PAU sammen med direktørerne for de fire syddanske SOSU-skoler, at vi styrker samarbejdet yderligere ved at etablere et *innovationspartnerskab*, der har fokus på at bringe parterne endnu tættere sammen for at afprøve nye initiativer i fællesskab, bringe hinandens viden i spil og trække på hinandens erfaringer for på den måde at bidrage til en samlet regional styrkelse af SOSU-uddannelserne.

Formål

Innovationspartnerskabets opgave bliver at sikre:

- At den indgåede samarbejdsaftale fra november 2021 udmønter sig i konkrete handlinger, der styrker samarbejdet om SOSU og bidrager til udviklingen af sundheds- og ældreområdet
- At kommuner og skoler på regionalt niveau videndeler, udvikler og igangsætter konkrete initiativer, der kan styrke den enkelte kommune og skole og samtidig styrke det regionale samarbejde
- At temaer/udfordringer, vi som kommuner og skoler i fællesskab er optaget af, bliver båret ind i innovationspartnerskabet.

Forankring

Innovationspartnerskabet skal bestå af repræsentanter fra kommuner og skoler.

Styregruppe

Det foreslås, at Samarbejdsudvalget for SOSU og PAU sammen med de fire direktører fra SOSU-skolerne, gøres til styregruppe for Innovationspartnerskabet. Det foreslås ligeledes, at partnerskabet i det daglige faciliteres af KKR-sekretariatet og ankerkommunen for SOSU og PAU, Esbjerg Kommune.

På den måde sikres det, at en kommunal repræsentant fra hver af de fire skoleområder er repræsenteret i styregruppen sammen med de fire skoler.

Styregruppen skal sikre, at innovationspartnerskabet, og de initiativer og projekter, der igangsættes, er forankret regionalt på tværs af skoler og kommuner i Syddanmark, ligesom styregruppens opgave er løbende at sikre en strategisk retning, videndeling og sammenhæng.

Styregruppen kan vælge at igangsætte initiativer eller projekter lokalt mellem en enkelt kommune og skole eller mellem en skole og en klynge af kommuner.

Temaer

Konkret foreslås det, at innovationspartnerskabet indleder med at sætte et fælles strategisk fokus på to temaer:

- 1. Digitale løsninger og velfærdsteknologi
- 2. Fremtidens kompetencer på sundheds- og ældreområdet

1. Digitale løsninger og velfærdsteknologi

I en tid, hvor velfærden er under pres, skal teknologi og digitale løsninger hjælpe til at løse opgaverne sammen med borgerne, så hænderne rækker længere. Det bliver helt centralt nu og i fremtiden, hvor



manglen på arbejdskraft forventes at stige. Velfærdsteknologi kan både være med til at skabe tryghed for borgeren og øge borgernes livskvalitet, ligesom velfærdsteknologi kan lette vores dygtige medarbejderes arbejdsdag og give øget fleksibilitet i tilrettelæggelsen af opgaver. Samtidig kan det tiltrække andre målgrupper til SOSU-uddannelserne.

I kommunerne gør vi os løbende erfaringer med digitale løsninger og velfærdsteknologi, og hvordan vi kan styrke vores organisation og medarbejdere på velfærdsteknologiområdet. Derfor er det nærliggende at etablere og styrke et samarbejde om at udvikle og igangsætte fælles initiativer, der styrker os hver især og i fællesskab.

Det kan fx være at afprøve forskellige velfærdsteknologiske løsninger og dele viden og erfaring med hinanden, så vi styrker den samlede velfærdsteknologiske udvikling regionalt.

2. Fremtidens kompetencer på sundheds- og ældreområdet

Både kommende og nuværende medarbejdere, der er ansat i kommunerne, skal klædes på med kompetencer, der matcher det behov, udviklingen på sundheds- og ældreområdet kræver.

Det handler bl.a. om at klæde vores medarbejdere på til at arbejde med velfærdsteknologi og digitale løsninger på et højere kompetenceniveau end tidligere og at klæde vores medarbejdere på til nye ledelsesformer, hvor selvledelse og selvkoordinering er centralt.

Velfærdsteknologiske kompetencer

Med borgeren i centrum, skal velfærdsteknologi understøtte den enkelte borgers egen indsats. Det kræver, at vores medarbejdere har en stærk teknologiforståelse, og at de kritisk kan analysere og vurdere borgerens behov og derefter vælge den teknologi, der kan gøre borgeren mere selvhjulpent.

Fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere er digitale og skal kunne bidrage aktivt til implementeringen og udviklingen af velfærdsteknologi i praksis.

I et regionalt innovationspartnerskab kan vi fx udvikle et fælles koncept for praksisnær kompetenceudvikling af medarbejdere og elever, så de opnår de nødvendige digitale og velfærdsteknologiske kompetencer med udgangspunkt i kommunernes praksis.

Øget selvkoordinering

I kommunerne sker der en omorganisering og udvikling af ældreområdet, som stiller nye krav til vores medarbejdere. Mange kommuner har med inspiration fra Buurtzorgs model fokus på at organisere sig i tværfaglige teams med udstrakt selvtilrettelæggelse, hvor fokus er på borgeren, borgerens situation, ønsker og ressourcer, og hvor personkontinuitet, stærkt lokalkendskab og mobilisering af ressourcer i nærmiljøet er centralt.

En sådan organisering og borgertilgang kræver nye kompetencer hos både de elever vi uddanner og de medarbejdere, vi har ansat.

I et regionalt innovationspartnerskab kan vi fx undersøge, hvordan den omorganisering og udvikling af ældreområdet, som foregår i kommunerne, spiller ind på rammerne og indholdet i de uddannelser, vi tilbyder vores elever i dag, og hvordan skolerne kan bidrage med at kompetenceudvikle vores medarbejdere, så de er klædt på med de kompetencer, fremtiden kræver.

Udgiftspres på det specialiserede socialområde

På møde i kommunaldirektørkredsen i november 2022 fik kredsen en status fra KL's analyse af, hvorfor udgifterne vokser på det specialiserede socialområde. Analysen var en del af Socialdirektørforums fokus på udgiftspres på området.

K22 havde på mødet en række spørgsmål, som notatet her giver en tilbagemelding på:

- Kapacitet til særlige målgrupper - er der bestemte målgrupper, hvor vi i fællesskab skal se på om nye tilbud er nødvendige?
- Der er stigende takster i de kommunale og regionale tilbud. Hvordan håndterer Socialdirektørforum det?
- Kan relationen til de private tilbud styrkes med sigte på reduktion af takster?

Kapacitet

Socialdirektørforum følger løbende udviklingen af udbud og efterspørgsel, på de tilbud, der hører under rammeaftalen. Der iværksættes løbende - efter behov - af-dækninger af sammenhæng mellem udbud og efterspørgsel for relevante målgrupper. Kommunerne har et bredt fokus på en efterspørgselsdrevet udbygning ved eksempelvis at ændre pladstyper ved ledig kapacitet og udvide eksisterende tilbud.

Der er fastlagt en klar proces for ændring af kapacitet. For tilbud med op til 50 pladser kan der frit opjusteres med op til 5 pladser. For tilbud over 50 pladser kan kapaciteten frit udvides med 10 %. Ved udvidelser af kapaciteten derudover skal udvidelsen til udtalelse i Socialdirektørforum. Udvidelsen skal begrundes, og der skal gøres rede for, hvordan taksten påvirkes samt de økonomiske konsekvenser for betalingskommunerne. Endvidere skal der redegøres for, hvordan oprettelsen af yderligere pladser forventes at påvirke efterspørgslen efter eksisterende pladser i andre kommuner og i regionen.

Socialdirektørforum er opmærksomme på ændringer i en målgruppes antal, hvorvidt der er behov for udvidelse af kapaciteten med nye botilbud. Herunder om eksisterende tilbud kan udvides eller om der er brug for en anden løsning – eksempelvis voksenstøtte i eget hjem. Voksenstøtte i eget hjem er mere fleksibelt og ofte billigere end et traditionelt tilbud. Kommunen leverer hjælp og støtte, hvor hjælpen ikke er bundet til en fysisk ramme - samtidig giver det øget fleksibilitet og mulighed for at ændre i støtteniveau idet tilbuddet lettere kan tilpasses den enkelte borger og kan lukkes så snart behovet ikke er der længere.

En anden løsning kan også være at bygge flere botilbud – en løsning, der i visse kommuner er vanskelig på grund af anlægsloftet. Ønsker en kommune (efter aftale med de andre kommuner under rammeaftalen) at bygge et nyt botilbud, belaster det delvist den samlede anlægsramme i kommunen med negativ konsekvens for andre byggeprojekter i kommunen. Byggeri efter almenloven er imidlertid mindre anlægsbelastende.

Socialdirektørforum samarbejder generelt om anvendelse af faglige metoder, der kan holde udgifterne nede, og fortsat sikre, at borgerne tilbydes den

Dato: 10. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05138
Dok. ID: 3281463

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytov 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 2

nødvendige støtte. Dette sker bl.a. ved fokus på udvalgte udgiftsområder, der er i risiko for at stige, enten som følge af demografi eller pres på kvaliteten med fælles løsninger som modsvar. Som eksempler kan nævnes samarbejde om tilbud til spiseforstyrrede, aftaler om kompetenceudvikling og fælles indsats for unge hjemløse.

Takster

Socialdirektørforum har et fast fokus på at holde taksterne i ro – og anvender hertil forskellige greb:

- Øget dataanvendelse til at understøtte viden om kvaliteten på tilbuddene med sigte på kvalitetsforbedringer. Det giver samtidig grundlag for at justere omkostningsniveauet via en øget viden om effekt og progression.
- Rammeaftalen er det overordnede redskab til - på tværs af kommuner og regionen - at styre den faglige udvikling, kapacitet og økonomi.
- Brug af standardkontrakter for voksenområdet, som styrker kommunernes køberrolle og understøtter kontraktstyringen.
- Kompetenceudvikling af nøglepersoner der tager beslutninger i krydsfeltet mellem faglige og økonomiske perspektiver
- Incitamentsstrukturer og veje til forbedring af kvaliteten med et samtidigt fokus på omkostningerne. Borgeres individuelle behov kan variere og derfor kan der være meget forskellige takster på det samme tilbud.

Private tilbud

KL's seneste analyse viser, at væksten i udgifterne skyldes, at der kommer flere modtagere, at modtagerne bliver mere komplekse og til dels at tilbuddene sætter prisen op. De private tilbud er steget mere i pris end de regionale og kommunale tilbud. De stigende udgifter til private botilbud skyldes både en stigning i antallet af modtagere af private botilbud og en stigning i prisen pr. modtager.

De private tilbud er ikke underlagt rammeaftalen, hvorfor der må ses mod andre styringsværktøjer. Det er blandt andet:

- Standardkontrakter - giver sikkerhed for at køb af private tilbud baserer sig på et sikkert grundlag
- Fokus på opfølgning og forhandling på hver enkelt sag for at sikre eventuel takstreduktion ved en positiv udvikling hos borgeren. Takstudviklingen skal følge borgerens behov.
- Dialog med LOS (landsorganisationen for sociale tilbud) for at styrke samarbejdet med de ikke-offentlige sociale tilbud.
- Matrikelløse botilbud, voksenstøtte i eget hjem, som et alternativ til et botilbud, for at mindske kapacitetsproblematikken.
- Kompetenceudvikling hos relevante medarbejdere, for at sikre tæt sammenhæng mellem faglighed og økonomi.
- Kommunerne bygger selv flere tilbud og trækker borgere hjem fra de private tilbud.

Det kan ikke entydigt konkluderes, at de private tilbud er dyrere end de offentlige tilbud, idet ydelserne ikke nødvendigvis er direkte sammenlignelige. Nogle af de mest komplekse modtagere får fx et tilbud hos en privat leverandør, fordi der ikke er kapacitet – fagligt eller bygningsmæssigt - til håndteringen i kommunalt regi.

Der er løbende dialoger med de private tilbud, både lokalt og med Landsorganisationen for sociale tilbud om kvalitet, omkostningsniveau og samarbejde generelt.

Dato: 10. januar 2023

Sags ID: SAG-2022-05138
Dok. ID: 3281463

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytov 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 2 af 2

UDVIKLINGEN PÅ VOKSENOMRÅDET

Baggrunden for projektet:

- Stærkt stigende udgifter gennem flere år – i særdeleshed fra 2020 til 2021
- Udgiftsvæksten er drevet af botilbuddene
- Der kommer ikke flere modtagere af botilbud
- Det er særligt udgifterne til private botilbud der stiger

Formål med analyseprojektet:

- Komme tættere på hvad det er der fortsætter med at drive udgifterne til botilbud op

Projektets centrale hypoteser

1. Udgiftsvæksten skyldes, at der kommer flere borgere med komplekse problemer
2. Udgiftsvæksten skyldes, at de private tilbud er dyre/stiger i pris
 1. Udgiftsvæksten skyldes at der kommer flere modtagere
 2. Udgiftsvæksten skyldes at modtagerne bliver mere komplekse
 3. Udgiftsvæksten skyldes at tilbuddene sætter prisen op

Hypotese

Udgiftsvæksten skyldes, at der kommer flere borgere med komplekse problemer

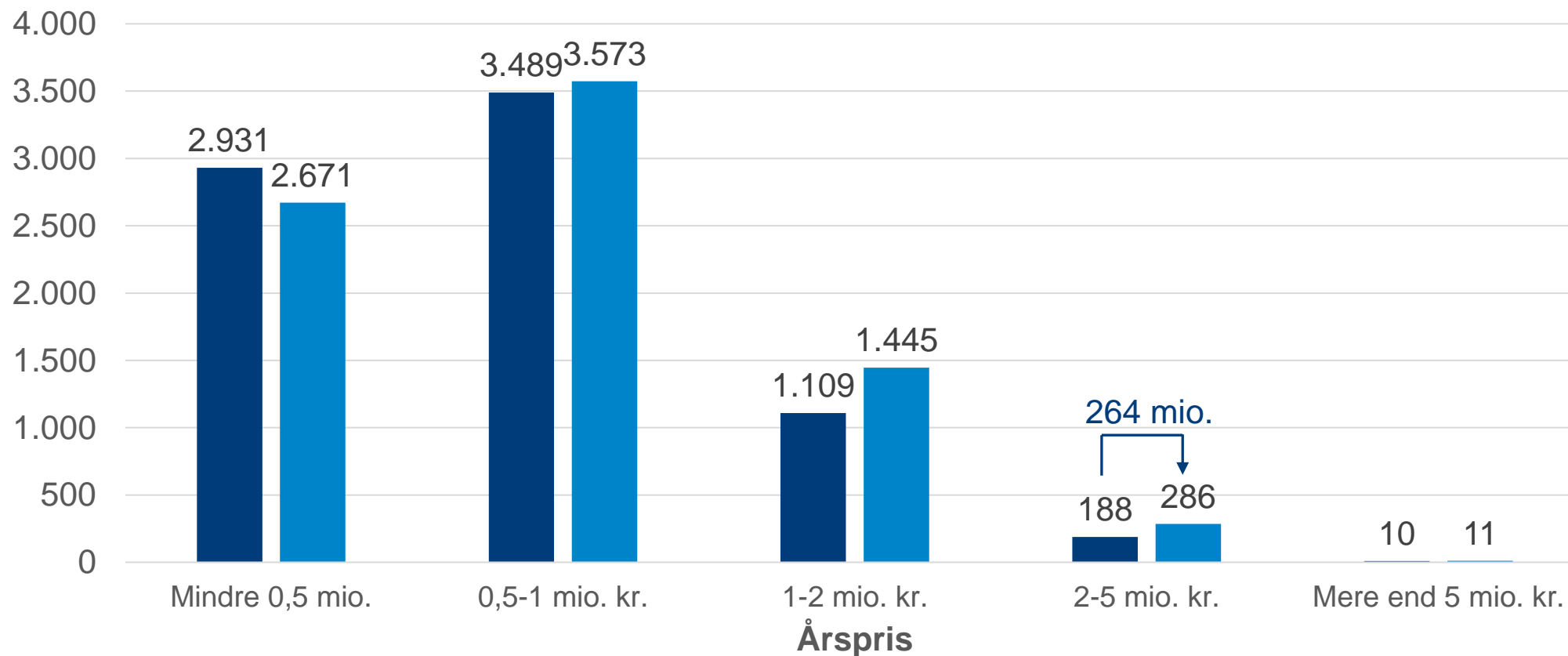
Hvordan undersøger vi hypotesen?

- › Kan vi se en udvikling i fordelingen af årspriser? Er det de dyreste modtagere der driver udgiftsvæksten?
- › Kan vi se en stigning i de særlige grupper, som vi har erfaring med er meget komplekse?



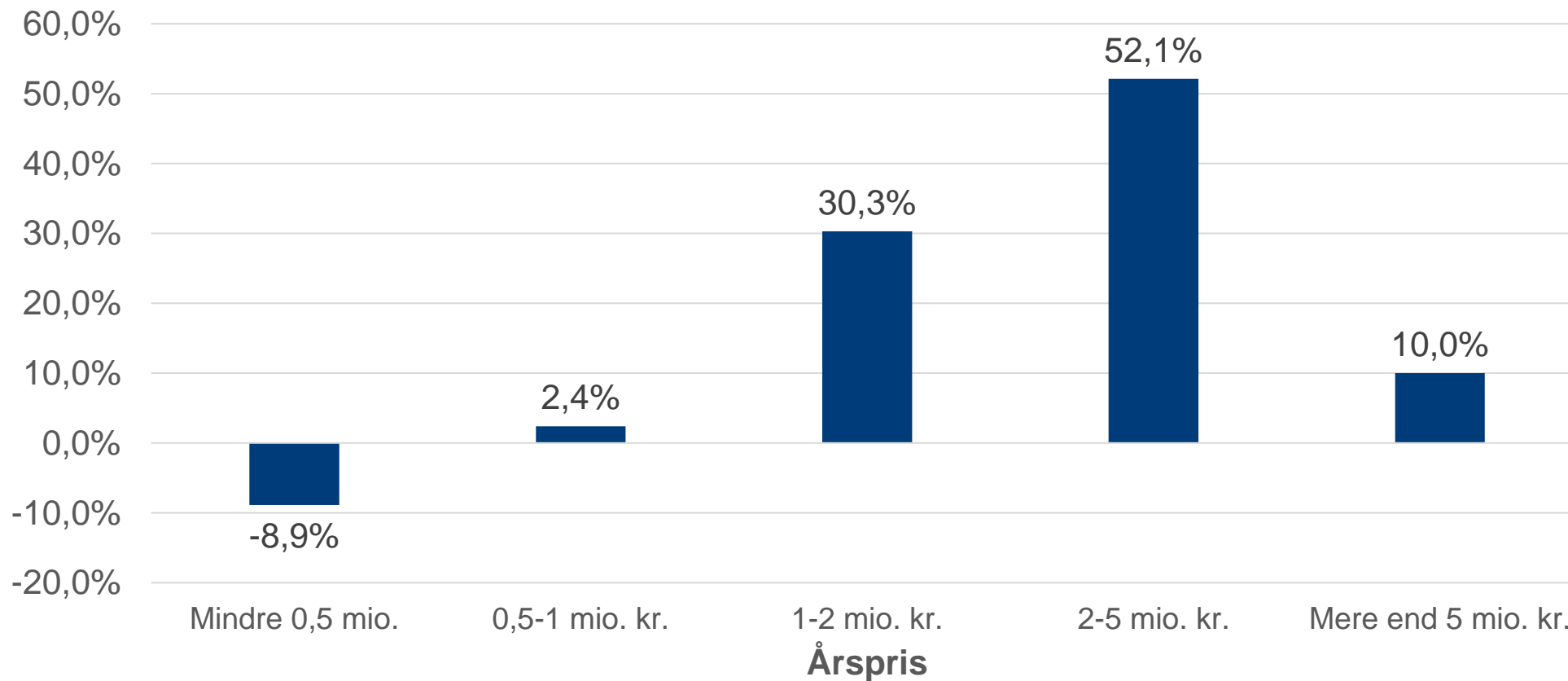
Modtagere opdelt på beløbsintervaller

Antal modtagere



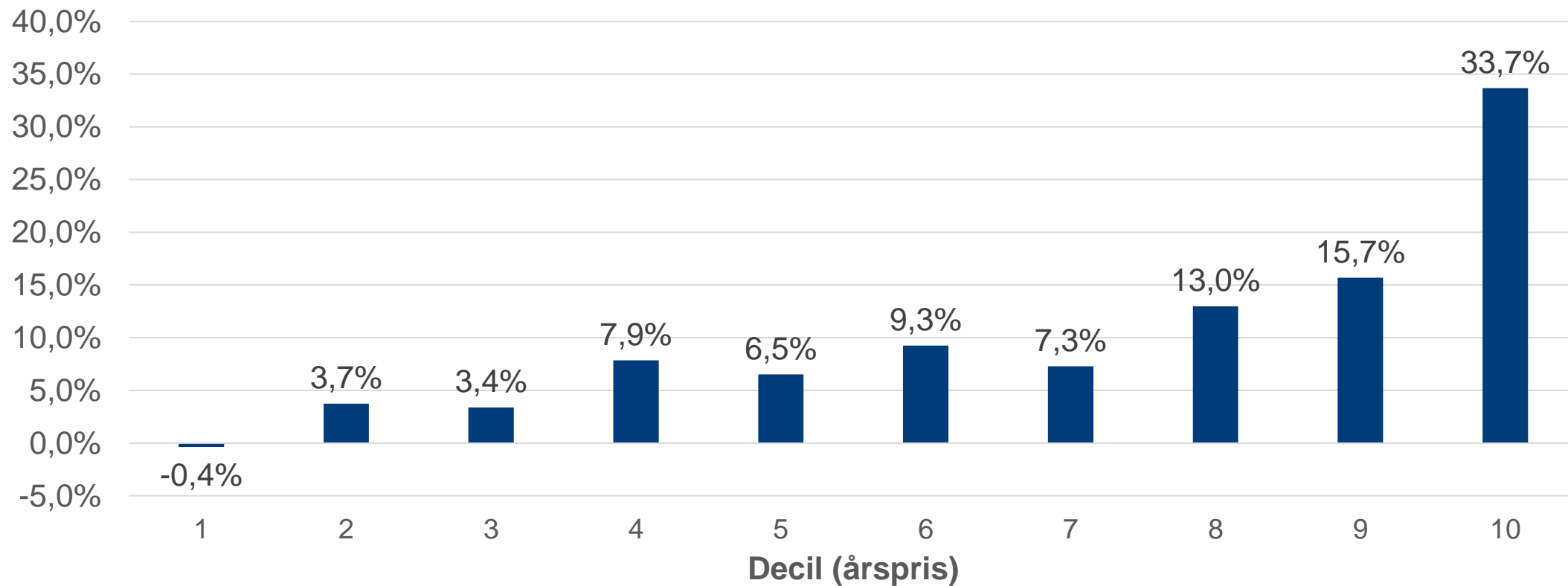
Antal modtagere er steget mest i de dyreste intervaller

Vækst i antal modtagere



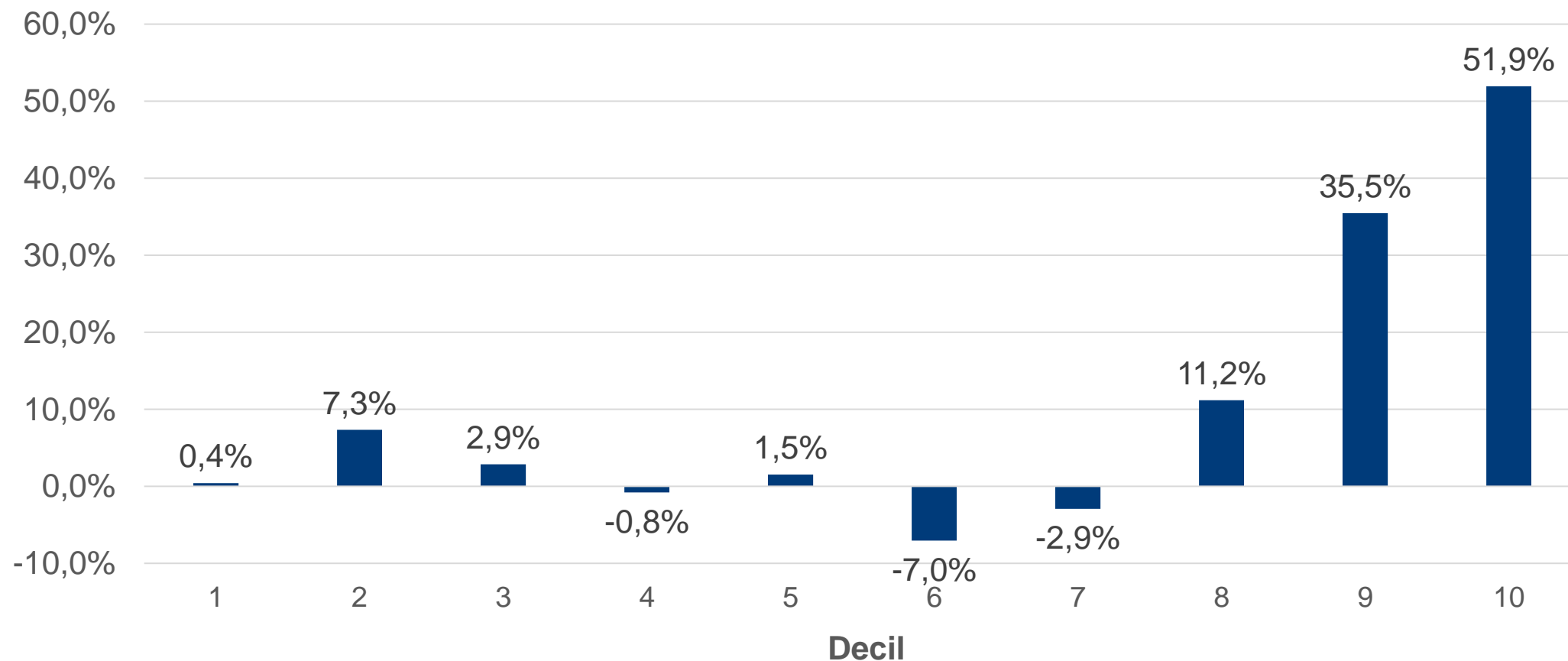
Prisstigningen har været størst i de dyreste deciler

Andel af samlet udgiftsudvikling (afholdt udgift)



Tendensen er endnu tydeligere i Syddanmark

Andel af udgiftsstigning

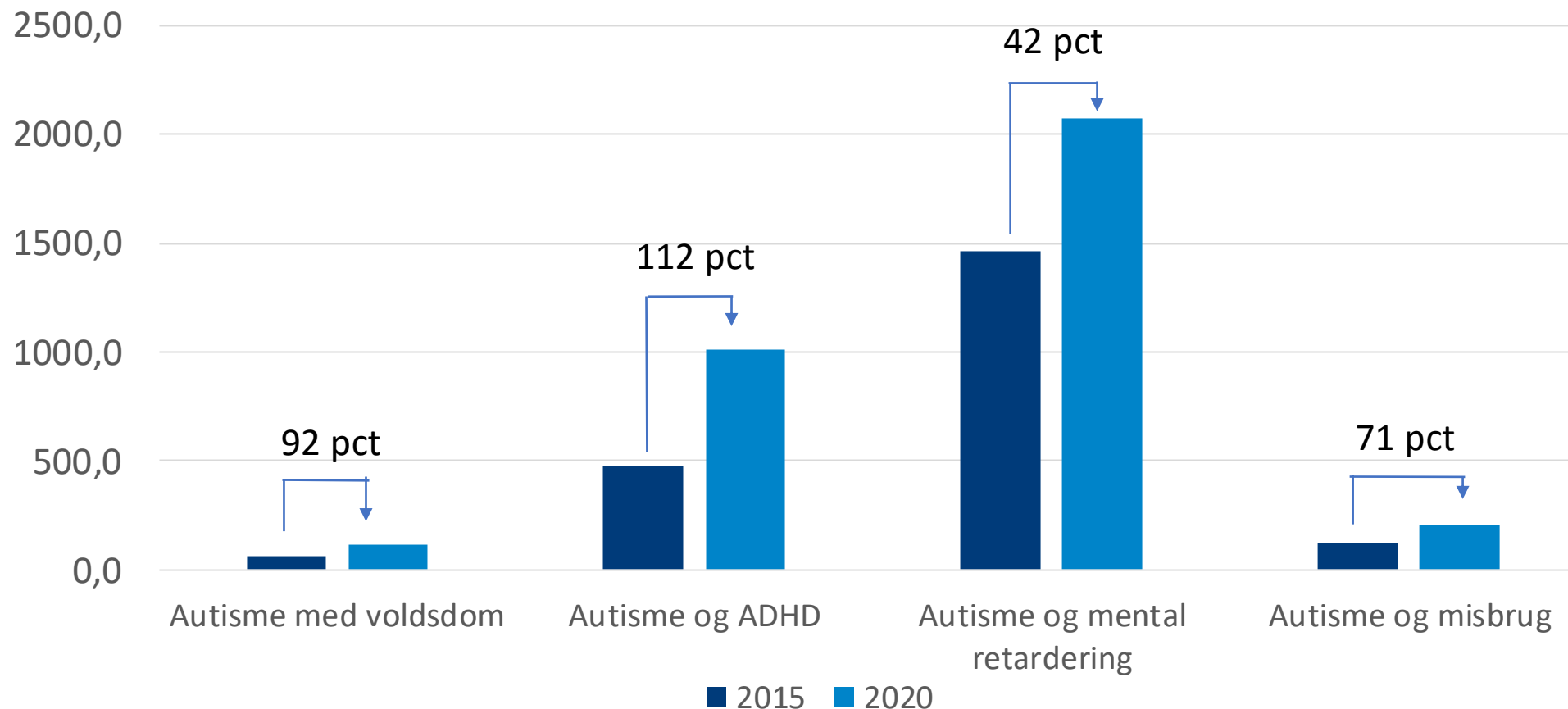


**Hvordan ser det så ud hvis vi
kigger på udviklingen i
målgrupperne?**

Specifikke undergrupper inden for autisme i vækst

KOMMUNALDIREKTØRMØDE I REGION SYDDANMARK

Antal modtagere



Note: Baseret på data fra 69 kommuner

Udgiftsvæksten skyldes, at der kommer flere borgere med komplekse problemer

Kan hypotesen bekræftes?

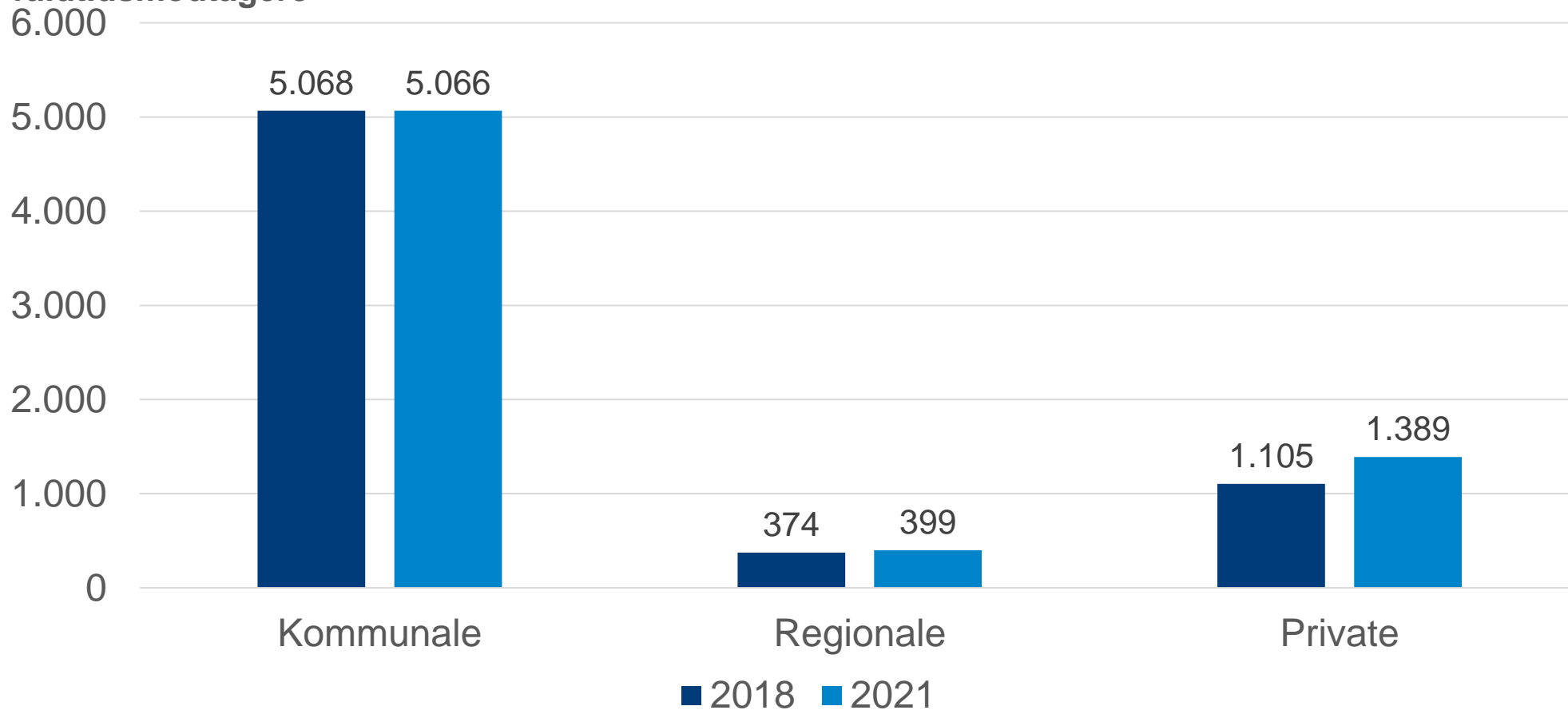


Hypotese:

Udgiftsvæksten skyldes, at de private tilbud er dyre/stiger i pris

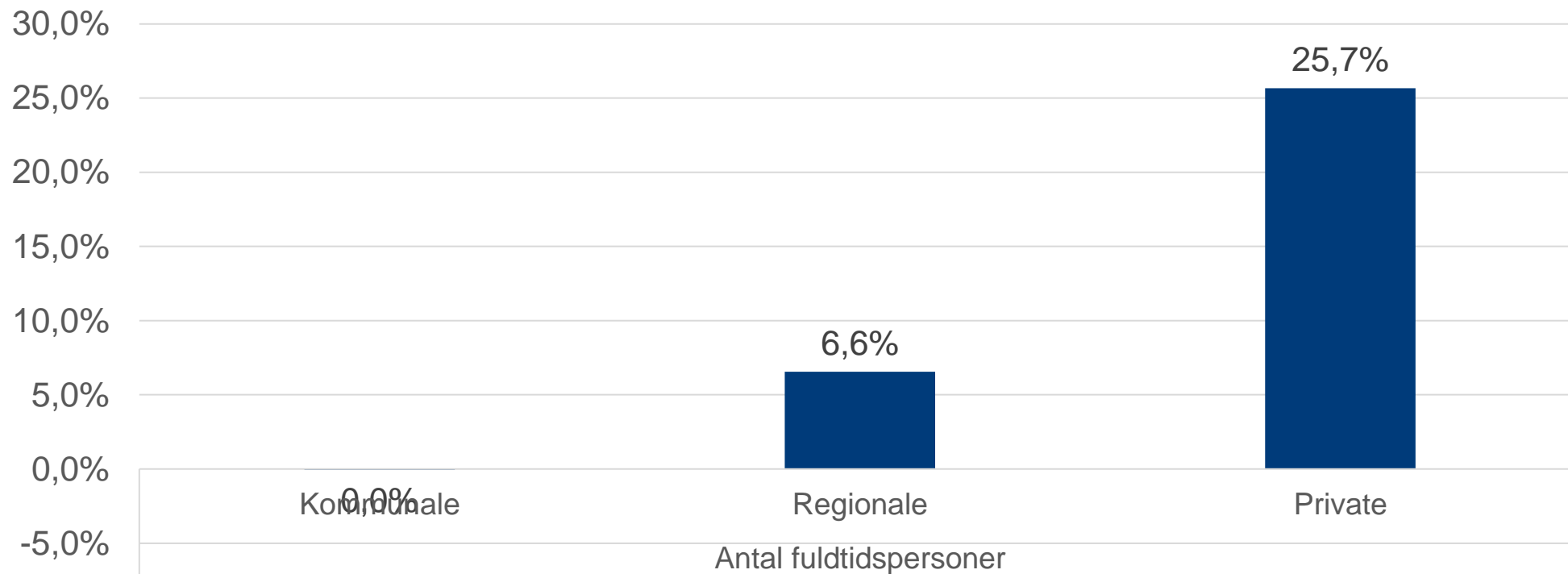
Antal modtagere fordelt på driftsherrer

Antal
fuldtidsmodtagere



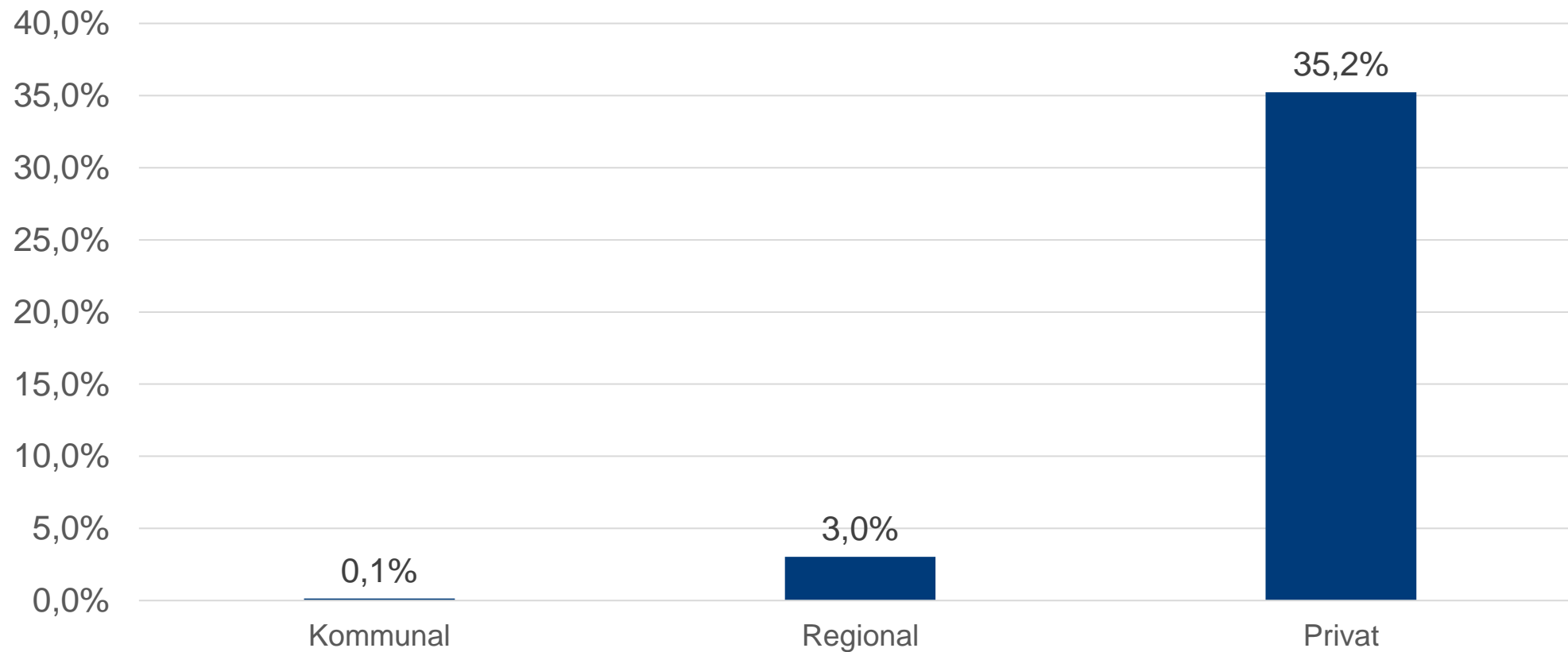
Antallet af modtagere af private tilbud er steget kraftigt

Udvikling i antal modtagerer



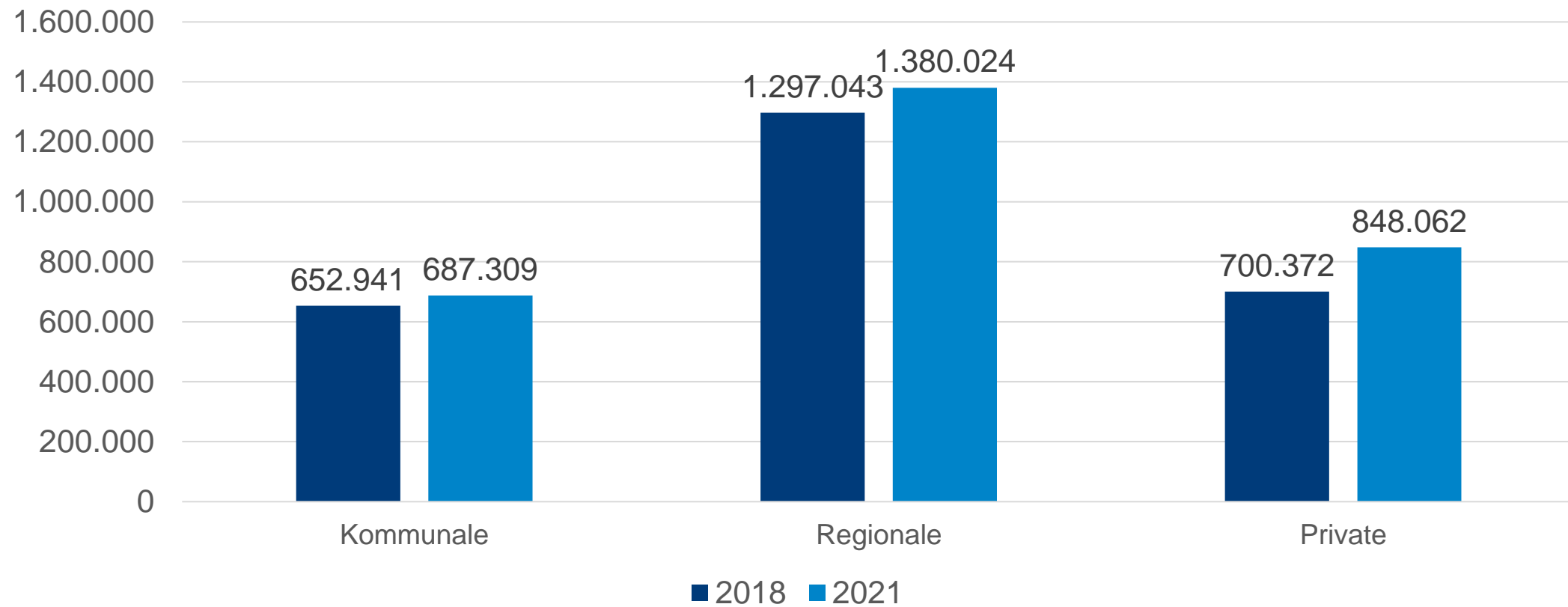
Tendensen er den samme i Syddanmark

Udvikling i antal modtagere



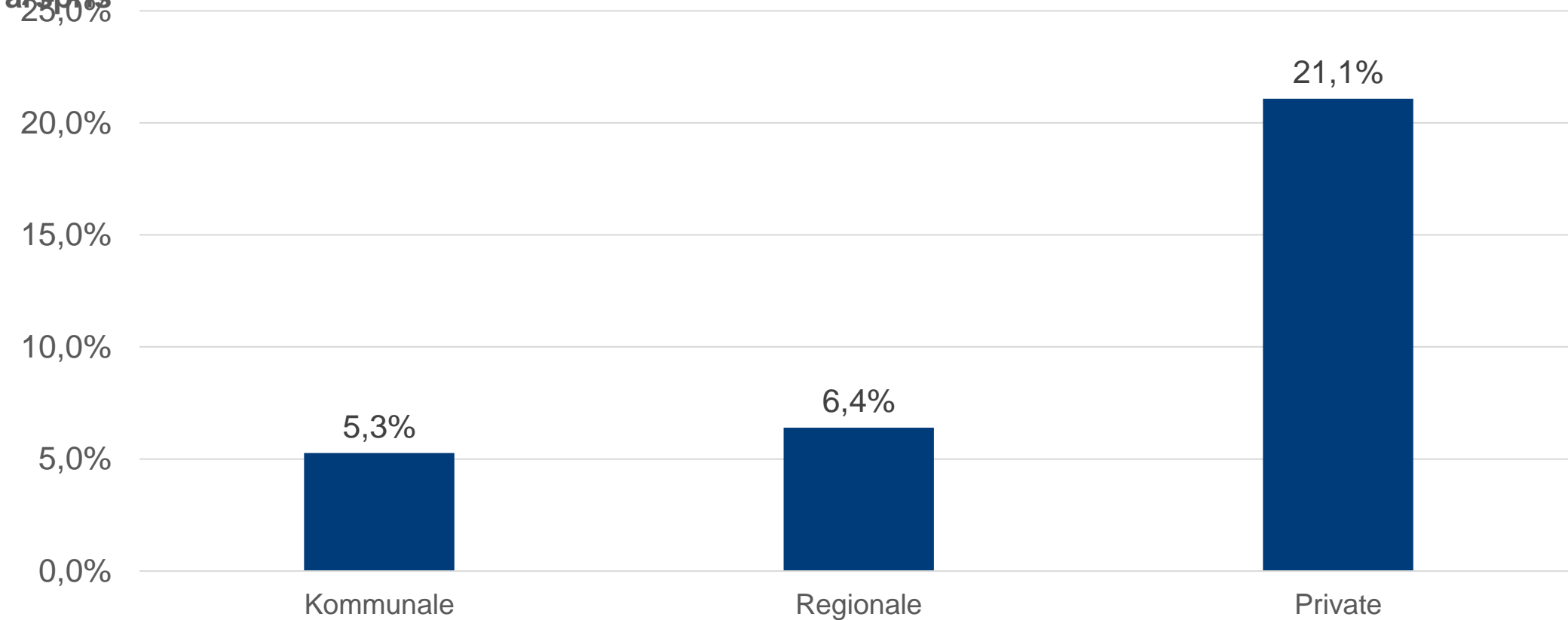
De regionale tilbud er dyrest

Gennemsnitlig
årspris



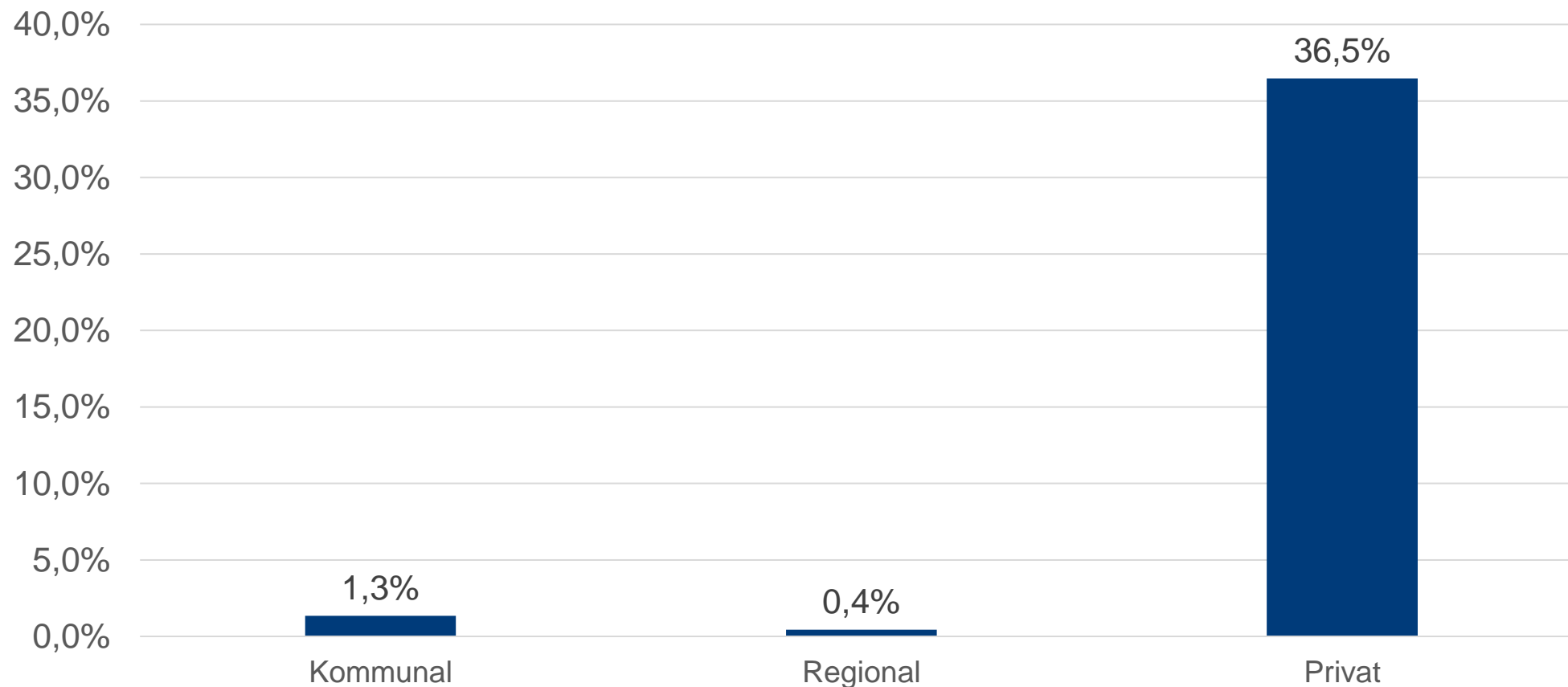
... men de private er steget mest i pris

Udvikling i
gennemsnitlig
årspris



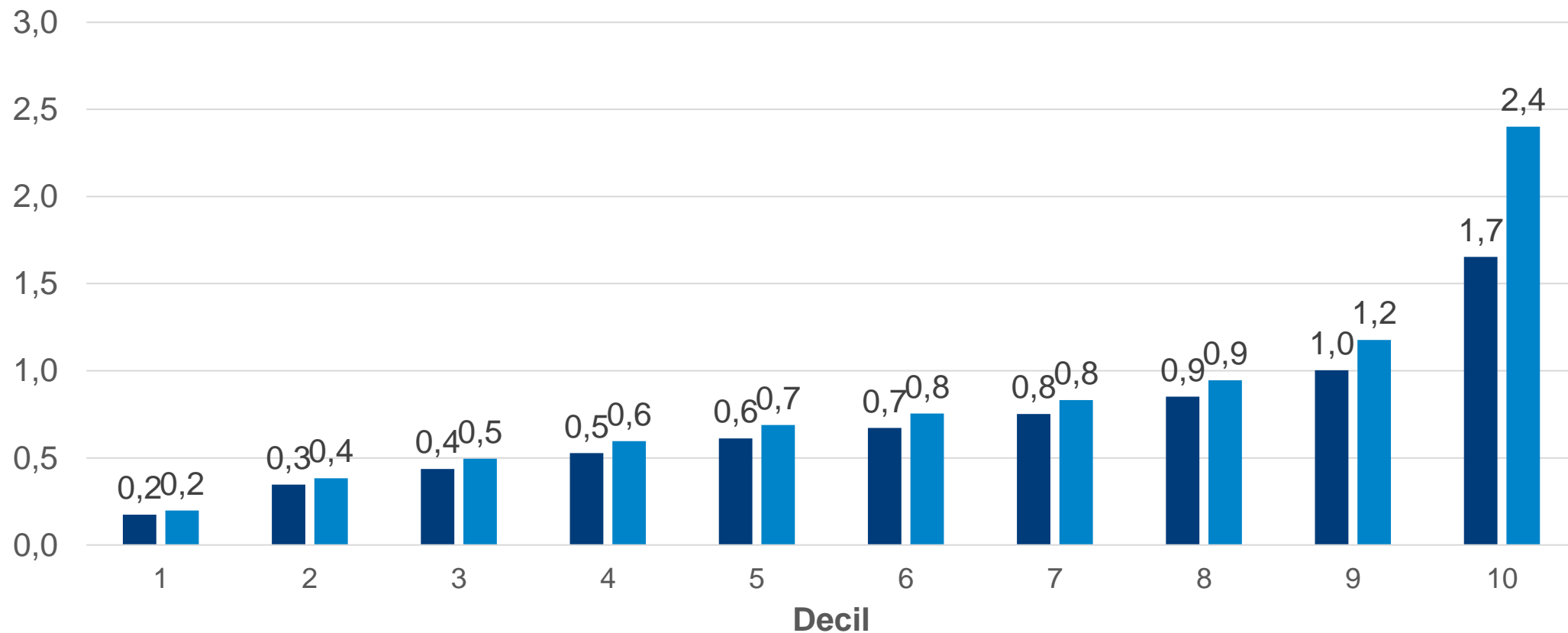
Tendensen er endnu tydeligere i Syddanmark

Udvikling årspris



Priserne blandt de dyreste private botilbud er steget meget kraftigt

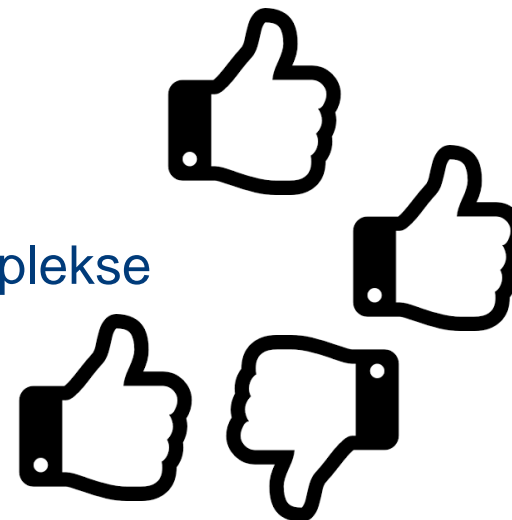
Gennemsnitlig
årspris (21 pl)



Udgiftsvæksten skyldes, at de private tilbud er dyre/stiger i pris

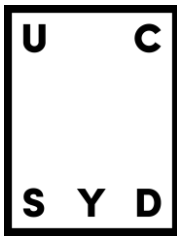
Kan hypotesen bekræftes?

1. Udgiftsvæksten skyldes at der kommer flere modtagere
2. Udgiftsvæksten skyldes at modtagerne bliver mere komplekse
3. Udgiftsvæksten skyldes at tilbuddene sætter prisen op



Drøftelsepunkter

- › Hvilke udfordringer oplever I på det specialiserede voksenområde?
- › Hvilke forandringer har vi brug for på området for skabe en bæredygtig udvikling?



Dato: 4. november 2022

Sags ID: SAG-2022-03146
Dok. ID: 3289225

Partnerskabsaftale - UC SYD, UCL og KKR Syddanmark

Baggrund

Kommunernes mangel på arbejdskraft gør det nødvendigt at øge fokus på uddannelse, rekruttering og fastholdelse. Professionshøjskolerne oplever samtidig en faldende søgning til velfærdsuddannelserne samt et frafald på uddannelserne.

Den demografiske udvikling og de store rekrutteringsudfordringer på velfærdsområderne kræver, at kommunerne og professionshøjskolerne samarbejder om at finde fælles løsninger, så vi også i fremtiden kan uddanne og ansætte dygtige velfærdsmedarbejdere til at løfte de bærende velfærdsopgaver.

Med partnerskabsaftalen fastsættes et forum for løbende strategisk dialog mellem de to professionshøjskoler i Syddanmark og KKR Syddanmark, borgmestre og kommunaldirektører. Dialogen skal skabe rammer for et strategisk samarbejde om specifikke fælles mål på uddannelsesområdet, og samtidig bidrage til bedre deling af viden og erfaringen mellem kommunerne og professionshøjskolerne.

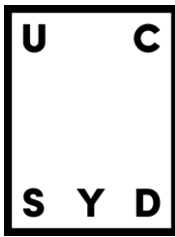
Partnerskabsaftalen modarbejder ikke eksisterende eller fremtidige bilaterale aftaler mellem kommuner og professionshøjskoler, men skal ses som et supplement for at styrke de fælles indsatsområder og bidrage til bæredygtig vækst og udvikling i regionen.

Formål

Vi er som professionshøjskoler og kommuner i fællesskab optaget af at sikre fortsat rekruttering og fastholdelse, så vi fremadrettet har dygtige medarbejdere til velfærdsområderne i Syddanmark.

Indgåelsen af den strategiske partnerskabsaftale mellem KKR Syddanmark, UCL og UC SYD sker med afsæt i et gensidigt ønske om at styrke indsatsene omkring rekruttering, fastholdelse og overgang til job i Syddanmark.

Partnerskabsaftalen sætter rammen for et styrket samarbejde, med det formål at udvikle og igangsætte konkrete indsats eller projekter, der kan bidrage til at nå vores målsætning.



Mål

Parterne er enige om følgende tre primære mål:

- Øge søgning og rekruttering til uddannelserne og kommunernes jobområder
- Styrke fastholdelse af studerende i uddannelserne og i professionerne
- Sikre god overgang til job og karriere.

Parterne er tillige enige om at højne fokus på at:

- sikre veluddannet og kvalificeret arbejdskraft i fællesskab - særligt på de uddannelsesudbud, hvor kommunerne er meduddanner
- styrke kvalitetsudviklingen af uddannelsesforløb gennem samarbejde om relevante udbud, samt attraktive studiejob og praktikpladser.
- sikre efter- og videreuddannelsesaktiviteter, der matcher den aktuelle kompetencebehov i kommunernes jobområder
- understøtte gensidig vidensomsætning mellem professionshøjskolerne og kommunerne
- samarbejde om indsatser omkring den grønne omstilling, og indtænke bæredygtighed og innovative klimaløsninger i uddannelserne og studiemiljøet.

Økonomi / finansiering

Der er ingen økonomisk ramme tilknyttet denne aftale.

Parterne afholder hver især omkostninger forbundet med møder, koordinering og administration af partnerskabet. Konkrete aftaler/projekter, som indebærer et økonomisk mellemværende, udmøntes i kontrakter.

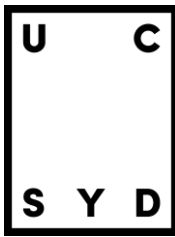
Organisering og mødefrekvens

Hvert år holdes et møde på borgmester/formandsniveau og et møde på direktørniveau. Møderne afholdes på skift mellem KKR Syddanmark, UCL og UC Syd der også ligeledes varetager fælles sekretariatsbetjening.

Parterne kan løbende aftale at invitere relevante deltagere til partnerskabsmøderne.

For hvert samarbejdsområde aftales separat organisering passende til opgavens indhold og omfang.

Opgaverne forankres om muligt i et eksisterende samarbejdsforum, for så vidt dette er et passende sted for opgavens løsning.



Der nedsættes en styregruppe, der har ansvar for at bidrage til at sikre retning og fremdrift i overensstemmelse med partnerskabsaftalen. Styregruppen består af rektorerne fra UC SYD og UCL samt to kommunaldirektører valgt blandt kredsen af de 22 kommunaldirektører.

Styregruppen sekretariatsbetjenes – ligesom borgmester- og direktørmøderne - af medarbejdere fra UCL, UC SYD og KKR i fællesskab.

Aftalens varighed, opsigelse og mulighed for genforhandling

Aftalen er indgået for en 3-årig periode fra 1. januar 2023 til og med december 2025.

Hver part kan opsiges aftalen med 6 måneders skriftligt varsel. Ved genforhandling følges rammerne for opsigelse af aftalen, dog kan der foretages ændringer i aftalen, såfremt alle parter er indforstået hermed.

Bilaterale projekter med særskilt kontrakt fortsætter, selv om nærværende aftale skulle blive opsagt.

For KKR Syddanmark

For UCL

For UC SYD

Formand for KKR Syddanmark
Johannes Lundsryd Jensen

Formand for UCL
Poul Erik Madsen

Formand for UC SYD
Diana Mose Olsen

Kommunaldirektør, Esbjerg Kommune
Rikke Vestergaard

Rektor for UCL
Jens Mejer Pedersen

Rektor for UC SYD
Alexander von Oettingen

I notatet præsenteres nøgletal for uddannelserne:

- Folkeskolelærer
- Pædagog
- Socialrådgiver
- Sygeplejerske

I hoveddelen af nøgletallene er de fire uddannelser lagt sammen, for at opnå en datamængde der muliggør en status for hver enkelt kommune i Syddanmark.

Opbygningen i notatet følger den studerendes rejse gennem uddannelsessystemet, samt deres første tid på arbejdsmarkedet.

De fire områder der sættes fokus på i notatet her er:

- Antal ansøgninger
- Frafald / Tilgang
- Ledighed
- Fastholdelse i kommunerne

Under hver tabel er der en forklarende tekst, som et understøttende værktøj til at fortolke tallene.

Ansøgninger

Tabel 1: Antal af 1. prioritetsansøgninger til de fire store velfærdsuddannelser ved UCL/UC SYD fra kommunerne i Syddanmark.

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Folkeskolelærer, prof. bach.	547	567	553	493	456	360	427	577	569	530	518	548	486	384	
Pædagog, prof. bach.	709	833	1098	1179	1374	1501	1380	1307	1272	1304	1228	1236	1139	907	
Socialrådgiver, prof. bach.	304	359	450	500	621	623	692	766	694	713	652	598	536	471	
Sygeplejerske, prof. bach.	460	510	589	672	833	959	1039	976	996	975	897	869	752	501	
Total	2020	2269	2690	2844	3284	3443	3538	3626	3531	3522	3295	3251	2913	2263	

Herover ses antallet af 1. prioritetsansøgninger til de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD, som kommer fra kommunerne i Syddanmark. Tallene medtæller derfor ikke 1. prioritetsansøgninger til udbud uden for Syddanmark. Yderst til højre kan ses en tendenslinje, som giver et overblik over hvordan 1. prioritetsansøgningerne har bevæget sig over tid.

Tabel 2: Antal af 1. prioritetsansøgninger til alle videregående uddannelsesinstitutioner fra kommunerne i Syddanmark.

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Alle uddannelser	5945	6777	7903	8504	9687	10255	10590	10926	10726	10461	10353	10591	9511	8190	
Andel fire stor velfærdsuddannelser	34%	33%	34%	33%	34%	34%	33%	33%	33%	34%	32%	31%	31%	28%	

Tabellen her viser antallet af 1. prioritetsansøgninger til alle videregående uddannelsesinstitutioner i Syddanmark – dvs. alle **udbud** som kan søges gennem KOT.¹ Ansøgninger til fx erhvervsuddannelserne og kandidater er derfor ikke medtalt. Derudover kan det aflæses hvor mange af 1. prioritetsansøgningerne som der havner hos en af de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD. Fra 2009 til 2022 er 1. prioritetsansøgninger faldet fra en andel på 34% til 28% - altså et fald på -6%.

¹ KOT = Den Koordinerede Tilmelding

Tabel 3: Andel af 1. prioritetsansøgninger fra kommunerne til de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Assens	78%	79%	83%	93%	89%	90%	87%	85%	93%	96%	90%	95%	91%	78%	
Faaborg-Midtfyn	87%	91%	88%	85%	94%	89%	95%	88%	90%	95%	97%	86%	88%	83%	
Kerteminde	89%	89%	90%	90%	94%	87%	89%	96%	97%	93%	94%	92%	92%	95%	
Langeland	80%	76%	94%	81%	89%	82%	100%	88%	91%	87%	81%	90%	100%	93%	
Middelfart	89%	79%	81%	80%	85%	84%	91%	86%	86%	83%	78%	85%	76%	78%	
Nordfyn	86%	86%	93%	97%	94%	89%	98%	98%	90%	98%	96%	90%	94%	94%	
Nyborg	94%	88%	91%	88%	83%	87%	79%	84%	87%	87%	90%	87%	85%	83%	
Odense	91%	92%	91%	91%	92%	93%	92%	93%	93%	93%	92%	92%	91%	93%	
Svendborg	89%	82%	82%	80%	86%	89%	88%	90%	88%	88%	91%	92%	89%	96%	
Ærø	88%	73%	80%	73%	60%	83%	89%	69%	93%	93%	91%	86%	88%		
Billund	61%	73%	62%	71%	67%	77%	75%	80%	83%	66%	63%	76%	61%	76%	
Esbjerg	86%	88%	93%	87%	91%	89%	89%	88%	90%	88%	91%	90%	87%	86%	
Fanø			100%		100%	83%	83%					86%			
Fredericia	88%	88%	88%	90%	86%	86%	89%	90%	87%	88%	87%	84%	86%	76%	
Haderslev	79%	81%	78%	81%	75%	88%	84%	86%	79%	88%	90%	83%	79%	75%	
Kolding	84%	81%	83%	82%	84%	82%	86%	86%	86%	85%	85%	82%	83%	82%	
Sønderborg	79%	80%	83%	84%	82%	87%	83%	86%	83%	81%	81%	86%	78%	80%	
Tønder	76%	76%	82%	75%	78%	84%	76%	83%	79%	82%	88%	77%	80%	82%	
Varde	77%	81%	71%	70%	70%	79%	78%	76%	80%	81%	81%	75%	79%	73%	
Vejen	75%	77%	76%	73%	77%	81%	80%	80%	82%	78%	86%	79%	85%	82%	
Vejle	76%	76%	76%	75%	79%	81%	83%	82%	78%	79%	83%	77%	75%	71%	
Aabenraa	84%	81%	83%	87%	90%	86%	89%	85%	83%	88%	85%	84%	83%	86%	

Tabellen herover viser hvor stor en andel af 1. prioritetsansøgerne fra kommunerne i Syddanmark til en af de fire store velfærdsuddannelser forbliver i regionen. Tendensen er, at jo tættere at kommunen ligger på en regionsgrænse, desto mindre andel vælger at sende deres 1. prioritetsansøgning til en af de fire store velfærdsuddannelser i Syddanmark fordi der vælges tilsvarende uddannelsesmulighed i naboregionen.

De blanke felter (i data for Ærø og Fanø) skyldes, at datamængden er så lille (under 5 personer), at personanonymitet ikke kan sikres.

Frafald

Tabel 4: Frafald på kommuneniveau for de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD

Tilgang, afbrudte efter 1 år (pct)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendens	Gns, periode 2010-2020
Assens									16,1 %	11,5 %	11,3 %		9,5 %
Billund	27,6 %								17,6 %		15,2 %		12,2 %
Esbjerg	17,4 %	11,9 %	12,2 %	16,0 %	13,2 %	11,1 %	12,2 %	13,0 %	12,3 %	12,3 %	14,7 %		13,4 %
Fanø													14,3 %
Fredericia	11,8 %	14,8 %	11,6 %	13,8 %	13,3 %	14,0 %	17,4 %	16,0 %	17,9 %	10,1 %	10,8 %		13,9 %
Faaborg-Midtfyn	12,0 %	15,5 %	12,2 %		15,9 %		21,3 %	17,2 %	16,2 %	8,9 %	18,2 %		13,4 %
Haderslev	10,2 %	19,1 %	17,0 %	10,3 %	14,6 %	13,8 %	13,5 %	11,5 %	12,4 %	19,1 %	10,1 %		13,9 %
Kerteminde										26,9 %	12,8 %		9,9 %
Kolding	12,3 %	15,2 %	11,9 %	10,7 %	9,2 %	12,4 %	13,9 %	9,2 %	15,9 %	12,2 %	15,5 %		12,7 %
Langeland										35,7 %			11,8 %
Middelfart		18,2 %				13,5 %	20,3 %	13,0 %	14,3 %	13,6 %	18,9 %		12,6 %
Nordfyn	15,2 %						17,9 %				22,5 %		10,9 %
Nyborg		13,9 %				17,9 %	16,3 %	11,8 %	20,4 %	10,9 %			12,3 %
Odense	11,3 %	10,3 %	10,5 %	11,8 %	9,5 %	10,1 %	13,3 %	12,7 %	15,1 %	14,4 %	13,6 %		12,2 %
Svendborg	10,1 %	11,0 %	12,2 %	9,3 %	8,5 %	9,7 %	12,7 %	13,7 %	14,4 %	10,0 %	12,5 %		11,3 %
Sønderborg	16,6 %	17,1 %	17,6 %	13,2 %	13,6 %	12,8 %	10,7 %	11,7 %	16,9 %	14,0 %	14,5 %		14,4 %
Tønder	11,9 %	21,3 %	14,0 %	16,3 %	12,0 %		13,0 %		9,8 %	12,3 %	20,4 %		13,2 %
Varde	7,4 %	11,5 %	13,0 %	14,1 %	12,3 %	13,9 %	12,5 %	7,5 %	9,9 %	6,5 %	8,8 %		10,6 %
Vejen	17,8 %	9,5 %	12,7 %	10,6 %	13,2 %	11,1 %	17,3 %	15,9 %	11,4 %	10,9 %	11,5 %		13,0 %
Vejle	13,7 %	13,2 %	13,0 %	12,2 %	15,0 %	14,7 %	11,7 %	8,2 %	12,6 %	11,6 %	17,3 %		13,0 %
Ærø													12,2 %
Aabenraa	16,4 %	14,4 %	17,9 %	14,3 %	10,3 %	14,1 %	11,8 %	12,7 %	13,5 %	15,2 %	11,6 %		13,8 %
Total	13,0 %	12,9 %	12,2 %	12,2 %	11,1 %	11,6 %	13,3 %	11,7 %	14,2 %	13,1 %	14,0 %		






Tabellen herover viser frafaldet indenfor 1. studieår fordelt på de enkelte kommuner. Enkelte kommunerne er "blanke", da der er færre end fem studerende, som er faldet fra indenfor 1. studieår. Vær opmærksom på - ved læsning og fortolkning af data i denne tabel - at der kan være tale om meget små populationer inden for den enkelte kommune. Derfor er der mulighed for, i tabellen herunder, at se hvor stor tilgangen har været til de fire store velfærdsuddannelser fra hver enkelt kommune. Fx udgjorde studerende fra Assens 53 personer i 2020 – ud af dem stoppede 11,3 % indenfor 1. studieår, svarende til seks studerende.

Tabel 5: Antal der tilgår en af de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD på kommuneniveau.

Tilgang, antal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Assens	38	32	43	39	38	43	41	47	56	52	53
Billund	29	24	30	27	18	37	16	35	34	21	33
Esbjerg	407	395	392	406	380	341	386	392	406	430	469
Fanø						6	5				
Fredericia	102	108	95	87	83	107	109	125	134	109	111
Faaborg-Midtfyn	50	58	49	60	44	44	47	58	74	79	55
Haderslev	118	141	135	107	123	123	156	148	137	141	139
Kerteminde	27	26	26	35	18	31	29	31	35	26	39
Kolding	155	178	176	168	163	170	180	207	220	197	200
Langeland	11	16	7	13	10	8	9	10	15	14	14
Middelfart	33	33	36	38	46	37	59	46	42	44	37
Nordfyn	33	29	35	37	38	23	28	31	21	34	40
Nyborg	35	36	45	41	41	39	43	51	49	55	54
Odense	744	822	828	718	733	772	867	892	887	922	959
Svendborg	129	109	123	118	117	124	71	117	146	130	128
Sønderborg	145	181	148	136	140	164	178	162	130	114	138
Tønder	59	61	43	49	50	45	46	51	51	57	49
Varde	81	78	77	64	65	101	88	93	91	93	68
Vejen	45	74	55	47	53	45	75	69	44	55	52
Vejle	234	234	216	246	214	211	239	269	262	320	306
Ærø		8				7			5		5
Aabenraa	122	104	117	147	126	128	110	142	155	164	164
Total	2602	2749	2683	2589	2503	2606	2786	2979	2997	3061	3116

Ledighed

Tabel 6: 4.-7. kv. ledighed for de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD og som har bopæl i en kommune i Syddanmark ved fuldførelsestidspunkt.

Ledighedsgrad, gennemsnitlig, 4.-7. kv	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tendens
Sygeplejerske, prof. bach.	0,3 %	0,3 %	0,9 %	3,1 %	2,1 %	2,1 %	2,4 %	1,5 %	1,4 %	0,7 %	1,0 %	0,7 %	1,2 %	
Lærer, prof. bach.	2,7 %	3,3 %	5,6 %	11,8 %	13,2 %	15,9 %	9,5 %	5,7 %	5,0 %	7,3 %	8,2 %	9,9 %	13,2 %	
Pædagog, prof. bach.	3,4 %	5,1 %	7,5 %	14,0 %	17,4 %	16,3 %	14,7 %	12,0 %	12,7 %	12,2 %	8,3 %	7,3 %	8,9 %	
Socialrådgiver, prof. bach.	0,8 %	2,2 %	3,5 %	5,8 %	12,9 %	11,2 %	11,4 %	9,4 %	6,3 %	8,3 %	7,3 %	12,3 %	15,0 %	
Total	2,5 %	3,3 %	5,2 %	10,1 %	12,4 %	12,1 %	10,0 %	7,8 %	7,3 %	7,8 %	6,3 %	6,9 %	8,8 %	

Herover ses andelen af nyuddannede som er "langtidsledige" fra de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD og som samtidig har bopæl i en af kommunerne i Syddanmark. Årene her refererer til studie-fuldførelsesåret. Der sker en stigning i langtidsledige blandt socialrådgiver, samt en begyndende stigning blandt folkeskolelærerne. Tabellen herunder viser de fire store velfærdsuddannelser sammenlagt på kommuneniveau.

Tabel 7: 4.-7. kv. ledighed for de fire store velfærdsuddannelser fra kommunerne i Syddanmark fra UCL/UC SYD og som har bopæl i en kommune i Syddanmark ved fuldførelsestidspunkt

Ledighedsgrad, gennemsnitlig, 4.-7. kv	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tendens
Assens	1,1 %	2,2 %	8,3 %	19,5 %	11,7 %	7,4 %	6,3 %	5,6 %	3,1 %	14,3 %	14,3 %	7,8 %	7,9 %	
Billund	1,1 %	2,2 %	0,1 %	15,7 %	11,8 %	12,9 %	2,3 %	6,8 %	0,4 %	1,3 %	3,3 %	0,8 %	3,6 %	
Esbjerg	2,4 %	2,2 %	4,9 %	6,3 %	11,4 %	8,2 %	9,8 %	8,4 %	8,0 %	9,1 %	6,5 %	6,9 %	9,5 %	
Fanø		0,0 %												
Fredericia	3,0 %	1,4 %	4,2 %	6,3 %	10,7 %	13,8 %	7,2 %	8,3 %	8,9 %	8,5 %	9,2 %	6,3 %	11,5 %	
Faaborg-Midtfyn	4,2 %	3,3 %	4,7 %	14,8 %	14,5 %	8,8 %	12,1 %	17,9 %	11,4 %	11,5 %	7,7 %	12,7 %	12,7 %	
Haderslev	1,4 %	5,5 %	5,4 %	8,5 %	19,5 %	12,9 %	9,6 %	7,4 %	4,6 %	4,5 %	8,8 %	7,2 %	9,6 %	
Kerteminde	1,2 %	0,3 %	5,0 %	15,0 %	0,4 %	15,2 %	9,4 %	13,3 %	4,4 %	12,5 %	10,3 %	19,8 %	7,5 %	
Kolding	2,2 %	5,0 %	6,1 %	10,4 %	12,3 %	10,0 %	10,9 %	8,5 %	9,2 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	9,4 %	
Langeland	4,7 %	0,8 %	11,4 %	21,6 %	0,0 %	12,3 %		7,9 %	18,8 %	5,3 %	12,6 %	8,1 %		
Middelfart	1,0 %	1,0 %	2,8 %	11,3 %	7,6 %	9,5 %	7,4 %	4,0 %	6,3 %	5,6 %	3,6 %	4,1 %	6,5 %	
Nordfyn	3,3 %	5,9 %	4,8 %	15,5 %	26,9 %	8,1 %	9,0 %	23,5 %	5,8 %	6,4 %	4,0 %	11,2 %	6,0 %	
Nyborg	3,3 %	3,2 %	6,6 %	7,0 %	4,3 %	15,6 %	6,3 %	7,1 %	8,4 %	3,5 %	6,2 %	3,5 %	9,2 %	
Odense	4,0 %	4,0 %	6,6 %	10,1 %	13,6 %	14,7 %	11,4 %	7,5 %	7,7 %	9,6 %	6,1 %	7,1 %	8,9 %	
Svendborg	3,1 %	4,5 %	4,5 %	17,7 %	16,4 %	18,9 %	13,2 %	8,4 %	8,3 %	7,7 %	4,9 %	4,3 %	7,9 %	
Sønderborg	0,5 %	1,3 %	3,3 %	11,6 %	9,2 %	6,6 %	10,7 %	8,2 %	5,9 %	3,7 %	6,2 %	5,8 %	10,3 %	
Tønder	0,7 %	2,8 %	4,9 %	10,5 %	10,5 %	7,0 %	8,9 %	5,5 %	2,8 %	4,5 %	2,3 %	5,1 %	8,4 %	
Varde	0,3 %	5,9 %	4,6 %	10,4 %	6,8 %	11,3 %	5,6 %	4,1 %	9,5 %	7,7 %	2,4 %	8,1 %	8,1 %	
Vejen	0,8 %	2,8 %	0,7 %	4,3 %	9,9 %	12,2 %	6,1 %	6,6 %	8,2 %	3,6 %	5,3 %	6,2 %	6,5 %	
Vejle	1,0 %	2,0 %	2,8 %	8,4 %	9,2 %	10,9 %	5,8 %	5,7 %	5,6 %	4,9 %	5,3 %	4,5 %	5,9 %	
Ærø													9,8 %	
Aabenraa	2,2 %	3,0 %	10,6 %	12,2 %	13,1 %	8,4 %	14,4 %	7,3 %	5,8 %	9,0 %	6,3 %	9,2 %	9,6 %	

Herover ses andelen af nyuddannede som bor i Syddanmark og er "langtidsledige" efter endt studie på de fire store velfærdsuddannelser. Tabellen viser uddannelserne lagt sammen på kommuneniveau. Årstallene refererer til studie-fuldførelsesåret.

Fastholdelse (Bopæl)

Tabel 8: Andel der bor i en kommune i Syddanmark 7. kv. efter fuldførelse fra de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD.

Fuldførte, bopæl 7kv. efter fuldførelse	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Uoplyst/Ukendt	Søjle
Assens	0%	0%	0%	0%	99%	0%	█
Billund	0%	0%	0%	0%	96%	0%	█
Esbjerg	2%	4%	1%	0%	91%	2%	█
Fanø	0%	0%	0%	0%	88%	0%	█
Fredericia	0%	2%	0%	0%	97%	0%	█
Faaborg-Midtfyn	0%	0%	0%	0%	98%	0%	█
Haderslev	2%	2%	0%	1%	90%	3%	█
Kerteminde	0%	0%	0%	0%	98%	0%	█
Kolding	2%	3%	0%	0%	93%	1%	█
Langeland	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Middelfart	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Nordfyn	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Nyborg	0%	0%	0%	0%	95%	0%	█
Odense	3%	3%	0%	1%	92%	1%	█
Svendborg	4%	2%	0%	0%	91%	2%	█
Sønderborg	2%	3%	0%	0%	94%	1%	█
Tønder	0%	0%	0%	0%	95%	0%	█
Varde	0%	3%	0%	0%	96%	0%	█
Vejen	0%	0%	0%	0%	96%	0%	█
Vejle	1%	10%	0%	1%	86%	2%	█
Ærø	0%	0%	0%	0%	100%	0%	█
Aabenraa	1%	3%	0%	0%	93%	2%	█
Total	2%	3%	0%	1%	92%	1%	█

Langt de fleste som fuldfører en af de fire store velfærdsuddannelser hos UCL og UC SYD og som har som har bopæl i en af kommunerne i Syddanmark forbliver også boende i Syddanmark efterfølgende. 9/10 er stadig at finde i nærområdet 7. kvartaler efter fuldførelse af uddannelsen.

Tabel 9: * Andel der finder deres første arbejde i Syddanmark 7. kv. efter fuldførelse for de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD.

Fuldførte	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendens	Gns, periode 2009-2021
Assens	94%	85%	93%	95%	92%	97%	90%	94%	93%	96%	97%	94%	88%		92,8 %
Billund	78%	80%	90%	91%	74%	82%	83%	96%	94%	90%	87%	75%	89%		85,7 %
Esbjerg	92%	91%	91%	89%	91%	90%	88%	89%	94%	93%	91%	88%	82%		90,0 %
Fanø															100,0 %
Fredericia	94%	91%	86%	91%	81%	93%	91%	98%	93%	95%	87%	91%	84%		90,4 %
Faaborg-Midtfyn	95%	98%	93%	88%	97%	97%	94%	95%	94%	100%	90%	89%	86%		93,5 %
Haderslev	99%	87%	92%	84%	95%	91%	92%	88%	93%	89%	84%	84%	88%		89,5 %
Kerteminde	94%	95%	95%	94%	92%	100%	93%	84%	93%	92%	85%	89%	88%		91,6 %
Kolding	89%	93%	94%	89%	89%	93%	95%	96%	90%	87%	88%	86%	84%		90,3 %
Langeland	100%	100%	100%	100%		90%	89%	100%	100%	100%		75%	100%		94,8 %
Middelfart	94%	91%	100%	93%	90%	95%	96%	88%	88%	84%	86%	88%	87%		90,3 %
Nordfyn	100%	87%	85%	80%	94%	93%	89%	97%	93%	84%	95%	87%	88%		90,9 %
Nyborg	85%	80%	79%	70%	91%	83%	91%	78%	83%	77%	90%	85%	74%		81,7 %
Odense	87%	87%	84%	85%	84%	87%	89%	87%	89%	89%	86%	84%	83%		86,0 %
Svendborg	84%	90%	94%	95%	90%	88%	93%	89%	92%	91%	90%	87%	92%		90,3 %
Sønderborg	93%	83%	95%	98%	87%	89%	91%	93%	95%	91%	93%	93%	83%		91,0 %
Tønder	92%	85%	94%	86%	98%	94%	94%	94%	97%	95%	88%	93%	75%		91,5 %
Varde	92%	88%	86%	85%	76%	88%	89%	79%	92%	86%	94%	86%	88%		87,0 %
Vejen	100%	91%	100%	100%	97%	93%	96%	91%	87%	92%	94%	97%	85%		93,2 %
Vejle	76%	76%	75%	82%	70%	80%	83%	84%	79%	80%	79%	75%	73%		77,6 %
Ærø											100%				97,0 %
Aabenraa	86%	80%	85%	91%	92%	88%	99%	93%	93%	89%	89%	96%	89%		90,2 %

Tabellen viser her om der er jobmuligheder, for dem i nærområdet når de færdig med uddannelsen. Langt de fleste finder deres første job i Syddanmark.

Kapacitet og efterspørgsel på botilbudsområdet

En kortlægning af, hvordan kommunerne opfylder deres forsyningsforpligtelse for botilbud til voksne, 2022



*Kapacitet og efterspørgsel på botilbudsområdet
– En kortlægning af, hvordan kommunerne opfylder deres forsyningsforpligtelse for
botilbud til voksne, 2022*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-127-3

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301981

Finansiering: Kortlægningen er finansieret af Indenrigs- og Boligministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE.

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Kommunerne brugte i alt 19 milliarder kroner på botilbud til voksne på det specialiserede socialområde i 2020. Kommunerne har forsyningsforpligtelsen på området og ansvaret for at tilbyde hjælp og støtte til deres borgere med særlige behov. Indenrigs- og Boligministeriet har bedt VIVE om at foretage denne kortlægning af, hvad kommunerne gør for at opfylde forsyningsforpligtelsen på botilbudsområdet.

Kortlægningen er gennemført som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse til kommunerne i januar til marts 2022. VIVE vil gerne rette en stor tak til de syv kommuner, der har bidraget med sparring, inputs og pilottests i projektets indledende fase, og til de mange kommuner, der har svaret på spørgeskemaet. I alt besvarede 87 kommuner ud af 92 relevante¹ kommuner spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 95 %.

Rapporten er udarbejdet af projektchef Camilla T. Dalsgaard, chefanalytiker Kasper Lemvigh, senioranalytiker Jonatan Kjældgaard Jensen og studentermedhjælper Signe Mortensen. Senioranalytiker Lars Bo Pedersen har endvidere bidraget til undersøgelsen.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styling og Ledelse

¹ De seks kommuner, for hvem det ikke var relevant at besvare skemaet, har alle aktuelt eller har indtil for nylig haft en forpligtende samarbejdsaftale med en anden kommune om botilbudsområdet.



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

1	Indledning	12
1.1	Baggrund	12
1.2	Formål og undersøgelsesspørgsmål	13
1.3	Undersøgelsens genstandsfelt	14
1.4	Data og metode	15
1.5	Rapportens opbygning	18

2	Efterspørgsel fra egne borgere	20
2.1	Efterspørgsel fra egne borgere	22
2.2	Overblik over kapacitet og efterspørgsel på tværs af kommuner	35

3	Myndighedsansvar og køb af pladser	40
3.1	Hvor finder man en plads?	42
3.2	Forventninger til brug og køb af tilbud	46
3.3	Muligheder for tilpasning af kapacitet	52

4	Driftsansvar og salg af pladser	58
4.1	Hvor gør man opmærksom på ledige pladser?	61
4.2	Tilpasning af kapacitet til efterspørgsel de seneste tre år	63
4.3	Aktuel tilpasning af kapacitet til efterspørgsel	73
4.4	Forventet tilpasning af kapacitet til efterspørgsel de næste tre år	77

5	Drift og brug af højt specialiserede tilbud	83
5.1	Egne borgere i højt specialiserede tilbud	85
5.2	Specialiseringsgrad for købte og solgte pladser	87
5.3	Brug og drift af højt specialiserede tilbud – nu og fremover	89

Litteratur	97
Bilag 1 Metode og data	99
Bilag 2 Spørgeskema om botilbudsområdet	105

Hovedresultater

Kommunerne brugte i alt 19 milliarder kroner på botilbud til voksne på det specialiserede socialområde i 2020. Som *myndighed* har kommunerne ansvaret for at tilbyde hjælp og støtte til deres borgere med særlige behov, både i og uden for botilbud. Kommunen kan vælge selv at være *driftsherre* for botilbud, dvs. tilbyde pladser til egne borgere og eventuelt sælge pladser til andre kommuner. De fleste kommuner anvender en kombination af egne botilbudspladser og eksternt købte pladser hos andre kommuner, regionerne og private leverandører. Formålet med denne analyse er at undersøge, hvordan kommunerne opfylder deres forsyningsforpligtelse, dvs. deres 'pligt til at sørge for, at der er de nødvendige tilbud' til deres borgere med handicap og sindslidelse.

Kommunerne forventer stigende efterspørgsel, især fra borgere med autisme og borgere med socialpsykiatrisk problematik

Flest kommuner forventer stigende efterspørgsel fra egne borgere.

To ud af tre kommuner forventer, at de i de næste fem år samlet set vil få flere egne borgere med behov for et botilbud. Hver fjerde kommune forventer uændret efterspørgsel, og hver tolvte kommune forventer faldende efterspørgsel.

Stigende efterspørgsel inden for især autismeområdet og socialpsykiatrien.

Næsten alle kommuner har i de seneste tre år haft stigende efter-

spørgsel efter botilbudspladser til borgere med autisme, mens to ud af tre kommuner har haft stigende efterspørgsel efter pladser inden for socialpsykiatrien. Hver tredje kommune har haft stigende efterspørgsel efter pladser inden for hjerneskadeområdet. Langt færre kommuner har haft stigende efterspørgsel fra borgere med udviklingshæmning og fysisk funktionsnedsættelse. Kommunerne forventer i de næste tre år en udvikling i efterspørgslen fra ovenstående fem målgrupper, der ligner udviklingen i de seneste tre år.

Mange kommuner har specifikke målgrupper, som de har haft og får svært ved at finde pladser til. Langt de fleste kommuner svarer ja til, at der er borgere inden for mere specifikke målgrupper, som kommunen har haft svært ved at finde egnede pladser til i de seneste tre år, og som den forventer at få svært ved at finde pladser til i de næste tre år. Flest kommuner nævner målgrupperne

”borgere med flere diagnoser²”, ”borgere med udadreagerende og/eller grænseoverskridende adfærd” samt ”borgere med autisme”. Det er ikke undersøgt, hvor mange borgere det drejer sig om i den enkelte kommune.

Kommunerne forventer at bruge flere indsatser i borgerens eget hjem og flere pladser i egne botilbud og regionale botilbud

Kommunerne forventer at bruge flere indsatser i borgerens eget hjem til egne borgere. Der er i kommunerne en udbredt forventning om, at man fremover vil anvende flere indsatser i borgerens eget hjem eller andre alternativer til et botilbud til egne borgere.

Kommunerne forventer at bruge flere pladser i egne og regionale botilbud. Det er forventningen, at kommunerne vil bruge flere pladser i egne botilbud og også samlet set lidt flere i regionale

botilbud, mens der ser ud til at være en samlet tendens til at forvente en uændret eller let faldende brug af pladser i botilbud drevet af private leverandører eller andre kommuner.

Flest kommuner søger at tilpasse egen kapacitet, når de mangler ledige, egnede pladser. Når kommunerne har borgere med behov for botilbud, *som de ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til*, afsøger de fleste kommuner, cirka seks til syv ud af ti, i høj grad muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud. Knap så mange, mellem hver anden og hver tredje kommune, afsøger i høj grad muligheden for at tilpasse eller oprette pladser i et af deres egne, eksisterende botilbud eller for selv at oprette et nyt tilbud. Omtrent hver syvende kommune afsøger i høj grad muligheden for at få en privat leverandør til at oprette en ny plads eller tilpasse eksisterende pladser. Kommunerne afsøger i langt lavere grad mulighederne for at få regioner eller andre kommuner til at oprette en ny plads eller tilpasse pladser i eksisterende tilbud samt for at oprette tilbud i samdrift med andre kommuner.

Stigende efterspørgsel efter botilbud, som kommunerne selv driver – især fra egne borgere. Omtrent hver anden kommune har i de seneste tre år oplevet stigende efterspørgsel fra kommunens egne borgere efter botilbudspladser, som kommunen selv driver. Lidt flere forventer stigende efterspørgsel fra kommunens egne borgere de næste tre år. Langt færre kommuner har haft og forventer faldende efterspørgsel fra egne borgere efter pladser i egne botilbud.

² Kategorien ”borgere med flere diagnoser” omfatter både borgere med dobbeltdiagnose og borgere, hvor der er flere diagnoser til stede samtidig, fx ADHD og adfærdsforstyrrelser (komorbiditet). Denne fremgangsmåde er valgt, da det for nogle af kommunernes målgruppebeskrivelser har været vanskeligt for VIVE at vurdere, om der er tale om borgere med dobbeltdiagnose eller borgere med komorbiditet.

Mellem hver fjerde og hver femte kommune har de seneste tre år oplevet stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere, flest fra borgere med sindslidelse. Det svarer nogenlunde til forventningen for de næste tre år. Lidt færre kommuner har oplevet og forventer faldende efterspørgsel fra andre kommuner, færrest fra borgere med sindslidelse.

Samlet set er der flere kommuner, der de næste tre år forventer stigende efterspørgsel end faldende efterspørgsel efter botilbudspladser, som de selv driver, især når det gælder egne borgere. Der er ligeledes en overvægt af kommuner, der har haft og forventer stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere med sindslidelse, hvorimod lige mange kommuner har haft stigende som faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere med handicap. Flere kommuner har haft og forventer stigende efterspørgsel fra egne borgere end fra andre kommuners borgere.

Flere kommuner opretter nye eller tilpasser eksisterende pladser – færre kommuner nedlægger pladser. Mere end halvdelen af kommunerne har inden for de seneste tre år oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende botilbudspladser. Godt halvdelen af kommunerne er aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap, mens hver tredje kommune er i gang med at oprette eller tilpasse pladser til borgere med sindslidelse. Omtrent seks ud af ti kommuner forventer inden for de næste tre år at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende botilbudspladser.

Mellem hver fjerde og hver femte kommune har inden for de seneste tre år nedlagt pladser i botilbud, som kommunen selv driver til borgere med handicap eller sindslidelse. Omtrent hver tiende kommune er i gang med at nedlægge botilbudspladser eller forventer at nedlægge pladser til borgere med handicap inden for de næste tre år. Kun meget få kommuner er i gang med eller forventer at nedlægge pladser til borgere med sindslidelse.

Kommunernes tilpasninger af kapaciteten skyldes især ændret efterspørgsel fra egne borgere. Såvel allerede gennemførte som igangværende og forventede kapacitetstilpasninger skyldes hyppigere ændret efterspørgsel fra egne borgere end fra andre kommuners borgere. Det gælder både, når der oprettes, tilpasses og nedlægges pladser.

Flest kommuner køber højt specialiserede pladser eksternt. Halvdelen af kommunerne køber i høj grad højt specialiserede pladser til borgere med handicap i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv. Det samme gælder seks ud af ti kommuner for højt specialiserede pladser til borgere med sindslidelse. Generelt tilbyder kommunerne – som driftsherre – i højere grad højt specialiserede pladser til *enkelte* målgrupper end til *flere* målgrupper, ligesom de i højere grad tilbyder højt specialiserede pladser til borgere *med handicap*

end til borgere *med sindslidelse*. Det samme gælder for kommunernes forventninger til de kommende tre år.

Kommunerne køber især højt specialiserede pladser hos regionerne.

Kommunerne køber – som myndighed – i højest grad højt specialiserede pladser til borgere med handicap i tilbud drevet af regionerne. For højt specialiserede

pladser til borgere med sindslidelse er der lige mange kommuner, der i høj grad benytter private leverandører som regionale tilbud. Generelt benytter kommunerne i lavere grad højt specialiserede pladser i botilbud drevet af andre kommuner og af kommunen selv. Det gælder især for højt specialiserede pladser til borgere med sindslidelse.

Eksternt købte pladser ser ud til i gennemsnit at være mere specialiserede.

De fleste kommuner er enige i, at borgere i eksternt købte pladser gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end egne borgere i egne tilbud. Anderledes ser det ud for solgte pladser. Hver tredje kommune er uenig i, at andre kommuners borgere i kommunens egne botilbud gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere. Kun mellem hver femte og hver tiende er enige i dette udsagn. Forskellen hænger formentlig sammen med, at 'solgte' pladser alene omfatter *kommunale* pladser, mens 'købte' pladser omfatter pladser i botilbud drevet af *både* kommuner, regioner og private leverandører.

Kommunerne bruger i højere grad rammeaftalesamarbejdet end bilaterale aftaler til at aftale med regionen eller andre kommuner, at disse opretter og driver højt specialiserede botilbud. Ligeledes samarbejder kommunerne i lav grad med andre kommuner om i fællesskab at oprette og drive højt specialiserede botilbud. Der kan spores en vis forventning om, at man fremover i lidt højere grad vil bruge såvel rammeaftalesamarbejdet som bilaterale aftaler og driftsfællesskaber i relation til højt specialiserede pladser. Kommunerne aftaler i lav

Kommunerne bruger i højere grad højt specialiserede pladser i regionale botilbud end i deres egne eller andre kommuners botilbud

Højt specialiserede tilbud

Med 'højt specialiserede tilbud' mener vi i denne rapport tilbud til borgere med særligt komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller hvor borgerne har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for særlig faglig specialviden eller for at kombinere flere typer af faglig specialviden i indsatsen. Det er ikke yderligere specificeret, og når man fortolker resultaterne skal man derfor være opmærksom på, at der kan være forskelle i kommunernes opfattelse af, hvad der er 'højt specialiseret'.

grad med private leverandører, at disse opretter og driver højt specialiserede botilbud. Der ser ikke ud til at være en forventning om, at brugen af private leverandører i relation til højt specialiserede pladser vil forøges nævneværdigt fremover.

Større kommuner bruger flere egne, også højt specialiserede tilbud, end mindre kommuner.

Flere af de større kommuner end af de mindre har oprettet eller tilpasset botilbudspladser de seneste tre år. Der er også flere af de større kommuner, der er i gang med at oprette eller tilpasse pladser, og som forventer at gøre det i

de kommende tre år. Generelt er der flere af de større kommuner end af de mindre, der forventer at øge brugen af pladser i deres egne botilbud fremover. Tilsvarende forventer færre af de større kommuner at øge brugen af især regionale botilbud, men også andre kommuners tilbud til borgere med sindslidelse. Omvendt er der lidt flere af de større kommuner end af de mindre, der forventer at øge brugen af private tilbud og færre, der forventer at reducere den.

Når man ser på højt specialiserede pladser, køber de mindre kommuner i højere grad end de større kommuner højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv, hvilket de også i højere grad forventer at gøre fremover. I tråd hermed tilbyder de mindre kommuner i lavere grad end de større kommuner højt specialiserede pladser til såvel enkelte som flere målgrupper. Samme mønster gælder forventningerne til de næste tre år.

Forskel på forventet efterspørgsel mellem kommuner i forskellige regioner.

Der er forskel mellem kommunerne i de forskellige regioner. Eksempelvis forventer knap fire ud af fem kommuner i Region Midtjylland stigende efterspørgsel de næste fem år, mens det kun er godt to ud af fem i Region Nordjylland. Der er også geografiske forskelle på den forventede efterspørgsel fordelt på målgrupper. Eksempelvis forventer knap halvdelen af kommunerne i Region Midtjylland og Syddanmark stigende efterspørgsel inden for hjerneskeadeområdet, mens

Der er forskelle mellem kommune-typer – for eksempel er der forskel på større og mindre kommuner

det kun er omtrent hver tiende kommune i Region Hovedstaden og Nordjylland. Omtrent hver anden kommune i Region Nordjylland og Region Sjælland forventer faldende efterspørgsel efter pladser til borgere med udviklingshæmning, mens det i Region Midtjylland kun er omtrent hver tiende.

Forskel på kommuner, der køber mere og mindre. Analysen viser, at særligt de kommuner, der i forvejen køber mest eksternt, forventer at øge brugen af eksternt købte pladser i botilbud drevet af både regioner, andre kommuner og private leverandører. Tilsvarende viser analysen, at særligt de kommuner, der køber mindst, har oplevet stigende efterspørgsel fra egne borgere efter egne botilbudspladser. I tråd hermed er disse kommuner i lidt højere grad i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i egne botilbud end de kommuner, der køber mest. Dette mønster hænger blandt andet sammen med, at mindre kommuner køber mere eksternt end større kommuner.

Forskel på kommuner, der sælger mere og mindre. Særligt de kommuner, der sælger mest til andre kommuner, har haft og forventer faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Flere af de kommuner, der sælger mest, har nedlagt pladser i deres egne botilbud, end af de kommuner, der sælger mindst, især til borgere med handicap. Omvendt er der flere af de kommuner, der sælger *mindst*, der har haft og forventer stigende efterspørgsel fra egne borgere. I tråd hermed er de kommuner, der sælger mindst, i højere grad aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i deres egne botilbud.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført som en landsdækkende, webbaseret spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet er udfyldt i perioden fra januar til marts 2022.

I alt besvarede 87 kommuner ud af 92 relevante kommuner spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 95 %. For seks kommuner var det ikke relevant at besvare skemaet, da de alle aktuelt har eller indtil for nylig har haft en forpligtende samarbejdsaftale med en anden kommune om botilbudsområdet.

Undersøgelsen fokuserer på botilbud efter servicelovens §§ 107-108 samt botilbudslignende tilbud til borgere med handicap eller sindslidelse.

1 Indledning

1.1 Baggrund

Kommunerne brugte i alt 19 milliarder kroner på botilbud til voksne på det specialiserede socialområde i 2020.³ Kommunerne overtog ansvaret for botilbudsområdet fra de tidligere amter i 2007. Kommunerne varetager rollen som både myndighed og driftsherre på området.

Som *myndighed* har kommunerne ansvaret for at tilbyde hjælp og støtte til deres borgere med særlige behov. Kommunerne kan imødekomme borgernes individuelle behov gennem forskellige egne tilbud og indsatser eller ved køb af passende tilbud hos andre driftsherrer. Afhængigt af behovet kan kommunerne tilbyde en plads i et botilbud eller en alternativ indsats eller kombination af indsatser i borgerens eget hjem, fx socialpædagogisk støtte.

Den enkelte kommune kan vælge selv at være *driftsherre* for botilbud, dvs. udbyde pladser til egne borgere og eventuelt sælge pladser til andre kommuner. Det gør kommunerne i varierende omfang. Forskellene har baggrund i kommunernes beslutninger om at etablere eller tilpasse egne botilbud og overtage tilbud fra de tidligere amter hhv. de nuværende regioner. Forskellene er samtidig historisk betinget af, hvor de amtsinstitutioner, som kommunerne kunne vælge at overtage ved opgaverereformen i 2007, geografisk var placeret.

Kommunerne har forsyningsforpligtelsen, dvs. pligt til at "sørge for, at der er de nødvendige tilbud".⁴ Den enkelte kommune kan opfylde sin forsyningsforpligtelse på forskellige måder. De fleste kommuner anvender en kombination af at forsyne sig selv med pladser og at købe pladser hos andre kommuner, regionerne og private leverandører.

Botilbudsområdet adskiller sig fra andre kommunale serviceområder ved, at der handles relativt meget med botilbudspladser. Hver gang kommunerne i 2020 brugte 100 kr. på botilbudsområdet, gik de 55 kr. således til køb af pladser hos eksterne leverandører.⁵ En del af forklaringen på denne struktur er, at botilbudsområdet er præget af en meget forskelligartet borgergruppe. De enkelte målgrupper er relativt små og har ofte brug for en specialiseret social indsats, der imødekommer deres specifikke og ofte komplekse behov. Derfor

³ Nettodriftsudgifter, ekskl. statsrefusion, på følgende funktioner i den autoriserede kontoplan: 5.38.52, 5.38.50 og 5.38.51.

⁴ Jævnfør Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven, VEJ nr. 9347 af 28/03/2017, kapitel 4.

⁵ Jævnfør Dalsgaard et al., 2022.

kan hver enkelt kommune ikke opbygge botilbudskapacitet og ekspertise til samtlige målgrupper. Og derfor er det nødvendigt for hver enkelt kommune at købe pladser hos andre kommuner, regionerne og private leverandører.

Kommunerne og regionen i hver af de fem regioner samarbejder i regi af rammeaftalerne om at koordinere botilbudskapaciteten og tilpasse den i overensstemmelse med den aktuelle og forventede efterspørgsel. Det gælder tilpasning til overefterspørgsel, dvs. borgere eller målgrupper, som der mangler botilbudspladser til aktuelt og fremover. Det gælder også tilpasning af overudbud, dvs. hvor det aktuelle udbud af pladser overstiger den forventede eller aktuelle efterspørgsel.

Det er ikke enkelt at få tilpasset og koordineret botilbudskapaciteten i et skiftende efterspørgselsbillede og på tværs af forskellige aktører, der udbyder pladser. På den baggrund har Indenrigs- og Boligministeriet bedt VIVE om at foretage denne kortlægning af, hvad kommunerne gør for at opfylde forsyningsforpligtelsen på botilbudsområdet, herunder deres overvejelser og adfærd i den forbindelse.

1.2 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at afdække, hvad kommunerne gør for at opfylde forsyningsforpligtelsen på botilbudsområdet. Analysen søger svar på følgende fire overordnede undersøgelsesspørgsmål⁶:

- Hvilken udvikling i efterspørgslen har og forventer kommunerne, og er der målgrupper, som kommunerne har svært ved at finde egnede pladser til?
- Hvilke muligheder benytter kommunerne for – som myndighed og driftsherre – at tilpasse egen eller andre leverandørers kapacitet til ændringer i efterspørgslen efter botilbudspladser?
- Hvordan agerer kommunerne i relation til køb, salg og brug af egne højt specialiserede botilbudspladser?
- Er der forskel mellem forskellige grupper af kommuner, herunder store og små kommuner, kommuner beliggende i forskellige regioner eller kommuner, der køber hhv. sælger mange botilbudspladser?

⁶ De tre første undersøgelsesspørgsmål er operationaliseret i spørgeskemaet. Operationaliseringen er uddybende beskrevet i Bilag 1. Det fjerde undersøgelsesspørgsmål er undersøgt ved analyser af svarfordeling i forskellige grupper af kommuner, hvilket er uddybende beskrevet i afsnit 1.4.4.

1.3 Undersøgelsens genstandsfelt

1.3.1 Botilbud og målgrupper

Undersøgelsen omfatter midlertidige botilbud efter servicelovens § 107, længevarende botilbud efter servicelovens § 108 og botilbudslignende boformer efter almenboliglovens § 105 med tilknyttet støtte efter servicelovens §§ 83-87⁷. Analysen omfatter botilbud til voksne borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (handicapområdet) eller sindslidelse (socialpsykiatrien). Pladser i botilbud, der *alene* vedrører personer med misbrug eller social udsathed, dvs. tilbud og indsatser efter servicelovens § 101 og §§ 109-110, er ikke inkluderet.

I størstedelen af rapporten skelnes der mellem de to primære målgrupper:

- **Borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse** er fx borgere med høre-, kommunikations-, mobilitets- eller synsnedsættelse, medfødt og erhvervet hjerneskade, udviklingshæmning, autisme og ADHD.
- **Borgere med sindslidelse** er fx borgere med angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse samt personligheds-, spise- eller tilknytningsforstyrrelse.

Der kan være borgere, der er i begge målgrupper, da de har problemstillinger inden for begge kategorier. Ligeledes kan der være borgere i de to målgrupper, der har samtidige misbrugsproblematikker eller lignende. Der er således mange forskellige målgrupper, og det kan være svært at svare generelt. Vi har dog bedt kommunerne om at prøve at svare overordnet på spørgsmålene for kommunen set som helhed for de to brede målgrupper.

1.3.2 "Egne" og "andres" botilbud og borgere

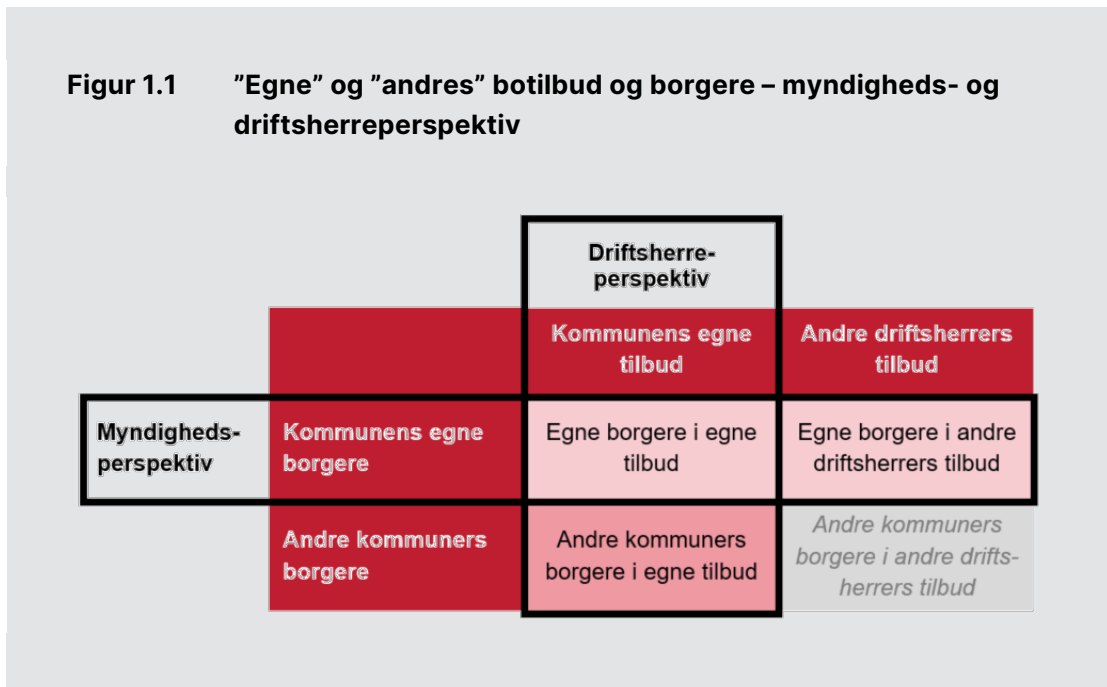
Botilbudsområdets karakter og undersøgelsens formål gør det nødvendigt at skelne mellem kommunens egne botilbud og andre driftsherrers botilbud samt mellem kommunens egne borgere og andre kommuners borgere. Disse begreber er nært relateret til myndigheds- hhv. driftsherreperspektivet. De vil blive brugt gennem rapporten og forklares derfor indledningsvis her.

- "Kommunens egne botilbud" er botilbud og boformer, som kommunen selv driver.

⁷ Personlig og praktisk hjælp og pleje, afløsning og aflastning, socialpædagogisk støtte, træning mv.

- "Andre driftsherrers botilbud" er botilbud og boformer, som andre driftsherrer driver. "Andre driftsherrer" kan være andre kommuner, regionerne eller private leverandører, herunder fonds- og selvejende tilbud med eller uden driftsoverenskomst med kommunen.
- "Kommunens egne borgere" er borgere, som kommunen har myndighedsansvaret for.
- "Andre kommuners borgere" er borgere, som andre kommuner har myndighedsansvaret for.

Hvis man kombinerer "egne" og "andres" botilbud og borgere, får man fire kategorier, der er illustreret i Figur 1.1. Kategorierne kan være nyttige at have i baghovedet, når man læser rapporten, da de hænger sammen med, om man ser kommunerne i et myndighedsperspektiv (egne borgere) eller et driftsherreperspektiv (egne tilbud).



1.4 Data og metode

I dette afsnit beskrives kort undersøgelsens metode og data, herunder udvikling af spørgeskemaet, dataindsamling, svarprocent og repræsentativitet samt analyser af data. En uddybning af metode og data findes i Bilag 1.

1.4.1 Spørgeskema – udvikling, udsendelse og dataindsamling

Undersøgelsen er gennemført som en landsdækkende, webbaseret spørgeskemaundersøgelse. Indledningsvis gennemførte VIVE en foranalyse, der bestod af semistrukturerede interviews med fagchefer med ansvar for botilbudsområdet i fire kommuner. Dernæst udviklede VIVE et spørgeskema på baggrund af indsigter fra foranalysen og viden fra tidligere analyser, som VIVE har foretaget på området.⁸ Spørgeskemaet blev pilottestet af fagchefer i tre kommuner og herefter revideret. Det endelige spørgeskema fremgår af Bilag 2.

Spørgeskemaet blev udsendt til fagchefer i 92 kommuner⁹ i december 2021 og blev hovedsageligt besvaret i januar og februar 2022.¹⁰ I løbet af svarperioden udsendte VIVE to skriftlige påmindelser og foretog en afsluttende mailopfølgning og rundringning til 34 kommuner, der ikke havde svaret. Disse fik tilbud om udsættelse af svarfristen og om at spare tid ved at udfylde en besvarelse i Word-format. 17 skemaer er fremsendt i Word af kommunerne og efterfølgende af VIVE lagt ind i det elektroniske format.

Besvarelsen af det samlede spørgeskema har formentlig i mange kommuner krævet involvering af flere delområder og personer i kommunen, herunder fra fx drift, myndighed og eventuelle speciale- eller målgruppeopdelte områder. Det skal man være opmærksom på, når man læser resultaterne.

1.4.2 Svarprocent og repræsentativitet

I alt besvarede 87 kommuner ud af 92 relevante kommuner spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 95 %. De seks kommuner, for hvem det ikke var relevant at besvare skemaet, har alle aktuelt eller har indtil for nylig haft et forpligtende samarbejde med en anden kommune om botilbudsområdet.¹¹ Det er undersøgt, om de 87 svarkommuner er repræsentative for de 92 relevante kommuner. Der ser ikke ud til at være systematiske skævheder i forhold til fordeling på region, indbyggertal, køb og salg af botilbud eller botilbudsudgifter pr. 18-64-årig. Rapportens analyser og resultater kan dermed siges at repræsentere alle landets relevante kommuner, når man ser på de ovennævnte faktorer. Repræsentativitetsanalysen fremgår af Bilag 1.

⁸ For eksempel Dalsgaard et al. (2012a; 2012b; 2012c; 2019).

⁹ For seks kommuner har det ikke været relevant at besvare spørgeskemaet, da disse kommuner har eller for nylig har haft aftaler om forpligtende samarbejde om botilbudsområdet med andre kommuner. Jævnfør LBK nr. 446 af 08/04/2022 Bekendtgørelse af lov om forpligtende kommunale samarbejder.

¹⁰ På grund af en covid-19-relateret nedlukning i december 2021/ januar 2022 var svarperioden længere end planlagt.

¹¹ Det drejer sig om Læsø, Ærø, Fanø, Langeland, Vallensbæk og Dragør Kommuner. Jævnfør LBK nr. 446 af 08/04/2022 Bekendtgørelse af lov om forpligtende kommunale samarbejder.

1.4.3 Spørgsmålstyper i skemaet

Spørgsmålene i skemaet er en blanding af lukkede spørgsmål med faste svar-kategorier og åbne spørgsmål, hvor svarpersonerne har haft mulighed for at skrive fritekst. Besvarelserne af de lukkede spørgsmål er afrapporteret i beskrivende analyser, især procentvise fordelinger. Desuden er der i relevant omfang foretaget analyser af eventuelle forskelle i kommunernes svar mellem grupper af kommuner, jf. afsnit 1.4.4. Svarene på hvert af de åbne spørgsmål er gennemgået systematisk og inddrages i afrapporteringen, i det omfang de bidrager til at uddybe, nuancere eller begrunde kommunernes besvarelser på de lukkede spørgsmål.

1.4.4 Analyser af forskelle mellem grupper af kommuner

Der er i relevant omfang foretaget analyser af fordelingen af kommunernes svar i forskellige grupper af kommuner, inddelt efter en række baggrundsvARIABLE. Der er indsamlet registerdata om kommunernes størrelse (indbyggertal), deres geografiske beliggenhed (region) og deres købs- og salgsstruktur, jf. Tabel 1.1. I tabellen findes oplysninger om inddelingen af de forskellige baggrundsvARIABLE i analyserne og beskrivelser af begrundelserne for at inddrage variablene.

Det skal bemærkes, at der i undersøgelsen alene er foretaget simple bivariate analyser, dvs. krydstabuleringer, mellem den enkelte baggrundsvARIABLE og kommunens svar. Dermed tager analyserne ikke højde for, at der kan være sammenhænge mellem de forskellige baggrundsvARIABLE. Eksempelvis ved vi fra tidligere analyser, at mindre kommuner bruger en større andel af deres boligtilbudsgiffter på eksterne køb end større kommuner.¹² Endvidere er der ikke tale om, at kommunerne deler sig i en gruppe af "sælgere" og en gruppe af "købere". Mange kommuner *både sælger og køber* relativt meget, ligesom mange kommuner *både sælger og køber* relativt lidt.¹³

¹² Dalsgaard et al. (2022), s. 19-21.

¹³ Af undersøgelsens svarkommuner er det cirka 30 %, der har "høj" købsandel og "høje" salgsindtægter, ligesom det er cirka 30 %, der har "lav" købsandel og "lave" salgsindtægter. Cirka 20 % har "lav" købsandel og "høje" salgsindtægter, mens cirka 20 % har "høj" købsandel og "lave" salgsindtægter.

Tabel 1.1 Baggrundsvariable på kommuneniveau

Variabel	Opgjort som	Begrundelse for at inddrage variabel
Kommune-størrelse	Antal indbyggere, opdelt i to lige store grupper af kommuner i analyserne: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindste: <45.234 indbyggere ▪ Største: >45.565 indbyggere 	Større kommuner har myndighedsansvaret for flere borgere med særlige behov end små kommuner – og derfor har de også andre vilkår for at løse driftsherrepøgen og opfylde forsyningsforpligtelsen.
Geografisk beliggenhed	Region, opdelt i fem grupper i analyserne	Botilbudsområdet koordineres via rammeaftaler mellem kommunerne inden for hver region. Der kan være forskellige overvejelser i de forskellige regioner. Desuden er der ifølge tidligere undersøgelser ¹⁴ forskel på sammensætningen af leverandørstrukturen i forskellige dele af landet.
Købs- og salgsstruktur	Opgøres ved hjælp af kommunale regnskabsdata, opdelt i to lige store grupper af kommuner i analyserne på hvert af parametrene: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Købsandel (andel botilbudsgifter brugt til eksterne køb) <ul style="list-style-type: none"> - Laveste: < 60 % - Højeste: > 60 % ▪ Salgsindtægter (kr. pr. 18-64-årig indbygger) <ul style="list-style-type: none"> - Laveste: < 1.367 kr. - Højeste: > 1.383 kr. 	Kommunernes overvejelser om opfyldelse af forsyningsforpligtelsen kan hænge sammen med, i hvilket omfang kommunen i forvejen sælger og/eller køber botilbudspladser.

1.5 Rapportens opbygning

Ud over denne indledning indeholder rapporten fire analysekapitler med undersøgelsens resultater.

Kapitel 2 og 3 tager udgangspunkt i et myndighedsperspektiv på kommunerne. Kapitel 2 omhandler kommunernes oplevelse af og forventninger til efterspørgslen efter botilbudspladser fra kommunens egne borgere, dvs. de borgere, som kommunen har myndighedsansvaret for. I forlængelse heraf handler Kapitel 3 om kommunernes opfyldelse af den generelle forsyningsforpligtelse for tilbud til egne borgere.

Kapitel 4 tager udgangspunkt i et driftsherreperspektiv og drejer sig om kommunernes drift af egne botilbud og salg af pladser til andre kommuner i de botilbud, som kommunen selv driver.

¹⁴ Se for eksempel Dalsgaard et al. (2012b).

Endelig handler Kapitel 5 om "højt specialiserede botilbud". Kapitlet ser på tværs af myndigheds- og driftsherreperspektivet og har fokus på overvejelser om kommunens brug og drift, køb og salg af højt specialiserede botilbud.

I Bilag 1 uddybes undersøgelsens datagrundlag og metode. I Bilag 2 findes spørgeskemaet.

2 Efterspørgsel fra egne borgere

Dette kapitel handler om kommunernes oplevelse af og forventninger til efterspørgslen efter botilbudspladser fra kommunens egne borgere, dvs. de borgere, som kommunen har myndighedsansvaret for.

Afsnit 2.1 ser først på kommunernes *generelle* forventning i de næste fem år til udviklingen i antallet af borgere med behov for et botilbud i kommunen. Dernæst afdækkes det, hvilken udvikling kommunerne har oplevet de seneste tre år og forventer i de kommende tre år i efterspørgslen fra fem *specifikke* målgrupper.¹⁵ Endelig er det afdækket, om der er målgrupper, som kommunerne har haft svært ved at finde pladser til aktuelt og i de senere år, og om der er målgrupper, som de forventer at få svært ved at finde pladser til i de kommende år. Afsnit 2.2 afdækker, hvordan den enkelte kommune bidrager til at skabe overblik på tværs af kommuner over ledig kapacitet og overefterspørgsel, dvs. hvor der er ledige pladser, og hvor der mangler pladser.

Hovedkonklusionerne i Kapitel 2 fremgår af Boks 2.1.

¹⁵ Der er forskel i tidsperspektiverne, fordi der er forskel på bredden i spørgsmålene: I relation til forventninger til efterspørgslen inden for *specifikke* målgrupper ville vi ikke bede respondenterne om at huske længere tilbage end tre år eller svare længere frem i tiden end tre år. I relation til forventninger til den samlede efterspørgsel mere bredt vurderes kommunerne bedre at kunne svare i et lidt længere tidsperspektiv.

Boks 2.1 Hovedkonklusioner – efterspørgsel fra egne borgere

Forventet efterspørgsel de næste fem år – samlet set

To ud af tre kommuner forventer, at de i de næste fem år samlet set vil få flere egne borgere med behov for et botilbud. Hver fjerde kommune forventer uændret efterspørgsel, mens kun hver tolvte forventer faldende efterspørgsel fra egne borgere.

Oplevet efterspørgsel de seneste tre år – fem specifikke målgrupper

Der har i de seneste tre år været stigende efterspørgsel især efter botilbudspladser til borgere med autisme (næsten alle kommuner) og pladser inden for socialpsykiatrien (to ud af tre kommuner). Hver tredje kommune har haft stigende efterspørgsel efter pladser inden for hjerneskadeområdet. Omvendt har hver fjerde kommune haft faldende efterspørgsel efter pladser til borgere med udviklingshæmning, og hver femte kommune har haft faldende efterspørgsel efter pladser til borgere med fysisk funktionsnedsættelse.

Der er geografiske forskelle på den oplevede efterspørgsel efter botilbudspladser til især personer med hjerneskade hhv. udviklingshæmning. Flere af kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark har oplevet stigende efterspørgsel fra borgere med en hjerneskade, mens færre af de midtjyske kommuner har oplevet faldende efterspørgsel fra borgere med udviklingshæmning end kommunerne i de øvrige regioner.

Forventet efterspørgsel de næste tre år – fem specifikke målgrupper

Generelt forventer kommunerne i de næste tre år en udvikling i efterspørgslen, der ligner udviklingen i de seneste tre år. Der forventes således stigende efterspørgsel efter botilbudspladser til især borgere med autisme samt inden for socialpsykiatrien og hjerneskadeområdet. Samtidig forventes faldende efterspørgsel efter pladser til borgere med udviklingshæmning og borgere med fysisk funktionsnedsættelse.

Også her er der geografiske forskelle. Knap halvdelen af kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark forventer stigende efterspørgsel inden for hjerneskadeområdet, mens det samme kun gælder hver tiende kommune i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Omtrent hver anden kommune i Region Nordjylland og Region Sjælland forventer faldende efterspørgsel efter pladser til borgere med udviklingshæmning, mens det i Region Midtjylland kun er omtrent hver tiende.

Målgrupper, som det er svært at finde pladser til

Langt størstedelen af kommunerne svarer ja til, at der er borgere inden for mere specifikke målgrupper, som kommunen har haft svært ved at finde egnede pladser til i de seneste tre år, og som de forventer at få svært ved at finde pladser til i de

næste tre år. Det er ikke undersøgt, hvor mange borgere det drejer sig om i den enkelte kommune. Det er i stort omfang de samme specifikke målgrupper, som man har haft, og som man forventer at få svært ved at finde pladser til. Flest kommuner nævner målgrupperne 'borgere med flere diagnoser'¹⁶, 'borgere med udadreagerende og/eller grænseoverskridende adfærd' samt 'borgere med autisme'.

Overblik over manglende og ledige pladser på tværs af kommuner

Den enkelte kommune kan bidrage på forskellige måder til at skabe overblik på tværs af kommuner over, hvilke målgrupper der mangler pladser til, og hvor der er ledige botilbudspladser. Rameaftalesamarbejdet på regionalt niveau og netværk med andre kommuner er de fora, hvori kommunerne oftest oplyser om, at de mangler botilbudspladser, samt at de har eller forventer at få ledige pladser. Ledige pladser meldes også af mange kommuner ind i Tilbudsportalen. Kommunerne oplyser sjældnest om, at de mangler eller har ledige pladser, til "Forum for national koordination" i KL-regi og til NATKO. Det virker naturligt, da formålet med de to organer er at koordinere på det *allermest specialiserede* område, mens kommunernes besvarelser dækker hele botilbudsområdet.

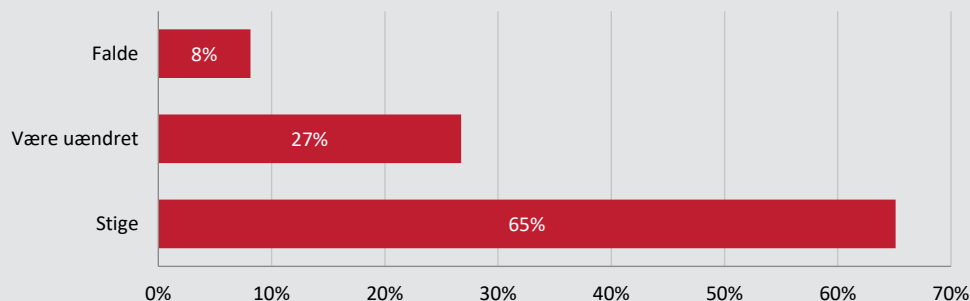
2.1 Efterspørgsel fra egne borgere

2.1.1 Generel forventning til efterspørgsel

Figur 2.1 viser kommunernes generelle forventning til udviklingen i antallet af egne borgere med behov for et botilbud i de næste fem år. Det fremgår, at 65 % af kommunerne forventer stigende efterspørgsel, mens 27 % forventer uændret efterspørgsel og kun 8 % forventer faldende efterspørgsel. To ud af tre kommuner forventer altså, at de i de næste fem år generelt vil få et stigende antal egne borgere med behov for et botilbud.

¹⁶ Kategorien 'borgere med flere diagnoser' omfatter både borgere med dobbeltdiagnose og borgere, hvor der er flere diagnoser tilstede samtidig, fx ADHD og adfærdsforstyrrelser (komorbiditet). Denne fremgangsmåde er valgt, da det for nogle af kommunernes målgruppebeskrivelser har været vanskeligt for VIVE at vurdere, om der er tale om borgere med dobbeltdiagnose eller borgere med komorbiditet.

Figur 2.1 Forventer I samlet set, at antallet af borgere med behov for et botilbud vil stige, falde eller være uændret over de næste fem år?



Anm.: N = 86. Spørgsmål 1.1 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Kommunerne har i spørgeskemaet haft mulighed for at uddybe eller kommentere deres besvarelse i fri tekst. Det har 40 kommuner benyttet sig af, hvoraf fem forventer faldende efterspørgsel, otte forventer uændret efterspørgsel, og 27 forventer stigende efterspørgsel.

Tre kommuner, der forventer *faldende efterspørgsel*, har blandt andet begrundet dette med et fokus på øget brug af socialpædagogisk støtte i eget hjem som alternativ til botilbud. En kommune har oplyst, at forventningen om faldende efterspørgsel hænger sammen med et fald i ansøgninger om botilbudsplads, mens en anden kommune peger på et fokus på at nedbringe antallet af borgere i § 107-tilbud og opholdenes længde samt en forventning om fald i antallet af unge med behov for botilbud ved det fyldte 18. år.

Tre af de kommuner, der forventer *uændret efterspørgsel*, har pointeret, at man forventer stigende efterspørgsel inden for nogle målgrupper (fx borgere med autisme) og faldende inden for andre (fx borgere med udviklingshæmning), men altså samlet set uændret efterspørgsel i antallet af borgere med behov for botilbud. Tre kommuner har endvidere oplyst, at stadig flere borgere modtager støtte i eget hjem som alternativ til botilbud, mens to kommuner har peget på, at man trods uændret efterspørgsel forventer, at borgere i botilbud generelt vil have mere sammensatte og komplekse problemstillinger og behov end tidligere.

Blandt de 27 kommuner, der forventer *stigende efterspørgsel* og har uddybet deres besvarelse, er der forskellige begrundelser. Nogle af de hyppigst forekommende omfatter:

- Forventning om stigning i antallet af borgere med autisme (syv kommuner)
- Forventning om stigning i antallet af borgere med diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder (syv kommuner)
- Forventning om stigning i antallet af borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger, fx borgere med dobbeltdiagnoser (fem kommuner)
- Forventning om stigning i efterspørgslen efter socialpsykiatriske botilbud, blandt andet som følge af udviklingen i snitfladen mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri (fire kommuner)
- Forventning om stigning i antallet af yngre borgere (18-30 år) med komplekse problemstillinger, herunder fx autisme (fire kommuner)
- Uændret tilgang, men fald i afgang af borgere med behov for botilbud, blandt andet som følge af en stigning i levealderen for personer med handicap (fire kommuner)
- Forventning om tilgang af borgere med sociale problemer samt komplekse og omfattende plejebestanden, fx hjemløse med behov for botilbudsplads og ældre, som ikke kan rummes i almindelige tilbud på ældreområdet (fire kommuner)
- Forventning om øget tilgang af borgere med behov for botilbud til voksenområdet fra børn og unge-området (to kommuner).

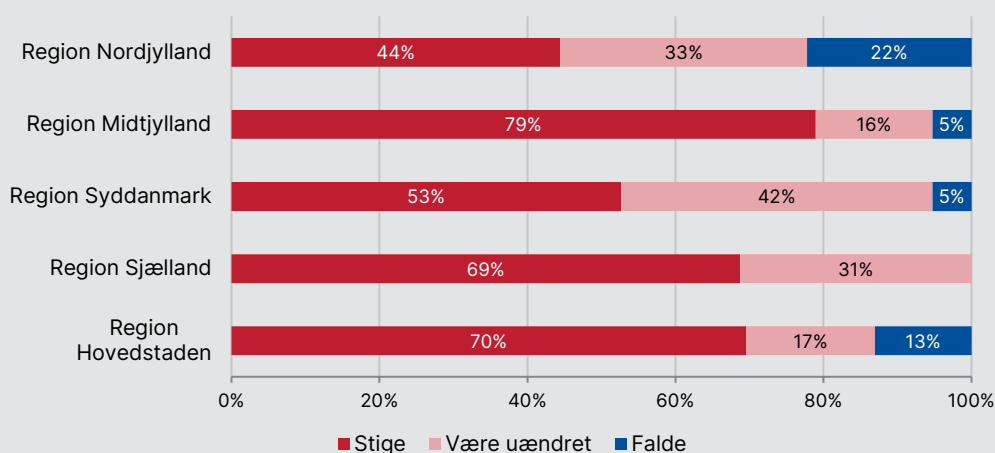
Kategoriseringen af målgrupperne omtalt i det ovenstående er foretaget af VIVE ud fra et skøn, på baggrund af kommunernes målgruppebeskrivelser og med afsæt i diagnosegrupperne i Socialpolitisk Redegørelse.¹⁷ Der henvises til Bilag 2 for en nærmere beskrivelse af VIVEs fremgangsmåde i forhold til kategoriseringen af målgruppebeskrivelserne. Man skal være opmærksom på, at kategorierne ikke nødvendigvis er udtømmende for de problemstillinger, som borgerne i kategorien har. Eksempelvis har mange kommuner oplyst, at borgere med udviklingshæmning eller autisme typisk har andre vanskeligheder i kombination med deres handicap, herunder fx udadreagerende adfærd.

Det overordnede billede fra Figur 2.1 er det samme, når man opdeler svarene geografisk. Dog er der også visse variationer mellem kommuner beliggende i forskellige dele af landet. Figur 2.2 viser, hvordan kommunernes forventninger til efterspørgslen efter botilbud fra deres egne borgere fordeler sig, når man deler kommunerne op efter deres beliggenhedsregion. Det ses, at der blandt kommunerne i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden er en større andel, der forventer stigende efterspørgsel end blandt kommunerne i

¹⁷ Ældre- og Socialministeriet (2021).

Region Syddanmark og Region Nordjylland. Ingen af de 16 svarkommuner i Region Sjælland forventer faldende efterspørgsel, mens det er to af de ni svarkommuner i Region Nordjylland (svarende til 22 %) og tre af de 23 svarkommuner i Region Hovedstaden (svarende til 13 %).

Figur 2.2 Fordelt på kommunens beliggenhedsregion: Forventer I samlet set, at antallet af borgere med behov for et botilbud vil stige, falde eller være uændret over de næste 5 år



Anm.: N = 86. Antal kommuner, der har svaret i de enkelte regioner: Nordjylland: n = 9, Midtjylland: n = 19, Syddanmark: n = 19, Sjælland: n = 16, Hovedstaden: n = 23. Spørgsmål 1.1 i spørgeskemaet, Bilag 2.

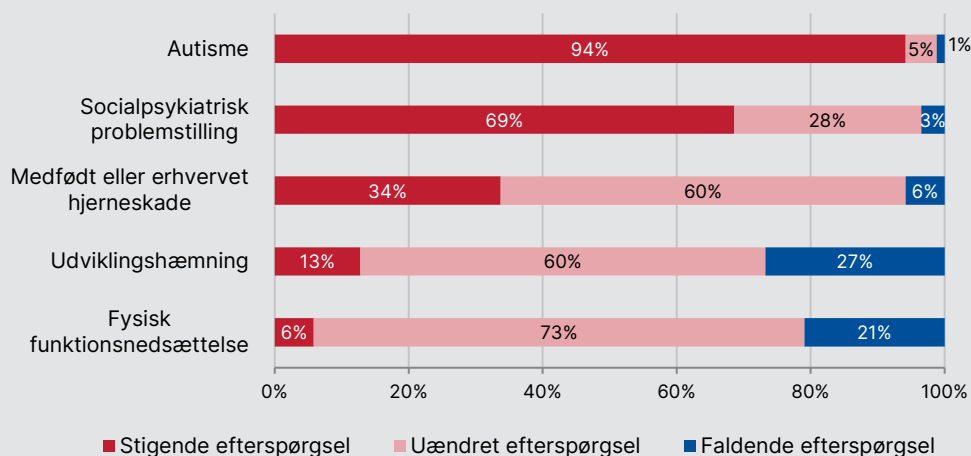
2.1.2 Hvilke målgrupper er der efterspørgsel fra?

Der er som nævnt mange forskellige målgrupper for botilbud inden for det specialiserede voksenområde. De kommuner, som VIVE talte med i udviklingsfasen for spørgeskemaet, pegede på, at der kan være stor forskel på efterspørgslen, alt efter hvilken målgruppe det drejer sig om. Hvor nogle målgrupper bliver mindre, er der andre målgrupper, der vokser. Derfor er kommunerne i spørgeskemaet blevet bedt om at vurdere efterspørgslen fordelt på fem målgrupper på voksenområdet. Det drejer sig om borgere med udviklingshæmning, fysisk funktionsnedsættelse, socialpsykiatrisk problemstilling, autisme samt medfødt eller erhvervet hjerneskade. Disse fem målgrupper er valgt, fordi de til sammen fylder meget på botilbudsområdet og dermed dækker en stor del af området.¹⁸

¹⁸ Jævnfør viden fra interviewene med kommunale socialchefer i udviklingsfasen for spørgeskemaet.

Figur 2.3 viser, hvordan kommunerne har oplevet efterspørgslen fra deres egne borgere i de seneste tre år, fordelt på de fem målgrupper. Det ses, at langt de fleste kommuner, 94 %, har oplevet stigende efterspørgsel efter botilbudsplasser fra borgere med autisme. 69 % af kommunerne har oplevet stigende efterspørgsel fra borgere med en socialpsykiatrisk problemstilling, mens 34 % har oplevet stigende efterspørgsel fra borgere med en hjerneskade. Færre kommuner har oplevet stigende efterspørgsel fra borgere med udviklingshæmning (13 %) og fysisk funktionsnedsættelse (6 %). Tilsvarende har flere kommuner for de to sidstnævnte målgrupper oplevet faldende efterspørgsel. 27 % af kommunerne har oplevet faldende efterspørgsel efter botilbudsplasser til borgere med udviklingshæmning, mens det for borgere med fysisk funktionsnedsættelse er 21 % af kommunerne.

Figur 2.3 Hvilken udvikling har I oplevet i efterspørgslen efter botilbudsplasser i de seneste tre år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.



Anm.: N = 86. Spørgsmål 1.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Samlet set tegner der sig således et billede af, at der de seneste tre år har været stigende efterspørgsel især efter botilbudsplasser til borgere med autisme (næsten alle kommuner) og pladser inden for socialpsykiatrien (to ud af tre kommuner). Hver tredje kommune har haft stigende efterspørgsel efter pladser inden for hjerneskadeområdet. Samtidig har der i hver fjerde kommune været faldende efterspørgsel efter botilbudsplasser til borgere med udviklingshæmning og i hver femte kommune faldende efterspørgsel efter pladser til personer med fysisk funktionsnedsættelse.

Kommunerne har haft mulighed for at beskrive, hvilke øvrige målgrupper man eventuelt har oplevet ændret efterspørgsel fra, eller uddybe deres svar. Det har 23 kommuner valgt at gøre. Ud fra kommentarerne ses det, at kommunerne i særlig grad har oplevet stigende efterspørgsel efter pladser fra målgruppen af borgere med sindslidelse (syv kommuner), borgere med flere diagnoser (seks kommuner) og domfældte borgere, ofte med udviklingshæmning (fem kommuner). Fire kommuner peger på, at man har oplevet stigende efterspørgsel fra borgere med sociale problemer, der har omfattende og komplekse somatiske udfordringer, som ikke kan varetages i ordinære pleje-/ældretilbud. Tre kommuner har skrevet, at de har oplevet en stigning i efterspørgslen efter pladser fra borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger uden at beskrive målgruppen mere konkret.

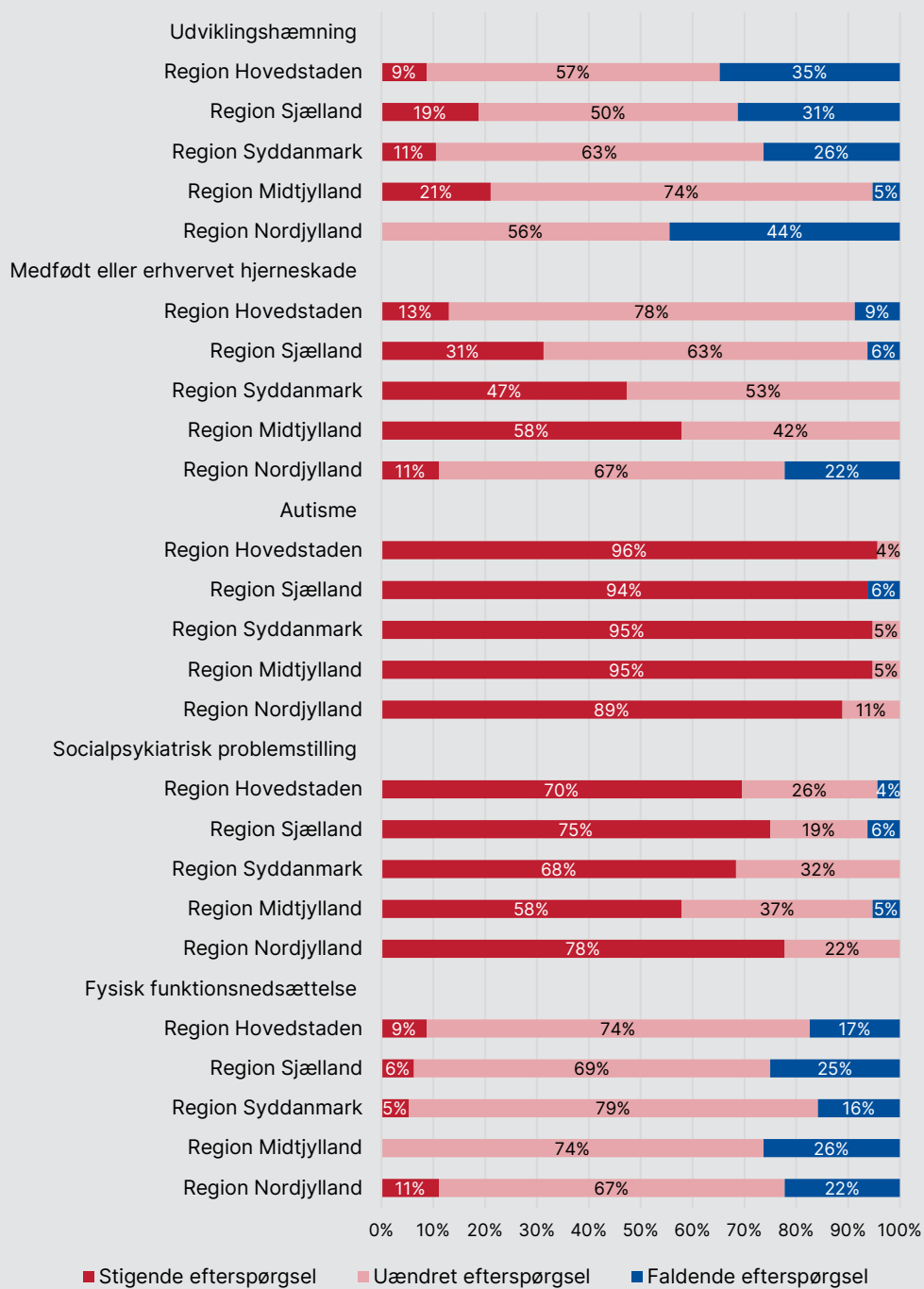
En enkelt kommune har oplyst, at man har oplevet faldende efterspørgsel fra borgere med erhvervet hjerneskade, hvilket kommunen tilskriver en mere effektiv indsats i borgernes eget hjem, herunder rehabilitering. To kommuner har oplevet et fald i efterspørgslen efter pladser til borgere med udviklingshæmning, hvilket ifølge en af kommunerne skyldes, at kommunen er blevet bedre til at imødekomme borgernes behov med en helhedsorienteret plan i eget hjem. To kommuner har præciseret, at deres svar om stigning i efterspørgslen efter botilbudspladser til borgere med medfødt eller erhvervet hjerneskade udelukkende angår borgere med erhvervet hjerneskade.

Da samarbejdet om kapacitetsudvikling i relation til efterspørgsel blandt andet finder sted i regi af de sociale rammeaftaler mellem kommunerne inden for den enkelte region, er det relevant at undersøge, om der er forskel i det oplevede efterspørgselsmønster blandt kommunerne i de forskellige regioner. Figur 2.4 viser et billede af dette.

Det ses, at der for nogle målgrupper er større variation mellem kommunerne i forskellige regioner end for andre målgrupper. Oplevelsen af en stigende efterspørgsel efter pladser til borgere med især autisme, men også socialpsykiatrisk problemstilling, går igen på tværs af kommuner i alle fem regioner. Det samme er tilfældet for oplevelsen af en faldende eller uændret efterspørgsel efter pladser til borgere med fysisk funktionsnedsættelse.

Større forskel er der på den oplevede efterspørgsel efter botilbudspladser inden for hjerneskadeområdet, hvor der blandt kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark er 58 % hhv. 47 %, der har oplevet stigende efterspørgsel. Det samme er kun tilfældet for 13 % hhv. 11 % af kommunerne i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Også hvis man ser på botilbudspladser til personer med udviklingshæmning er der geografisk forskel inden for den generelle oplevelse af faldende efterspørgsel. Kun 5 % af de midtjyske kommuner har oplevet faldende efterspørgsel fra denne målgruppe, mens det samme er tilfældet for mellem 26 % og 44 % af kommunerne i de øvrige regioner.

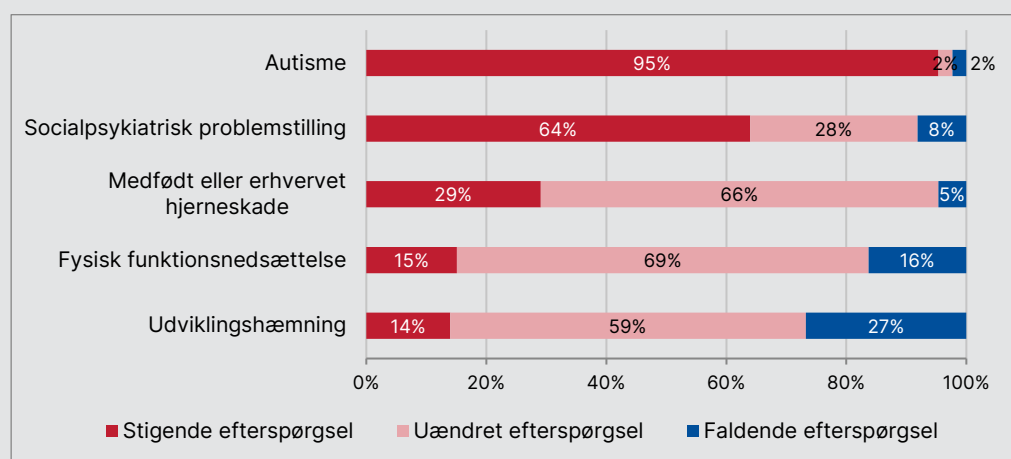
Figur 2.4 Fordelt efter beliggenhedsregion: Hvilken udvikling har I oplevet i efterspørgslen efter botilbudsplasser i de seneste tre år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.



Anm.: N = 86. Spørgsmål 1.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Figur 2.5 viser, hvilken udvikling kommunerne *forventer* i efterspørgslen efter botilbudspadser fra deres egne borgere i de næste tre år, fordelt på de fem målgrupper. Det ses, at langt de fleste kommuner, 95 %, forventer stigende efterspørgsel efter botilbudspadser fra borgere med autisme. 64 % af kommunerne forventer stigende efterspørgsel fra borgere med en socialpsykiatrisk problemstilling, mens 29 % forventer stigende efterspørgsel fra borgere med en hjerneskade. Færre kommuner forventer stigende efterspørgsel fra borgere med fysisk funktionsnedsættelse (15 %) og borgere med udviklingshæmning (14 %). Tilsvarende forventer flere kommuner for de to sidstnævnte målgrupper faldende efterspørgsel. 27 % af kommunerne forventer faldende efterspørgsel efter botilbudspadser til mennesker med udviklingshæmning, mens det for personer med fysisk funktionsnedsættelse gælder 16 % af kommunerne.

Figur 2.5 Hvilken udvikling forventer I i efterspørgslen efter botilbudspadser i de kommende tre år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere



Anm.: N = 86. Spørgsmål 1.3 i spørgeskemaet, Bilag 2.

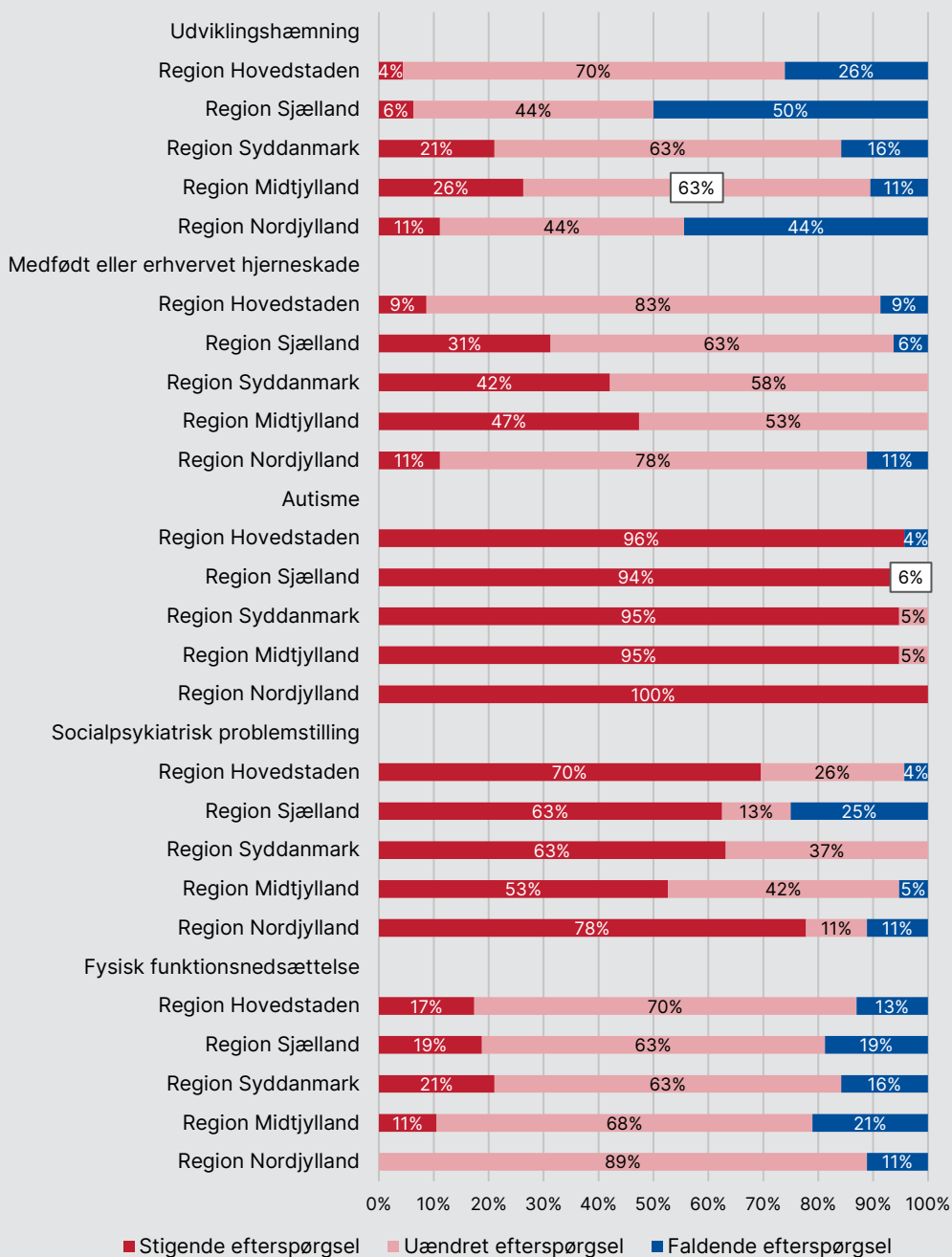
Samlet set tegner der sig således et billede af, at kommunerne i de kommende tre år forventer en udvikling i efterspørgslen, der ligner den udvikling, som man har oplevet i de seneste tre år. Der forventes således stigende efterspørgsel især efter botilbudspadser til borgere med autisme (næsten alle kommuner) og pladser inden for socialpsykiatrien (to ud af tre kommuner). Knap hver tredje kommune forventer stigende efterspørgsel efter pladser inden for hjerneskadeområdet. Samtidig forventer hver fjerde kommune faldende efterspørgsel efter botilbudspadser til borgere med udviklingshæmning

og omtrent hver sjette kommune forventer faldende efterspørgsel efter pladser til personer med fysisk funktionsnedsættelse.

Også her har kommunerne haft mulighed for at beskrive, hvilke øvrige målgrupper de eventuelt forventer ændret efterspørgsel fra, eller komme med uddybende kommentarer til deres svar. 13 kommuner har benyttet sig af denne mulighed. De hyppigst forekommende kommentarer er, at man forventer en stigende efterspørgsel efter pladser til borgere med flere diagnoser eller multiple udfordringer (seks kommuner), socialt udsatte borgere (tre kommuner), samt domfældte borgere med udviklingshæmning (to kommuner). Omvendt forventer en enkelt kommune faldende efterspørgsel efter pladser til unge med udviklingshæmning, som forventes at overgå til voksenområdet fra børn og unge-området. Tre kommuner har pointeret, at de enten arbejder for eller forventer at tilbyde alternative indsatser til botilbud til visse borgere, herunder støtte i eget hjem eller korte afklaringsforløb. Se også afsnit 3.2.

Da samarbejdet om kapacitetsudvikling i relation til efterspørgsel blandt andet finder sted i regi af de sociale rammeaftaler mellem kommunerne inden for den enkelte region, er det relevant at undersøge, om der er forskel i det forventede efterspørgselsmønster blandt kommunerne i de forskellige regioner. Figur 2.6 viser et billede af dette. Der er stort set det samme mønster i kommunernes forventninger til efterspørgslen i de kommende tre år, som i deres oplevelser i de seneste tre år. Forventningen om en stigende efterspørgsel efter pladser til borgere med især autisme, men også socialpsykiatrisk problemstilling, går igen på tværs af kommuner i alle fem regioner. Det samme er tilfældet for forventningen om en faldende eller uændret efterspørgsel efter pladser til borgere med fysisk funktionsnedsættelse. Større forskel er der på den forventede efterspørgsel efter botilbudspladser inden for hjerneskeadeområdet, hvor der blandt kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark er 47 % hhv. 42 %, der forventer stigende efterspørgsel. Det samme er kun tilfældet for 9 % hhv. 11 % af kommunerne i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Også hvis man ser på botilbudspladser til personer med udviklingshæmning er der forskel inden for den generelle forventning om faldende eller uændret efterspørgsel. Kun 11 % af de midtjyske kommuner forventer faldende efterspørgsel fra denne målgruppe, mens det samme er tilfældet for 44 % hhv. 50 % af kommunerne i Region Nordjylland hhv. Region Sjælland.

Figur 2.6 Fordelt efter beliggenhedsregion: Hvilken udvikling forventer I i efterspørgslen efter botilbudspladser i de kommende tre år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.



Anm.: N = 86. Spørgsmål 1.3 i spørgeskemaet, Bilag 2.

2.1.3 Målgrupper, som det er svært at finde pladser til

De potentielle modtagere af botilbud kan have mange forskellige og specialiserede behov, dvs. der er både bredere og mere snævre målgrupper inden for modtagergruppen. Desuden er der hele tiden udvikling i borgernes behov og problemstillinger, så der opstår nye målgrupper og nye kombinationer af problematikker og behov. Derfor kan kommunerne opleve, at de har borgere inden for specifikke målgrupper, som de kan have svært ved at finde egnede pladser til. Spørgeskemaet har søgt at afdække, i hvor mange kommuner det er tilfældet, og hvilke specifikke målgrupper der er tale om.

Tabel 2.1 viser fordelingen af kommunernes svar på de tre spørgsmål om, hvorvidt der er borgere inden for mere specifikke målgrupper, som kommunen hhv. har haft svært ved at finde egnede pladser til i de seneste tre år, aktuelt har svært ved at finde egnede pladser til og forventer at få svært ved at finde pladser til i de næste tre år. Det fremgår, at langt størstedelen af kommunerne svarer ja til alle tre spørgsmål. Dog er der lidt færre kommuner, der aktuelt har borgere, de har svært ved at finde egnede pladser til (79 %), end der er kommuner, der har haft eller forventer at få borgere, til hvem det er svært ved at finde egnede pladser (91-92 %). Det skal bemærkes, at denne svarfordeling ikke siger noget om, *hvor mange* pladser eller borgere, der er tale om generelt eller i den enkelte kommune.

Tabel 2.1 Svarfordeling for spørgsmål om, hvorvidt der er borgere inden for specifikke målgrupper, som kommunen har haft / har / forventer at få svært ved at finde egnede pladser til i de seneste tre år / aktuelt / i de kommende tre år. Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

Er der borgere inden for specifikke målgrupper, som...	Ja	Nej
... I har haft svært ved at finde egnede pladser til inden for de seneste 3 år?	92%	8%
... I aktuelt har svært ved at finde egnede pladser til?	79%	21%
... I forventer at få svært ved at finde egnede pladser til i de kommende 3 år?	91%	9%

Anm.: N = 87. Spørgsmål 1.4, 1.5 og 1.6 i spørgeskema, Bilag 2.

Der er visse variationer mellem kommunerne i de fem regioner, jf. Tabel 2.2. Eksempelvis ses det, at der i 95-100 % af kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark har været borgere, som man har haft svært ved at finde egnede pladser til inden for de seneste tre år. I Region Midtjylland er det tal 84 %. Lidt større forskelle ses i relation til, om der er borgere, som kommunen

aktuelt har svært ved at finde egnede pladser til. Det svarer 88-89 % af kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark 'ja' til, mens det samme kun gælder 67-70 % af kommunerne i Region Nordjylland og Region Hovedstaden. Der er mindre forskelle på, om man i de kommende tre år forventer at få borgere, som det er svært at finde en egnet plads til. 95-100 % af kommunerne i Region Syddanmark og Region Nordjylland forventer dette, mens det samme gælder 87-89 % af kommunerne i de tre øvrige regioner. Alt i alt ser det ud til, at især kommunerne i Region Syddanmark både har haft, har og forventer at få borgere, som de har svært ved at finde en egnet plads til. Igen skal det bemærkes, at disse svarfordelinger ikke siger noget om, *hvor mange* pladser eller borgere, der er tale om generelt eller i den enkelte kommune.

Tabel 2.2 Fordelt efter beliggenhedsregion: Svarfordeling for spørgsmål om, hvorvidt der er borgere inden for specifikke målgrupper, som kommunen har haft / har / forventer at få svært ved at finde egnede pladser til i de seneste tre år / aktuelt / i de kommende tre år. Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

Er der borgere inden for specifikke målgrupper, som...	... I har haft svært ved at finde egnede pladser til inden for de seneste 3 år?		... I aktuelt har svært ved at finde egnede pladser til?		... I forventer at få svært ved at finde egnede pladser til i de kommende 3 år?	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Region Hovedstaden	91%	9%	70%	30%	87%	13%
Region Sjælland	100%	0%	88%	12%	88%	12%
Region Syddanmark	95%	5%	89%	11%	95%	5%
Region Midtjylland	84%	16%	79%	21%	89%	11%
Region Nordjylland	89%	11%	67%	33%	100%	0%
I alt	92%	8%	79%	21%	91%	9%

Anm.: N = 87. Spørgsmål 1.4, 1.5 og 1.6 i spørgeskema, Bilag 2.

Kommunerne er i spørgeskemaet blevet bedt om at beskrive, hvilken eller hvilke specifikke målgrupper de har haft, har eller forventer at få svært ved at finde pladser til. Samlet set tegner der sig et billede af, at det i stort omfang er de samme specifikke målgrupper, som man har haft svært ved at finde pladser til i de seneste tre år, og som man forventer at få svært ved at finde plads til i de næste tre år. I Tabel 2.3 er målgrupperne søgt kategoriseret og sorteret efter, hvilke der er nævnt af flest kommuner, når man ser på tværs af de seneste tre år og de kommende tre år.

Kategoriseringen af målgrupperne i Tabel 2.3 er foretaget af VIVE på baggrund af kommunernes målgruppebeskrivelser. Se Bilag 2 for en uddybende beskrivelse af VIVEs fremgangsmåde i forhold til kategoriseringen. Som nævnt tidligere er kategorierne ikke nødvendigvis udtømmende for de problemstillinger, som borgerne i kategorien har.

Tabel 2.3 Hvis der er borgere inden for specifikke målgrupper, som kommunen har haft (seneste tre år) eller forventer at få (kommende tre år) svært ved at finde egnede pladser til: "Beskriv borgerens problematikker her i generelle termer".

Antal kommuner*, der har nævnt målgruppen	Målgruppe**
22-38 kommuner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Borgere med flere diagnoser*** ▪ Borgere med udadreagerende og/eller grænseoverskridende adfærd ▪ Borgere med autisme
8-17 kommuner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Borgere med udviklingshæmning ▪ Borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger**** ▪ Borgere med psykiatrisk diagnose (uspecificeret) ▪ Domfældte borgere (typisk med udviklingshæmning) ▪ Borgere med erhvervet hjerneskade
1-8 kommuner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Borgere med spiseforstyrrelse ▪ Pleje-/støttekrævende borgere evt. med psykiatriske problemstillinger/sindslidelser og/eller sociale problemer ▪ Borgere med selvskadende adfærd ▪ Udsatte borgere

Anm.: * N = 79-80. Spørgsmålet er besvaret af de kommuner, der har svaret ja til, at der er borgere inden for specifikke målgrupper, man har haft (seneste tre år), eller forventer at få (kommende tre år) svært ved at finde egnede pladser til i kommunerne.
 ** Kategoriseringen af målgrupperne er foretaget af VIVE på baggrund af kommunernes målgruppebeskrivelser i spørgeskemaets fritekstbesvarelser.
 *** Kategorien omfatter både borgere med dobbeltdiagnose og borgere, hvor der er flere diagnoser til stede samtidig (komorbiditet).
 **** Da der ikke i kommunernes kommentarer har været yderligere beskrivelse eller eksemplificering, har det ikke været muligt for VIVE at kategorisere denne målgruppebeskrivelse yderligere.

Det ses af Tabel 2.3, at flest kommuner nævner målgrupperne borgere med flere diagnoser¹⁹, borgere med udadreagerende og/eller grænseoverskridende adfærd samt borgere med autisme. Det gælder både for egne borgere, som man *har haft* og som man *forventer at få* svært ved at finde egnede pladser til. En del kommuner nævner også borgere med udviklingshæmning, borgere med

¹⁹ Kategorien "borgere med flere diagnoser" omfatter både borgere med dobbeltdiagnose og borgere, hvor der er flere diagnoser tilstede samtidig, fx ADHD og adfærdsforstyrrelser (komorbiditet). Denne fremgangsmåde er valgt, da det for nogle af kommunernes målgruppebeskrivelser har været vanskeligt for VIVE at vurdere, om der er tale om borgere med dobbeltdiagnose eller borgere med komorbiditet.

sammensatte og komplekse problemstillinger, borgere med psykiatrisk diagnose, domfældte borgere typisk med udviklingshæmning og borgere med erhvervet hjerneskade.

2.2 Overblik over kapacitet og efterspørgsel på tværs af kommuner

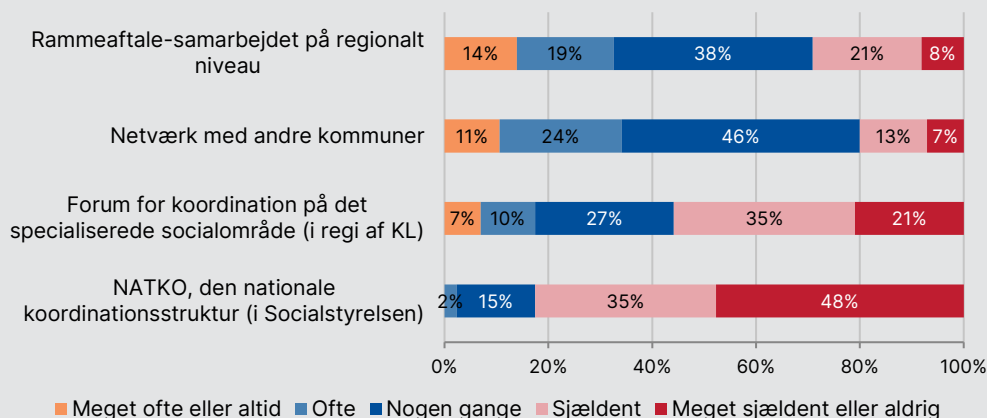
Der findes forskellige mekanismer eller fora til at skabe overblik på tværs af kommuner over tilbudskapaciteten i relation til efterspørgslen efter botilbudspadser. Det vil sige overblik over, hvor i landet og til hvilke målgrupper der mangler botilbudspadser, samt hvor og til hvilke målgrupper der er ledige pladser, når man ser på tværs af kommuner. Det primære formelle organ til at holde dette overblik er rammeaftalesamarbejdet mellem kommunerne og regionen inden for hver region. Endvidere har man forskellige – mindre formaliserede – netværk, som kommunerne indgår i med andre kommuner. På nationalt niveau har man i regi af KL nedsat et kommunalt koordinationsforum (Forum for koordination på det specialiserede social- og specialundervisningsområde), som bl.a. har til opgave at koordinere de lands- og landsdelsdækkende tilbud og de sikrede institutioner. Derudover har man i regi af Socialstyrelsen etableret NATKO (Den nationale koordinationsstruktur), som har ansvaret for, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud til borgere på det mest specialiserede socialområde.²⁰

Kommunerne er i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på, hvor ofte de i de fire ovennævnte sammenhænge oplyser om, at de *mangler botilbudspadser*. Figur 2.7 viser fordelingen af kommunernes svar. Det ses, at kommunerne oftest oplyser, at de mangler pladser, til rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau eller i netværk med andre kommuner. 14 % hhv. 11 % af kommunerne angiver, at de 'meget ofte eller altid' oplyser det i disse to sammenhænge, mens andelen er 33 % hhv. 35 %, hvis man inkluderer kommuner, der har svaret, at de 'ofte' gør det.

Omvendt oplyser kommunerne sjældnest om, at de mangler pladser, til de to nationale instanser, Forum for national koordination og NATKO. 21 % hhv. 48 % angiver, at de 'meget sjældent eller aldrig' oplyser det i disse to sammenhænge, mens de samlede andele er 56 % hhv. 83 %, hvis man inkluderer kommuner, der har svaret, at de 'sjældent' gør det. Dette virker naturligt, set i lyset af, at formålet med de to nationale koordinationsorganer er at koordinere på det allermest specialiserede område, mens kommunernes besvarelser dækker hele botilbudsområdet.

²⁰ Dalsgaard et al. (2021), s. 95.

Figur 2.7 Hvor ofte oplyser I i nedenstående sammenhænge om, at I mangler pladser, for at bidrage til at skabe overblik over, hvilke målgrupper der mangler pladser til, på tværs af kommuner?



Anm.: N=85-86. Spørgsmål 1.7 i spørgeskemaet, Bilag 2.

18 kommuner har suppleret deres svar med uddybende kommentarer. Her har tre kommuner peget på, at mangel på pladser drøftes med regionen (fx på årlige samarbejds møder) eller i samarbejds-konstellationer, hvor både kommuner og regionen er repræsenteret (fx i regi af sundhedsaftalerne). Tre andre kommuner har skrevet, at de oplyser om mangel på pladser i øvrige sammenhænge, herunder fx på netværksmøder i KL-regi, i chefnetværk på tværs af kommuner i regionen samt i regi af Socialchefforeningen. To kommuner har oplyst, at man forsøger at udvikle egne tilbud, blandt andet for at imødekomme borgerens ønske om et lokalt tilbud. To kommuner har oplyst, at svarpersonen ikke er bekendt med NATKO og/eller Forum for koordination på det specialiserede socialområde.

Det er relevant at undersøge, om der er forskel blandt kommunerne i de fem regioner på, hvor ofte man oplyser rammeaftalesamarbejdet om, at der mangler pladser. Tabel 2.4 viser fordelingen af svar efter kommunernes regionale beliggenhed. Det fremgår, at flest af kommunerne, 21-25 %, i Region Sjælland og Region Syddanmark 'meget ofte eller altid' oplyser rammeaftalesamarbejdet om, at de mangler pladser, mens andelen er lavere, 4-11 %, blandt kommunerne i de øvrige regioner. Hvis man inkluderer de kommuner, der har svaret 'ofte', er også kommunerne i Region Nordjylland blandt dem, der oftest oplyser om manglende pladser til rammeaftalesamarbejdet, mens kommunerne i Region Hovedstaden sjældnest gør det.

Tabel 2.4 Fordelt efter beliggenhedsregion: Hvor ofte oplyser I i rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau om, at I mangler pladser, for at bidrage til at skabe overblik over, hvilke målgrupper der mangler pladser til, på tværs af kommuner?

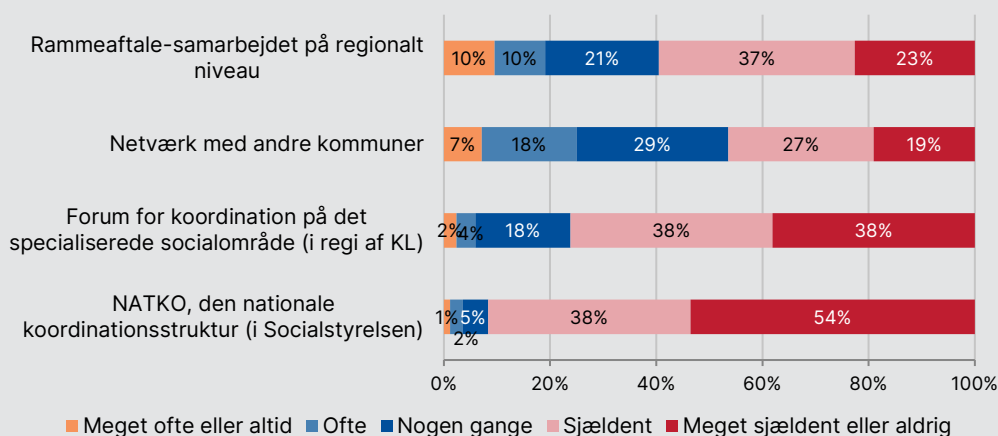
	Meget sjældent / aldrig	Sjældent	Nogen gange	Ofte	Meget ofte / altid
Region Hovedstaden	13%	30%	35%	17%	4%
Region Sjælland	6%	25%	25%	19%	25%
Region Syddanmark	11%	16%	37%	16%	21%
Region Midtjylland	5%	21%	47%	16%	11%
Region Nordjylland	0%	0%	56%	33%	11%
I alt	8%	21%	38%	19%	14%

Anm.: N = 86. Underspørgsmål i spørgsmål 1.7 i spørgeskema, Bilag 2.

Kommunerne er også blevet bedt om at svare på, hvor ofte de i de fire ovennævnte sammenhænge oplyser om, at de *har ledige botilbudspladser* for at bidrage til at danne et overblik på tværs af kommuner over ledig kapacitet. Figur 2.8 viser fordelingen af kommunernes svar. Det ses, at kommunerne oftest oplyser, at de har eller forventer at få ledige pladser, til rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau eller i netværk med andre kommuner. 10 % hhv. 7 % af kommunerne angiver, at de 'meget ofte eller altid' oplyser det i disse to sammenhænge, mens andelen er 20 % hhv. 25 %, hvis man inkluderer kommuner, der har svaret, at de 'ofte' gør det. Omvendt oplyser 60 % af kommunerne 'sjældent', 'meget sjældent eller aldrig' om ledige pladser i rammeaftalesamarbejdet, mens det samme gælder 46 % i netværk med andre kommuner.

Til sammenligning angiver 76 % hhv. 92 % af kommunerne, at de 'sjældent', 'meget sjældent eller aldrig' oplyser, at de har ledige pladser, til Forum for national koordination hhv. NATKO. Dette virker naturligt, set i lyset af, at formålet med de to nationale koordinationsorganer er at koordinere på det aller mest specialiserede område, mens kommunernes besvarelser dækker hele botilbudsområdet.

Figur 2.8 Hvor ofte oplyser I i nedenstående sammenhænge om, at I har eller forventer at få ledige pladser, for at bidrage til at skabe overblik over ledige pladser på tværs af kommuner?



Anm.: N = 84. Spørgsmål 1.8 i spørgeskema, Bilag 2. Svarmuligheden "Tilbudsportalen" burde have fremgået af dette spørgsmål, men er ved en fejl ikke kommet med.

26 kommuner har uddybet deres svar med kommentarer. Heraf har tolv kommuner oplyst, at de sjældent eller aldrig har ledige pladser, fx fordi de primært er køberkommune. Otte kommuner har angivet, at de meddeler eventuelle ledige pladser til Tilbudsportalen.²¹ To kommuner har pointeret, at de ikke nødvendigvis orienterer andre kommuner om eventuelle ledige pladser, da de forbeholdes egne borgere, fx unge som er på vej til voksenområdet fra børn og unge-området. En enkelt kommune har skrevet, at man oplyser om eventuelle ledige pladser i chefnetværk på tværs af kommuner i regionen.

Også her er det relevant at undersøge, om der er forskel blandt kommunerne i de fem regioner på, hvor ofte man oplyser rammeaftalesamarbejdet om, at man har eller forventer at få ledige pladser. Tabel 2.5 viser fordelingen af svar efter kommunernes regionale beliggenhed. Det fremgår, at flest af kommunerne, 22-26 %, i Region Nordjylland og Region Midtjylland 'ofte', 'meget ofte eller altid' oplyser rammeaftalesamarbejdet om, at de har ledige pladser, mens andelen er lavere, 13-17 %, blandt kommunerne i de øvrige regioner.

I Tabel 2.5 er også vist svarfordelingen på regioner vedrørende brugen af netværk med andre kommuner til at informere om ledige pladser. Flere kommuner

²¹ Denne svarmulighed burde have fremgået af spørgeskemaet, men er ved en fejl ikke kommet med.

i Region Hovedstaden (43 %) og Region Nordjylland (33 %), gør dette, mens det er færre kommuner i de øvrige tre regioner (13-17 %).

Tabel 2.5 Fordelt efter beliggenhedsregion: Hvor ofte oplyser I i rammeaftale-samarbejdet på regionalt niveau hhv. i netværk med andre kommuner om, at I har eller forventer at få ledige pladser, for at bidrage til at skabe overblik over ledige pladser på tværs af kommuner?

	Rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau			Netværk med andre kommuner		
	Sjældent / meget sjældent eller aldrig	Nogen gange	Ofte / meget ofte eller altid	Sjældent / meget sjældent eller aldrig	Nogen gange	Ofte / meget ofte eller altid
Region Hovedstaden	65%	17%	17%	39%	17%	43%
Region Sjælland	67%	20%	13%	47%	40%	13%
Region Syddanmark	61%	22%	17%	50%	33%	17%
Region Midtjylland	58%	16%	26%	58%	26%	16%
Region Nordjylland	33%	44%	22%	33%	33%	33%
I alt	60%	21%	19%	46%	29%	25%

Anm.: N = 84. Underspørgsmål i spørgsmål 1.8 i spørgeskema, Bilag 2.

3 Myndighedsansvar og køb af pladser

Dette kapitel tager udgangspunkt i et myndighedsperspektiv og drejer sig om kommunernes opfyldelse af den generelle forsyningsforpligtelse for tilbud til egne borgere, dvs. de borgere, som kommunen selv har myndighedsansvaret for. Kommunen kan løfte forsyningsforpligtelsen ved at bruge pladser i botilbud, som kommunen selv driver eller ved at købe pladser i botilbud drevet af andre kommuner, regionerne eller private leverandører. Det er også muligt at anvende alternative indsatser til borgeren uden for botilbud, herunder støtte i eget hjem og dagtilbud.

Afsnit 3.1 afdækker først, hvor kommunerne generelt søger efter oplysninger om ledige og egnede botilbudspladser, når de skal finde en plads til en borger med behov for et botilbud.

I afsnit 3.2 ser vi på kommunernes forventninger til udviklingen i deres brug af egne tilbud og indsatser i eget hjem samt tilbud drevet af andre kommuner, regionerne og private leverandører.

Afsnit 3.3 handler om, hvordan kommunen mere konkret arbejder for at opfylde forsyningsforpligtelsen i relation til egne borgere. Det er afdækket, hvilke muligheder kommunerne typisk afsøger, når de mangler ledige botilbudspladser, dvs. når de har egne borgere med behov for botilbud, som de ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser. Endvidere har vi bedt kommunerne om at give konkrete eksempler på, at de forskellige muligheder for at tilpasse kapaciteten er blevet anvendt inden for de senere år.

Da kapitlet primært fokuserer på myndighedsperspektivet, er der i analyserne af mønstre i besvarelserne primært undersøgt forskelle mellem de to halvdele af kommunerne med de laveste hhv. de højeste købsandele. Købsandelen er som tidligere nævnt målt som den andel af en kommunes samlede udgifter til botilbudsområdet, der går til eksterne køb. Derudover er der undersøgt forskelle mellem kommunerne fordelt efter størrelse og beliggenhedsregion, hvor det er vurderet relevant.²²

Hovedkonklusionerne i Kapitel 3 fremgår af Boks 3.1.

²² Som det fremgår af afsnit 1.4.4 tager analyserne ikke højde for sammenhænge mellem de forskellige baggrundsvariable, fx at mindre kommuner bruger en større andel af deres botilbudsudgifter på eksterne køb end større kommuner.

Hvor finder man en ledig, egnet botilbudsplads?

Kommunerne har svaret på, hvor de generelt søger oplysninger om ledige og egnede botilbudspladser, når de skal finde en plads til en borger med behov for et botilbud. De tre mest anvendte kilder til viden om ledige, egnede pladser er:

- Dialog med egne tilbud
- Dialog med konkrete, eksterne tilbud, som man i forvejen kender og benytter
- Tilbudsportalen.

Forventninger til brug og køb af tilbud til egne borgere

Kommunerne har en udbredt forventning om, at man fremover vil anvende flere indsatser i borgerens eget hjem eller andre alternativer til et botilbud. Ser man alene på botilbud, forventer kommunerne at bruge flere pladser i egne botilbud og også samlet set lidt flere i regionale botilbud, mens der ser ud til at være en samlet tendens til en uændret eller let faldende brug af pladser i botilbud drevet af private leverandører eller andre kommuner.

Flere af de største kommuner end af de mindste forventer at øge brugen af pladser i deres egne botilbud fremover. Tilsvarende forventer færre af de største kommuner at øge brugen af især regionale botilbud, men også andre kommuners tilbud til borgere med sindslidelse. Omvendt er der lidt flere af de største kommuner end af de mindste kommuner, der forventer at øge brugen af private tilbud og færre, der forventer at reducere den. Analysen viser også, at særligt de kommuner, der i forvejen køber relativt meget eksternt, forventer at øge brugen af pladser i botilbud drevet af både regioner, andre kommuner og private leverandører.

Muligheder for at tilpasse kapaciteten

Kommunerne har svaret på, hvilke muligheder de typisk afsøger, når de *mangler* ledige botilbudspladser, dvs. når de har egne borgere med behov for botilbud, som de ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser. De fleste kommuner, seks til syv ud af ti, afsøger i den situation i høj grad muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud. Mere end to ud af fem kommuner afsøger muligheden for at *tilpasse* pladser i et af deres egne, eksisterende tilbud, og omtrent hver tredje afsøger muligheden for at *oprette* et nyt tilbud eller en ny plads i et af kommunens egne tilbud. Omtrent hver syvende kommune afsøger muligheden for at få en privat leverandør til at oprette en ny plads eller tilpasse pladser i eksisterende tilbud. Kommunerne afsøger i langt lavere grad mulighederne for at få regioner eller andre kommuner til at

oprette eller tilpasse pladser, samt for at oprette tilbud i samdrift med andre kommuner. Dog ser der ud til at være en lidt større tilbøjelighed til via rammeaftalesamarbejdet at prøve at få regionen til at oprette eller tilpasse pladser.

Kommunerne har derefter svaret på, om de har konkrete eksempler på, at de forskellige muligheder faktisk er blevet anvendt inden for de seneste tre år. Syv ud af ti kommuner har konkrete eksempler på, at kommunen selv har oprettet eller tilpasset pladser i de seneste tre år. Til sammenligning har knap halvdelen af kommunerne konkrete eksempler på, at pladser er blevet oprettet eller tilpasset af private leverandører, mens hver fjerde har eksempler på, at regionerne har oprettet eller tilpasset pladser. Hver sjette kommune har konkrete eksempler på, at pladser er blevet oprettet eller tilpasset af en anden kommune, mens det kun er hver tyvende i forhold til oprettelse af pladser i samdrift mellem kommuner.

3.1 Hvor finder man en plads?

Tabel 3.1 viser kommunernes svar på spørgsmålet om, hvor de *generelt* søger oplysninger om ledige og egnede botilbudspladser, når de skal finde en plads til en borger med behov for et botilbud. Spørgsmålet er stillet for hhv. borgere med handicap og sindslidelse. Det fremgår, at der ikke er de store forskelle mellem de to målgrupper på, hvilke kilder man bruger til at finde oplysninger om ledige, egnede pladser. Tre kilder skiller sig ud som de mest anvendte til viden om ledige, egnede pladser:

- Dialog med egne tilbud
- Dialog med konkrete, eksterne tilbud, som man i forvejen kender og benytter
- Tilbudsportalen.

Flest kommuner (99 % hhv. 92 % for handicap hhv. sindslidelse) svarer, at de i høj eller meget høj grad går i dialog med kommunens egne botilbud. Næsten lige så mange (84 % hhv. 90 %) svarer, at de i høj eller meget høj grad går i dialog med konkrete eksterne tilbud, som de i forvejen kender og benytter. Endelig benytter næsten tre ud af fire kommuner (72 % hhv. 73 %), sig af oplysninger fra Tilbudsportalen.

Herefter følger en række øvrige kilder, herunder dialog med konkrete, eksterne tilbud, som man *ikke* i forvejen kender og benytter (48 % hhv. 44 %), netværk med personer fra andre kommuner (25 % hhv. 21 %) samt oplysninger

genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet (16 % hhv. 13 %). Den i lavest grad anvendte kilde til oplysninger om ledige, egnede pladser er, at borgeren selv gør opmærksom på et tilbud. En kommune bemærker hertil, at de tager hensyn til det, *hver gang* en borger eller dennes pårørende gør opmærksom på en ledig, egnet plads – men at det ikke sker særligt ofte, at en borger gør det.

Tabel 3.1 I hvilken grad bruger I generelt nedenstående kilder til at finde ud af, hvor der er ledige, egnede pladser, når I skal finde pladser til jeres borgere med behov for botilbud?

Til borgere med...	Handicap			Sindslidelse		
	I høj / meget høj grad	I nogen grad	I lav / meget lav grad	I høj / meget høj grad	I nogen grad	I lav / meget lav grad
Dialog med kommunens egne tilbud	99%	0%	1%	92%	1%	7%
Dialog med konkrete eksterne tilbud, som vi i forvejen kender og benytter	84%	13%	3%	90%	8%	2%
Tilbudsportalen	72%	22%	6%	73%	22%	5%
Dialog med konkrete eksterne tilbud, som vi <i>ikke</i> i forvejen kender og benytter	48%	37%	15%	44%	41%	15%
Netværk med personer fra andre kommuner	25%	39%	36%	21%	40%	39%
Oplysninger genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet	16%	24%	59%	13%	27%	60%
Borgeren gør selv opmærksom på et tilbud	10%	46%	44%	6%	39%	55%

Anm.: N = 85-87. Spørgsmål 2.1 i spørgeskemaet. De anvendte spørgsmålsformuleringer er forkortet her og fremgår i fuld længde af spørgeskemaet i Bilag 2. Hvis andele ikke summerer til 100 %, er det på grund af afrundinger.

Blandt de 13 kommuner, som har givet uddybende kommentarer til deres svar, har otte kommuner oplyst, at de bruger andre kilder end svarmulighederne i spørgeskemaet. Her har fire kommuner peget på, at de generelt bruger portalen "www.findenplads.dk", mens de øvrige fire kommuner blandt andet har skrevet, at de bruger regionens matchningskonsulent eller laver søgninger på internettet, evt. som supplement til opslag på Tilbudsportalen.

Tre kommuner har i deres kommentarer påpeget, at Tilbudsportalen ikke fungerer optimalt, blandt andet fordi man ikke kan fremsøge ledige pladser på "ukendte" tilbud og fordi det er vanskeligt at fremsøge på de specifikke kategorier. En kommune giver følgende eksempel:

"... hvis vi søger på målgruppe og område sker det jævnligt, at tilbud som vi ved er relevante ikke dukker op, oplysninger ift. ledige pladser osv. er ikke opdaterede, og det er meget vanskeligt at sammenligne fx priser på tværs af tilbuddene, fordi det ikke fremgår tydeligt, hvad der er indeholdt."

Tabel 3.2 Fordelt på kommuner med høj og lav købsandel: I hvilken grad bruger I *generelt* nedenstående kilder til at finde ud af, hvor der er ledige, egnede pladser, når I skal finde pladser til jeres borgere med behov for botilbud?

	Handicap			Sindslidelse		
	I høj grad	I meget høj grad	I høj / meget høj grad (sum)	I høj grad	I meget høj grad	I høj / meget høj grad (sum)
Dialog med kommunens egne botilbud						
Lav købsandel	7%	93%	100%	2%	98%	100%
Høj købsandel	21%	76%	98%	17%	67%	83%
Dialog med konkrete botilbud, som vi i forvejen kender og benytter, drevet af andre driftsherrer						
Lav købsandel	47%	35%	81%	51%	35%	86%
Høj købsandel	56%	30%	86%	60%	33%	93%
Opsøger viden om og indgår dialog med konkrete botilbud, som vi <i>ikke</i> i forvejen kender og benytter, drevet af andre driftsherrer						
Lav købsandel	40%	5%	44%	33%	5%	37%
Høj købsandel	40%	12%	52%	37%	14%	51%
Tilbudsportalen						
Lav købsandel	26%	40%	67%	21%	45%	67%
Høj købsandel	30%	48%	77%	30%	50%	80%
Oplysninger genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet						
Lav købsandel	9%	2%	12%	9%	2%	12%
Høj købsandel	16%	5%	21%	12%	5%	16%
Netværk med personer fra andre kommuner						
Lav købsandel	12%	2%	14%	7%	5%	12%
Høj købsandel	25%	11%	36%	21%	9%	30%

Anm.: N = 85-87. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 2.1 i spørgeskemaet. De anvendte spørgsmålsformuleringer er forkortet her og fremgår i fuld længde af spørgeskemaet i Bilag 2. Hvis summen af andele, der har svaret 'i høj grad' og 'i meget høj grad' ikke stemmer, er det på grund af afrundinger.

Man kan forestille sig, at der er forskel på, hvor kommunerne søger oplysninger om ledige pladser, alt efter om de køber flere eller færre af deres pladser eksternt. Det har vi undersøgt ved at opgøre, hvor stor en del af kommunernes udgifter, de bruger på eksterne køb, jf. afsnit 1.4.4. Tabel 3.2 viser svarfordelingen på kommuner med høj og lav købsandel. Det skal bemærkes, at selv kommuner med en "lav" købsandel bruger op til 60 % af deres samlede botilbudsudgifter til eksterne køb. Tabellen viser alene, hvor mange kommuner der har svaret 'i høj grad' og 'i meget høj grad', da det øger overskueligheden og er tilstrækkeligt til at vise forskellene mellem de to grupper af kommuner.

Det ses af Tabel 3.2, at kommuner med en lav købsandel i lidt højere grad end kommuner med høj købsandel indgår i dialog med kommunens egne botilbud, når de skal finde pladser til deres borgere. Omvendt er kommuner med en høj købsandel lidt mere tilbøjelige til at gå i dialog med både eksterne botilbud, som de i forvejen kender og benytter, og eksterne botilbud, som de *ikke* i forvejen kender og benytter. Tilsvarende er kommuner med en høj købsandel mere tilbøjelige til at anvende Tilbudsportalen, oplysninger fra rammeaftalesamarbejdet og netværk med andre kommuner, når de skal finde ledige pladser til deres borgere med handicap eller sindslidelse.

Ligesådan kunne man forestille sig, at der er forskel mellem regioner på, i hvilken grad man benytter sig af oplysninger fra Tilbudsportalen, oplysninger genereret i rammeaftalesamarbejdet og netværk med andre kommuner,²³ når man skal finde ledige, egnede botilbudspladser. Resultaterne fordelt på regioner ses i Tabel 3.3.

Det ses, at kommunerne i Region Nordjylland i lavere grad anvender Tilbudsportalens oplysninger til at finde ledige pladser end kommunerne i de øvrige regioner. Til gengæld benytter de i højere grad oplysninger genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet. Sådanne oplysninger anvendes i lavest grad blandt kommunerne i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Endelig benytter kommunerne i Region Sjælland og til dels Region Nordjylland i højere grad netværk med personer fra andre kommuner til at finde ledige pladser til deres borgere med behov for et botilbud end kommunerne i de øvrige regioner.

²³ Det er specifikt navnlig disse tre svarmuligheder fra Tabel 3.1, som meningsfuldt kan forventes at variere med beliggenhedsregion, fordi disse svarmuligheder i et vist omfang er relateret til praksis i rammeaftalesamarbejdet.

Tabel 3.3 Fordelt efter beliggenhedsregion: I hvilken grad bruger I *generelt* nedenstående kilder til at finde ud af, hvor der er ledige, egnede pladser, når I skal finde pladser til jeres borgere med behov for botilbud?

Region	Handicap			Sindslidelse		
	I høj grad	I meget høj grad	I høj / meget høj grad (sum)	I høj grad	I meget høj grad	I høj / meget høj grad (sum)
Tilbudsportalen						
Hovedstaden	30%	48%	78%	22%	48%	70%
Sjælland	24%	47%	71%	29%	47%	76%
Syddanmark	22%	50%	72%	28%	56%	83%
Midtjylland	32%	42%	74%	21%	53%	74%
Nordjylland	33%	22%	56%	33%	22%	56%
Oplysninger genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet						
Hovedstaden	18%	5%	23%	14%	5%	18%
Sjælland	12%	6%	18%	12%	6%	18%
Syddanmark	11%	0%	11%	5%	0%	5%
Midtjylland	0%	5%	5%	0%	5%	5%
Nordjylland	33%	0%	33%	33%	0%	33%
Netværk med personer fra andre kommuner						
Hovedstaden	17%	4%	22%	14%	5%	18%
Sjælland	35%	12%	47%	29%	12%	41%
Syddanmark	5%	5%	11%	5%	5%	11%
Midtjylland	16%	5%	21%	5%	11%	16%
Nordjylland	22%	11%	33%	22%	0%	22%

Anm.: N = 86. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 2.1 i spørgeskemaet. Hvis summen af andele, der har svaret 'i høj grad' og 'i meget høj grad' ikke stemmer, er det på grund af afrundinger.

3.2 Forventninger til brug og køb af tilbud

Som nævnt kan den enkelte kommune opfylde sin forsyningsforpligtelse på forskellige måder. De fleste kommuner anvender en kombination af at forsyne sig selv med pladser til deres egne borgere og at købe pladser hos andre kommuner, regionerne og private leverandører. Som et alternativ til et botilbud

kan kommunerne vælge at tilbyde en indsats eller en kombination af indsatser i borgerens eget hjem, fx socialpædagogisk støtte.

Tabel 3.4 viser kommunernes vurdering af deres forventninger til udviklingen i kommunens brug af egne tilbud og indsatser i eget hjem samt tilbud drevet af andre kommuner, regionerne og private leverandører. Kommunerne blev bedt om at vurdere, hvordan de forventer, at de vil få opfyldt deres forsyningsforpligtelse i de kommende tre år. Mere konkret er de blevet bedt om at vurdere, om de forventer at bruge færre, flere eller et uændret antal alternative indsatser til botilbud og botilbudspladser hos forskellige driftsherrer til borgere med handicap hhv. sindslidelse.

Tabel 3.4 Hvilket af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med jeres forventning til, hvordan kommunen vil få opfyldt sin forsyningsforpligtelse på botilbudsområdet i de kommende tre år?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Vi forventer at bruge...			Vi forventer at bruge...		
	færre	hverken flere el. færre	flere	færre	hverken flere el. færre	flere
Alternative indsatser til et botilbud, herunder støtte i eget hjem	1%	14%	85%	1%	9%	90%
Pladser i kommunens egne botilbud, dvs. botilbud, som kommunen selv driver	3%	40%	57%	5%	44%	52%
Pladser i botilbud drevet af regioner	14%	64%	22%	15%	60%	25%
Pladser i botilbud drevet af private leverandører	28%	52%	20%	24%	51%	25%
Pladser i botilbud drevet af andre kommuner	24%	59%	17%	21%	57%	22%

Anm.: N = 85-87. Spørgsmål 2.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Det ses af Tabel 3.4, at langt de fleste kommuner forventer at bruge flere alternative indsatser til et botilbud, herunder støtte i eget hjem. Det gælder både for borgere med handicap (85 %) og borgere med sindslidelse (90 %). Langt færre kommuner, godt halvdelen, forventer i de kommende tre år at bruge flere pladser i kommunens egne botilbud. Det gælder også begge målgrupper. Endnu færre kommuner, 20-25 %, forventer at komme til at bruge flere pladser i botilbud drevet af regionerne eller af private leverandører, mens kun 17-22 % forventer at komme til at bruge flere pladser i botilbud drevet af andre kommuner. Flest kommuner, 60-64 %, forventer at bruge et uændret

antal pladser i regionale botilbud, mens 14-15 % forventer at bruge færre regionale pladser. Lidt flere af kommunerne, 21-28 %, forventer at bruge færre pladser i private og andre kommuners botilbud.

Der er således en udbredt forventning om, at man fremover vil anvende flere indsatser i borgerens eget hjem eller andre alternativer til et botilbud. Inden for botilbudsområdet er det forventningen, at man vil bruge flere pladser i egne tilbud og også samlet set lidt flere i regionale tilbud, mens der ser ud til at være en samlet tendens til en uændret eller let faldende brug af pladser i botilbud drevet af private leverandører eller andre kommuner.

Disse tendenser kan med fordel ses i lyset af den generelle udvikling i eksterne køb fra 2011 til 2020, som VIVE har undersøgt.²⁴ I denne periode er udgifterne til køb hos private leverandører steget med 148 %, fra 2,1 til 5,1 milliarder kroner, på landsplan i faste 2020-priser. Samtidig er køb hos andre kommuner faldet med 32 %, fra 7,3 til 5,0 milliarder kroner, og køb hos regioner er steget med 11 %, fra 2,4 til 2,7 milliarder kroner. De samlede eksterne købsudgifter er steget med 8 % i perioden, fra 11,9 til 12,9 milliarder kroner i faste priser.²⁵

Ifølge den nævnte tidligere VIVE-undersøgelse er der forskel på sammensætningen af leverandørstrukturen mellem regionerne, dvs. hvor meget kommunerne i de forskellige regioner køber hos private, regioner og andre kommuner. Derfor er det nærliggende at forestille sig, at der også er forskel mellem kommunerne i de forskellige regioner på forventningerne til udviklingen i brugen af de forskellige eksterne leverandører. Tabel 3.5 viser fordelingen på beliggenhedsregion af kommunernes svar på disse spørgsmål.

²⁴ Jævnfør Dalsgaard et al. (2022).

²⁵ Jævnfør Dalsgaard et al. (2022).

Tabel 3.5 Fordelt efter beliggenhedsregion: Hvilket af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med jeres forventning til, hvordan kommunen vil få opfyldt sin forsyningsforpligtelse på botilbudsområdet i de kommende 3 år?

Region	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Vi forventer at bruge...			Vi forventer at bruge...		
	færre	hverken flere el. færre	flere	færre	hverken flere el. færre	flere
Pladser i kommunens egne botilbud						
Hovedstaden	0%	43%	57%	0%	55%	45%
Sjælland	6%	31%	63%	6%	38%	56%
Syddanmark	0%	53%	47%	5%	42%	53%
Midtjylland	5%	21%	74%	5%	32%	63%
Nordjylland	11%	56%	33%	11%	56%	33%
Pladser i botilbud drevet af regioner						
Hovedstaden	9%	65%	26%	4%	61%	35%
Sjælland	12%	65%	24%	12%	71%	18%
Syddanmark	5%	74%	21%	16%	58%	26%
Midtjylland	26%	58%	16%	26%	63%	11%
Nordjylland	22%	56%	22%	22%	33%	44%
Pladser i botilbud drevet af private leverandører						
Hovedstaden	32%	45%	23%	30%	39%	30%
Sjælland	6%	41%	53%	12%	41%	47%
Syddanmark	37%	53%	11%	26%	58%	16%
Midtjylland	16%	79%	5%	16%	68%	16%
Nordjylland	67%	33%	0%	44%	44%	11%
Pladser i botilbud drevet af andre kommuner						
Hovedstaden	17%	61%	22%	13%	57%	30%
Sjælland	0%	65%	35%	6%	47%	47%
Syddanmark	32%	53%	16%	32%	58%	11%
Midtjylland	37%	58%	5%	26%	68%	5%
Nordjylland	44%	56%	0%	33%	56%	11%

Anm.: N = 85-87. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 2.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Det ses af Tabel 3.5, at der blandt kommunerne i Region Midtjylland er færrest, der forventer at bruge *flere* regionale botilbudspladser, mens der er flest kommuner, der forventer at bruge *færre* regionale botilbudspladser. Det kan hænge sammen med, at Region Midtjylland driver flere botilbudspladser end de øvrige regioner²⁶, ligesom kommunerne i Region Midtjylland købte mest hos regioner i 2020²⁷. Kommunerne i Region Midtjylland er desuden dem, der i størst omfang forventer at øge brugen af pladser i egne botilbud, mens også Region Sjælland forventer dette i relativt stort omfang.

I relation til private leverandører forventer særligt kommunerne i Region Sjælland at bruge flere private botilbudspladser i de kommende år, mens særligt kommunerne i Region Nordjylland forventer at bruge færre. Den tidligere VIVE-undersøgelse viser, at kommunerne i Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Nordjylland købte mest hos private i 2020, mens kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark købte mindst.²⁸

Endelig er det kommunerne i de to østdanske regioner, der i størst omfang forventer at øge deres brug af pladser i andre kommuners botilbud, mens kommunerne i de tre vstdanske regioner i størst omfang forventer at reducere køb hos andre kommuner.

De mindre kommuner brugte i 2020 en større andel af deres botilbudsgiffter til at købe pladser i eksterne tilbud, end de større kommuner, jf. en tidligere VIVE-analyse.²⁹ Det er undersøgt, om større og mindre kommuner har forskellige forventninger til udviklingen i brugen af botilbudspladser i de kommende år. Resultatet af analysen er vist i Tabel 3.6. Det ses, at flere blandt de største kommuner end blandt de mindste forventer at øge brugen af pladser i deres egne botilbud. Forskellen er til stede for begge målgrupper, hvor 50 % hhv. 41 % af de mindste kommuner forventer at øge brugen af deres egne pladser, mens det samme gælder 64 % hhv. 61 % af de største kommuner. Samtidig forventer færre blandt de største kommuner at øge brugen af især regionale botilbud og til dels også andre kommuners tilbud, navnlig til borgere med sindslidelse. Det gælder især den største tredjedel af kommunerne.³⁰ Omvendt

²⁶ Region Midtjylland driver i alt 724 botilbudspladser i 2022 mod 382-472 i de øvrige regioner, jf. Danske Regioner (2022). Tallene er en sum af antallet af døgnpladser til borgere med udviklingsforstyrrelse, udviklingshæmning, fysisk handicap, senhjerneskade, psykisk lidelse og personer med dem (udviklingshæmmede og psykisk syge).

²⁷ Jævnfør den tidligere VIVE-undersøgelse: Dalsgaard et al (2022), s. 18.

²⁸ Dalsgaard et al (2022), s. 18.

²⁹ Dalsgaard et al (2022), s. 20-21. Den største tredjedel af kommunerne bruger 48 % af deres botilbudsgiffter til eksterne køb, mens den mellemste tredjedel af kommunerne bruger 61 % og den mindste tredjedel 70 %.

³⁰ Ikke vist i tabellen. I den største tredjedel af kommunerne er det 17 % (både handicap og sindslidelse), der forventer at bruge flere regionale pladser mod 24-25 % (handicap) hhv. 29-31 % (sindslidelse) for de to mindre tredjedele af kommunerne (mellemste og mindste). I relation til pladser hos andre kommuner er det 10 % (handicap) hhv. 13 % (sindslidelse) af den største tredjedel af kommunerne, der forventer at købe flere, mod 18 % hhv. 21 % for de mellemste kommuner og 24 % hhv. 31 % for den mindste tredjedel af kommunerne.

ser det ud for forventninger til brug af private tilbud. Blandt de største kommuner er der flere end blandt de mindste, der forventer at øge brugen af private tilbud og færre, der forventer at reducere brugen af private tilbud. Forskellen er særligt tydelig for tilbud til borgere med handicap.

Tabel 3.6 Fordelt efter kommunistørrelse: Hvilket af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med jeres forventning til, hvordan kommunen vil få opfyldt sin forsyningsforpligtelse på botilbudsområdet i de kommende 3 år?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Vi forventer at bruge ...			Vi forventer at bruge ...		
	færre	hverken flere el. færre	flere	færre	hverken flere el. færre	flere
Pladser i kommunens egne botilbud						
Mindste kommuner	0%	50%	50%	5%	54%	41%
Største kommuner	7%	30%	64%	5%	34%	61%
Pladser i botilbud drevet af regioner						
Mindste kommuner	7%	67%	26%	5%	65%	30%
Største kommuner	20%	61%	18%	25%	55%	20%
Pladser i botilbud drevet af private leverandører						
Mindste kommuner	38%	48%	14%	30%	47%	23%
Største kommuner	18%	57%	25%	18%	55%	27%
Pladser i botilbud drevet af andre kommuner						
Mindste kommuner	21%	60%	19%	9%	65%	26%
Største kommuner	27%	57%	16%	32%	50%	18%

Anm.: N = 85-87. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 2.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Vi har også undersøgt, om der er forskel på kommunernes forventninger til brugen af botilbud, alt efter om de har relativt høje eller lave købsandele. Resultaterne er vist i Tabel 3.7.

Analysen viser, at flere af de kommuner, der i forvejen køber relativt meget eksternt, forventer at øge brugen af pladser i botilbud drevet af både regioner, andre kommuner og private leverandører. Omvendt er der lidt flere kommuner med relativt lav end med relativt høj købsandel, der forventer at bruge flere alternative indsatser til et botilbud. Der er dog et stort flertal i begge grupper af

kommuner. Der ses ikke systematisk forskel på de to gruppers forventninger til at øge eller reducere brugen af pladser i egne botilbud.

Tabel 3.7 Fordelt efter købsandel: Hvilket af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med jeres forventning til, hvordan kommunen vil få opfyldt sin forsyningsforpligtelse på botilbudsområdet i de kommende 3 år?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Vi forventer at bruge...			Vi forventer at bruge...		
	færre	hverken flere el. færre	flere	færre	hverken flere el. færre	flere
Alternative indsatser til botilbud, herunder støtte i eget hjem						
Lav købsandel	0%	9%	91%	0%	7%	93%
Høj købsandel	2%	18%	80%	2%	11%	86%
Pladser i kommunens egne botilbud						
Lav købsandel	7%	40%	53%	5%	40%	56%
Høj købsandel	0%	40%	60%	5%	48%	48%
Pladser i botilbud drevet af regioner						
Lav købsandel	14%	70%	16%	16%	67%	16%
Høj købsandel	14%	59%	27%	14%	52%	34%
Pladser i botilbud drevet af private leverandører						
Lav købsandel	30%	63%	7%	26%	58%	16%
Høj købsandel	26%	42%	33%	23%	43%	34%
Pladser i botilbud drevet af andre kommuner						
Lav købsandel	26%	67%	7%	26%	65%	9%
Høj købsandel	23%	50%	27%	16%	50%	34%

Anm.: N = 85-87. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 2.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

3.3 Muligheder for tilpasning af kapacitet

I afsnit 3.1 afdækkede vi, hvordan kommunerne *generelt* søger oplysninger om ledige og egnede botilbudspladser, når de skal finde en plads til en borger med

behov for et botilbud. Dette afsnit handler om, hvordan kommunen mere konkret arbejder for at opfylde forsyningsforpligtelsen i relation til egne borgere.

Tabel 3.8 viser kommunernes svar på, hvilke muligheder de typisk afsøger, når de mangler ledige botilbudspladser, dvs. når de har egne borgere med behov for botilbud, som de ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser. Det fremgår, at det stort set er de samme muligheder, som kommunerne typisk afsøger, når de mangler en plads til borgere med handicap hhv. sindslidelse.

Tabel 3.8 I hvilken grad afsøger I typisk nedenstående muligheder, når I mangler ledige, egnede botilbudspladser til jeres borgere? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, fx støtteindsatser i eget hjem, i dagtilbud eller akut	8%	33%	59%	3%	30%	67%
Tilpasse pladser i eget eksisterende tilbud, fx tilføje specialkompetencer eller tilpasse indhold til ændret målgruppe	19%	36%	45%	22%	35%	43%
Oprette eget, nyt tilbud eller ny plads i et af kommunens egne tilbud	33%	30%	37%	42%	26%	33%
Få en privat leverandør til at oprette eller tilpasse	53%	32%	15%	55%	31%	14%
Få regionen til at oprette eller tilpasse via rammeaftalesamarbejde	82%	16%	2%	82%	17%	1%
Få en anden kommune til at oprette eller tilpasse efter bilateral aftale	87%	11%	1%	90%	9%	1%
Få en anden kommune til at oprette eller tilpasse via rammeaftalesamarbejde	86%	13%	1%	88%	11%	1%
Oprette tilbud i samdrift eller driftsfællesskab med andre kommuner	91%	7%	2%	92%	6%	2%
Få en region til at oprette eller tilpasse efter bilateral aftale	91%	7%	2%	91%	8%	1%

Anm.: N = 86-87. Spørgsmål 2.3 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Der er flest kommuner, der i høj eller meget høj grad afsøger muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, når de mangler en ledig og egnet plads. Andelen er 59 % for pladser til borgere med handicap og 67 % for pladser til borgere med sindslidelse. 45 % hhv. 43 % afsøger muligheden for at *tilpasse* pladser i et af deres egne, eksisterende tilbud, mens 37 % hhv. 33 % afsøger muligheden for at *oprette* et nyt tilbud eller en ny plads i et af kommunens egne tilbud. Endelig er der 15 % hhv. 14 % af kommunerne, der afsøger muligheden for at få en privat leverandør til at oprette en ny plads eller tilpasse pladser i eksisterende tilbud.

De resterende muligheder bliver i lav eller meget lav grad afsøgt af langt størstedelen af kommunerne, uanset om de mangler en plads til en borger med sindslidelse eller en borger med handicap. Det drejer sig om mulighederne for at få regioner eller andre kommuner til at oprette en ny plads eller tilpasse pladser i eksisterende tilbud, enten via rammeaftalesamarbejdet eller via bilateral aftale, samt om muligheden for at oprette tilbud i samdrift eller driftsfællesskab med andre kommuner. Disse muligheder afsøges i høj eller meget høj grad af 1-2 % af kommunerne. Dog er der tilsyneladende en lidt større tilbøjelighed til via rammeaftalesamarbejdet at prøve at få regionen til at oprette eller tilpasse pladser, da denne mulighed 'i nogen grad' anvendes af 16 % hhv. 17 % af kommunerne.

12 kommuner har uddybet deres svar med supplerende bemærkninger. To kommuner giver udtryk for, at det kan være vanskeligt at få driftsherrer til at tilpasse et eksisterende tilbud til borgere, som det ikke umiddelbart er muligt at finde en ledig og egnet plads til inden for det eksisterende pladsudbud. En kommune har påpeget, at man har gode erfaringer med, at private leverandører er i stand til at oprette eller tilpasse et tilbud til borgere, som det ellers er svært at rumme i eksisterende tilbud. En anden kommune har skrevet, at man udelukkende kontakter samarbejdspartnere fra andre kommuner eller private tilbud, hvor man i forvejen har et tæt samarbejde. Tre kommuner kommenterer muligheden for at oprette tilbud i samarbejde med andre kommuner som noget, der er dialog om, og som også både er spændende og vanskeligt, blandt andet fordi borgerne har frit valg, og kommunen derfor ikke kan binde sig (borgeren) til at benytte det oprettede tilbud.

Der er ikke de store forskelle mellem kommunerne i de fem regioner på, hvilke muligheder de afsøger for at finde en ledig, egnet plads. Dog svarer flere kommuner i især Region Sjælland (47 % hhv. 41 %) og til dels Region Syddanmark (16 % hhv. 21 %), at de i høj eller meget høj grad afsøger muligheden for at få en privat leverandør til at oprette eller tilpasse pladser. Blandt kommunerne i de øvrige regioner gælder det 0-5 %.

Der er forskel på større og mindre kommuner på den måde, at større kommuner er lidt mere tilbøjelige end mindre kommuner til i høj eller meget høj grad

at afsøge muligheden for at oprette egne, nye pladser og tilpasse egne pladser.³¹ Samme forskel gælder muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, dog især på handicapområdet.³²

Endelig er det undersøgt, om der er forskel på kommuner, der køber hhv. sælger relativt meget og lidt. Her ser vi det mønster, at både kommuner med en relativt lav købsandel og kommuner med relativt lave salgsindtægter er mere tilbøjelige til at afsøge mulighederne for at oprette nye, egne tilbud eller pladser, tilpasse egne, eksisterende botilbudspladser og tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud. Som nævnt i afsnit 1.4.4 er der et vist overlap mellem de to grupper, idet hver tredje kommune *både* køber *og* sælger relativt lidt, hvilket betyder, at knap to ud af tre kommuner med lav købsandel også har lave salgsindtægter, og omvendt.

Spørgsmålet i Tabel 3.8 afdækkede, hvilke muligheder kommunerne typisk afsøger, når de har egne borgere med behov for botilbud, som de ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser. Vi har derefter i spørgeskemaet bedt kommunerne om at svare på, om de har konkrete eksempler på, at de forskellige muligheder faktisk er blevet anvendt inden for de seneste tre år. Det drejer sig om eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset af kommunen selv, af andre kommuner, af regioner, af private leverandører og i samdrift mellem kommuner. Hvis det er tilfældet, har vi bedt kommunerne uddybe eksemplerne i fritekst. Kommunernes svar er vist i Tabel 3.9.

³¹ Blandt den største tredjedel af kommunerne er det 43 % (handicap) hhv. 37 % (sindslidelse), der i høj eller meget grad vil afsøge muligheden for at oprette nyt tilbud eller plads, mens det blandt den mindste tredjedel er 31 % hhv. 29 %. I relation til muligheden for at tilpasse egne eksisterende pladser er det blandt de største kommuner 63 % hhv. 60 %, mens det blandt de mindste er 36 % hhv. 36 %.

³² Blandt den største tredjedel af kommunerne er det 70 % (handicap) hhv. 73 % (sindslidelse), der i høj eller meget grad vil afsøge muligheden for at tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, mens det blandt den mindste tredjedel er 59 % hhv. 69 %.

Tabel 3.9 Har I konkrete eksempler på, at forskellige muligheder for at tilpasse kapaciteten er blevet anvendt inden for de seneste tre år?

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser inden for de seneste 3 år er blevet oprettet eller tilpasset ...	Nej	Ja	Ja, via rammeaftale	Ja, efter bilateral aftale	Ja, efter dialog med Socialtilsynet
... af kommunen selv i egne tilbud?	30%	70%	8% (11%)	15% (21%)	56% (80%)
... af regioner?	77%	23%	16% (70%)	7% (30%)	
... af en anden kommune?	84%	16%	8% (50%)	8% (50%)	
... af private leverandører?	55%	45%			
... i samdrift mellem kommuner?	95%	5%			

Anm.: N = 86-87. Spørgsmål 2.4 til 2.8 i spørgeskemaet, Bilag 2. Tallene i parentes angiver andelen af kommuner, der i alt har svaret 'ja', som har sat kryds i de forskellige svarmuligheder. Tallene i parentes summerer ikke nødvendigvis til 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder under 'Ja, ...'.

Det ses af Tabel 3.9, at i alt 70 % af kommunerne har konkrete eksempler på, at kommunen selv har oprettet eller tilpasset pladser i de seneste tre år. Til sammenligning har 45 % af kommunerne konkrete eksempler på, at pladser er blevet oprettet eller tilpasset af private leverandører, mens 23 % har konkrete eksempler på, at regionerne har oprettet eller tilpasset pladser. 16 % har konkrete eksempler på, at pladser er blevet oprettet eller tilpasset af en anden kommune, mens tallet er nede på 5 % for oprettelser af pladser i samdrift mellem kommuner.

Flere af de vstdanske (78-79 %) end af de østdanske (59-61 %) kommuner har selv oprettet eller tilpasset pladser i de seneste tre år. Ligeledes har flere af de største end af de mindste kommuner oprettet eller tilpasset pladser i egne tilbud; 86 % af de største mod 53 % af de mindste kommuner. Der er ikke nævneværdig forskel på kommuner med relativt lave og høje salgsindtægter, men det er alene kommuner med relativt høje salgsindtægter, der har oprettet eller tilpasset egne pladser 'via rammeaftalesamarbejdet'.

Færrest kommuner i Region Sjælland, 6 %, oplyser, at de har konkrete eksempler på, at der er blevet oprettet eller tilpasset pladser i regionale tilbud. I Region Nordjylland er det flest, 44 %, mens det i de øvrige regioner er 23-26 %. Flest kommuner i Region Syddanmark (74 %) har oplevet, at der er blevet oprettet pladser i private botilbud, mens det samme gælder for 52-59 % af kommunerne øst for Storebælt og for 42-44 % af kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Endelig er der ingen af svarkommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland, der har konkrete eksempler på, at tilbud er blevet oprettet eller tilpasset i fælleskommunal samdrift. De få eksempler, der er, findes således i de øvrige tre regioner.

Kommunerne har i spørgeskemaet haft mulighed for at knytte kommentarer til deres svar på ovenstående spørgsmål. I relation til konkrete eksempler på tilbud eller pladser, som er blevet *oprettet eller tilpasset af kommunen selv i egne tilbud* inden for de seneste tre år, drejer de sig især om målgrupperne borgere med udviklingshæmning, borgere med sindslidelse og borgere med autisme. Det gælder, uanset om tilbuddene eller pladserne er oprettet eller tilpasset via rammeaftalesamarbejde, efter bilateral aftale eller efter dialog med Socialtilsynet. Flere af eksemplerne omhandler tilbud eller pladser til unge.

I forhold til eksempler, som vedrører *de regionale tilbud*, tegner der sig et lignende billede. Således er der især eksempler på tilbud eller pladser, som er etableret til borgere med sindslidelse og borgere med autisme. Til gengæld har kun en enkelt kommune givet et eksempel, hvor regionen har oprettet eller tilpasset et tilbud eller en plads til en borger med udviklingshæmning (via rammeaftalesamarbejdet). Endvidere har flere kommuner beskrevet eksempler, som vedrører de særlige pladser i psykiatrien.

Eksempler på tilbud eller pladser, som er blevet *oprettet eller tilpasset af en anden kommune* inden for de seneste tre år, omhandler især borgere med autisme (via rammeaftalesamarbejde) samt borgere med udviklingshæmning eller borgere med hjerneskade (efter bilateral aftale).

I forhold til *private leverandører* er der i udpræget grad givet eksempler, som handler om borgere med en eller flere sindslidelser (evt. kombineret med en afhængighedslidelse), borgere med autisme samt borgere med udviklingshæmning. Enkelte kommuner har desuden givet eksempler på tilbud eller pladser til domfældte borgere med udviklingshæmning.

Fire kommuner har givet eksempler på tilbud eller pladser, som er oprettet i *samdrift mellem kommuner*. To af disse eksempler omhandler borgere med sindslidelse, mens to andre drejer sig om borgere med udadreagerende adfærd og borgere med autisme.

4 Driftsansvar og salg af pladser

Dette kapitel tager udgangspunkt i et *driftsherreperspektiv* og drejer sig om kommunernes drift af egne botilbud og salg af pladser til andre kommuner i de botilbud, som kommunen selv driver.

Kommunerne kan vælge selv at drive botilbud, både til egne borgere og andre kommuners borgere. De fleste kommuner driver selv botilbud, men det er forskelligt, hvor meget de sælger til andre kommuner³³. To af de i alt 87 svarkommuner sælger ikke botilbudspladser til andre kommuner. Disse to kommuner er ikke blevet bedt om at besvare denne del af spørgeskemaet. Yderligere seks svarkommuner driver ikke *socialpsykiatriske* botilbud, dvs. botilbud til borgere med sindslidelse. Disse kommuner er taget ud af kapitlets svarfordelinger, hvor det er relevant.

Afsnit 4.1 afdækker, hvordan kommunerne *generelt* oplyser andre kommuner om det, hvis de har eller forventer at få ledige pladser i deres egne botilbud, dvs. de botilbud, som kommunen selv driver. I afsnit 4.2 ser vi på udviklingen *de seneste tre år*, herunder udviklingen i efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt udviklingen i kommunens ageren som driftsherre. Afsnit 4.3 handler om, hvorvidt kommunen *aktuelt* er ved at oprette, tilpasse eller nedlægge botilbudspladser, herunder om det skyldes ændret efterspørgsel fra egne eller andre kommuners borgere. Endelig afdækker afsnit 4.4 kommunernes forventninger til udviklingen *de næste tre år*, herunder forventninger til efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt forventninger til kommunens ageren som driftsherre.

Da kapitlet primært fokuserer på driftsherreperspektivet, er der i analyserne af mønstre i besvarelserne primært undersøgt forskelle mellem de to halvdele af kommunerne med de laveste hhv. de højeste salgsindtægter pr. 18-64-årig. Derudover er der undersøgt forskelle mellem kommunerne, fordelt efter størrelse og beliggenhedsregion, hvor det er vurderet relevant.

Hovedkonklusionerne i Kapitel 4 fremgår af Boks 4.1.

³³ Jævnfør blandt andet Dalsgaard et al (2022) og Dalsgaard et al (2012c).

Hvor gør man opmærksom på ledige pladser?

Tilbudsportalen er langt den hyppigst anvendte kanal til at oplyse andre kommuner om, at man har eller forventer at få ledige pladser i botilbud, som kommunen selv driver. Færre kommuner nævner det for andre kommuner i deres netværk, mens endnu færre oplyser det til rammeaftalesamarbejdet eller kontakter konkrete kommuner, der i forvejen benytter kommunens tilbud.

Udvikling i efterspørgsel de seneste tre år og de næste tre år

Omtrent hver anden kommune har de seneste tre år oplevet stigende efterspørgsel efter egne botilbudspladser fra kommunens egne borgere. Færre kommuner, mellem hver fjerde og hver femte, har oplevet stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Samtidig har mellem hver ottende og hver femtende kommune haft faldende efterspørgsel fra egne borgere, mens omtrent hver femte kommune har haft faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Samlet set er der flere kommuner, der har haft stigende end faldende efterspørgsel de seneste tre år, især når man ser på egne borgere. Der er ligeledes en overvægt af kommuner, der har haft stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere med sindslidelse, hvorimod lige mange kommuner har haft stigende som faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere med handicap.

Hver anden kommune forventer stigende efterspørgsel fra kommunens egne borgere efter botilbudspladser til borgere med handicap, mens det samme gælder to ud af tre kommuner i relation til borgere med sindslidelse. Færre kommuner, cirka hver tredje til hver femte, forventer stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Mellem hver tiende og hver tyvende kommune forventer faldende efterspørgsel efter egne pladser fra egne borgere, mens lidt flere, omtrent hver syvende, forventer faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Samlet set er der flere kommuner, der forventer stigende efterspørgsel, end der er kommuner, der forventer faldende efterspørgsel de næste tre år, især når det gælder egne borgere. Der er ligeledes en overvægt af kommuner, der har haft stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere *med sindslidelse*, hvorimod lige mange kommuner har haft stigende som faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere *med handicap*.

Passede udbuddet til efterspørgslen i de seneste tre år?

Omtrent hver tredje kommune har haft en høj grad af overefterspørgsel fra egne borgere de seneste tre år, dvs. haft større efterspørgsel, end de har kunnet imødekomme. Nogenlunde lige så mange kommuner har haft en lav grad af overefterspørgsel fra egne borgere. Kommunerne oplever sjældnere overefterspørgsel fra

andre kommuners borgere. Samlet set har flere kommuner i lav end i høj grad oplevet overefterspørgsel fra andre kommuners borgere i de seneste tre år. Langt de færreste kommuner har i høj grad haft et overudbud af pladser, dvs. ledige pladser i egne tilbud, som der ikke har været efterspørgsel efter.

Gennemført, igangværende og forventet tilpasning af kapacitet

Seks ud af ti kommuner har i de seneste tre år oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap. Det samme gælder godt hver anden kommune i relation til botilbud til borgere med sindslidelse. Lidt over halvdelen af kommunerne er aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap, mens hver tredje kommune er i gang med at oprette eller tilpasse pladser til borgere med sindslidelse. Knap to ud af tre kommuner forventer inden for de næste tre år at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud.

Hver fjerde kommune har inden for de seneste tre år nedlagt pladser i botilbud, som kommunen selv driver til borgere med handicap, mens knap hver femte kommune har nedlagt pladser i botilbud til borgere med sindslidelse. Hver tiende kommune er i gang med at nedlægge pladser i egne botilbud til borgere med handicap, og hver ottende kommune forventer inden for de næste tre år at nedlægge pladser til borgere med handicap. Kun meget få kommuner er i gang med eller forventer at nedlægge pladser i botilbud til borgere med sindslidelse.

Både gennemførte, igangværende og forventede kapacitetstilpasninger og kapacitetsudvidelser skyldes i højere grad ændret efterspørgsel fra egne borgere end fra andre kommuners borgere. Ligeledes skyldes både gennemførte, igangværende og forventede kapacitetsreduktioner hyppigere faldende efterspørgsel fra egne end fra andre kommuners borgere.

Forskel på større og mindre kommuner

Flere af de større kommuner end af de mindre har oprettet eller tilpasset egne botilbudspladser de seneste tre år. Der er også flere af de større kommuner, der er i gang med at oprette eller tilpasse pladser, og som forventer at gøre det i de kommende år.

Forskel på kommuner, der køber mere og mindre

De kommuner, der køber mindst, har i højere grad end dem, der køber mest, oplevet stigende efterspørgsel fra egne borgere efter egne botilbudspladser. I tråd hermed har de kommuner, der køber mindst, i højest grad oprettet eller tilpasset pladser i egne botilbud de seneste tre år og er også i højere grad i gang med at oprette nye

pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver. Det hænger blandt andet sammen med, at større kommuner køber mindre eksternt.

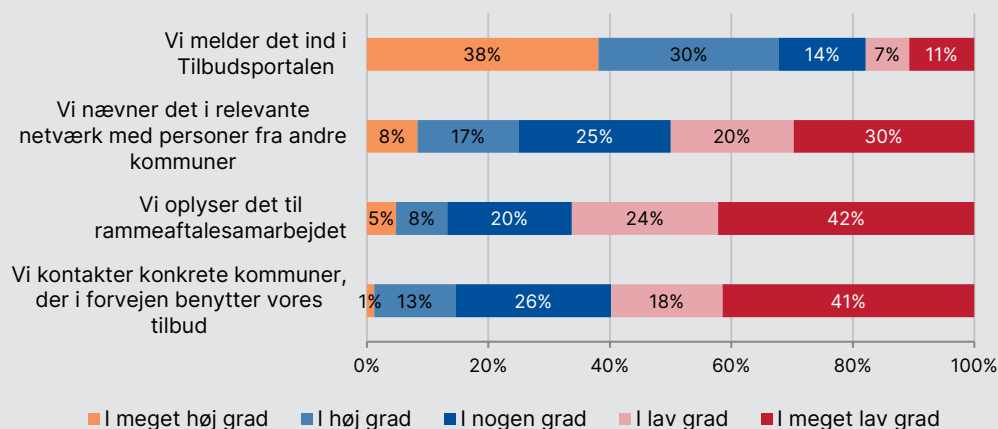
Forskel på kommuner, der sælger mere og mindre

Særligt den halvdel af kommunerne, der sælger mest til andre kommuner, har haft og forventer faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Blandt de kommuner, der sælger mest, er der også flere end blandt dem, der sælger mindst, der har nedlagt pladser i deres egne botilbud, især til borgere med handicap. Samtidig har de kommuner, der sælger mest, dog i lidt højere grad oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud til borgere med sindslidelse i de seneste tre år. Dette skyldes især ændret efterspørgsel fra egne borgere, jf. ovenfor. Blandt de kommuner, der sælger mindst, er der flere, der har haft og forventer stigende efterspørgsel fra egne borgere end blandt de kommuner, der sælger mest. I tråd hermed er de kommuner, der sælger mindst, i højere grad end de kommuner, der sælger mest, aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud.

4.1 Hvor gør man opmærksom på ledige pladser?

Figur 4.1 viser kommunernes svar på, hvordan de generelt oplyser andre kommuner om det, hvis de har eller forventer at få ledige pladser i botilbud, som kommunen selv driver. Det fremgår, at Tilbudsportalen er langt den hyppigst anvendte kanal til at oplyse om eventuelle ledige pladser. 68 % af kommunerne benytter sig i høj eller meget høj grad af Tilbudsportalen. Det hænger fint sammen med, at tre ud af fire kommuner bruger oplysninger fra Tilbudsportalen, når de mangler en plads, jf. afsnit 3.1. 25 % af kommunerne nævner det i høj eller meget høj grad for andre kommuner i deres netværk, når de har ledige pladser. Nogenlunde lige mange kommuner, 13-14 %, oplyser det i høj eller meget høj grad til rammeaftalesamarbejdet hhv. kontakter konkrete kommuner, der i forvejen benytter kommunens tilbud, når de har eller forventer at få ledige pladser.

Figur 4.1 I hvilken grad gør I brug af nedenstående muligheder for at oplyse andre kommuner om, at I har eller forventer at få ledige pladser i jeres egne botilbud?



Anm.: N = 82-84. Spørgsmål 3.1 i spørgeskema, Bilag 2. Spørgsmålet er besvaret af kommuner, der sælger pladser i botilbud til andre kommuners borgere.

23 kommuner har knyttet kommentarer til deres svar. Heraf har tolv kommuner oplyst, at de typisk har få eller ingen ledige botilbudspladser som følge af lav kapacitet, stor efterspørgsel (fx højt specialiserede pladser), høj egenbelægning mv. Endvidere har fire kommuner peget på, at andre kommuner ofte selv retter henvendelse og efterspørger pladser, mens to kommuner har oplyst, at de typisk anvender portalen "www.findenplads.dk". Endelig har to kommuner skrevet, at ledige pladser meddeles på tilbuddets egen hjemmeside eller på en til formålet oprettet hjemmeside, som er fælles for alle kommunens tilbud.

Der er visse forskelle mellem kommunerne, når man fordeler deres svar efter beliggenhedsregion, jf. Tabel 4.1. Flere (72-78 %) af kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland melder i høj grad ledige pladser ind i Tilbudsportalen, mens færre (58 %) af kommunerne i Region Syddanmark gør det. Der er flere kommuner (17 % hhv. 25 %) i Region Syddanmark og Region Sjælland, der i høj grad melder ledige pladser ind i rammeaftalesamarbejdet, mens det er færre (5 %) i Region Hovedstaden. Endelig er der flere kommuner i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland end i Region Midtjylland og Region Syddanmark, der i høj grad nævner det i relevante netværk med andre kommuner eller kontakter konkrete kommuner, som de i forvejen sælger pladser til, for at gøre opmærksom på, at de har eller forventer at få en ledig plads.

Tabel 4.1 Fordelt på beliggenhedsregion: I hvilken grad gør I brug af nedenstående muligheder for at oplyse andre kommuner om, at I har eller forventer at få ledige pladser i jeres egne botilbud? Andel, der har svaret 'i høj grad' eller 'i meget høj grad'

Andel, der har svaret i høj eller meget høj grad	Tilbudsportalen	Rammeaftale-samarbejdet	Netværk med andre kommuner	Kontakter konkrete kommuner
Region Hovedstaden	68%	5%	27%	18%
Region Sjælland	69%	25%	44%	20%
Region Syddanmark	58%	17%	11%	6%
Region Midtjylland	72%	11%	16%	11%
Region Nordjylland	78%	11%	33%	22%

Anm.: N = 82-84. Spørgsmål 3.1 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Blandt de kommuner, der sælger mest,³⁴ er der – naturligt nok – flere, der i høj eller meget høj grad bruger Tilbudsportalen, netværk med andre kommuner og kontakt til konkrete køberkommuner, når man sammenligner med kommuner, der sælger mindre. Det hænger formentlig sammen med, at kommuner der sælger færre pladser, sjældnere har en ledig plads.

4.2 Tilpasning af kapacitet til efterspørgsel de seneste tre år

Dette afsnit handler om, hvordan efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere har udviklet sig i de seneste tre år og om, hvordan den enkelte kommune har udviklet og tilpasset sin botilbudskapacitet i relation til efterspørgslen. Det bemærkes, at vi undersøger netto-udviklinger i efterspørgslen, som kan dække over stigende efterspørgsel fra nogle specifikke målgrupper og faldende efterspørgsel fra andre, jf. også afsnit 2.1.2. De samme botilbudspladser kan ikke bruges til fx borgere med hjerneskade som til borgere med autisme. Derfor kan der godt være brug for at tilpasse kapaciteten – fx både at oprette og nedlægge pladser – selvom den samlede efterspørgsel er uændret.

Figur 4.2 viser kommunernes svar på, om de som driftsherre i de seneste tre år har haft stigende, uændret eller faldende efterspørgsel fra egne borgere og andre kommuners borgere efter botilbudspladser drevet af kommunen selv. Spørgsmålet er stillet for botilbudspladser til borgere med hhv. handicap (vist øverst i Figur 4.2) og sindslidelse (vist nederst i Figur 4.2). Det ses, at svarene

³⁴ Det vil sige har relativt høje salgsindtægter pr. 18-64-årig indbygger, jf. afsnit 1.4.4.

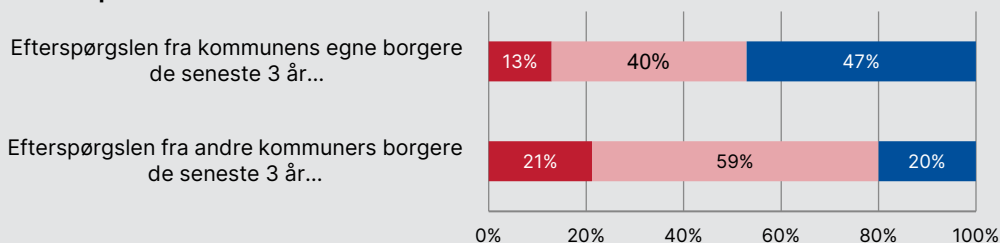
ligner hinanden på tværs af de to målgrupper, men er forskellige for kommunens egne og andre kommuners borgere.

Omtrent halvdelen af kommunerne har de seneste tre år haft stigende efterspørgsel fra kommunens egne borgere efter botilbudspladser til både borgere med handicap (47 %) og borgere med sindslidelse (54 %). Færre kommuner har haft stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere efter pladser til borgere med handicap (20 %) og sindslidelse (27 %). Svarene viser et tilsvarende mønster for faldende efterspørgsel, hvor 13 % (handicap) hhv. 6 % (sindslidelse) af kommunerne har haft faldende efterspørgsel efter egne pladser fra egne borgere, mens flere kommuner – 21 % hhv. 18 % – har haft faldende efterspørgsel efter egne pladser fra andre kommuners borgere.

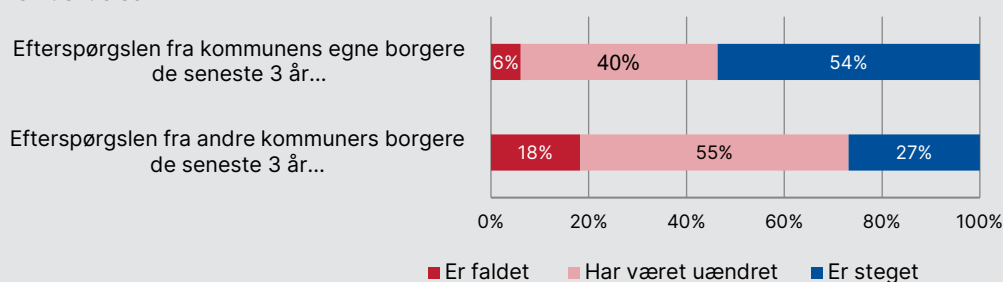
Samlet set er der således flere kommuner, der har oplevet stigende end faldende efterspørgsel efter egne botilbudspladser de seneste tre år. Det gælder i højere grad efterspørgsel fra egne borgere og i lavere grad efterspørgsel fra andre kommuners borgere. Der er en overvægt af kommuner, der har haft stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere *med sindslidelse*, hvorimod lige mange kommuner har haft stigende som faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere *med handicap*.

Figur 4.2 Hvilken udvikling har der været i de seneste tre år i efterspørgslen efter *botilbudspadser, som kommunen selv driver*, fra egne borgere og andre kommuners borgere?

Handicap



Sindslidelse



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 82. Spørgsmål 3.2 i spørgeskema Bilag 2.

Blandt de 13 kommuner, som har uddybet deres svar med supplerende bemærkninger, har syv kommuner oplyst, hvilke ændringer i sammensætningen af målgrupper der hænger sammen med udviklingen i efterspørgslen efter kommunens tilbud. Der tegner sig et noget broget billede af situationen, om end kommunerne samlet set har beskrevet fald i efterspørgslen efter pladser til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder fx udviklingshæmning, og stigning i efterspørgslen efter pladser til borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger såsom dobbeltdiagnoser og autisme med til lægsvanskeligheder.

To andre kommuners kommentarer handler om, at der har været en vigende efterspørgsel efter botilbudslignende boformer efter almenboliglovens § 105 med tilknyttet støtte efter servicelovens §§ 83-87 og en samtidig stigende efterspørgsel efter midlertidige botilbud efter servicelovens § 107. Ifølge kommunerne hænger denne udvikling sammen med, at borgerne har svært ved at have råd til at bo i botilbudslignende boformer.

Det er undersøgt, om der er forskel på udviklingen i efterspørgslen mellem kommuner, der sælger og køber relativt meget hhv. relativt lidt. I relation til efterspørgsel *fra andre kommuners borgere* har særligt de kommuner, der sælger mest, haft faldende efterspørgsel fra andre kommuner efter pladser i kommunens egne botilbud. Forskellen er størst (30 % mod 7 %) for pladser til borgere med sindslidelse.³⁵ I relation til efterspørgsel *fra egne borgere* efter kommunens egne botilbudspladser, er der større forskel mellem kommunegrupperne. For begge målgrupper er det sådan, at særligt de kommuner, der køber mindst, og de kommuner, der sælger mindst, har haft stigende efterspørgsel fra egne borgere efter egne botilbudspladser.³⁶

Figur 4.2 viser, hvilken udvikling der har været i efterspørgslen efter botilbudspladser fra kommunens egne borgere og andre kommuners borgere de seneste tre år. Det siger imidlertid ikke noget om, hvordan pladskapaciteten svarer til efterspørgslen. Derfor er kommunerne i spørgeskemaet blevet bedt om at besvare tre spørgsmål om relationen mellem efterspørgsel og botilbudskapacitet for de to målgrupper. Svarene er vist i Figur 4.3.

For hver målgruppe har kommunerne svaret på, om de i de seneste tre år har oplevet overefterspørgsel fra egne borgere og andre kommuners borgere, dvs. om der har været større efterspørgsel, end de har haft kapacitet til at imødekomme i botilbud, som kommunen selv driver. Endvidere har kommunerne svaret på, om de i de seneste tre år har oplevet overudbud i egne botilbud, dvs. om de har haft ledige pladser i kommunens tilbud, som der ikke har været efterspørgsel efter.

Det ses af Figur 4.3, at mønsteret for de to målgrupper er nogenlunde ensartet. Omtrent hver tredje kommune har i høj eller meget høj grad haft overefterspørgsel *fra egne borgere* de seneste tre år. Det gælder 28 % af kommunerne for handicapområdet og 35 % i forhold til socialpsykiatrien. 35 % hhv. 39 % af kommunerne har i lav eller meget lav grad haft overefterspørgsel fra egne borgere. Således har nogenlunde lige mange kommuner i høj som i lav grad oplevet overefterspørgsel fra egne borgere.

Der opleves sjældnere en høj grad af overefterspørgsel *fra andre kommuners borgere*. 16 % af kommunerne har således i høj eller meget høj grad haft større efterspørgsel fra andre kommuners borgere med handicap, end de kunne imødekomme, mens det gælder 11 % for sindslidende. 46 % hhv. 62 % af kommu-

³⁵ For pladser til borgere med handicap er det 24 % af dem, der sælger mest, der har haft faldende efterspørgsel, mod 18 % af dem, der sælger mindst.

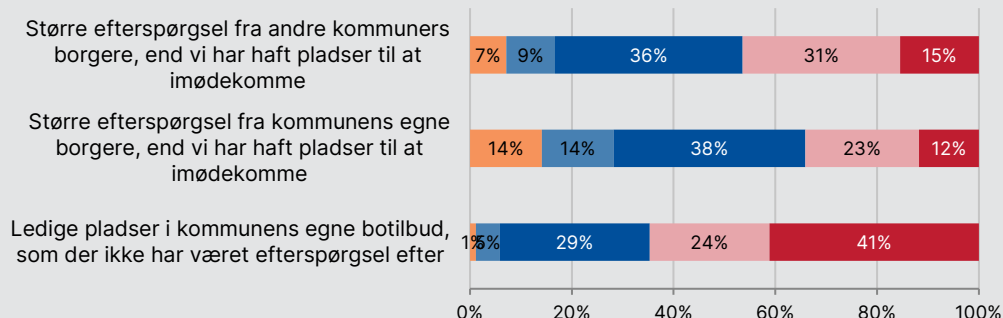
³⁶ Blandt kommuner med lave salgsindtægter oplever 59 % (handicap) hhv. 64 % (sindslidelse) stigende efterspørgsel fra egne borgere, mens det blandt kommuner med høje salgsindtægter er 34 % hhv. 43 %. Blandt kommuner med lave købsandele er det 58 % hhv. 64 %, der oplever stigende efterspørgsel fra egne borgere, mens det blandt kommuner med høje købsandele er 36 % hhv. 43 %.

nerne har i lav eller meget lav grad haft overefterspørgsel fra andre kommuners borgere. Samlet set har flere kommuner i lav grad end i høj grad oplevet overefterspørgsel fra andre kommuners borgere.

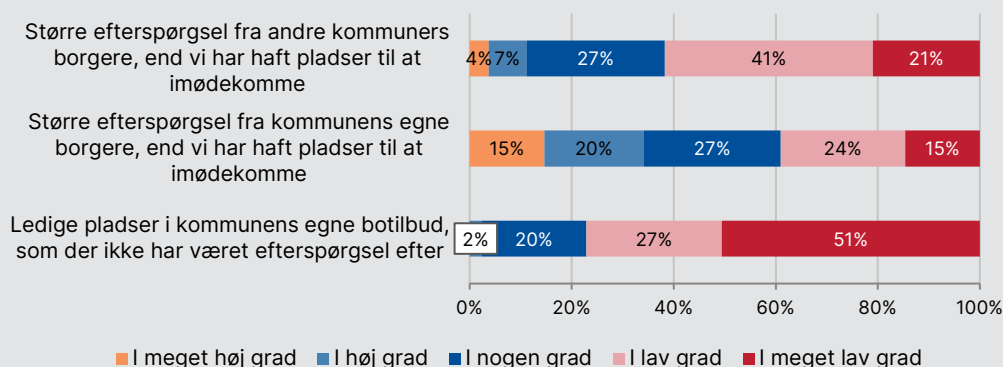
Endelig oplever de færreste kommuner, at de har haft et overudbud af pladser, dvs. ledige pladser i egne tilbud, som der ikke har været efterspørgsel efter. Det gælder i høj eller meget høj grad for hhv. 6 % (handicap) og 2 % (sindslidelse) af kommunerne. 65 % hhv. 78 % har i lav eller meget lav grad haft overudbud de seneste tre år.

Figur 4.3 I hvilken grad passer nedenstående udsagn på situationen i jeres kommune de seneste tre år?

Handicap



Sindslidelse



Anm.: N (handicap) = 84-85. N (sindslidelse) = 81-83. Fem kommuner, der ikke driver botilbud til sindslidende, har svaret på spørgsmålet for sindslidelse. De har overvejende svaret "i meget lav grad" eller "i lav grad". Spørgsmål 3.3 i spørgeskemaet, Bilag 2. Spørgsmålsformuleringerne er forkortet i figuren. De fulde formuleringer fremgår af spørgeskemaet i Bilag 2.

15 kommuner har knyttet – meget forskellige – bemærkninger til deres svar. Flere af kommentarerne afspejler, at det er svært at svare generelt på spørgsmålene om overudbud og overefterspørgsel, da der kan være forskel mellem målgrupper. I relation til overudbud af pladser har to kommuner oplyst, at man som følge af ledige pladser enten har lukket et tilbud eller er i gang med at omlægge et tilbud. I relation til overefterspørgsel efter pladser har to kommuner skrevet, at man gennem de seneste år ikke har været i stand til at imødekomme efterspørgslen efter pladser som følge af manglende match mellem indholdet af tilbuddet og borgerens støttebehov. To kommuner har oplyst, at man ikke har kunnet imødekomme efterspørgslen efter pladser som følge af rekrutterings- og fastholdelsesproblemer blandt botilbudspersonalet eller manglende faglige kompetencer hos personalet.

Der ser ikke ud til at være systematisk forskel på graden af overefterspørgsel fra andre kommuners borgere mellem kommuner, der sælger relativt meget og relativt lidt. Men kommuner med relativt lave salgsindtægter har i højere grad haft overefterspørgsel fra *egne borgere* end kommuner med relativt høje salgsindtægter.

De foregående afsnit har drejet sig om, hvordan efterspørgslen og relationen mellem efterspørgsel og udbud har udviklet sig i de seneste tre år. De næste afsnit handler om, hvordan kommunerne har udviklet deres botilbudskapacitet inden for de seneste tre år, og hvilken sammenhæng der er til efterspørgslen. Mere konkret er kommunerne i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på, hvorvidt de har oprettet, tilpasset eller nedlagt botilbudspladser inden for de seneste tre år, og i hvilken grad det skyldes ændret efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere.

Figur 4.4 viser, at 62 % af kommunerne inden for de seneste tre år har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap. Det samme gælder 51 % af kommunerne i relation til botilbud til borgere med sindslidelse.³⁷ Man skal være opmærksom på, at spørgsmålet inkluderer både oprettelse af nye pladser og tilpasning af eksisterende pladser. Svarene er derfor et samlet billede af, om der er sket en udvikling, hvor der enten er kommet helt nye pladser til eller eksisterende pladser har fået nyt eller tilpasset indhold.

³⁷ Andelen er 55 %, hvis man kun ser på besvarelser fra kommuner, der i dag driver botilbud til borgere med sindslidelse.

Figur 4.4 Har kommunen inden for de seneste tre år oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver?



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 84. Fem kommuner, der ikke driver botilbud til sindslidende i dag, har svaret nej til at have oprettet nye pladser til borgere med sindslidelse. Spørgsmål 3.4 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Langt flere af de større kommuner end af de mindre har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i egne botilbud i de seneste tre år. Det gælder både pladser til borgere med handicap og sindslidelse.³⁸

Lidt flere af de kommuner, der sælger mest, end af de kommuner, der sælger mindst, har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud til borgere med sindslidelse, mens der ikke er forskel i relation til pladser til borgere med handicap.³⁹ Det kan måske undre, set i lyset af, at disse kommuner i højere grad har haft faldende efterspørgsel fra andre kommuners borgere, jf. ovenfor. Som det fremgår nedenfor, skyldes kapacitetstilpasninger og kapacitetsudvidelser dog primært ændret efterspørgsel fra egne borgere (se Figur 4.5).

Det omvendte mønster ses for de kommuner, der *køber* mest og mindst eksternt. Flere af de kommuner, der bruger den *mindste* del af deres udgifter på eksterne køb, har oprettet eller tilpasset pladser i egne botilbud de seneste tre år.⁴⁰ Også her er der især forskel i relation til pladser til borgere med sindslidelse.

³⁸ 73 % af de større kommuner har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med handicap, mens det er 51 % af de mindre kommuner. 59 % af de større kommuner har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med sindslidelse, mens det er 43 % af de mindre kommuner.

³⁹ 56 % af de kommuner der sælger mest, har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med sindslidelse. Det tilsvarende tal for de kommuner, der sælger mindst, er 47 %. For pladser i botilbud til borgere med handicap er tallene 63 % og 61 %.

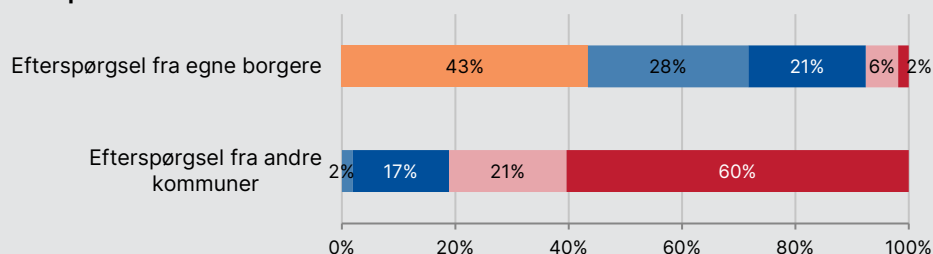
⁴⁰ 65 % hhv. 60 % af de kommuner der køber mindst, har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse. De tilsvarende tal for de kommuner, der køber mest, er 60 % hhv. 43 %.

De kommuner, der inden for de seneste tre år har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud til hhv. borgere med handicap og sindslidelse, er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes stigende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. Svarene fremgår af Figur 4.5.

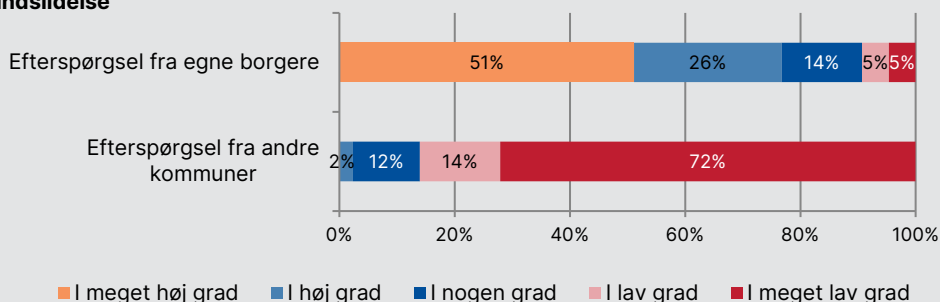
Det ses, at kapacitetstilpasninger og -udvidelser primært skyldes ændret efterspørgsel fra egne borgere. For 71 % (handicap) hhv. 77 % (sindslidelse) af svarkommunerne skyldes det i høj eller meget høj grad ændret efterspørgsel fra egne borgere, når kommunerne har oprettet eller tilpasset egne botilbudspladser i de seneste tre år. Kun 2 % angiver, at det i høj grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner, mens mere end 80 % angiver, at det i lav eller meget lav grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner.

Figur 4.5 I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen har oprettet eller tilpasset egne botilbudspladser i de seneste tre år?

Handicap



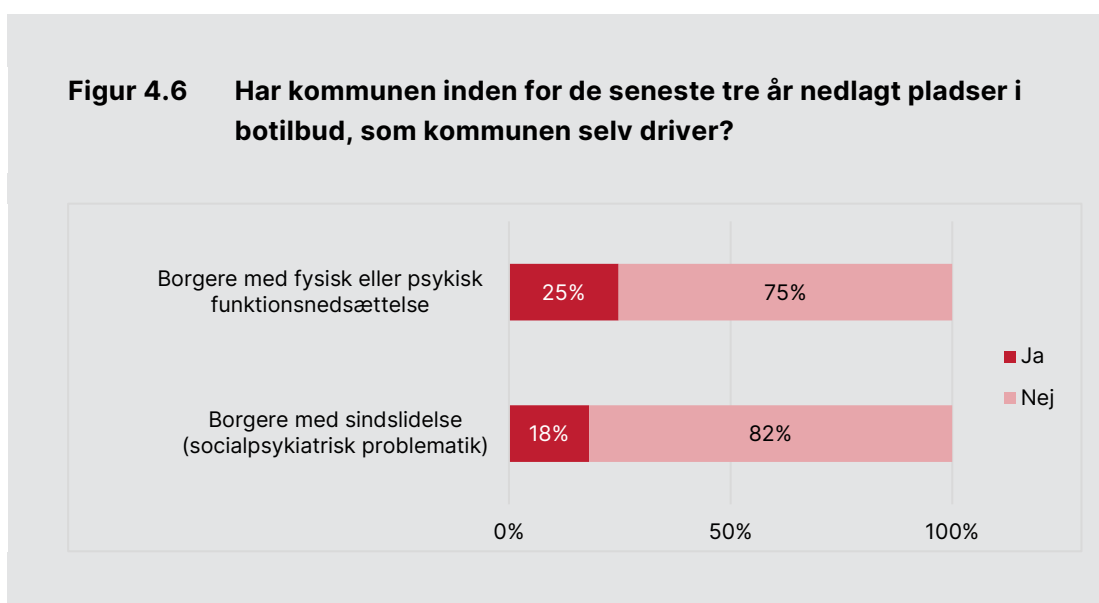
Sindslidelse



Anm.: N (handicap) = 53. N (sindslidelse) = 43. Spørgsmål 3.4a i spørgeskemaet, Bilag 2. Spørgsmålene er kun stillet til de kommuner, der har svaret ja til, at de har oprettet eller tilpasset pladser i egne botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse de seneste tre år.

Blandt de tolv kommuner, som har suppleret deres svar med uddybende bemærkninger, har fire kommuner oplyst, at man inden for de seneste tre år har oprettet egne tilbud efter servicelovens § 107. En af disse kommuner har dog lukket tilbuddet igen. Desuden har seks kommuner oplyst, hvilke målgrupper eller pladstyper man har oprettet eller tilpasset egne pladser til. Det drejer sig blandt andet om ældre borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse, komplekse borgere med særlige behov, borgere med en kombination af udviklingshæmning og demens, akutpladser til borgere med psykisk funktionsnedsættelse og afklaringspladser til unge.

Figur 4.6 viser, at 25 % af kommunerne inden for de seneste tre år har nedlagt pladser i botilbud, som kommunen selv driver til borgere med handicap. 18 % af kommunerne har nedlagt pladser i botilbud til borgere med sindslidelse.



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 83. Fem kommuner, der ikke driver botilbud til sindslidende i dag, har svaret nej til at have nedlagt pladser til borgere med sindslidelse. Spørgsmål 3.5 i spørgeskemaet, Bilag 2.

De kommuner, der sælger mest, har i højere grad end de kommuner, der sælger mindst, nedlagt pladser i deres egne botilbud til især borgere med handicap.⁴¹

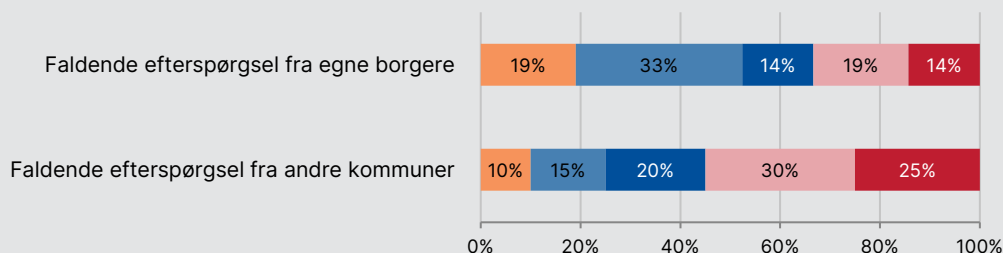
De kommuner, der inden for de seneste tre år har nedlagt pladser i botilbud til borgere med hhv. handicap og sindslidelse, er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes faldende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. Svarene fremgår af Figur 4.7.

⁴¹ 39 % af de kommuner der sælger mest, har nedlagt pladser i botilbud til borgere med handicap. Det tilsvarende tal for de kommuner, der sælger mindst, er 11 %. For pladser i botilbud til borgere med sindslidelse er tallene 22 % og 14 %.

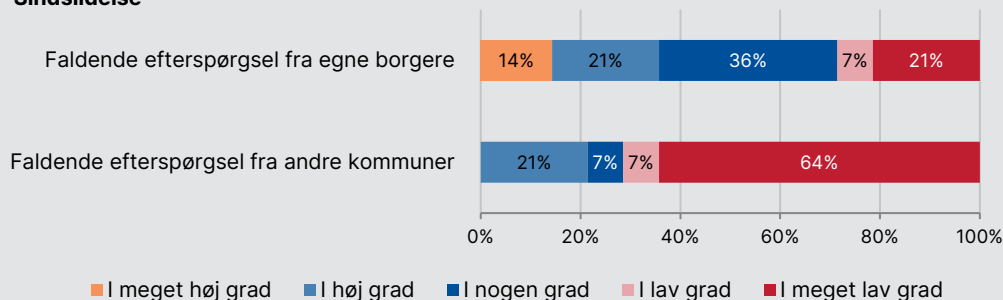
Det ses, at kapacitetsreduktioner i højere grad skyldes ændret efterspørgsel fra egne borgere end fra andre kommuners borgere. Dog er det mere balance- ret fordelt end for udvidelser og tilpasninger. For 52 % (handicap) hhv. 35 % (sindslidelse) af svarkommunerne skyldes det i høj eller meget høj grad fal- dende efterspørgsel fra egne borgere, når kommunerne har nedlagt egne bo- tilbudspladser i de seneste tre år. Færre kommuner, 25 % hhv. 21 %, angiver, at det i høj eller meget høj grad skyldes faldende efterspørgsel fra andre kom- muner. 55 % hhv. 71 % angiver, at det i lav eller meget lav grad skyldes fal- dende efterspørgsel fra andre kommuner.

Figur 4.7 I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen har nedlagt egne botilbudspladser i de seneste tre år?

Handicap



Sindslidelse



Anm.: N (handicap) = 20-21. N (sindslidelse) = 14. Spørgsmål 3.5a i spørgeskemaet, Bilag 2. Spørgsmålene er kun stillet til de kommuner, der har svaret ja til, at de har nedlagt pladser i botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse de seneste tre år.

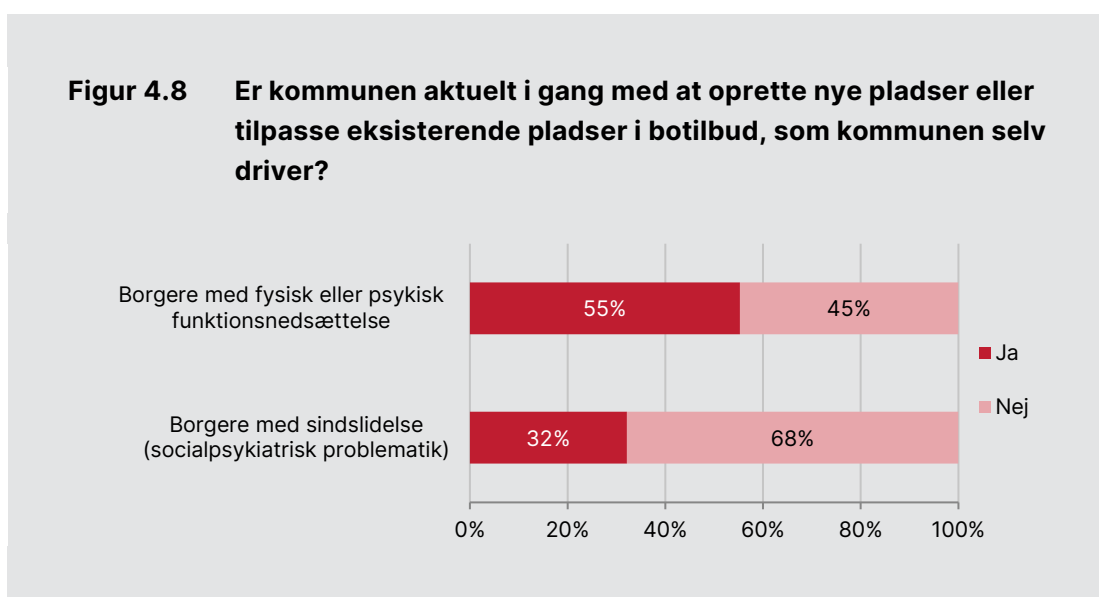
Blandt de 14 kommuner, som har benyttet sig af muligheden for at uddybe deres svar med kommentarer, har fire kommuner skrevet, at utidssvarende eller uhenigtsmæssige fysiske forhold var baggrunden for nedlæggelse af tilbud. Tre af disse kommuner har endvidere oplyst, at de pågældende tilbud enten er eller bliver reetableret ved modernisering eller nybyggeri. En enkelt kommune

har oplyst, at man har nedlagt et botilbud til borgere med sindslidelse efter servicelovens § 108 og i stedet oprettet et nyt og større tilbud, som kan rumme borgere med mere komplekse udfordringer. Otte kommuner har peget på forskellige andre årsager til nedlæggelse af tilbud, herunder fx udfordringer med fastholdelse af kompetent fagligt personale eller opretholdelse af tilstrækkeligt højt fagligt niveau i tilbuddet, overkapacitet samt tilpasning af tilbudsviften til andre målgrupper eller behov. Hertil kommer, at Socialtilsynet har lukket et tilbud.

4.3 Aktuel tilpasning af kapacitet til efterspørgsel

Det foregående afsnit har drejet sig om, hvordan kommunerne har udviklet deres botilbudskapacitet inden for de seneste tre år, og hvilken sammenhæng der har været til efterspørgslen. Dette afsnit handler om, hvorvidt kommunen *aktuelt* er ved at oprette, tilpasse eller nedlægge botilbudspladser, og i hvilken grad det skyldes ændret efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere.

Figur 4.8 viser, at 55 % af kommunerne aktuelt er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap. Det samme gælder 32 % af kommunerne i relation til botilbud til borgere med sindslidelse. Man skal være opmærksom på, at spørgsmålet inkluderer både oprettelse af nye pladser og tilpasning af eksisterende pladser. Svarene er derfor et samlet billede af, om der foregår en udvikling, hvor der enten kommer nye pladser til eller eksisterende pladser får nyt eller tilpasset indhold.



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 84. Spørgsmål 3.6 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Langt flere af de større kommuner end af de mindre kommuner er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i egne botilbud. Det gælder både pladser til borgere med handicap og sindslidelse.⁴²

Lidt flere af de kommuner, der sælger mindst, end af de kommuner, der sælger mest, er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud. Det gælder både tilbud til borgere med handicap og borgere med sindslidelse.⁴³ Det samme mønster ses for de kommuner, der *køber* mest og mindst eksternt. Langt flere af de kommuner, der køber mindst, er i gang med at oprette eller tilpasse pladser i egne botilbud.⁴⁴

De kommuner, der aktuelt er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til hhv. borgere med handicap og sindslidelse er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes stigende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. Svarene fremgår af Figur 4.9.

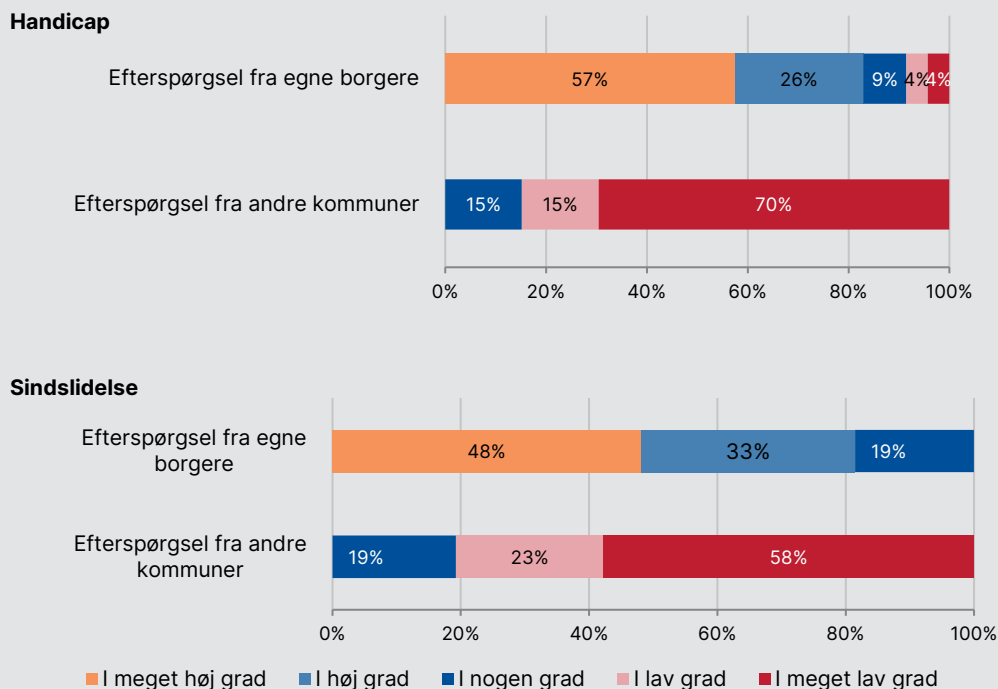
Det ses, at igangværende kapacitetstilpasninger og kapacitetsudvidelser primært skyldes ændret efterspørgsel fra egne borgere. For 83 % (handicap) hhv. 81 % (sindslidelse) af svarkommunerne skyldes det i høj eller meget høj grad ændret efterspørgsel fra egne borgere, når kommunerne aktuelt er i gang med at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser. Ingen kommuner angiver, at det i høj grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner, mens mere end 80 % angiver, at det i lav eller meget lav grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner.

⁴² 75 % af de større kommuner er i gang med at oprette eller tilpasse pladser i botilbud til borgere med handicap, mens det er 34 % af de mindre kommuner. 41 % af de større kommuner er i gang med at oprette eller tilpasse pladser i botilbud til borgere med sindslidelse, mens det er 23 % af de mindre kommuner.

⁴³ 59 % hhv. 35 % af de kommuner, der sælger mindst, er i gang med at oprette eller tilpasse pladser i botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse. Det tilsvarende tal for de kommuner, der sælger mest, er 51 % hhv. 29 %.

⁴⁴ 65 % hhv. 45 % af de kommuner, der køber mindst, er i gang med at oprette eller tilpasse pladser i botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse. De tilsvarende tal for de kommuner, der køber mest, er 45 % hhv. 19 %.

Figur 4.9 I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen aktuelt er i gang med at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser?



Anm.: N (handicap) = 46-47. N (sindslidelse) = 26-27. Spørgsmål 3.6a i spørgeskemaet, Bilag 2. Spørgsmålene er kun stillet til de kommuner, der har svaret ja til, at de aktuelt er i gang med at oprette eller tilpasse egne pladser i botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse.

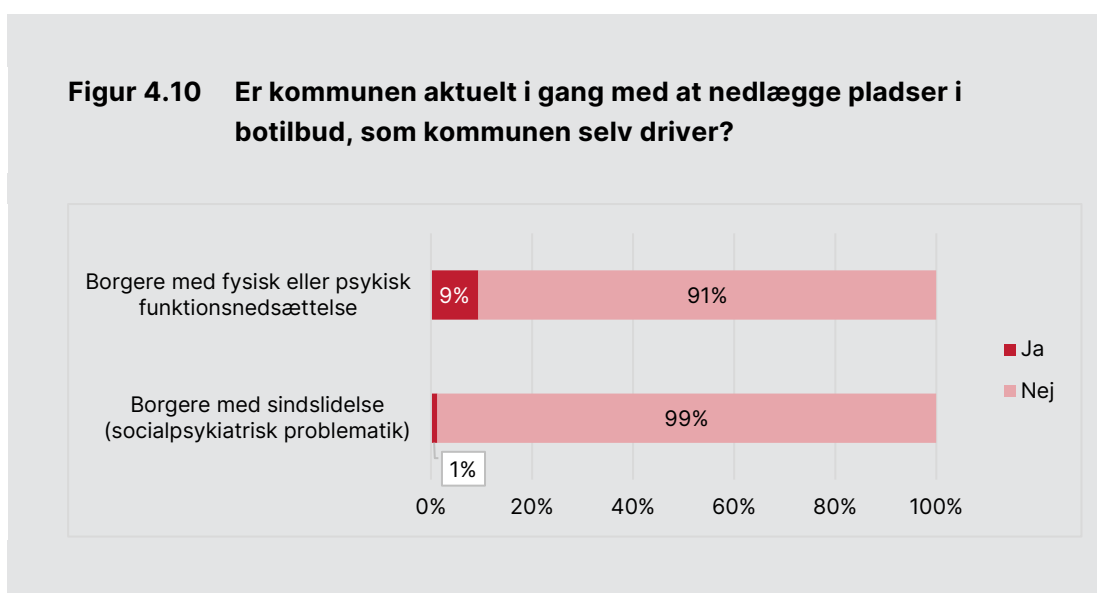
Også her har kommunerne haft mulighed for at uddybe deres svar. Det har 12 kommuner gjort. De fleste kommentarer indeholder beskrivelser af de målgrupper eller pladstyper, som kommunen aktuelt er i gang med at justere egen tilbudsvifte i forhold til, herunder:

- Unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse
- Akutpladser til borgere med sindslidelse
- Borgere med autisme, evt. med udadreagerende adfærd og/eller udviklingshæmning
- Borgere med meget komplekse og sammensatte problemstillinger
- Borgere med senhjerneskode
- Borgere med en kombination af udviklingshæmning og demens

- § 107-tilbud (målgruppe ikke specificeret)
- Fleksible pladser efter anden paragraf end de øvrige botilbud
- 'Skæve' boliger.

Derudover har en kommune oplyst, at man nedlægger en række mindre tilbud og i stedet opretter et større tilbud med henblik på at opnå stordriftsfordele. Endelig har en kommune skrevet, at tilpasning af tilbudskapaciteten hænger sammen med overkapacitet til borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Figur 4.10 viser, at langt de færreste kommuner er i gang med at nedlægge botilbudspladser. 9 % af kommunerne er i gang med at nedlægge pladser i botilbud, som kommunen selv driver til borgere med handicap, mens 1 % er i gang med at nedlægge pladser i botilbud til borgere med sindslidelse.



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 79. Spørgsmål 3.7 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Der er kun lidt forskel mellem kommuner, der sælger hhv. køber meget eller lidt. 12 % af de kommuner, der sælger mest, er i gang med at nedlægge pladser til borgere med handicap, mod 7 % af de kommuner, der sælger mindst.

De relativt få kommuner, der aktuelt er i gang med at nedlægge botilbudspladser til borgere med handicap⁴⁵, er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes stigende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. I lighed med tidligere skyldes igangværende kapacitetsreduktioner hyppigere faldende efterspørgsel fra egne end fra andre kommuners borgere. For fem af

⁴⁵ Svaret vises ikke for den ene kommune, der er i gang med at nedlægge pladser til borgere med sindslidelse.

de otte svarkommuner (63 %) skyldes det i høj eller meget høj grad faldende efterspørgsel fra egne borgere, når kommunerne aktuelt er i gang med at nedlægge botilbudspladser. Tre af kommunerne (38 %) angiver, at det i høj eller meget høj grad skyldes faldende efterspørgsel fra andre kommuner.

4.4 Forventet tilpasning af kapacitet til efterspørgsel de næste tre år

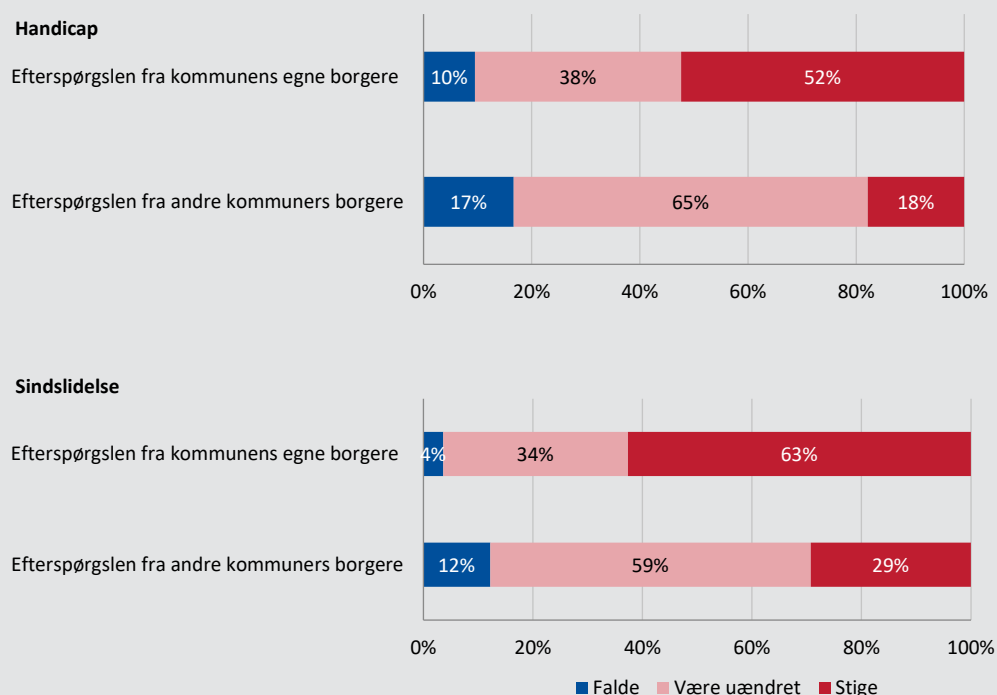
Dette afsnit afdækker kommunernes forventninger til udviklingen de næste tre år, herunder forventninger til efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt forventninger til, hvordan kommunerne vil tilpasse deres botilbudskapacitet i relation til efterspørgslen.

Figur 4.11 viser kommunernes svar på, om de som driftsherre i de næste tre år forventer stigende, uændret eller faldende efterspørgsel fra egne borgere og andre kommuners borgere efter botilbudspladser drevet af kommunen selv. Også dette spørgsmål er stillet for botilbudspladser til borgere med hhv. handicap og sindslidelse. Det ses igen, at svarene ligner hinanden på tværs af de to målgrupper, men er forskellige for kommunens egne og andre kommuners borgere.

Hver anden hhv. to ud af tre kommuner forventer de næste tre år stigende efterspørgsel fra kommunens egne borgere efter botilbudspladser til både borgere med handicap (52 %) og borgere med sindslidelse (63 %). Mellem hver tredje og hver femte kommune forventer stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere efter pladser til borgere med handicap (18 %) og borgere med sindslidelse (29 %). Svarene viser et tilsvarende mønster for faldende efterspørgsel, hvor 10 % (handicap) hhv. 4 % (sindslidelse) af kommunerne forventer faldende efterspørgsel efter egne pladser fra egne borgere, mens lidt flere kommuner, 17 % hhv. 12 %, forventer faldende efterspørgsel efter egne pladser fra andre kommuners borgere.

Samlet set er der således flere kommuner, der forventer stigende efterspørgsel, end der er kommuner, der forventer faldende efterspørgsel, de næste tre år, både når det gælder egne og andre kommuners borgere. Der er flere kommuner, der forventer stigende efterspørgsel fra egne borgere, end der er kommuner, der forventer stigende efterspørgsel fra andre kommuners borgere.

Figur 4.11 Hvilken udvikling forventer I de næste tre år i efterspørgslen efter botilbudspladser, som kommunen selv driver, fra egne borgere og andre kommuners borgere?



Anm.: N (handicap) = 84. N (sindslidelse) = 82-83. Spørgsmål 3.8 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Blandt de 13 kommuner, som har kommenteret deres svar, har fire kommuner peget på, at man forventer en stigende efterspørgsel efter pladser til borgere med autisme, evt. i kombination med andre vanskeligheder såsom udadreagerende adfærd eller anden diagnose. Kommunernes øvrige beskrivelser af de målgrupper eller pladstyper, hvor man forventer en stigende efterspørgsel, omfatter følgende:

- Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, herunder fx borgere med udviklingshæmning kombineret med demens
- Borgere med dobbeltdiagnose
- Socialt dysfunktionelle borgere
- Specialiserede pladser (uden nærmere specifikation)
- Aflastningspladser
- Enkeltmandstilbud.

Der er forskel på forventningen til efterspørgslen fra egne og andre kommuners borgere blandt kommuner, der sælger mest hhv. mindst, jf. Tabel 4.2. Blandt de kommuner, der sælger mest, er der flere, der forventer faldende efterspørgsel fra *andre kommuners* borgere de næste tre år, end blandt de kommuner, der sælger mindst. Tilsvarende er der blandt de kommuner, der sælger mindst, flere, der forventer stigende efterspørgsel fra *egne borgere*, end blandt de kommuner, der sælger mest.

Tabel 4.2 Fordelt på relativt høje og relativt lave salgsindtægter: Hvilken udvikling forventer I de næste tre år i efterspørgslen efter botilbudspladser, som kommunen selv driver, fra egne borgere og andre kommuners borgere?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
Efterspørgslen fra <i>andre kommuners borgere</i> forventes de næste 3 år at ...						
	Falde	Være uændret	Stige	Falde	Være uændret	Stige
Laveste salgsindtægter	9%	67%	23%	0	73%	27%
Højeste salgsindtægter	24%	63%	12%	24%	44%	32%
Efterspørgslen fra <i>kommunens egne borgere</i> forventes de næste 3 år at ...						
	Falde	Være uændret	Stige	Falde	Være uændret	Stige
Laveste salgsindtægter	9%	23%	68%	0%	26%	74%
Højeste salgsindtægter	10%	55%	35%	7%	41%	51%

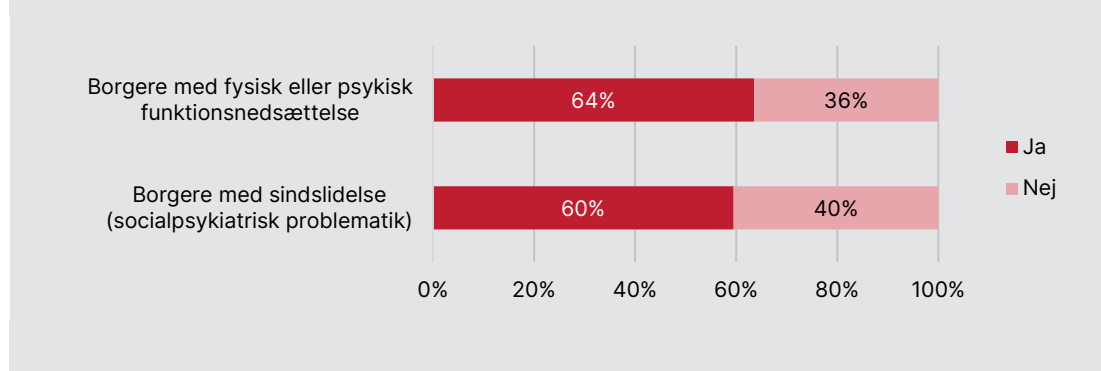
Anm.: N (handicap) = 84. N (sindslidelse) = 82-83. Spørgsmål 3.8 i spørgeskemaet, Bilag 2. Hvis andele ikke summerer til 100 %, er det på grund af afrundinger.

Det foregående afsnit har drejet sig om, hvordan efterspørgslen forventes at udvikle sig i de næste tre år. De næste afsnit handler om, hvordan kommunerne forventer at udvikle deres botilbudskapacitet de næste tre år, og hvilken sammenhæng der er til efterspørgslen. Mere konkret er kommunerne i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på, hvorvidt de forventer at oprette, tilpasse eller nedlægge botilbudspladser inden for de næste tre år, og i hvilken grad det skyldes ændret efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere.

Figur 4.12 viser, at 64 % af kommunerne inden for de næste tre år forventer at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til borgere med handicap. Det samme gælder 60 % af kommunerne i relation til botilbud til borgere med sindslidelse. Man skal ligesom tidligere være opmærksom på,

at spørgsmålet inkluderer både oprettelse af nye pladser og tilpasning af eksisterende pladser.

Figur 4.12 Forventer kommunen inden for de næste 3 år at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver?



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 84. Spørgsmål 3.9 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Flere af de større kommuner end af de mindre forventer at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i egne botilbud inden for de næste tre år. Det gælder både pladser til borgere med handicap og sindslidelse.⁴⁶

Der er ikke de store forskelle mellem de kommuner, der *sælger* mest og mindst på, om de forventer at oprette eller tilpasse egne pladser. Derimod er der flere af de kommuner, der *køber* mindst eksternt, der forventer at oprette eller tilpasse egne pladser, end af de kommuner der køber mest.

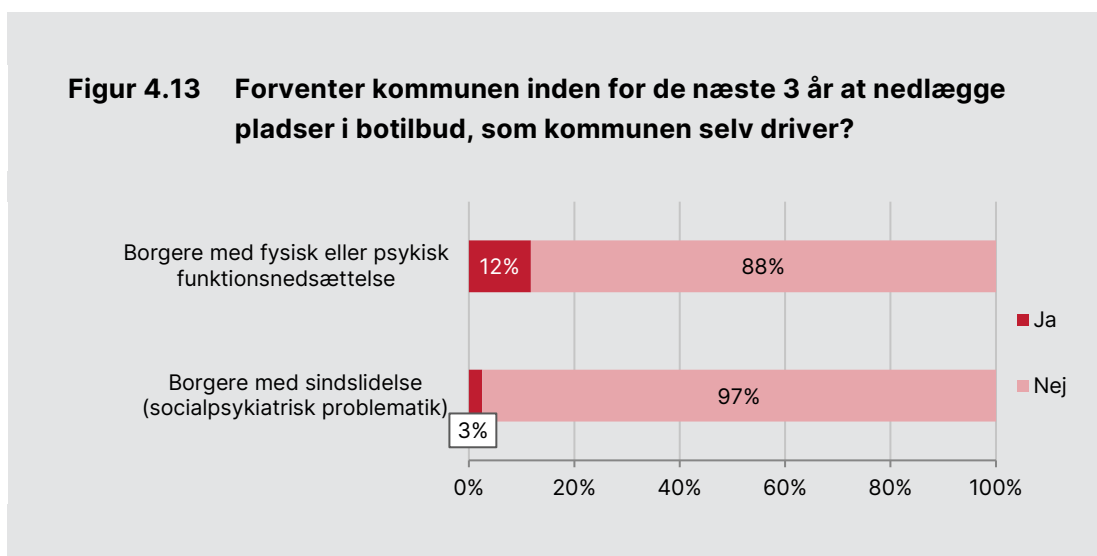
De kommuner, der inden for de næste tre år forventer at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud til hhv. borgere med handicap og sindslidelse, er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes stigende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. Ifølge kommunernes besvarelser skyldes forventede kapacitetstilpasninger og -udvidelser primært ændret efterspørgsel fra egne borgere. For 83 % (handicap) hhv. 86 % (sindslidelse) af svarkommunerne skyldes det i høj eller meget høj grad ændret efterspørgsel fra egne borgere, når kommunerne forventer at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser i de næste tre år. Kun 6 % hhv. 2 % angiver, at det i høj grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner, mens 75 %

⁴⁶ 68 % af de større kommuner har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med handicap, mens det er 59 % af de mindre kommuner. 64 % af de større kommuner har oprettet eller tilpasset pladser i botilbud til borgere med sindslidelse, mens det er 55 % af de mindre kommuner.

hhv. 90 % angiver, at det i lav eller meget lav grad skyldes ændret efterspørgsel fra andre kommuner.

Syv kommuner har uddybet deres svar med beskrivelser af pladstyper, man forventer at oprette eller tilpasse de næste tre år. Det omfatter § 107-tilbud til borgere med udviklingshæmning, akutpladser og 'skæve boliger'. To kommuner skriver endvidere, at man forventer at tilpasse egne, eksisterende tilbud til andre målgrupper (ikke specificeret) i de kommende år. Derudover angiver en kommune, at den er i gang med at justere på støtteomfanget i et af kommunens botilbud på handicapområdet pga. stigende støttebehov hos borgergruppen.

Figur 4.13 viser, at cirka en ud af otte kommuner (12 %) inden for de næste tre år forventer at nedlægge pladser i botilbud, som kommunen selv driver til borgere med handicap. Blandt kommuner med relativt høje salgsindtægter er det 17 %, mens det blandt kommuner med relativt lave salgsindtægter er 7 %. I alt 3 % af kommunerne forventer at nedlægge pladser i botilbud til borgere med sindslidelse.



Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 79. Spørgsmål 3.10 i spørgeskemaet, Bilag 2.

De relativt få kommuner, der inden for de næste tre år forventer at nedlægge pladser i botilbud borgere med handicap⁴⁷ er blevet bedt om at svare på, i hvilken grad det skyldes faldende efterspørgsel fra egne og andre kommuners borgere. For seks ud af ti svarkommuner skyldes det i høj eller meget høj grad faldende efterspørgsel fra egne borgere, mens det for fire ud af ti svarkommuner i høj eller meget høj grad skyldes faldende efterspørgsel fra andre kommuner.

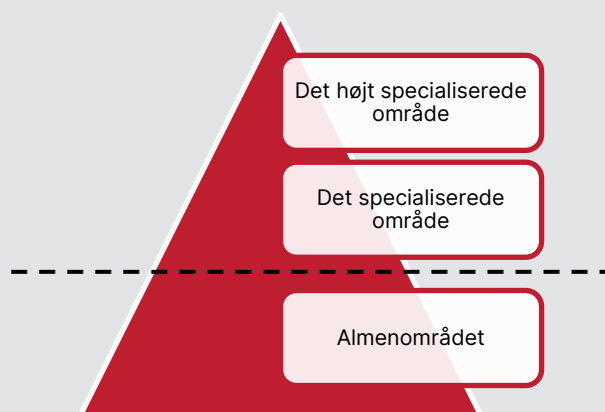
⁴⁷ Svarene afrapporteres ikke for de to kommuner, der forventer at nedlægge pladser til borgere med sindslidelse.

Fire kommuner har uddybet deres svar med kommentarer. En kommune har anført, at mangel på faguddannet personale har ført til, at kommunens tilbud opsiger kontrakter med borgere, da tilbuddene vurderer, at de ikke længere kan matche borgerens behov. Samme kommune peger på, at krav fra Socialtilsynet, jf. det risikobaserede tilsyn, kan være en medvirkende årsag til stigende takster på berørte tilbud og et deraf følgende fald i efterspørgslen efter pladser. En anden kommune har skrevet, at man forventer at nedlægge små bofællesskaber med fire til fem borgere, der er ældre og plejkrævende, og i stedet tilbyde disse borgere ledige pladser på kommunens plejecentre, fx på en afdeling, som kommunen vil tilbyde specifikt til målgruppen.

5 Drift og brug af højt specialiserede tilbud

Dette kapitel handler om tilbud til borgere med særligt komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller hvor borgerne har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for særlig faglig specialviden eller for at kombinere flere typer af faglig specialviden i indsatsen. Disse tilbud omtales her som "højt specialiserede tilbud" og området som det "højt specialiserede område". Det højt specialiserede område er ikke veldefineret, men Figur 5.1 illustrerer opdelingen af det specialiserede socialområde i hhv. det "højt specialiserede" område (hvor målgruppens volumen er mindst) og det "specialiserede" område. Den stiplede linje markerer overgangen til almenområdet.

Figur 5.1 Illustration af "det højt specialiserede" område



Det højt specialiserede område er ikke yderligere specificeret i undersøgelsen. Derfor skal man være opmærksom på, at der kan være forskelle i kommunernes og svarpersonernes opfattelse af, hvad der er højt specialiseret, hvilket kan have påvirket deres svar på spørgsmålene, der gengives i dette kapitel.

I kapitlet skifter vi frem og tilbage mellem myndigheds- og driftsherreperspektivet. Fokus er på overvejelser om kommunens brug og drift af højt specialiserede botilbud til voksne med handicap eller sindslidelse. Afsnit 5.1 afdækker, hvordan kommunerne får opfyldt deres behov for højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere. Afsnit 5.2 ser på kommunernes vurdering af specialiseringsgraden for købte og solgte pladser. Afsnit 5.3 omhandler kommunernes nuværende og forventede brug og drift af højt specialiserede botilbud.

Hovedkonklusionerne i Kapitel 5 fremgår af Boks 5.1.

Boks 5.1 Hovedkonklusioner – brug og drift af højt specialiserede tilbud

Egne borgere i højt specialiserede tilbud

Det er belyst, i hvilken grad kommunerne bruger højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere i tilbud drevet af hhv. regioner, private, andre kommuner og kommunen selv. Kommunerne køber i højest grad højt specialiserede pladser til borgere med *handicap* i tilbud drevet af regionerne. For borgere med *sindslidelse* er der lige mange kommuner, der i høj grad køber højt specialiserede pladser hos private og regioner. Generelt benytter kommunerne i lavere grad højt specialiserede pladser i tilbud drevet af andre kommuner og tilbud, som kommunen selv driver. Det gælder særligt for borgere med *sindslidelse*.

Specialiseringsgrad for købte og solgte pladser

De fleste kommuner er enige i, at borgere i eksternt købte pladser gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end egne borgere i egne tilbud. Kun omtrent hver tiende kommune er uenig i dette. Det indikerer, at de pladser, som kommunerne køber hos regioner, private og andre kommuner, typisk *i gennemsnit* har en højere grad af specialisering end de pladser, som man bruger i egne tilbud til egne borgere.

Anderledes ser det ud for solgte pladser. Hver tredje kommune er uenig i, at andre kommuners borgere i kommunens botilbud gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere. Kun mellem hver tiende og hver femte kommune er enige i dette udsagn. Det indikerer, at det ikke er det generelle billede, at pladser, som kommunerne sælger til andre kommuner *i gennemsnit* har en højere grad af specialisering end de pladser, som man bruger i egne tilbud til egne borgere.

Forskellen kan hænge sammen med, at det sidste udsagn alene gælder borgere i solgte, *kommunale* pladser, mens det første udsagn gælder borgere i købte pladser hos både andre kommuner, regioner og private leverandører.

Brug og drift af højt specialiserede tilbud – nu og fremover

Halvdelen af kommunerne køber i høj grad højt specialiserede pladser til borgere med *handicap* i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv. Det samme gælder seks ud af ti kommuner i relation til borgere med *sindslidelse*. Lidt færre kommuner *forventer* i høj grad *fremover* at købe højt specialiserede pladser eksternt frem for at have dem selv. De mindste kommuner køber i dag i højere grad end de

største kommuner højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv. Og de forventer også i højere grad at gøre det fremover.

Generelt tilbyder kommunerne – som driftsherre – i højere grad højt specialiserede pladser til *enkelte* end til *flere* målgrupper, og flere kommuner tilbyder højt specialiserede pladser til borgere *med handicap* end til borgere *med sindslidelse*. Samme mønster gælder for kommunernes forventninger i de kommende tre år. Generelt tilbyder de mindste kommuner i lavere grad end de største kommuner højt specialiserede pladser til både enkelte og flere målgrupper inden for både handicapområdet og socialpsykiatrien. Det samme mønster gælder forventningerne til praksis fremover.

Omtrent hver syvende kommune bruger i høj grad rammeaftalesamarbejdet til at aftale med regionen eller med andre kommuner, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud. Der kan spores en vis forventning om, at man fremover i lidt højere grad vil bruge rammeaftalesamarbejdet til dette. Kun meget få kommuner træffer *bilaterale* aftaler med andre kommuner eller med regioner om, at de opretter og driver højt specialiserede tilbud. Der kan spores en vis forventning om, at man i lidt højere grad vil gøre det fremover. Kommunerne samarbejder i dag generelt meget lidt med andre kommuner i nærområdet om i fællesskab at oprette og drive højt specialiserede botilbud. Det ser ud til at være forventningen, at man i lidt højere grad vil gøre det fremover.

Syv ud af ti kommuner aftaler i lav grad med private leverandører, at disse opretter og driver højt specialiserede botilbud, mens under hver tiende gør det i høj grad. Der ser ikke ud til at være en forventning om, at brugen af private leverandører i relation til højt specialiserede pladser vil forøges nævneværdigt fremover.

5.1 Egne borgere i højt specialiserede tilbud

Dette afsnit anlægger et myndighedsperspektiv og belyser, hvordan kommunerne får opfyldt deres behov for højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere. Tabel 5.1 viser, i hvilken grad kommunerne bruger højt specialiserede pladser i botilbud drevet af kommunen selv, andre kommuner, regioner og private leverandører. Svarene er angivet for borgere med handicap hhv. sindslidelse.

Det ses, at flest kommuner, omtrent hver anden, i høj eller meget høj grad benytter højt specialiserede pladser til borgere med handicap i botilbud drevet af regionerne. Færre kommuner, omtrent hver tredje, bruger i høj eller meget høj

grad højt specialiserede pladser til borgere med handicap i tilbud drevet af private leverandører, andre kommuner og kommunen selv.

For borgere med sindslidelse køber 43 % af kommunerne i høj eller meget høj grad højt specialiserede pladser i private botilbud, mens det tilsvarende tal for regionale botilbud er 41 %. Kun hver fjerde kommune benytter i høj eller meget høj grad højt specialiserede pladser i egne eller andre kommuners tilbud til borgere med sindslidelse.

Generelt benytter kommunerne altså i højere grad højt specialiserede pladser i regionale tilbud end i tilbud drevet af andre kommuner eller kommunen selv. Det gælder både i relation til borgere med handicap og borgere med sindslidelse. Kommunerne benytter også i højere grad højt specialiserede private tilbud til især borgere med sindslidelse. Særligt for borgere med sindslidelse er desuden, at 51 % af kommunerne angiver, at de i lav eller meget lav grad benytter sig af højt specialiserede pladser i kommunens egne tilbud.

Tabel 5.1 I hvilken grad bruger jeres kommune højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere i botilbud drevet af følgende driftsherrer?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Tilbud, som kommunen selv driver	38%	26%	36%	51%	23%	26%
Tilbud drevet af andre kommuner	30%	39%	31%	38%	37%	25%
Tilbud drevet af regioner	16%	36%	48%	20%	39%	41%
Tilbud drevet af private leverandører	30%	32%	38%	23%	34%	43%

Anm.: N = 86-87. Spørgsmål 4.1 i spørgeskemaet, Bilag 2.

Ni kommuner har uddybet deres svar med supplerende bemærkninger. Heraf har to påpeget, at de har meget få borgere med behov for højt specialiserede pladser. En kommune skriver, at det er svært at få plads på de højt specialiserede tilbud, og at specialiseringen nogen gange er 'udvandet'. En anden kommune har skrevet, at de højt specialiserede tilbud generelt er udfordret af mangel på faguddannet personale. En tredje kommune har anført, at personalet på de særlige pladser i psykiatrien ikke har relevante faglige kompetencer i forhold til håndtering af borgere med misbrug.

Det er analyseret, om der er forskel mellem regionerne på, hvilke driftsherrer de benytter i relation til højt specialiserede pladser. Analysen viser, at der er

flere kommuner i Region Syddanmark og Region Nordjylland end i de øvrige regioner, der i høj grad benytter højt specialiserede pladser i kommunens egne botilbud. Kommuner i Region Midtjylland, Region Sjælland og til dels Region Hovedstaden benytter i højere grad højt specialiserede pladser i andre kommuners botilbud. Kommunerne i Region Syddanmark bruger i lavere grad højt specialiserede pladser i tilbud drevet af regioner end kommunerne beliggende i de øvrige regioner.⁴⁸ Endelig benytter kommunerne i Østdanmark i højere grad højt specialiserede pladser i tilbud drevet af private leverandører, end kommunerne i Vestdanmark.

Der er endvidere set på, om kommuner af forskellig størrelse har forskellige handle-mønstre i relation til højt specialiserede pladser. Det ses, at de største kommuner i højere grad end de mindste kommuner bruger højt specialiserede pladser i tilbud, som de selv driver. De største kommuner bruger også i højere grad højt specialiserede pladser i *private* tilbud til borgere med handicap. Til gengæld benytter de mindste kommuner i højere grad end de største kommuner højt specialiserede pladser i *regionale* tilbud til borgere med sindslidelse.

5.2 Specialiseringsgrad for købte og solgte pladser

Som nævnt er botilbudsområdet præget af en meget forskelligartet borger-gruppe. De enkelte målgrupper er relativt små og har ofte brug for en specialiseret social indsats, der imødekommer deres specifikke og ofte komplekse behov. Derfor kan hver enkelt kommune ikke opbygge botilbudskapacitet og ekspertise til samtlige målgrupper. Ud fra denne logik må det forventes, at jo højere specialiseret en målgruppes behov er, des oftere vil en kommune have brug for at købe en botilbudsplads hos en ekstern leverandør. Vi har derfor spurgt kommunerne, om deres vurdering af, hvorvidt:

- Deres *egne borgere i andre driftsherrers tilbud* (eksternt købte pladser) har et gennemsnitligt mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens *egne borgere i kommunens egne tilbud* (interne pladser).
- Andre kommuners borgere i kommunens egne tilbud (solgte pladser) har et gennemsnitligt mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere i kommunens egne tilbud (interne pladser).

⁴⁸ Det kan hænge sammen med, at Region Syddanmark driver færre botilbudspladser end de øvrige regioner, jf. VIVEs egne beregninger på baggrund af Danske Regioner (2022).

Se evt. også Figur 1.1 i afsnit 1.3.

Svarfordelingen er vist i Tabel 5.2, fordelt på borgere med handicap hhv. sindslidelse. Det ses, at omtrent to ud af tre kommuner er delvist eller meget enige i, at borgere i eksternt købte pladser gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end egne borgere i egne tilbud. Kun omtrent hver tiende kommune er delvist eller meget uenige i dette. Det indikerer, at de pladser, som kommunerne køber hos regioner, private og andre kommuner, typisk i gennemsnit har en højere grad af specialisering end de pladser, som man benytter i egne tilbud til egne borgere.

Anderledes ser det ud for solgte pladser. Kun 21 % (handicap) hhv. 9 % (sindslidelse) af kommunerne er enige i, at andre kommuners borgere i kommunens botilbud gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere. 35 % hhv. 33 % er uenige, mens 44 % hhv. 58 % hverken er enige eller uenige i dette udsagn. Det indikerer, at det ikke er det generelle billede, at pladser, som kommunerne sælger til andre kommuner i gennemsnit har en højere grad af specialisering end de pladser, som man bruger i egne tilbud til egne borgere. Når der ikke er forskel, kan det hænge sammen med, at dette udsagn alene gælder borgere i solgte, *kommunale* pladser, mens udsagnet ovenfor gælder borgere i købte pladser hos både andre kommuner, regioner og private leverandører.

Tabel 5.2 Hvor enig eller uenig er kommunen i nedenstående udsagn, sådan som situationen er i dag?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Delvist / meget uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist / meget enig	Delvist / meget uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist / meget enig
Kommunens egne borgere i andre driftsherrers botilbud har gennemsnitligt et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere i kommunens egne botilbud	10%	21%	69%	9%	26%	65%
Andre kommuners borgere i kommunens egne botilbud har gennemsnitligt et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere i kommunens egne botilbud	35%	44%	21%	33%	58%	9%

Anm.: N (handicap) = 85-87. N (sindslidelse) = 79-81. Spørgsmål 4.2 i spørgeskemaet, Bilag 2.

En kommune har uddybet, at man er mindre enig i udsagnene, fordi man har svaret ud fra de borgere, der *i dag* er i hhv. andre driftsherrers botilbud og kommunens egne botilbud. Kommunen skriver: "*Der er fortsat en del borgere, som er visiteret for mange år siden, og så nogle, som anvender fritvalg-muligheden. De borgere, der visiteres i dag, ud over frit valg, har en højere kompleksitet, og her ville jeg være 'meget enig' i udsagnene.*"

Der er visse forskelle mellem den største og den mindste halvdel af kommunerne. Blandt de største kommuner er der flere, der er enige i, at borgere i eksternt købte pladser gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end egne borgere i egne tilbud. Andelen af enige blandt de største kommuner er 80 % hhv. 72 % for borgere med handicap hhv. sindslidelse, mens den tilsvarende andel blandt de mindste kommuner er 58 % for begge målgrupper. Ligesådan er der blandt de største kommuner flere, der er enige i, at andre kommuners borgere i kommunens botilbud gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere. Det gælder 30 % for borgere med handicap og 14 % for borgere med sindslidelse. Blandt de mindste kommuner er andelen af enige 12 % hhv. 3 %.

Blandt de kommuner, der køber mindst, er der flere, der er enige i, at borgere i eksternt købte pladser gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end egne borgere i egne tilbud. Det virker naturligt, at man er mere enig i det, når man køber færre af sine pladser eksternt, end når man køber flere af sine pladser eksternt.

Blandt de kommuner, der sælger mindst, er der flere, der er *ueneige* i, at andre kommuners borgere i kommunens botilbud gennemsnitligt har et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere. 43 % (handicap) hhv. 38 % (sindslidelse) af de kommuner, der sælger mindst, er ueneige i, at borgere i de pladser, kommunen sælger, har mere specialiserede behov end egne borgere i egne tilbud. For de kommuner, der sælger mest, er de tilsvarende tal 27 % hhv. 28 %.

5.3 Brug og drift af højt specialiserede tilbud – nu og fremover

Afslutningsvis er kommunerne blevet bedt om at svare på en række spørgsmål om deres brug og drift af højt specialiserede botilbud nu og i fremtiden. Tabel 5.3 viser kommunernes svar. Resultaterne viser relativt ensartede mønstre for den nuværende situation og forventningen til situationen fremover. Dog er der også visse tegn på en forventet ændring fra nuværende til fremtidig praksis.

Derfor er resultaterne sat op i én samlet tabel, selvom kommunerne har besvaret de to spørgsmål separat i spørgeskemaet.⁴⁹ De grå rækker i Tabel 5.3 viser svarfordelingerne på spørgsmålene om kommunernes *nuværende* brug og drift af højt specialiserede botilbud til borgere med handicap hhv. sindslidelse. De hvide rækker i Tabel 5.3 viser kommunernes svar på spørgsmålene om deres *forventninger* til brug og drift af højt specialiserede botilbud fremover.

Tabel 5.3 I hvilken grad passer nedenstående udsagn på kommunens *nuværende* brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser (grå rækker) hhv. kommunens *forventninger* til brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser fremover? (hvide rækker)

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Vi køber højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv	16%	34%	49%	15%	26%	59%
Vi vil fremover købe højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv	25%	36%	39%	20%	28%	53%
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser til enkelte, specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere	37%	29%	34%	59%	23%	18%
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser til enkelte specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere	36%	26%	38%	48%	29%	23%
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser til flere specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere	53%	26%	21%	67%	23%	10%
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser til flere specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere	56%	28%	16%	62%	24%	14%
Vi aftaler med andre kommuner i rammeaftalesamarbejdet, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	67%	18%	15%	69%	16%	15%
Vi vil fremover søge at aftale med andre kommuner i rammeaftalesamarbejdet, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	53%	35%	12%	56%	33%	12%
Vi aftaler med regionen i rammeaftalesamarbejdet, at regionen opretter og driver højt specialiserede botilbud	55%	30%	15%	54%	32%	14%

⁴⁹ Se spørgsmål 4.3 og spørgsmål 4.4 i spørgeskemaet i Bilag 2.

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Vi vil fremover søge at aftale med regionen i rammeaftalesamarbejdet, at regionen opretter og driver højt specialiserede botilbud	50%	34%	16%	49%	33%	19%
Vi aftaler med andre kommuner bilateralt, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	95%	2%	2%	94%	5%	1%
Vi vil fremover søge at aftale med andre kommuner bilateralt, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	82%	16%	1%	85%	14%	1%
Vi aftaler med regioner bilateralt, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	90%	7%	3%	93%	6%	1%
Vi vil fremover søge at aftale med regioner bilateralt, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	81%	17%	1%	80%	19%	1%
Vi aftaler med private leverandører, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	71%	22%	7%	69%	23%	8%
Vi vil fremover søge at aftale med private leverandører, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	67%	27%	6%	66%	27%	7%
Vi samarbejder med andre kommuner i nærområdet om i fællesskab at oprette og drive højt specialiserede botilbud	94%	3%	2%	94%	2%	3%
Vi vil fremover samarbejde med andre kommuner i nærområdet om i fællesskab at oprette og drive højt specialiserede botilbud	73%	21%	6%	73%	22%	5%

Anm.: N (handicap) = 85. N (sindslidelse) = 86-87. De otte kommuner, der ikke selv driver botilbud til borgere med sindslidelse, har svaret 'i lav eller meget lav grad' på de fire spørgsmål om, hvorvidt de tilbyder eller forventer at tilbyde højt specialiserede pladser til egne og andre kommuners borgere med sindslidelse (talrække 3-6 i tabellen). Tabellen viser kommunernes svar på spørgsmål 4.3 og 4.4 i spørgeskemaet, jf. Bilag 2.

Flest kommuner angiver, at de lige nu i høj grad køber højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv. Det drejer sig om 49 % af kommunerne i relation til borgere med handicap og 59 % af kommunerne i relation borgere med sindslidelse. Lidt færre af kommunerne, 39 % hhv. 53 %, *forventer* i høj eller meget høj grad fremover at købe højt specialiserede pladser eksternt frem for at have dem selv. Se Tabel 5.3.

De mindste kommuner køber i dag i højere grad end de største kommuner højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv. Og de forventer også i højere grad at gøre det fremover. Se Tabel 5.4.

Kommunerne har også svaret på, i hvilken grad de selv tilbyder højt specialiserede pladser til *enkelte*, specifikke målgrupper hhv. til *flere* specifikke målgrupper, både til egne og andre kommuners borgere. Generelt tilbyder flere kommuner i høj grad højt specialiserede pladser til *enkelte* end til *flere* målgrupper. Og flere kommuner tilbyder i høj grad højt specialiserede pladser til borgere *med handicap* end til borgere *med sindslidelse*. Samme overordnede mønster gælder for kommunernes forventninger i de kommende tre år. Se Tabel 5.3.

Også her er der forskel på større og mindre kommuner. Generelt tilbyder de mindre kommuner i lavere grad end de større kommuner højt specialiserede pladser til både enkelte og flere målgrupper inden for både handicapområdet og socialpsykiatrien. Det samme billede gælder forventningerne til praksis fremover. Se Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Fordelt på kommunestørrelse: I hvilken grad passer nedenstående udsagn på kommunens *nuværende* brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser hhv. kommunens *forventninger til* brug og drift af sådanne pladser *fremover*?

	Borgere med handicap			Borgere med sindslidelse		
	Nuværende brug			Nuværende brug		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser til enkelte, specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere						
Mindste kommuner	49%	21%	30%	70%	14%	16%
Største kommuner	25%	36%	39%	48%	32%	20%
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser til flere specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere						
Mindste kommuner	65%	16%	19%	74%	14%	12%
Største kommuner	41%	36%	23%	59%	32%	9%
Vi køber højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv						
Mindste kommuner	12%	33%	56%	12%	23%	65%
Største kommuner	20%	36%	43%	18%	30%	52%
	Forventet brug fremover			Forventet brug fremover		
	Forventet brug fremover			Forventet brug fremover		
	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad	I lav / meget lav grad	I nogen grad	I høj / meget høj grad
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser til <i>enkelte</i> specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere						
Mindste kommuner	47%	21%	33%	63%	16%	21%
Største kommuner	25%	32%	43%	33%	42%	26%
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser til <i>flere</i> specifikke målgrupper, både til vores egne og andre kommuners borgere						
Mindste kommuner	67%	21%	12%	70%	21%	9%
Største kommuner	46%	34%	20%	53%	28%	19%
Vi vil fremover købe højt specialiserede pladser i andre driftsherrers tilbud frem for at have dem selv						
Mindste kommuner	26%	28%	47%	19%	21%	60%
Største kommuner	25%	43%	32%	20%	34%	45%

Anm.: N (handicap) = 87. N (sindslidelse) = 86-87. Udvalgte underspørgsmål fra spørgsmål 4.3 og 4.4 i spørgeskemaet, jf. Bilag 2.

Endvidere ses det af Tabel 5.3, at nogle kommuner giver udtryk for, at de bruger rammeaftalesamarbejdet til at aftale med regionen og med andre kommuner, at de opretter og driver højt specialiserede botilbud. Det gælder i høj grad for 14-15 % af kommunerne. Herudover angiver 16-18 %, at de 'i nogen grad' aftaler det med andre kommuner i rammeaftaleregi og 30-32 %, at de 'i nogen grad' aftaler det med regionen i rammeaftalesamarbejdet. Det kan spores en forventning om, at man i lidt højere grad vil bruge rammeaftalesamarbejdet i relation til højt specialiserede pladser fremover. Således er der i dag 67-69 % af kommunerne, der i lav grad aftaler det med andre kommuner i rammeaftaleregi, mod 53-56 %, der i lav grad forventer at gøre det fremover. Ligeledes er der i dag 54-55 % af kommunerne, der i lav grad aftaler det med regionen i rammeaftaleregi, mod 49-50 %, der i lav grad forventer at gøre det fremover.

Det ser ud til, at kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland i lidt højere grad end kommunerne i de øvrige regioner aftaler med *regionen* i rammeaftalesamarbejdet, at regionen driver højt specialiserede tilbud. Det kan hænge sammen med, at der er relativt mange regionale pladser pr. indbygger i disse to regioner⁵⁰. Til gengæld er det kommunerne i Region Hovedstaden, der i højest grad forventer at gøre det fremover.

Når det gælder aftaler med *andre kommuner* i rammeaftalesamarbejdet, er det kommunerne i Region Sjælland og Region Midtjylland, der i højest grad gør det i dag, mens det er kommunerne i Region Hovedstaden, der i højest grad forventer at gøre det fremover. Kommunerne i Region Syddanmark gør det i lavest grad, både i dag og fremover.

Omvendt træffer kun meget få kommuner (1 %) i høj grad *bilaterale* aftaler med andre kommuner eller med regioner om, at de opretter og driver højt specialiserede tilbud. Det ser dog ud til at være forventningen, at man i lidt højere grad vil gøre det fremover. Således er der 14-19 % af kommunerne, der forventer 'i nogen grad' at træffe bilaterale aftaler med regioner og andre kommuner om drift af højt specialiserede tilbud fremover, mod 2-7 %, der 'i nogen grad' gør det i dag, jf. Tabel 5.3.

Størstedelen af kommunerne (69-71 %) aftaler i lav grad med private leverandører, at disse opretter og driver højt specialiserede botilbud, mens kun 7-8 % gør det i høj grad. Der ser ikke ud til at være en forventning om, at brugen af private leverandører i relation til højt specialiserede pladser vil ændre sig nævneværdigt fremover. Se Tabel 5.3.

⁵⁰ VIVEs egne beregninger på baggrund af Danske Regioner, 2022. Der er 433 regionale pladser (73 pr. 100.000 indbyggere) i Region Nordjylland og 724 (54 pr. 100.000 indbyggere) i Region Midtjylland. Tallene er en sum af antallet af døgnpladser til borgere med udviklingsforstyrrelse, udviklingshæmning, fysisk handicap, senhjerneskrade, psykisk lidelse og personer med dom (udviklingshæmmede og psykisk syge).

De mindste kommuner aftaler i lavere grad end de største kommuner med private leverandører, at disse opretter og driver højt specialiserede botilbud. De mindste kommuner forventer også i lavere grad at gøre det fremover.⁵¹

Ser man på forskelle mellem kommunerne fordelt på beliggenhedsregion, er det iøjnefaldende, at kommunerne i Region Sjælland i langt højere grad end kommunerne i de øvrige regioner aftaler med private leverandører, at de opretter og driver højt specialiserede tilbud. Og de forventer også i højere grad at gøre det fremover. Blandt kommunerne i Region Sjælland er det mellem 24 % og 35 %, der i høj grad gør dette i dag og forventer at gøre det fremover. Blandt kommunerne i de øvrige regioner er det mellem 0 % og 5 %.

Endelig viser Tabel 5.3, at det i dag er hele 94 % af kommunerne, der i lav grad samarbejder med andre kommuner i nærområdet om i fællesskab at oprette og drive højt specialiserede botilbud. Der ser ud til at være en forventning om, at man i højere grad vil samarbejde med andre kommuner i relation til højt specialiserede pladser fremover. Således er det 73 % af kommunerne, der i lav grad forventer at gøre det fremover, hvilket er 21 procentpoint færre end dem, der i lav grad gør det i dag.

Der ser ud til at være en tendens til, at større kommuner i lidt lavere grad end mindre kommuner forventer at indgå driftsfællesskaber om højt specialiserede tilbud med andre kommuner fremover.⁵² Der er dog ingen forskel på, hvor meget de to grupper af kommuner gør det i dag.

Kommunernes uddybende kommentarer til besvarelse af spørgsmål om brug og drift af højt specialiserede tilbud

Syv kommuner har givet uddybende kommentarer til deres svar på spørgsmålet om *nuværende brug og drift af højt specialiserede pladser*. Kommentarerne er lidt forskellige indholdsmæssigt. En kommune har erfaring for, at private driftsherrer, som tilbyder højt specialiserede pladser, generelt løser opgaven tilfredsstillende. En anden kommune har oplyst, at man driver specialiserede tilbud, fx til borgere med autisme, men ikke *højt* specialiserede tilbud. En tredje kommune har skrevet, at man har givet en hensigtserklæring til regionen og andre kommuner om at bruge deres tilbud som førstevalg, fx til borgere med spiseforstyrrelse og borgere med senhjerneskade. En fjerde har pe-

⁵¹ 59 % hhv. 57 % (for handicap hhv. sindslidelse) af de største kommuner forventer i lav eller meget lav grad at aftale med private leverandører, at de driver højt specialiserede pladser fremover, mens det er 76 % af de mindste kommuner. Det vil sige, at 41 % hhv. 43 % af de største kommuner forventer at gøre det i nogen, høj eller meget høj grad, mens det kun gælder 24 % af de mindste kommuner.

⁵² 80 % af de største kommuner forventer i lav eller meget lav grad at indgå driftsfællesskaber om højt specialiserede pladser fremover, mens det samme gælder 67 % af de mindste kommuner. Det vil sige, at 33 % af de mindste kommuner forventer at gøre det i nogen, høj eller meget høj grad, mens det kun gælder 20 % af de største kommuner.

get på, at der i kommunen ydes højt specialiserede, helhedsorienterede indsatser til borgere, som ligger ud over indsatsen i botilbuddene, blandt andet ved at gøre brug af specialviden fra egne, ambulante behandlingstilbud. To kommuner har i deres kommentarer understreget, at brug og drift af højt specialiserede pladser foregår i regi af rammeaftalesamarbejdet i regionen.

En kommune har peget på nogle problemstillinger ved de højt specialiserede pladser. For det første har kommunen anført, at borgerens frie valg af længevarende botilbud efter servicelovens § 108 (og lignende tilbud)⁵³ gør det vanskeligt for kommunen at binde sig til et bestemt antal højt specialiserede tilbud i andre kommuner, i regionen eller hos private. For det andet – og i forlængelse af ovenstående – har kommunen påpeget, at der kan gå flere år imellem, at en kommune af deres størrelse har behov for at visitere en borger til et højt specialiseret tilbud, hvilket også gør det vanskeligt for kommunen at binde sig til et bestemt antal højt specialiserede pladser.

Seks kommuner har uddybet deres svar på spørgsmålet om *forventet fremtidig brug og drift af højt specialiserede pladser*. Disse kommentarer har ligeledes lidt forskelligt indhold. En kommune har skrevet, at man ikke har aktuelle planer om at indgå aftaler med andre kommuner, regionen eller private aktører om oprettelser og drift af tilbud, ud over den aftale, som KKR Hovedstaden og de 29 kommunalbestyrelser i Region Hovedstaden har lavet om en økonomi-model til etablering af nye pladser på de mest specialiserede områder.⁵⁴ En anden kommune har oplyst, at man for få år siden (uden held) forsøgte at lave et bilateralt samarbejde med en anden kommune om at oprette et tilbud i fællesskab, og at man for nuværende ikke har planer om forsøge sig med et nyt samarbejdstiltag.

En kommune påpeger en af de problemstillinger ved højt specialiserede indsatser, som kommunen oplever i snitfladen og det tværsektorielle samarbejde mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien. Det drejer sig om, at man som kommune har meget svært ved at finde egnede pladser til borgere med 'meget særlige psykiatriske problemstillinger ofte med samtidigt misbrug og kriminalitet' og 'borgere med svære spiseforstyrrelser'. Disse borgere har typisk et behandlingskrævende behov, som ifølge kommunen ikke kan løses inden for den nuværende regionale behandlingsramme og heller ikke kan løses af de særlige pladser i psykiatrien.

⁵³ Se fx DUKH (2021). https://www.dukh.dk/media/Praksisnyt_12_-_Frit_valg_af_botilbud.pdf

⁵⁴ <https://danskekommuner.dk/media/35054/dk-4-side-46-47.pdf>

Litteratur

Dalsgaard, C.T., Dørken, R. & Andersen, A.G. (2012a). *Herre i eget hus? Udviklingen i kommunale botilbud til voksne handicappede og sindslidende, 2008-2014*. Aarhus: KREVI.

Dalsgaard, C.T., Dørken, R., Andersen, A.G. & Møller, S.Ø. (2012b). *Botilbudsområdet: HVEM – HVAD – HVOR. Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: KREVI.

Dalsgaard, C.T., Dørken, R., Jakobsen, S.T. & Andersen, A.G. (2012c). *Markedsanalyse – botilbudsområdet: Kommunernes køb og salg af pladser til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: KREVI.

Dalsgaard, C.T., Jensen, J.K. & Lemvigh, K. (2022). *Kommunernes køb og salg af botilbud på voksenområdet, 2011-2020: En analyse af kommunale købsudgifter og salgsindtægter på området for botilbud og støtte til voksne med særlige behov*. København: VIVE.

Dalsgaard, C.T., Kloppenborg, H.S., Ibsen, J.T., Lemvigh, K. & Røgeskov, M. (2021). *Det specialiserede socialområde i de nordiske lande: Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige*. København: VIVE.

Dalsgaard, C.T., Lemvigh, K. & Panduro, B. (2019). *Det specialiserede voksenområde: Inspiration til kommunernes økonomiske styring*. København: VIVE.

Danske Regioner (2022). *Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2022*. København: Danske Regioner.

DUKH (2021). Frit valg af botilbud. *DUKH Praksisnyt*, 12, 1-4.

Kokholm, T. (2021). Ny model skal sikre flere botilbud. *Danske Kommuner*, 4, 46-47.

Ældre- og Socialministeriet (2021). *Socialpolitisk Redegørelse 2021*. København: Ældre- og Socialministeriet.

Bilag 1 Metode og data

Dataindsamling

Indledningsvis gennemførte VIVE en foranalyse for at få indsigt i forskellige typer af overvejelser, man i kommunerne har om styring og tilpasning af kapacitet til ændringer i efterspørgslen efter botilbudspladser. Foranalysen bestod af semistrukturerede interviews med socialchefer⁵⁵ i fire kommuner. Den bidrog med væsentlige inputs til udviklingen af spørgsmålsformuleringer og svarkategorier i spørgeskemaet.

Dernæst udviklede VIVE et spørgeskema. Udarbejdelsen af spørgeskemaet tog udgangspunkt i indsigter opnået i foranalysen og trak desuden på viden fra tidligere analyser, som VIVE har foretaget på området.⁵⁶ Spørgeskemaet blev pilottestet af socialchefer i tre kommuner. Pilottesten blev gennemført for at sikre, at skemaets forskellige spørgsmålsformuleringer og svarkategorier var meningsfulde og gav et billede af det, vi gerne ville kunne afdække, jf. analysens formål. Herefter blev spørgeskemaet revideret. Det endelige spørgeskema fremgår af Bilag 2.

Det endelige, elektroniske spørgeskema blev udsendt til fagchefer med ansvar for botilbudsområdet i de 92 kommuner, der ikke har eller for nylig har haft et forpligtende samarbejde om området med en anden kommune. De seks kommuner, der har eller har haft det, er Dragør, Fanø, Langeland, Læsø, Vallensbæk og Ærø Kommuner. Disse kommuner har således ikke besvaret spørgeskemaet.

Spørgeskemaet blev udsendt 13. december 2021 med svarfrist 10. januar. På grund af covid-19-nedlukningen i december 2021 og januar 2022 blev svarfristen siden udsat til 28. januar. Der blev sendt to skriftlige påmindelser, hhv. 7. januar og 20. januar 2022, til kommuner, der enten ikke havde færdiggjort eller ikke havde påbegyndt deres besvarelse.

Den 4. februar 2022 sendte vi en e-mail til fagchefen med ansvar for botilbudsområdet i de 34 kommuner, som endnu ikke havde færdiggjort skemaet, med tilbud om at udsætte svarfristen til 11. februar og fremsende en Word-besvarelse, som VIVE kunne indtaste elektronisk. Herefter foretog VIVE en opfølgende opringning til cirka 20 kommuner, som ikke i første omgang besvarede mailen.

⁵⁵ Fagchefer med ansvar for botilbudsområdet.

⁵⁶ Fx Dalsgaard, C.T. et al (2019) og Dalsgaard, C.T. et al (2012a, 2012b og 2012c).

17 kommuner benyttede sig af muligheden for at indsende en besvarelse udfyldt i Word. Disse besvarelser er valideret, indtastet elektronisk og kvalitets-sikret af VIVE i marts 2022.

Undersøgelsens indhold og fokus

Undersøgelsen søger svar på fire overordnede undersøgelsesspørgsmål, jf. afsnit 1.2. De tre første er i spørgeskemaet operationaliseret til en række mere konkrete spørgsmål om kommunernes overvejelser og adfærd ud fra såvel et myndigheds- som et driftsherreperspektiv. Se Bilagstabel 1.1. Det sidste undersøgelsesspørgsmål er undersøgt ved at analysere fordelingen af svar i forskellige grupper af kommuner, jf. afsnit 1.4.4.

Bilagstabel 1.1 Konkrete spørgsmål i analysen til kommunerne som myndighed og driftsherre

Perspektiv	Spørgsmål
Kommunerne som myndighed	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke målgrupper har kommunerne oplevet ændret efterspørgsel fra i de seneste år, og hvilke målgrupper forventer de ændret efterspørgsel fra i de kommende år? - Forventer kommunerne at opfylde deres forsyningsforpligtelse ved at bruge egne tilbud eller købe eksterne botilbudspladser, herunder hos private tilbud, regionale tilbud og andre kommuners tilbud? - Hvilke målgrupper har kommunerne haft svært ved at finde pladser til aktuelt og i de senere år? Hvilke målgrupper forventer kommunerne at få svært ved at finde pladser til i de kommende år? - Hvilke muligheder anvender kommunerne for at få tilpasset kapaciteten til ændringer i efterspørgslen efter botilbudspladser? Herunder muligheder for at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser, for at bruge alternative indsatser eller kombinationer af indsatser, samt for at få andre driftsherrer til at oprette eller tilpasse pladser gennem bilaterale aftaler, rammeaftalesamarbejder eller andre samarbejder, fx driftsfællesskaber. - Hvordan bidrager den enkelte kommune til at skabe overblik over ændringer i udbud og efterspørgsel på tværs af kommuner? - Hvordan er kommunernes nuværende køb og brug af egne højt specialiserede botilbudspladser, og hvordan forventer de, at det kommer til at se ud fremover?
Kommunerne som driftsherre	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vil kommunerne anvende og tilpasse egne botilbudspladser til deres egne borgere? - Vil kommunerne sælge botilbudspladser til andre kommuners borgere, og evt. inden for hvilke målgrupper? - Hvordan forventer kommunerne at tilpasse tilbudskapaciteten til ændringer i efterspørgslen fra egne og andre kommuners borgere fremover? - Hvordan er kommunernes nuværende salg og drift af egne højt specialiserede botilbudspladser, og hvordan forventer de, at det kommer til at se ud fremover?

Spørgsmålstyper

Spørgsmålene i skemaet er en blanding af lukkede spørgsmål med faste svarkategorier og åbne spørgsmål, hvor svarpersonerne har haft mulighed for at skrive fritekst. De faste svarkategorier er søgt opstillet, så de dækker et relativt bredt udfaldsrum inden for den kommunale praksis. Det er blandt andet her, drøftelserne med kommunerne i foranalyse og pilottest er anvendt og har bidraget. Der er desuden i mange tilfælde givet mulighed for at uddybe et konkret svar i et åbent spørgsmål, hvor kommunen har kunnet skrive fritekstbesvarelse.

Besvarelserne af de lukkede spørgsmål er afrapporteret i beskrivende analyser, især procentvise fordelinger. Desuden er der i relevant omfang foretaget analyser af eventuelle forskelle i kommunernes svar mellem grupper af kommuner, jf. afsnit 1.4.4. Nogle spørgsmål er stillet til alle kommunerne, mens andre kun er stillet til nogle kommuner, ud fra deres svar på førtilgørende spørgsmål, fx om man har nedlagt botilbudspladser i de senere år. Hvilke typer af kommuner der har fået de enkelte spørgsmål, og antallet af svar for de enkelte spørgsmål, fremgår af rapporten.

Svarene på hvert af de åbne spørgsmål er gennemgået systematisk og inddrages i afrapporteringen i det omfang, de bidrager til at uddybe eller begrunde kommunernes besvarelser på de lukkede spørgsmål.

Svarprocenter og repræsentativitet

Bilagstabel 1.2 viser svarprocenter for spørgeskemaet både overordnet og med en række kommuneopdelinger. 87 kommuner ud af 92 relevante har besvaret spørgeskemaet, hvilket svarer til en samlet svarprocent på 95 %. Som det fremgår af rapporten, er visse spørgsmål ikke besvaret for nogle kommuner, fx spørgsmål om salg af botilbudspladser for kommuner, der ikke sælger botilbudspladser. Det er i rapporten for hvert resultat angivet, hvor mange besvarelser det bygger på.

Det fremgår, at samtlige kommuner i Region Syddanmark og Region Midtjylland har svaret, mens 85 % af kommunerne i Region Hovedstaden, 94 % af kommunerne i Region Sjælland og 90 % af kommunerne i Region Nordjylland har besvaret spørgeskemaet. Derudover kan man hæfte sig ved, at 98 % af den halvdel af kommunerne med de laveste salgsindtægter fra botilbud pr. indbygger har svaret, mens svarprocenten er 91 % blandt den halvdel af kommunerne med de højeste salgsindtægter. Tilsvarende er svarprocenten lidt højere blandt kommuner med lavere udgifter til botilbud pr. 18-64-årig end blandt kommuner med højere udgifter.

Svarprocenten er dog generelt høj, uanset underopdeling.

Bilagstabel 1.2 Svarprocent, opdelt og samlet

Svarprocenter	
Region	
Hovedstaden	85%
Sjælland	94%
Syddanmark	100%
Midtjylland	100%
Nordjylland	90%
Kommunestørrelse	
Halvdel af kommunerne med færrest indbyggere	93%
Halvdel af kommunerne med flest indbyggere	96%
Købsandel i pct., 2020	
Halvdel af kommunerne med mindste købsandele	93%
Halvdel af kommunerne med største købsandele	96%
Salgsindtægter i kr. pr. 18-64-årig, 2020	
Halvdel af kommunerne med mindste salgsindtægter	98%
Halvdel af kommunerne med største salgsindtægter	91%
Udgifter til botilbud pr. 18-64-årig, 2021	
1. kvartilsgruppe	100%
2. kvartilsgruppe	95%
3. kvartilsgruppe	91%
4. kvartilsgruppe	92%
Samlet	
I alt	95%

Anm.: Svarprocenterne er baseret på alle besvarelserne, med mindre andet er angivet. En kvartil er 25 % af kommunerne på en given fordeling. For fx kommunestørrelse henviser 1. kvartil til de 25 % af kommunerne med de laveste indtægter, mens 4. kvartil henviser til de 25 % kommuner med de største udgifter.

Det er undersøgt, om stikprøven på 87 svarkommuner er repræsentativ for populationen, dvs. de 92 danske kommuner, der ikke har eller for nylig har haft et forpligtende samarbejde om botilbudsområdet med en anden kommune. Repræsentativitetsanalysen fremgår af Bilagstabel 1.3. Det ses, at stikprøve og population ligger meget tæt på hinanden i forhold til region, størrelse, udgifter, købsandele og salgsindtægter. Der er marginale afvigelser fra populationstallene for de forskellige baggrundsvariable. Forskellene er dog ubetydelige og statistisk insignifikante. Der ser således ikke ud til at være nogen systematisk skævhed, hvorfor rapportens analyser og resultater kan siges at repræsentere alle landets kommuner, når man ser på de faktorer, der indgår i repræsentativitetsanalysen.

Bilagstabel 1.3 Population, stikprøve og repræsentativitet

	Population (92 kommuner)	Stikprøve (87 kommuner)	95 %- konfidensinterval	
	Gennemsnit	Gennemsnit		
Region Hovedstaden	29%	26%	17%	36%
Region Sjælland	18%	20%	11%	28%
Region Syddanmark	21%	22%	13%	31%
Region Midtjylland	21%	22%	13%	31%
Region Nordjylland	11%	10%	4%	17%
Kommunestørrelse (indbyggere)	63.181	64.282	48.097	80.466
Udgifter, kr. pr. 18-64-årig	6.648	6.451	6.150	6.753
Købsandele	61 %	62 %	51 %	72 %
Salgsindtægter, kr. pr. 18-64-årig	1.798	1.799	1.438	2.162
Antal kommuner	92	87		

Anm.: Gennemsnittene i populationen og stikprøven er stort set ens. Man kan derfor sige, at de 87 svarkommuner i rapporten repræsenterer alle 92 relevante kommuner. Dette understøttes også rent statistisk ved, at konfidensintervallet for alle baggrundsvariablene i stikprøven overlapper med populationsværdierne, hvilket betyder at eventuelle forskelle blot kan være udtryk for tilfældigheder.

Kategorisering af målgrupper i analysen

Kommunerne har flere steder i spørgeskemaet haft mulighed for at uddybe deres svar med kommentarer, herunder beskrivelser af specifikke målgrupper. VIVE har på baggrund af disse målgruppebeskrivelser foretaget et skøn og kategoriseret disse beskrivelser. Her har VIVE taget afsæt i de diagnosegrupper, som Social- og Ældreministeriet anvender i Socialpolitisk Redegørelse 2021,⁵⁷ og som læner sig op ad WHO's diagnosekodesystem ICD-10⁵⁸. Kategoriseringen af kommunernes målgruppebeskrivelser er foretaget ud fra følgende principper:

- Såfremt en diagnosegruppe er omtalt i målgruppebeskrivelsen i kombination med andre vanskeligheder, fx autisme og udadreagerende adfærd, er målgruppen kategoriseret som den pågældende diagnosegruppe (i dette tilfælde "autisme")
- Såfremt to diagnosegrupper er nævnt i sammenhæng, fx autisme og udviklingshæmning, er målgruppen kategoriseret som "flere diagnoser"

⁵⁷ Ældre- og Socialministeriet (2021).

⁵⁸ ICD-10-systemet er det officielle diagnoseklassifikationssystem, der benyttes i Danmark.

- Såfremt en sindslidelse er nævnt i sammenhæng med en afhængighedslidelse, fx autisme og et problemskabende brug af alkohol og/eller stoffer, er målgruppen kategoriseret som "flere diagnoser"
- Såfremt der i målgruppebeskrivelsen ikke omtales en specifik diagnosegruppe (jf. VIVEs anvendelse af ICD-10), fx borgere med sammensatte og komplekse problemstillinger eller borgere med udadreagerende og/eller grænseoverskridende adfærd, er målgruppen kategoriseret som omtalt.

VIVE er bevidst om, at det er forbundet med vanskeligheder at foretage en kategorisering af målgruppebeskrivelserne som skitseret ovenfor, og kategoriseringen følgelig skal tages med et vist forbehold. Som et eksempel har kommunernes målgruppebeskrivelser i visse tilfælde været upræcise. I sådanne tilfælde har VIVE som hovedregel valgt ikke at medtage målgruppebeskrivelsen i kategoriseringen.

VIVE har desuden forsøgt at ramme en balance mellem på den ene side at lave så specifikke kategorier som muligt og på den anden side at skabe et overskueligt antal kategorier med forholdsvis konkrete målgrupper. Eksempelvis har målgruppen af borgere med udviklingshæmning og sindslidelse ikke fået sin egen kategori, men optræder i kategorien af borgere med flere diagnoser. Omvendt har VIVE i nogle tilfælde lavet kategorien "borgere med spiseforstyrrelse". Styrende for kategoriseringen har været, med hvilken hyppighed de specifikke grupper er omtalt i kommunernes målgruppebeskrivelser.

Endelig har det ikke været muligt for VIVE ud fra målgruppebeskrivelserne at vurdere, hvor mange borgere der er tale om. Målgruppebeskrivelserne indgår derfor med samme vægt i VIVEs kategorisering.

Det er VIVEs samlede vurdering, at kategoriseringen af målgruppebeskrivelserne kan give et billede af, hvilke specifikke målgrupper kommunerne peger på som værende af betydning for styringen af botilbudsområdet, om end der er usikkerhed forbundet med kategoriseringen, ligesom visse kategorier af målgrupper er forholdsvis ukonkrete (fx borgere med autisme).

Bilag 2 Spørgeskema om botilbudsområdet

DEL 1: EFTERSPØRGSEL

Denne del af spørgeskemaet handler om efterspørgsel efter botilbudspladser fra kommunens egne borgere, dvs. de borgere, som kommunen har myndighedsansvaret for. Der er spørgsmål om både den efterspørgsel, I har haft i de senere år, om aktuel efterspørgsel og om forventet efterspørgsel i de kommende år.

I spørgsmål 1.1 spørger vi til jeres generelle forventning til udviklingen i antallet af borgere med behov for et botilbud i kommunen.

Spørgsmål 1.2 og 1.3 handler om, hvilke målgrupper I mere specifikt *har oplevet* ændret efterspørgsel fra i *de seneste 3 år*, og om, hvilke målgrupper I *forventer* ændret efterspørgsel efter i *de kommende 3 år*. I netop disse spørgsmål beder vi jer om at svare i forhold til fem udvalgte målgrupper, mens resten af spørgeskemaet skelner mellem de to overordnede målgrupper.

Spørgsmål 1.4, 1.5 og 1.6 handler om, hvorvidt:

- der er borgere inden for mere specifikke målgrupper, som I har haft svært ved at finde egnede pladser til *inden for de seneste 3 år*
- der *aktuelt er* borgere inden for specifikke målgrupper, I har svært ved at finde egnede pladser til
- I forventer, at der *i de kommende 3 år* vil være borgere inden for specifikke målgrupper, som I vil få svært ved at finde egnede pladser til.

Spørgsmål 1.7 og 1.8 handler om, hvordan I som kommune bidrager til at danne et overblik *på tværs af kommuner* over, hvor der mangler pladser, og hvor der er ledige pladser.

Spørgsmål 1.1 – generel forventning til udvikling

Forventer I samlet set, at antallet af borgere med behov for et botilbud vil stige, falde eller være uændret over de næste 5 år? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

(Sæt ét kryds)

	Stige	Være uændret	Falde
Vi forventer i de næste 5 år, at antallet af egne borgere med behov for et botilbud samlet set vil...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 1.1a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, kan I skrive dem her.

De næste to spørgsmål handler mere konkret om fem udvalgte målgrupper. I bedes svare på, hvilken udvikling i efterspørgslen efter botilbudspladser I *har oplevet i de seneste 3 år*, og hvilken udvikling I *forventer i de kommende 3 år*. Spørgsmålene drejer sig om kommunens egne borgere.

Spørgsmål 1.2 – udvikling i efterspørgsel de seneste 3 år

Hvilken udvikling har I oplevet i efterspørgslen efter botilbudspladser i de seneste 3 år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

(Sæt ét kryds i hver række)

	Faldende efterspørgsel	Uændret efterspørgsel	Stigende efterspørgsel
Udviklingshæmning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medfødt eller erhvervet hjerneskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialpsykiatrisk problemstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk funktionsnedsættelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 1.2a – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre målgrupper, I har oplevet ændret efterspørgsel fra (faldende eller stigende) i de seneste 3 år, vil vi bede jer om at skrive dem her. I kan også komme med uddybende kommentarer til jeres svar ovenfor.

Spørgsmål 1.3 – forventet udvikling i efterspørgsel i de kommende 3 år

Hvilken udvikling forventer I i efterspørgslen efter botilbudspladser i de kommende 3 år inden for nedenstående målgrupper? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

(Sæt ét kryds i hver række)

	Faldende efterspørgsel	Uændret efterspørgsel	Stigende efterspørgsel
Udviklingshæmning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medfødt eller erhvervet hjerneskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk funktionsnedsættelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialpsykiatrisk problemstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 1.3a – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre målgrupper, I forventer ændret efterspørgsel fra (faldende eller stigende) i de kommende 3 år, vil vi bede jer om at skrive dem her. I kan også komme med uddybende kommentarer til jeres svar ovenfor.

De næste tre spørgsmål handler om, hvorvidt:

- der er specifikke målgrupper, som I har haft svært ved at finde egnede pladser til *inden for de seneste 3 år*
- der *aktuelt* er specifikke målgrupper, I har svært ved at finde egnede pladser til

- I forventer, at der *i de kommende 3 år* vil være målgrupper, I får svært ved at finde egnede pladser til.

Spørgsmål 1.4 – de seneste 3 år

Er der borgere inden for specifikke målgrupper, som I har haft svært ved at finde egnede pladser til inden for de seneste 3 år? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

Nej

Ja, beskriv de pågældende borgeres problematikker her i generelle termer:

Spørgsmål 1.5 – aktuelt

Er der borgere inden for specifikke målgrupper, som I aktuelt har svært ved at finde egnede pladser til? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

Nej

Ja, beskriv de pågældende borgeres problematikker her i generelle termer:

Spørgsmål 1.6 – de kommende 3 år

Er der borgere inden for specifikke målgrupper, som I forventer at få svært ved at finde egnede pladser til i de kommende 3 år? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere.

Nej

Ja, beskriv de pågældende borgeres problematikker her i generelle termer:

De næste to spørgsmål handler om, hvordan I som kommune bidrager til at danne et overblik *på tværs af kommuner* over, hvilke målgrupper der mangler pladser til, og hvor der er ledige botilbudspladser.

Spørgsmål 1.7 – manglende pladser, overblik på tværs af kommuner

Hvor ofte oplyser I i nedenstående sammenhænge om, at I mangler pladser, for at bidrage til at skabe overblik over, hvilke målgrupper der mangler pladser til, på tværs af kommuner?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Meget sjældent eller aldrig	Sjældent	Nogen gange	Ofte	Meget ofte eller altid
Rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forum for koordination på det specialiserede socialområde (i regi af KL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NATKO, den nationale koordinationstruktur (i Socialstyrelsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netværk med andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 1.7a – supplerende bemærkninger

Hvis der er *andre sammenhænge*, hvor I oplyser om, at I mangler pladser, eller I har andre uddybende kommentarer, vil vi bede jer om at skrive dem her.

Spørgsmål 1.8 – ledige pladser

Hvor ofte oplyser I i nedenstående sammenhænge om, at I har eller forventer at få ledige pladser, for at bidrage til at skabe overblik over ledige pladser på tværs af kommuner?
(Sæt ét kryds i hver række)

	Meget sjældent eller aldrig	Sjældent	Nogen gange	Ofte	Meget ofte eller altid
Rammeaftalesamarbejdet på regionalt niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forum for koordination på det specialiserede socialområde (i regi af KL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NATKO, den nationale koordinationsstruktur (i Socialstyrelsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netværk med andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 1.8a – supplerende bemærkninger

Hvis der er *andre sammenhænge*, hvor I oplyser, at I har eller forventer at få ledige botilbudspladser, eller I har andre uddybende kommentarer, vil vi bede jer om at skrive dem her.

DEL 2: MYNDIGHEDSANSVAR OG KØB AF PLADSER

Denne del af spørgeskemaet tager udgangspunkt i et myndighedsperspektiv og er relateret til opfyldelse af den generelle forsyningsforpligtelse for tilbud til egne borgere, dvs. de borgere, som kommunen selv har myndighedsansvaret for. Kommunen kan løfte forsyningsforpligtelsen ved at bruge pladser i botilbud, som kommunen selv driver eller ved at købe pladser i botilbud drevet af andre kommuner, regionerne eller private leverandører. Det er også muligt at anvende alternative indsatser til borgeren uden for botilbud, herunder støtte i eget hjem og dagtilbud.

Spørgsmål 2.1 afdækker, hvor I *generelt* søger oplysninger om ledige og egnede botilbudspladser, når I skal finde en plads til en borger med behov for et botilbud.

Spørgsmål 2.2 handler om kommunens forventninger til udviklingen i jeres brug af egne tilbud og indsatser i eget hjem samt tilbud drevet af andre kommuner, regionerne og private leverandører.

Spørgsmål 2.3 til 2.8 handler om, hvordan kommunen arbejder for at opfylde forsyningsforpligtelsen i relation til egne borgere. Først afdækker spørgsmål 2.3, hvilke muligheder I typisk afsøger, *når I mangler ledige botilbudspladser*, dvs. når I har egne borgere med behov for botilbud, som I ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser. Derefter beder vi i spørgsmål 2.4 til 2.8 om konkrete eksempler på, at de forskellige muligheder ift. tilpasning af kapaciteten er blevet anvendt inden for de senere år.

Vi ved, at der er mange forskellige målgrupper, og at det kan være vanskeligt at svare generelt. Alligevel vil vi bede jer om at prøve at svare overordnet på spørgsmålene for kommunen set som helhed for de to brede målgrupper inden for (1) handicap og (2) socialpsykiatri.

Spørgsmål 2.1 – oplysninger om ledige, egnede pladser generelt

I hvilken grad bruger I generelt nedenstående kilder til at finde ud af, hvor der er ledige, egnede pladser, når I skal finde pladser til jeres borgere med behov for botilbud?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Dialog med kommunens egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialog med konkrete botilbud, som vi i forvejen kender og benytter, drevet af andre driftsherrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opsøger viden om og indgår dialog med konkrete botilbud, som vi <i>ikke</i> i forvejen kender og benytter, drevet af andre driftsherrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borgeren gør selv opmærksom på et tilbud, borgeren har fundet frem til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbudsportalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oplysninger genereret i regi af rammeaftalesamarbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netværk med personer fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 2.1a – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre måder, I finder oplysninger om ledige, egnede pladser på, eller hvis I har andre uddybende kommentarer, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 2.2 – forventning til udvikling i brug af tilbud de næste 3 år

Hvilket af nedenstående udsagn stemmer bedst overens med jeres forventning til, hvordan kommunen vil få opfyldt sin forsyningsforpligtelse på botilbudsområdet i de kommende 3 år?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)			Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)		
	Vi forventer at bruge færre	Vi forventer hverken at bruge flere eller færre	Vi forventer at bruge flere	Vi forventer at bruge færre	Vi forventer hverken at bruge flere eller færre	Vi forventer at bruge flere
Pladser i botilbud drevet af <i>andre kommuner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pladser i botilbud drevet af <i>regioner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pladser i botilbud drevet af <i>private leverandører</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pladser i <i>kommunens egne botilbud</i> , dvs. botilbud, som kommunen selv driver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alternative indsatser</i> til et botilbud, herunder støtte i eget hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 2.2a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her.

Det næste spørgsmål afdækker, hvilke muligheder I typisk afsøger, når I *mangler* ledige, egnede botilbudspladser, dvs. når I har egne borgere med behov for botilbud, som I ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser.

Spørgsmål 2.3 – muligheder, når I mangler ledige, egnede botilbudspladser til jeres borgere

I hvilken grad afsøger I typisk nedenstående muligheder, når I mangler ledige, egnede botilbudspladser til jeres borgere? Spørgsmålet drejer sig om kommunens egne borgere. (Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
<i>Oprette eget, nyt tilbud eller oprette ny plads i et af kommunens egne tilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tilpasse pladser i eget eksisterende tilbud, fx tilføje specialkompetencer eller tilpasse indhold til ændret målgruppe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tilpasse egen tilbudsvifte til indsatser uden for botilbud, fx støtteindsatser i eget hjem, i dagtilbud eller akut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Få regionen til at oprette nyt tilbud / ny plads eller tilpasse eksisterende tilbud / pladser via rammeaftalesamarbejde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Få en region til at oprette nyt tilbud / ny plads eller tilpasse eksisterende tilbud / pladser efter bilateral aftale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Få en anden kommune til at oprette nyt tilbud / ny plads eller tilpasse eksisterende tilbud / pladser via rammeaftalesamarbejde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Få en anden kommune til at oprette nyt tilbud / ny plads eller tilpasse eksisterende tilbud / pladser efter bilateral aftale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Få en privat leverandør til at oprette nyt tilbud / ny</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

plads eller tilpasse eksisterende tilbud / pladser										
Oprette tilbud i <i>samdrift eller driftsfællesskab</i> med andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 2.3a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Det foregående spørgsmål afdækkede, *hvilke muligheder I typisk afsøger*, når I har egne borgere med behov for botilbud, som I ikke umiddelbart kan finde en ledig og egnet plads til inden for det kendte, eksisterende udbud af botilbudspladser.

De næste spørgsmål handler om *konkrete eksempler* på, at de forskellige muligheder faktisk er blevet anvendt inden for de seneste 3 år. Det drejer sig om eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset af kommunen selv, af andre kommuner, af regioner, af private leverandører og i samdrift mellem kommuner.

Spørgsmål 2.4 – egne tilbud

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset af kommunen selv i egne tilbud inden for de seneste 3 år?

Nej

Ja, via rammeaftalesamarbejde, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Ja, efter bilateral aftale, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Ja, efter dialog med Socialtilsynet, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Spørgsmål 2.5 – regionale tilbud

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset *af regioner efter* inden for de seneste 3 år?

- Nej
- Ja, via rammeaftalesamarbejde, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

- Ja, efter bilateral aftale, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Spørgsmål 2.6 – andre kommuners tilbud

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset *af en anden kommune* inden for de seneste 3 år?

- Nej
- Ja, via rammeaftalesamarbejde, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

- Ja, efter bilateral aftale, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Spørgsmål 2.7 – private leverandører

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet eller tilpasset *af private leverandører* inden for de seneste 3 år?

- Nej
- Ja, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

Spørgsmål 2.8 – fælleskommunal samdrift

Har I konkrete eksempler på, at tilbud eller pladser er blevet oprettet *i samdrift mellem kommuner* inden for de seneste 3 år?

- Nej
- Ja, beskriv her, hvilken målgruppe der er tale om pladser til:

DEL 3: DRIFT AF TILBUD OG SALG AF PLADSER

Kommunen kan vælge selv at drive botilbud, både til egne borgere og andre kommuners borgere. Denne del af spørgeskemaet tager udgangspunkt i et driftsherreperspektiv og er relateret til drift af botilbud og salg af pladser til andre kommuner i de botilbud, som kommunen selv driver.

Spørgsmål 3.1 afdækker, hvordan I generelt oplyser andre kommuner om det, hvis I har eller forventer at få ledige pladser i jeres egne botilbud, dvs. de botilbud, som kommunen selv driver.

Spørgsmål 3.2 til 3.5 handler om udviklingen de seneste 3 år, herunder udviklingen i efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt udviklingen i kommunens ageren som driftsherre.

Spørgsmål 3.6 og 3.7 handler om, hvorvidt kommunen *aktuelt* er ved at oprette, tilpasse eller nedlægge botilbudspladser, herunder om det skyldes ændret efterspørgsel fra egne eller andre kommuners borgere.

Spørgsmål 3.8 til 3.10 handler om jeres forventninger til udviklingen de næste 3 år, herunder forventninger til efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt forventninger til kommunens ageren som driftsherre.

Vi ved, at der er mange forskellige målgrupper, og at det kan være vanskeligt at svare generelt. Alligevel vil vi bede jer om at prøve at svare overordnet på spørgsmålene for kommunen set som helhed for de to brede målgrupper inden for (1) handicap og (2) socialpsykiatri

Spørgsmål 3.0 - sælger I pladser til andre kommuner?

Sælger jeres kommune pladser i botilbud, som I selv driver, til andre kommuner?

- Nej
- Ja

Hvis "Nej" → Gå til DEL 4.

Hvis "Ja" → Gå til spørgsmål 3.1.

Spørgsmål 3.1

I hvilken grad gør I brug af nedenstående muligheder for at oplyse andre kommuner om, at I har eller forventer at få ledige pladser i jeres egne botilbud?

(Sæt ét kryds i hver række)

	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi kontakter konkrete kommuner, der i forvejen benytter vores tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi nævner det i relevante netværk med personer fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi oplyser det til rammeaftalesamarbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi melder det ind i Tilbudsportalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.1a – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre måder, hvorpå I oplyser andre kommuner om, at I har eller forventer at få ledige pladser, eller hvis I har andre uddybende kommentarer, vil vi bede jer om at skrive dem her:

De næste tre spørgsmål handler om udviklingen de seneste 3 år, herunder udviklingen i efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt udviklingen i kommunens ageren som driftsherre.

Spørgsmål 3.2 – udvikling i efterspørgsel efter pladser i kommunens egne botilbud de seneste 3 år

Hvilken udvikling har der været i de seneste 3 år i efterspørgslen efter botilbudspladser, som kommunen selv driver, fra egne borgere og andre kommuners borgere?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)			Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)		
	Er faldet	Har været uændret	Er steget	Er faldet	Har været uændret	Er steget
Efterspørgslen fra <i>andre kommuners borgere</i> de seneste 3 år...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efterspørgslen fra <i>kommunens egne borgere</i> de seneste 3 år...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.2a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.3 – overudbud i eller overefterspørgsel efter kommunens egne botilbud de seneste 3 år

I hvilken grad passer nedenstående udsagn på situationen i jeres kommune de seneste 3 år?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Der har de seneste 3 år været mange ledige pladser i kommunens egne botilbud, som der ikke har været efterspørgsel efter (overudbud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der har de seneste 3 år været større efterspørgsel fra kommunens egne borgere, end vi har haft pladser til at imødekomme (overefterspørgsel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der har de seneste 3 år været større efterspørgsel fra andre kommuners borgere, end vi har haft pladser til at imødekomme (overefterspørgsel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.3a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.4 – har kommunen oprettet eller tilpasset pladser i egne tilbud de seneste 3 år?

Har kommunen inden for de seneste 3 år oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi har inden for de seneste 3 år oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser i egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til spørgsmål 3.5.

Hvis "Ja" i mindst én → Gå til spørgsmål 3.4a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.4a – hvorfor har kommunen oprettet eller tilpasset pladser de seneste 3 år?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen har oprettet eller tilpasset egne botilbudspladser i de seneste 3 år?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser for at imødekomme efterspørgsel fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi har oprettet nye pladser eller tilpasset eksisterende pladser for at imødekomme efterspørgsel fra egne borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.4b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.5 - har kommunen nedlagt pladser i egne tilbud de seneste 3 år?

Har kommunen inden for de seneste 3 år nedlagt pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi har inden for de seneste 3 år nedlagt pladser i kommunens egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til spørgsmål 3.6.

Hvis "Ja" i mindst én → Gå til spørgsmål 3.5a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.5a – *hvorfor* har kommunen nedlagt pladser i egne tilbud de seneste 3 år?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen har nedlagt egne botilbudspladser i de seneste 3 år?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi har nedlagt pladser pga. faldende efterspørgsel fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi har nedlagt pladser pga. faldende efterspørgsel fra egne borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.5b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

De næste to spørgsmål handler om *den aktuelle situation*, herunder om kommunen er i gang med at oprette, tilpasse eller nedlægge botilbudspladser.

Spørgsmål 3.6 – er kommunen aktuelt i gang med at oprette eller tilpasse pladser?

Er kommunen aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi er aktuelt i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i kommunens egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til spørgsmål 3.7.

Hvis "Ja" i en eller begge → Gå til spørgsmål 3.6a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.6a – *hvorfor* er kommunen aktuelt i gang med at oprette eller tilpasse pladser?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen aktuelt er i gang med at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser for at kunne imødekomme efterspørgsel <i>fra andre kommuner</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er i gang med at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser for at kunne imødekomme efterspørgsel <i>fra egne borgere</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.6b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.7 - er kommunen aktuelt i gang med at nedlægge pladser i egne botilbud?

Er kommunen aktuelt i gang med at nedlægge pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi er aktuelt i gang med at nedlægge pladser i kommunens egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til spørgsmål 3.8.

Hvis "Ja" i en eller begge → Gå til spørgsmål 3.7a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.7a – hvorfor er kommunen i gang med at nedlægge pladser i egne tilbud?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen er i gang med at nedlægge egne botilbudspladser?
(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi er i gang med at nedlægge pladser pga. faldende efterspørgsel fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er i gang med at nedlægge pladser pga. faldende efterspørgsel fra egne borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.7b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

De næste tre spørgsmål handler om jeres *forventninger* til udviklingen i de næste 3 år, herunder forventninger til efterspørgslen efter kommunens botilbudspladser fra egne og andre kommuners borgere samt til kommunens ageren som driftsherre.

Spørgsmål 3.8 – forventet udvikling i efterspørgsel efter kommunens botilbudspladser de næste 3 år

Hvilken udvikling forventer I de næste 3 år i efterspørgslen efter botilbudspladser, som kommunen selv driver, fra egne borgere og andre kommuners borgere?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)			Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)		
	Falde	Være uændret	Stige	Falde	Være uændret	Stige
Efterspørgslen fra <i>andre kommuners borgere</i> forventes de næste 3 år at...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efterspørgslen fra <i>kommunens egne borgere</i> forventes de næste 3 år at...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.8a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.9 – forventer I at oprette eller tilpasse pladser de næste 3 år?

Forventer kommunen inden for de næste 3 år at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi forventer de næste 3 år at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser i kommunens egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til spørgsmål 3.10.

Hvis "Ja" i en eller begge → Gå til spørgsmål 3.9a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.9a – hvorfor forventer I at oprette eller tilpasse pladser de næste 3 år?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når I forventer at oprette eller tilpasse egne botilbudspladser i de næste 3 år?
(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi forventer at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser for at kunne imødekomme efterspørgsel fra andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi forventer at oprette nye pladser eller tilpasse eksisterende pladser for at kunne imødekomme efterspørgsel fra egne borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 3.9b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 3.10 – forventer I at nedlægge pladser de næste 3 år?

Forventer kommunen inden for de næste 3 år at nedlægge pladser i botilbud, som kommunen selv driver?

(Sæt ét kryds for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)		Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vi forventer de næste 3 år at nedlægge pladser i egne botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Nej" i begge → Gå til DEL 4.

Hvis "Ja" i mindst én → Gå til spørgsmål 3.10a og besvar de relevante spørgsmål.

Spørgsmål 3.10a – *hvorfor* forventer I at nedlægge pladser de næste 3 år?

I hvilken grad skyldes det ændret efterspørgsel fra egne borgere hhv. andre kommuners borgere, når kommunen forventer at nedlægge egne botilbudspladser i de næste 3 år?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Vi forventer at nedlægge pladser pga. faldende efterspørgsel <i>fra andre kommuner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi forventer at nedlægge pladser pga. faldende efterspørgsel <i>fra egne borgere</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

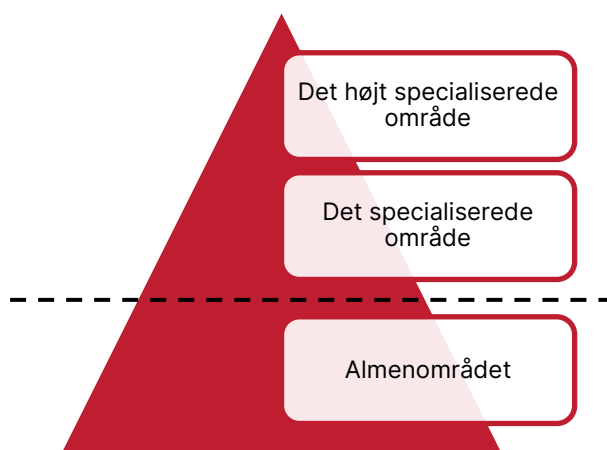
Spørgsmål 3.10b – supplerende bemærkninger

Hvis der er andre årsager, eller I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

DEL 4: HØJT SPECIALISEREDE TILBUD

Denne del af spørgeskemaet handler om tilbud til borgere med særligt komplekse behov, hvor problemstillingerne har en særlig sværhedsgrad, eller hvor borgerne har flere samtidige problemstillinger, som medfører behov for særlig faglig specialviden eller for at kombinere flere typer af faglig specialviden i indsatsen. Disse tilbud omtales her som "højt specialiserede tilbud" og området som det "højt specialiserede område".

Nedenstående figur illustrerer denne opdeling af det specialiserede socialområde i henholdsvis det "højt specialiserede område" (hvor målgruppens volumen er mindst) og det "specialiserede område". Den stiplede linje markerer overgangen til almenområdet.



I denne del af spørgeskemaet skifter vi frem og tilbage mellem myndigheds- og driftsherreperspektivet. Fokus er på overvejelser om kommunens brug og drift af højt specialiserede botilbud til voksne med handicap eller sindslidelse.

Spørgsmål 4.1 handler om, hvordan I får opfyldt jeres behov for højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere.

Spørgsmål 4.2 handler om specialiseringsgrad for købte og solgte pladser.

Spørgsmål 4.3 handler om kommunens *nuværende* brug og drift af højt specialiserede botilbud.

Spørgsmål 4.4 handler om kommunens *forventninger* til brug og drift af højt specialiserede tilbud fremover.

Vi ved, at der er mange forskellige målgrupper, og at det kan være vanskeligt at svare generelt. Alligevel vil vi bede jer om at prøve at svare overordnet på spørgsmålene for kommunen set som helhed for de to brede målgrupper inden for (1) handicap og (2) socialpsykiatri.

Spørgsmål 4.1 – højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere

I hvilken grad bruger jeres kommune højt specialiserede pladser til kommunens egne borgere i botilbud drevet af følgende driftsherrer?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatri)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Tilbud, som <i>kommunen selv driver</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbud drevet af <i>andre kommuner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbud drevet af <i>regioner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbud drevet af <i>private leverandører</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 4.1 – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 4.2 – borgernes støttebehov i købte og solgte pladser

Hvor enig eller uenig er kommunen i nedenstående udsagn, sådan som situationen er i dag?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	Me- get uenig	Del- vist uenig	Hver- ken enig eller uenig	Del- vist enig	Me- get enig	Me- get uenig	Del- vist uenig	Hver- ken enig eller uenig	Del- vist enig	Me- get enig
<i>Kommunens egne borgere i andre driftsherrers botilbud har gennemsnitligt et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere i kommunens egne botilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Andre kommuners borgere i kommunens egne botilbud har gennemsnitligt et mere komplekst og højere specialiseret støttebehov end kommunens egne borgere i kommunens egne botilbud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 4.2 – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 4.3 – kommunens nuværende brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser

I hvilken grad passer nedenstående udsagn på kommunens *nuværende* brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser?

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser <i>til enkelte, specifikke målgrupper</i> , både til vores egne og andre kommuners borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen tilbyder selv højt specialiserede pladser <i>til flere specifikke målgrupper</i> , både til vores egne og andre kommuners borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi køber højt specialiserede pladser i <i>andre driftsherrers tilbud</i> frem for at have dem selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi <i>samarbejder med andre kommuner</i> i nærområdet om <i>i fællesskab</i> at oprette og drive højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi aftaler med <i>andre kommuner i rammeaftalesamarbejdet</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi aftaler med <i>andre kommuner bilateralt</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi aftaler med <i>regionen i rammeaftalesamarbejdet</i> , at regionen opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi aftaler med <i>regioner bilateralt</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi aftaler med <i>private leverandører</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 4.3a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

Spørgsmål 4.4 – forventet brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser fremover

I hvilken grad passer nedenstående udsagn på kommunens *forventninger til brug og drift af højt specialiserede botilbudspladser fremover?*

(Sæt ét kryds i hver række for hver målgruppe)

	Borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (ikke sindslidelse)					Borgere med sindslidelse (socialpsykiatrisk problematik)				
	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	I meget lav grad	I lav grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser <i>til enkelte specifikke målgrupper</i> , både til vores egne og andre kommuners borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen vil fremover selv kunne tilbyde højt specialiserede pladser <i>til flere specifikke målgrupper</i> , både til vores egne og andre kommuners borgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover købe højt specialiserede pladser i <i>andre driftsherrers tilbud</i> frem for at have dem selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover <i>samarbejde med andre kommuner</i> i nærområdet om <i>i fællesskab</i> at oprette og drive højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover søge at af-tale med <i>andre kommuner i rammeaftalesamarbejdet</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi vil fremover søge at af-tale med <i>andre kommuner bilateralt</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover søge at af-tale med <i>regionen i ramme-aftalesamarbejdet</i> , at regionen opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover søge at af-tale med <i>regioner bilateralt</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil fremover søge at af-tale med <i>private leverandører</i> , at de opretter og driver højt specialiserede botilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 4.4a – supplerende bemærkninger

Hvis I har uddybende kommentarer til jeres svar, vil vi bede jer om at skrive dem her:

SLUT på spørgeskemaet.

Mange tak for din besvarelse!

VIVÉ

Referat Dialogforum 3. november 2022

Tid: Den 3. november kl. 10.00-12.00

Sted: Middelfart Rådhus, Nytorv 9, 5500 Middelfart, mødelokale 7 - Fænø Kalv

Mødedeltagere: Gitte R. Reckendorff Nielsen, (Dansk Handicap Forbund), Bente Rey, (UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen), Dorte Møller Vistesen (ADHD-foreningen), Johannes Lundsryd Jensen, borgmester og formand for KKR Syddanmark, Søren Steen Andersen, borgmester og næstformand KKR Syddanmark, Grethe H. Nielsen, direktør i Tønder kommune og medlem af Socialdirektørforum SDF og Bettina Brøndsted, direktør i Kereminde kommune og medlem af Socialdirektørforum SDF.

Sekretariat: Laila Løhde Møller, (konsulent, KKR Syddanmark).

Dato: 7. november 2022

Sags ID: SAG-2022-00924
Dok. ID: 3283600

E-mail: LALM@kl.dk
Direkte: 2873 7631

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 3

1. Velkommen og nyt siden sidst

Johannes Lundsryd Jensen bød velkommen, og alle medlemmer præsenterede sig, idet KKR-sekretariatets nye konsulent, Laila Løhde Møller, var ny deltager i stedet for Birgitte Lambrechtsen.

Det blev aftalt at møderne fremadrettet først starter kl. 10.30.

Skole og Forældre har trukket deres repræsentant, Kenneth Kristensen fra Dialogforum for den nuværende periode.

2. Ny rammeaftale for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet

Grethe H. Nielsen, Tønder Kommune gav oplæg om den nye rammeaftale for 2023-2024, som er blevet godkendt i KKR og som er til behandling rundt i kommunerne i Region Syddanmark.

De tre temaer, der blev fastlagt i Rammeaftalen 2021-2022 fortsætter i rammeaftalen for 2023-2024:

- Tværsektoriel kobling til andre sektorområder
- Styling og kapacitet
- Kvalitet i indsatserne

Ligeledes fortsætter de aktiviteter og projekter, som allerede er iværksat.

Dialogforum drøftede rammeaftalen med udgangspunkt i oplægget.

3. Model for det nye sundhedssamarbejde

Johannes Lundsryd Jensen orienterede om den nye struktur der er trådt i kraft for sundhedssamarbejdet den 1. juli 2022 både nationalt og regionalt på baggrund af aftale indgået mellem Regeringen, KL og Danske Regioner om sammenhæng og nærhed. Aftalen indebærer etablering af sundheds-klynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

Den nye struktur betyder for kommunerne at de kan være samstemte og sikre den strategiske fælleskommunale dagsorden.

Strukturen skaber et nyt politisk niveau med klyngerne. Og noget af det, der er fokus på det er:

- At fortsætte og styrke det i forvejen gode samarbejde med region og almen praksis.
- At fortsætte og styrke det fælleskommunale samarbejde
- At undersøge, hvordan man bedst understøtter de forskellige niveauer og stadig sikrer sammenhæng – mellem kommuner, klynger, KKR/alle 22 kommuner osv.

Der er fire klynger i Syddanmark – de følger akutsygehusene – tre i Jylland og en på Fyn. Alle klynger er kommet godt i gang – der er fokus på de store problemstillinger – særligt mental trivsel og presset på psykiatrien drøftes.

De store udfordringer – som kalder på stærkt tværkommunalt samarbejde - er kendte; det handler fx om at andelen af kronikere og andelen af borgere over 80 år er stigende. Sundhedsklyngerne går i dialog om, hvad de forskellige aktører kan gøre for hinanden.

Projektoren virkede ikke og derfor blev der ikke vist slides, de medsendes i stedet med referatet.

4. Drøftelse vedr. temadag samt opfølgning på emnet kvalitet

På baggrund af drøftelsen med Mogens Bak Hansen fra Nordfyns Kommune og Siggie Kristoffersen fra Faaborg-Midtfyn Kommune på junimødet i Dialogforum, var der på mødet opfølgning på emnet kvalitet i form af orientering om møde afholdt i september mellem Gitte og Dorte fra Dialogforum samt Mogens og Siggie om det videre arbejde med emnet kvalitet. Siggie Kristoffersen deltog under punktet og der var enighed om, at arbejde videre med tanker om at arrangere en temadag i samarbejde med Socialdirektørforum med omdrejningspunkt omkring emnet "kvalitet".

Vinkler på temadagen kunne fx være:

- Hvordan får vi talt sammen på den bedste måde, kommuner og brugerorganisationer
- Input fra brugerorganisationerne – hvordan er den borgeroplevede kvalitet?
- Erfaringer fra kommunerne
- Nye forpligtende aftaler
- Input fra KL
 - Når der er nye reformer, hvad skal vi så have ud af det?

Dato: 7. november 2022

Sags ID: SAG-2022-00924
Dok. ID: 3283600

E-mail: LALM@kl.dk
Direkte: 2873 7631

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 3

Det blev aftalt at temadagen skal forsøge differentiere sig fra de øvrige temadage fra KL og at det forsøges med afvikling i april.

Det kan overvejes om dagen skal deles op, så programmet lægger op til politisk deltagelse halvdelene af dagen og hele dagen for brugerorganisationerne.

KKR-Sekretariatet booker online-møde med brugerorganisationerne samt Siggie og Mogens ultimo 2022/primus 2023 til videre drøftelse om temadag.

5. Næste møde

Aftalt at Dialogforums næste møde afholdes i forlængelse af temadagen i foråret 2023.

6. Eventuelt

Bente Rey løftede at ikke mange ved hvad Dialogforum er, og at det kunne være et punkt på dagsordenen til næste møde; hvordan udbredes kendskabet og synligheden?

Dato: 7. november 2022

Sags ID: SAG-2022-00924

Dok. ID: 3283600

E-mail: LALM@kl.dk

Direkte: 2873 7631

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 3

Intensiveret samarbejde omkring borgere med spiseforstyrrelse – implementering af samarbejdsmodel og etablering af udkørende ernæringsteam

Projektbeskrivelse	
Projektejere / projektforankring	<p>Odense Universitetshospital (OUH) er officielle projektejere men projektet er bredere end dette og involverer psykiatrien, som ligeledes er projektejere og som ligeledes har et reelt og fagligt ejerskab for projektet. Det skyldes blandt andet, at projektet har fokus på overgange mellem enheder og at der netop skal skabes lette, agile og smidige overgange til fordel for patienterne.</p> <p>Lokalt er ledere fra de enkelte involverede bosteder, kommuner og afdelinger hos OUH og psykiatrisygehuset ledelsesmæssigt ansvarlige for indsatsen.</p>
Periode	Maj 2022 – december 2024
Deltagere	<p>Odense Universitetshospital v/ Endokrinologisk Afdeling M</p> <p>Psykiatrien i Region Syddanmark Børne- og Ungdomspsykiatri Odense Psykiatrisk Afdeling Odense, afsnit P50</p> <p>De 22 kommuner i Region Syddanmark Praktiserende læger i almen medicin</p> <p>Herunder er offentlige og private bosteder i Region Syddanmark også deltagere ligesom målgruppen for projektet dvs. patienter og pårørende.</p>
Organisatorisk opbygning	<p>Ernæringsenheden er et højt specialiseret, medicinsk døgnafsnit under Endokrinologisk Afdeling M, hvor der tilbydes somatisk behandling til patienter med svær underernæring, fejlnæring og andre fysiske følgevirkninger af svære spiseforstyrrelser. Der er således fokus på ernæringsterapi samt behandling og lindring af de fysiske symptomer der opstår ved svær underernæring. Ernæringsenheden modtager patienter fra hele landet. Personalet på afsnittet består af læger fra endokrinologisk afdeling, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fast tilknyttede fysioterapeuter og en diætist.</p> <p>Endokrinologisk Afdeling indgår via Ernæringsenheden i et formaliseret samarbejde i Center for Spiseforstyrrelser. Center for Spiseforstyrrelser er et murstensløst tværgående samarbejde med psykiatrien, børne- og ungdomspsykiatrien, og Pædiatrisk Afdeling H, OUH. Centeret er ét ud af tre højt specialiserede centre i Danmark, som varetager behandlingen af patienter med svære og komplekse spiseforstyrrelser.</p> <p>I Psykiatrien i Region Syddanmark foregår behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser på alle psykiatriske afdelinger. Afdelingerne samarbejder ofte på tværs, eksempelvis når patienter overgår fra højt specialiseret behandling til hovedfunktionsniveau, samt når unge (ved 20 år) overgår til voksenpsykiatrien. Alle afdelinger varetager behandling på hovedfunktionsniveau, og den specialiserede behandling varetages af de to afdelinger i Odense. Personalet på afdelingerne består primært af sygeplejersker, specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, specialpsykologer og læger.</p> <p>Derudover er der i Region Syddanmark ét regionalt højt specialiseret botilbud til unge voksne over 18 år. Det er personer, som lider af en spiseforstyrrelse, og som har brug for massiv og varieret støtte for at mestre eget liv. Det</p>

	<p>hedder "Pomonahuset" og er omfattet af Servicelovens §107. Borgerne på tilbuddet har svære spiseforstyrrelser, som ofte er kombineret med andre sociale, psykiatriske og somatiske problemer. Personalet er tværfagligt sammensat af sygeplejersker, pædagoger, ergoterapeuter, assistenter, socialrådgivere og diætister, som har erfaring fra spiseforstyrrelsesområdet.</p>
Baggrund for indsatsen	<p>Over de seneste år er antallet af personer, som søger behandling for spiseforstyrrelser steget. Dette fremgår blandt andet af Sundhedsdatastyrelsens registeranalyse fra 2020. Yderligere ses det at kompleksiteten i patienternes/borgernes forløb er forøget. Udover spiseforstyrrelsen, kan patienterne/borgerne lide af andre psykiatriske eller somatiske lidelser, eksempelvis personlighedsforstyrrelse, misbrug eller angstlidelse.¹</p> <p>Patienter/borgere med spiseforstyrrelser, kan yderligere have tendens til selvskadende adfærd. Data for Psykiatrien i Region Syddanmark har siden 2018 vist, at en relativt lille gruppe af patienter, hvoraf flest er unge kvinder, bliver udsat for en stor del af den samlede mængde af tvang i psykiatrisygehuset. Erfaringer viser, at udover spisestop og opkastninger er det særligt den selvskadende adfærd, som er medvirkende til, at der anvendes tvang over for målgruppen.</p> <p>Patienter/borgere, der gennemgår komplekse forløb, har ofte behov for forskellige indsatser, som udbydes af forskellige aktører, herunder bosteder, forskellige psykiatriske afdelinger og somatisk behandling. Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser fra 2021 understreger, hvor vigtigt det er, at der etableres et tværfagligt samarbejde mellem fagpersonerne, så patienten/borgerens indsats bliver helhedsorienteret.</p> <p>Psykiatrisygehuset har gode erfaringer med udkørende teams (mobilteams) på det børne- og ungdomspsykiatriske område. Disse udkørende teams yder en styrket intensiv indsats for børn og unge på bosteder, og i eget hjem for at forebygge tvang og undgå tvangs- og genindlæggelser.</p> <p>Mobilteams har bl.a. indgået som en del af projekt "Styrket samarbejde" i perioden fra 2017-2020. Evalueringen af projektet viste, at projektet i stort omfang lykkedes med at indfri målsætningen om, at styrke behandling af borgere på botilbud. De unge borgere følger og opsøger dermed den behandling, som de har brug for. Derudover understøtter tiltaget medarbejderne på botilbuddenes forebyggende og støttende arbejde med patienter/borgere med henblik på forebyggelse af psykiatrisk lidelse.</p> <p>Psykiatrien i Region Syddanmark modtog i 2018 midler fra satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021. Midlerne er anvendt til at udvikle en integreret samarbejdsmodel for overgange mellem børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og bosted i forhold til borgere/patienter med spiseforstyrrelser, der gennemgår særligt komplicerede forløb.</p> <p>Ved projektets udgang er det lykkedes at udvikle og kvalificere den integrerede samarbejdsmodel og gennemføre et fælles kompetenceløft.</p> <p>Formålet med en kapacitetsudvidelse er at sikre grundig implementering af samarbejdsmodellen på tværs af somatik, børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, bosted og kommuner. Dette er med henblik på at borgere/patienterne oplever sammenhængende forløb af høj kvalitet, blandt</p>

¹ Sundhedsstyrelsen (2021): Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser (høringsudkast)

	<p>andet gennem én samlet plan for behandling til at understøtte at borgere hurtigere vender tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer.</p> <p>Desuden er der et ønske om at understøtte modellens fokus på overgange med et nyt udkørende ernæringsteam fra somatikken. Udvidelsen styrker sammenhæng med eksisterende tilbud og samarbejde på tværs af sektorer.</p> <p>Hensigten med at etablere et somatisk udkørende ernæringsteam er at understøtte samarbejdsmodellens anbefalinger for overgange mellem børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, somatik samt bosted og kommuner for borgere/patienter med svære spiseforstyrrelser.</p> <p>Det udkørende ernæringsteam udgør et alternativ til indlæggelse, eller kan bidrage til at understøtte patienten i tiden umiddelbart efter udskrivelse. Gennem det udkørende ernæringsteam etableres et tættere samarbejde med og rådgivning af bosteder, kommunale tilbud samt øvrige netværk. Det udkørende team vil have fokus på patienter med svære spiseforstyrrelser. Formålet er at forebygge indlæggelser, herunder tvangsindlæggelser.</p> <p>For at understøtte implementering af den integrerede samarbejdsmodel på tværs af afdelinger og kommuner vil projektkoordinator fra Psykiatrisygehuset være behjælpelig i somatikken og i psykiatrien, herunder være bindeled til udpegede kontaktpersoner på Psykiatrisk Afdeling Odense og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense</p> <p>Det udkørende team består af erfarne sygeplejersker og læge forankret i Ernæringsenheden under Endokrinologisk Afdeling. Det udkørende team understøtter den geografiske spredning ved at dække borgere/patienter med særligt komplicerede spiseforstyrrelsesforløb i hele regionen.</p>
<p>Effekter og gevinster</p>	<p>På langt sigt forventes samarbejdsmodellen, at bidrage til mere effektfulde borgerforløb, der medfører en hurtigere/ større stigning i patientens funktionsniveau og bedre mulighed for at mestre symptomer.</p> <p>Der opstilles følgende mål for projektperioden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Højere sygdomsspecifik livskvalitet målt med EDQLS.^{2 3} - Patientoplevelse kvalitet i forhold til overgangene er steget, herunder oplevelsen af sammenhængende forløb, udveksling af information og videreførelse af plan (via fokusgruppeinterview). - Medarbejderne oplever bedre samarbejde og større tilgængelighed tværorganisatorisk og føler sig i højere grad fagligt kompetente til at løfte særligt komplicerede forløb (via fokusgruppeinterview). - Inden for målgruppen af patienter skal der opleves et signifikant lavere antal tvangsindlæggelser, genindlæggelser og indlæggelser målt på de patienter som bliver tilknyttet det udkørende team.
<p>Målgruppe</p>	<p>Projektets målgruppe er borgere/patienter som opfylder nedenstående; Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter over 18 år der opfylder gældende ICD kriterier for spiseforstyrrelser F50.0 – F50.9. • Indvilliger i at deltage i evaluering af projektet. • Er bosat i Region Syddanmark. • Patienter som har et forløb i somatikken ved Ernæringsklinikken afdeling M. • Har BMI < 15* og et kompliceret forløb defineret ved mere end 5 års anamnese og spiseforstyrrelse kombineret med andre somatiske eller psykiatriske lidelser og dermed mange involverede aktører

² Winkler LA, Gudex C, Lichtenstein MB, Røder ME, Adair CE, Sjögren JM, Støving RK. Explanatory Factors for DiseaseSpecific Health-Related Quality of Life in Women with Anorexia Nervosa. J Clin Med. 2021 Apr 9;10(8):1592. doi:

³ .3390/jcm 10081592. PMID: 33918786; PMCID: PMC8069859.

	<p>eller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har eller har haft BMI < 13 inden for det seneste år. • Er motiveret for forandring, fx patienter der vil tilbringe mere tid uden for sygehuset, patienter der vil holde vægten stabil som alternativ til vægttab eller patienter som vil vægtøge. • Betydelig risiko for tilbagefald med behov for genindlæggelse. <p>Eksklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undtaget er patienter som fagligt vurderes uundgåeligt indlæggelseskrævende enten pga. akut eller langsom forværring i tilstanden. • Skal være i en kognitiv tilstand hvor evaluering giver mening. <p>Målgruppen for implementering af samarbejdsmodellen er klinisk fagligt personale hos somatikken, psykiatrien, kommunerne, bosteder, almen praksis som arbejder med patienter, der har en behandlingskrævende spiseforstyrrelse</p>
<p>Aktivitet / metode i indsatsen</p>	<p>Projektets kapacitetsudvidelse består i intensiveret samarbejde omkring borgere/patienter med spiseforstyrrelser, herunder implementering af samarbejdsmodel og etablering af udkørende ernæringsteam .</p> <p>Videreførelse og implementering af samarbejdsmodel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektkoordinatoren og projektdeltagerne understøtter afdelingerne i at oversætte anbefalingerne fra den integrerede samarbejdsmodel til en lokal kontekst samt at implementere arbejdsgangene blandt personalet. • Projektkoordinatoren og projektdeltagerne sikrer og koordinerer samarbejdet mellem borgere/patienter og somatik, psykiatri, bosted og kommunale tilbud. <p>Etablering af udkørende ernæringsteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Til etablering af somatisk udkørende ernæringsteam er der ansat to erfarne sygeplejersker i tværgående funktion mellem somatikken (OUH) og forskellige afdelinger i psykiatrien (børn/voksne og hovedfunktion/specialfunktion). Stillingerne er forankret i Ernæringsenheden (Afdeling M) på OUH. • Sygeplejerskerne understøttes af løbende sparring ved patientansvarlig læge 12 timer pr. uge. • Teamet kører ud til borgere/patienter med spiseforstyrrelser samt bosted og matrikelløse kommunale tilbud i hele regionen og yder sparring og understøttelse af personalet i forbindelse med komplicerede spiseforstyrrelsesforløb. Det udkørende ernæringsteams besøg har både til formål at skabe gode relationer med borgerne/patienterne i målgruppen og forebygge indlæggelse, samt at understøtte personalet på bostedet og i kommunale tilbud til bedre at kunne hjælpe patienterne. <p>Videndeling på tværs sikres via samarbejde mellem udkørende ernæringsteam og projektkoordinatoren samt gennem de månedlige møder i Center for Spiseforstyrrelser.</p>
<p>Evaluering</p>	<p>For at sikre dokumentation og opnåelse af viden fra projektet udarbejdes der løbende evaluering. Der bliver udarbejdet kvalitative og kvantitative evalueringer med opsamling af data for projektet samt interview af fagprofessionelle som er i kontakt med projektet. Endelig bliver der udarbejdet interview af patienter, således at der opbygges en viden om effekten fra projektet. Dette evalueringmateriale vil blive brugt til løbende justering af projektet samt til de årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen.</p>
<p>Budget</p>	<p>Der er budgetteret 4.922.735 kr. i projektperioden, som hovedsageligt benyttes til projektdeltagere i det udkørende team, lægeressourcer, projektkoordinator, samt til workshops og aktiviteter.</p>

Samarbejds- model for den gode overgang

– en kort beskrivelse

**Satspuljeprojektet Styrket indsats for
mennesker med spiseforstyrrelser**

November 2021



Indledning

En spiseforstyrrelse er en kompleks lidelse, som både kan have psykiatriske, somatiske og sociale implikationer.

En spiseforstyrrelse er en kompleks lidelse, som både kan have psykiatriske, somatiske og sociale implikationer. Derfor er mennesker med en spiseforstyrrelse ofte i kontakt med flere forskellige aktører i deres forløb. Det gælder særligt mennesker med spiseforstyrrelser som gennemgår særligt komplicerede forløb, der er kendetegnet ved, at der er mange aktører involveret og at forløbene ofte er meget lange. For mennesker med en spiseforstyrrelse er det derfor særligt vigtigt at skabe gode overgange mellem aktørerne, hvis ikke patienterne/ borgerne skal stå tilbage med en oplevelse af at starte forfra.

"Jeg føler aldrig der er blevet fulgt op efter forløb, så når et forløb er sluttet, er jeg bare altid kommet tilbage til det jeg kom fra, som jo ikke fungerede, og så er det gået den forkerte vej igen. Jeg har manglet noget støtte efter indlæggelserne. At man ikke bare bliver sluppet fri, og så sker der ikke noget. Når man kommer hjem er sygdommen jo lynhurtig til at finde de gamle vaner og rutiner. Det kunne bare have været rart med noget støtte, så det blev forhindret."

—
Patient,
Psykiatrisk Afdeling Odense, 2019

I Region Syddanmark er der en ambition om at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor borgerne oplever sammenhæng, tryghed og bedre overgange fra en aktør til en anden.

På den baggrund iværksatte Region Syddanmark satspuljeprojektet "Udvikling af en integreret samarbejdsmodel for behandling og overgange for borgere med spiseforstyrrelser, som gennemgår særligt komplicerede forløb", hvor et af formålene er at udvikle en samarbejdsmodel, der skal skabe bedre overgange for mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb.

Samarbejdsmodellen er udviklet i samarbejde mellem Psykiatrien i Region Syddanmark, det sociale område i Region Syddanmark, OUH og fire kommuner – Aabenraa, Kolding, Odense og Sønderborg. Alle aktørerne har i perioden 2018 – 2021 bidraget til at udvikle og afprøve samarbejdsmodellen.



Formål og baggrund

Formål

Formålet med samarbejdsmodellen er, at mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb, oplever gode overgange mellem Psykiatrien og de øvrige aktører og dermed mere sammenhængende forløb, så de hurtigere kan vende tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer.

Målgruppen for samarbejdsmodellen – hvem skal bruge samarbejdsmodellen?

Samarbejdsmodellen henvender sig både til medarbejdere i Psykiatrien i Region Syddanmark og de øvrige aktører på spiseforstyrrelsesområdet, herunder medarbejdere på sociale botilbud, bostøtter, myndighedssagsbehandlere m.fl.

Målgruppen for samarbejdsmodellen – hvem er den lavet til?

Målgruppen for samarbejdsmodellen er mennesker over 18 år med spiseforstyrrelser, som gennemgår særligt komplicerede forløb. Et kompliceret forløb er defineret ved, at der er to eller flere aktører involveret i samarbejdet omkring patienten/borgeren. Sygdommens sværhedsgrad er ikke et parameter i sig selv, men mennesker med spiseforstyrrelser, som gennemgår særligt komplicerede forløb lider typisk af en svær spiseforstyrrelse.

Udvikling af samarbejdsmodellen

Patienter/borgere med spiseforstyrrelse som en vigtig aktør i udviklingen og afprøvningen af samarbejdsmodellen

Der er lagt vægt på brugerinvolvering i projektet, da målgruppen er patienter/borgere og hovedformålet er, at få patienter/borgere tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer. Ved at bruge forskellige inddragende metoder er patienternes/borgernes behov og ønsker blevet belyst og det har været en inspirationskilde til at skabe løsninger, der løser reelle udfordringer.

Konkrete eksempler på brugerinvolveringen

- Interviews med patienter og borgere omkring deres oplevelser med behandling i Psykiatrien med særlig vægt på overgangene mellem aktører. Interviewene er blevet brugt til at identificere reelle problemstillinger set med et patient/borgerperspektiv.
- Miniworkshop med patienter på Psykiatrisk Afdeling i Odense (Afdeling P50). Her arbejdede patienterne med oplevelsen af modtagelsen på afdelingen. Patienterne fik udleveret en række udsagn baseret på interviews, som de så skulle prioritere i rækkefølge. F.eks. hvad er vigtigt i en modtagelse og hvordan føler du dig mødt.
- Inddragelse af patienter på P50 i udviklingen af guiden "På Vej". Her har vi hængt en række forslag til opslag op i patienternes fællesområde og så kan de stemme på relevansen af indholdet, pege på den foretrukne grafiske identitet og selv komme med forslag til indhold.

Indsigter



Indsigt i patienternes/ borgernes oplevelse af overgangene mellem aktørerne

Arbejdet med udviklingen af samarbejdsmodellen har vist, at borgere med spiseforstyrrelser som gennemgår særligt komplicerede forløb i forbindelse med en overgang ofte oplever at:

Koordinationen mellem aktørerne er utilstrækkelig, hvorfor borgerne oplever at starte forfra, når de skifter fra en aktør til en anden.

"Jeg har egentlig ikke rigtig indtryk af, at der var nogen overlevering mellem afdelingerne (Ernæringsenheden og Afd. P50, Odense). Jeg synes lidt, vi er startet forfra her. Jeg har ikke indtryk af, at de ved, hvad jeg har været igennem derovre."

Patient, der har oplevet en overgang fra Ernæringsenheden til Afd. P50, Odense.

De ikke bliver inddraget i tilstrækkelig grad.

"Jeg har savnet, at der ikke bare blev taget beslutninger uden, jeg var med til at træffe dem. At patienten også bliver hørt. At man ikke bare prøver en masse, som ikke har virket de andre gange."

Patient fra B&U Aabenraa

De har oplevelsen af at blive afsluttet til ingenting – særligt når de bliver udskrevet fra psykiatrisk døgnbehandling til egen bolig.

"Da jeg blev udskrevet fra Psykiatrisk Afdeling, da havde jeg følelsen af bare at blive tabt, for der var ikke noget opfølgning, da jeg kom hjem."

Tidligere patient på Psykiatrisk Afdeling Odense

Dertil kommer, at pårørende til mennesker med en spiseforstyrrelse ofte har en oplevelse af at stå alene tilbage med ansvaret, når en given indsats slutter.

"Man er altid utryk. Og det er altid et forsøgsprojekt at skulle ud af de her rammer (efter indlæggelse)."

Mor til patient på Ernæringsenheden, OUH

Indsigt i medarbejdernes oplevelse af patienternes/ borgernes overgange

Det er en udbredt oplevelse blandt aktørerne på spiseforstyrrelsesområdet, at de mangler kendskab til hinanden. De kender ikke hinandens rammer og vilkår og ser ikke sig selv om en del af en samlet indsats.

Både regionen og kommunerne, gør i dag en stor indsats for mennesker med en spiseforstyrrelse, men der mangler sammenhæng i indsatserne, fordi aktørerne ikke koordinerer på tværs i tilstrækkelig grad.

Samarbejdsmodellen bidrager til et mere sammenhængende forløb for mennesker med komplicerede spiseforstyrrelser ved at:

- Skabe øget ensartethed – både hos den enkelte aktør og på tværs af aktørerne
- Tydeliggøre rolle- og ansvarsfordelingen
- At strukturere samarbejdet mellem aktørerne
- Styrke relationerne mellem aktørerne
- Øge inddragelsen af mennesker med en kompliceret spiseforstyrrelse i forløbet

Manglende koordinering mellem aktørerne er en af årsagerne til, at mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb, overlever dårlige overgange og usammenhængende forløb, hvor de står tilbage med en oplevelse af at skulle starte forfra med risiko for funktionstab til følge.

Grundlæggende principper i samarbejdsmodellen

1. Tilgang fra mentaliseringsbaseret terapi:

SAMMEN ER VI NYSGERRIGE

Vi er inspireret af det faglige menneskesyn fra Mentaliseringsbaseret terapi og har lagt særlig vægt på nysgerrighed. Vi skal være nysgerrige i relation til patienter/borgere, men også i forbindelse med kolleger og det tværfaglige samarbejde.

Mentaliseringsbaseret terapi handler ud over nysgerrighed at etablere en tæt relation, så der bliver skabt rum for tillid og tryk, inden man starter udforskningen og nuancering af individets tanker og følelser. Den trygge relation skabes ved at være støttende, empatisk, nysgerrig, ikkedømmende, ikkevidende samtidig med man viser interesse, engagement og varme.

2. Tilgang fra Fælles Beslutningstagning:

SAMMEN OM BESLUTNINGER

KENDER DU FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING?

Fælles beslutningstagning er både et værdisæt og en model, hvor patientens viden om sig selv og sin egen sygdom anerkendes på lige fod med behandlerens viden.

Fælles beslutningstagning bruges, når der skal træffes beslutninger om udredning, behandling, pleje eller opfølgning. Metoden indebærer brug af valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder samt rådgivning og støtte til at vælge den mulighed, der bedst matcher patientens præferencer.¹

Det er besluttet, at Fælles beslutningstagning skal udrulles på alle regionens somatiske sygehuse og i psykiatrien. Aktuelt er det ved at blive implementeret på Psykiatrisk Afdeling P50, Team for spiseforstyrrelser Lokalpsykiatri Odense samt i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland.

¹ <https://www.cffb.dk/definition/>



De fire standarder i samarbejdsmodellen

De fire standarder i samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen består af fire standarder, som hver indeholder en række anbefalinger. Anbefalingerne skal inspirere og guide aktørerne i deres arbejde med at sikre bedre overgange og dermed mere sammenhængende forløb for mennesker med en spiseforstyrrelse, der gennemgår komplicerede forløb.

De fire standarder:

- Standard for den stærke faglige relation
- Standard for den gode modtagelse
- Standard for den løbende koordinering
- Standard for den trygge overgang

De fire standarder sat ind i en visuel model med indbyrdes sammenhæng

Patientens/borgerens rejse



Standard for den gode modtagelse

Vi forbereder samarbejdet med patienten/borgeren

Standard for den løbende koordinering

Vi prioriterer netværksmøder

Standard for den trygge afslutning

Vi overlapper hinanden

Fagligt fundament

1

Standard for den stærke faglige relation

Vi ser hinanden som kolleger på tværs af de faglige aktører

Standard for den stærke faglige relation er fundamentet for arbejdet med at skabe bedre overgange og dermed mere sammenhængende forløb for mennesker med spisefor-

styrrelser. Denne standard udspiller sig udelukkende mellem de faglige aktører på spiseforstyrrelsesområdet, mens de øvrige standarder udspiller sig i samarbejdet mellem de

faglige aktører og patienter/borgere. De tre sidste standarder følger de forskellige faser, som en patient/borger går i gennem i et forløb hos en given aktør.

1.0 Standard for den stærke faglige relation

Vi ser hinanden som kolleger på tværs af de faglige aktører

Formålet med denne standard er, at de forskellige faglige aktører i højere grad begynder at se sig selv som kollegaer, der arbejder sammen om mennesker med spiseforstyrrelser, så de oplever mere sammenhængende forløb.

Standarden tager afsæt i Jody Hoffer Gittell's teori relationel koordinering, hvor den afgørende pointe er, at relationer og kommunikation gensidigt påvirker og forstærker hinanden. Dels bidrager relationer således til at kommunikationen sker på de rigtige tidspunkter og er forståelig, præcis og problemløsende, dels er kommunikationen med til at udvikle relationerne. Fælles mål, delt viden og gensidig respekt anses i den forbindelse som afgørende for at kunne skabe en stærk faglig relation.

1.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Vi skal lære hinandens rammer og vilkår at kende. Det er vigtigt for at nedbryde fordomme og misforståelser. Sig højt, hvilken virkelighed, vi arbejder i.

Fysiske møder skaber grundlag for en god relation og gør det lettere at afholde gode onlinemøder efterfølgende.

Det er ALTID okay at kontakte en samarbejdspartner. Det gælder både, hvis du har brug for konkret viden eller, hvis du savner sparring. Vi skal turde at være nysgerrige.

Vi skal have en grundlæggende viden om spiseforstyrrelser, så vi har en fælles forståelse og taler samme sprog, når vi samarbejder.





1.2 Tiltag

Til hver standard er der iværksat konkrete tiltag, som understøtter implementeringen af samarbejdsmodellen. Tiltagene består blandt andet af en række konkrete værktøjer, som medarbejderne på spiseforstyrrelsesområdet kan bruge i forbindelse med deres daglige arbejde.

1. Gå i hinanden fodspor

Et koncept hvor medarbejdere, der arbejder med mennesker, der har en spiseforstyrrelse, der er særligt kompliceret, besøger en af de andre aktører på området for på den måde at øge kendskabet til hinanden. Formålet er, at aktørerne i højere grad begynder at se sig selv om kollegaer, der arbejder sammen om et fælles mål.

2. Nyhedsbrevet SALT

Et nyhedsbrev for medarbejdere på spiseforstyrrelsesområdet. Nyhedsbrevet udkommer en gang om måneden med forskellige temaer, herunder eksempelvis behandling i somatikken og sanseintegration.

3. Facebookgruppe/LinkedIn

En lukket gruppe for samarbejdspartnerne på spiseforstyrrelsesområdet, hvor de kan lære hinanden bedre at kende som professionelle ved at dele viden og inspiration med hinanden – og stille nysgerrige spørgsmål til hinanden.

4. Årskonference

Det er ambitionen, at den afsluttede konference får karakter af et årskonference for fagprofessionelle på spiseforstyrrelsesområdet med deltagere både fra Region Syddanmark (psykiatri, somatik og socialområde) og kommunerne. Det er fortsat målet, at der deltager 100 på den afsluttende konference, som på dagen får indsigt i projektet, herunder samarbejdsmodellen, men også anden ny viden på spiseforstyrrelsesområdet gennem oplæg/workshop med en række relevante videnspersoner på området.

5. Temamøder

Idéen omkring temamøderne handler om, at vi mødes på tværs og sammen bliver klogere. Vi forestiller os, at man skiftes til at være vært og at værten planlægger, hvilket tema, der skal tages op. Det kan være, der kommer en udefra, der laver et oplæg omkring noget fagligt. Det kan være man gennemgår fælles cases eller at man ser på mulighederne for et bedre samarbejde. I trekantområdet har de et lignende tiltag, som har eksisteret i 8-10 år med stor succes. Det håber vi at kunne udbrede til flere områder – i en ny version.

2.0 Standard for den gode modtagelse

Vi forbereder samarbejdet med patienten/borgeren

Formålet med denne standard er at sikre, at vi er forberedte, når vi møder patienter og borgere med en spiseforstyrrelse, så de ikke får en oplevelse af, at de skal starte forfra, men føler sig set og hørt.

En god modtagelse danner grundlaget for et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem patienten/borgeren og aktøren og er dermed fundamentet for den relation, der anses som afgørende for at kunne yde den hjælp/støtte, der er nødvendig for mennesker med en kompliceret spiseforstyrrelse, hvis de skal kunne vende tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer.

2.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Vi forbereder modtagelsen allerede ved henvisningen. Det betyder, at vi indhenter relevante oplysninger for at have den nødvendige baggrundsviden. Vær selv opsøgende, hvis du ikke har de oplysninger, som du har brug for.

- Se faktaboks omkring reglerne i forbindelse med indhentning af oplysninger på næste side

Mød patienten/borgeren med nysgerrighed og åbenhed. Patienter/borgere skal altid have mulighed for selv at fortælle deres egen version af deres historie, som supplement til de indhentede oplysninger.

Samtykke er afgørende for, at vi kan samarbejde på tværs af aktører. Vær opmærksom på, at en del af psykopatologien inden for spiseforstyrrelser kan indebære, at patienten/borgeren modarbejder samarbejdet af frygt for at slippe sygdommen. Motiver derfor samtykke gennem dialog med patienten/borgeren.

Når vi modtager en patient/borger, har vi en dialog omkring vores forventninger. På den måde sikrer vi, at vi har en fælles forståelse af indsatsen.



HVORNÅR MÅ JEG LÆSE OM PATIENTEN?

Sundhedsloven § 42 a: *Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter.*

Sundhedspersoner kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Med aktuel behandling menes aktuel undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, jf. § 5. Aktuel behandling omfatter mere end, at en patient befinder sig fysisk på et behandlingssted. Aktuel behandling omfatter også forberedelse. Det betyder f.eks., at aktuel behandling starter, når der er en aftale om behandling. Det kan være, at patienten har bestilt tid, at patienten har anmodet om receptfornyelse, eller at en ambulance er på vej ind til hospitalet. Patienten vil også i kraft af en henvisning til et behandlingssted, f.eks. et hospital eller en speciallæge, være at betragte som værende i aktuel behandling på dette behandlingssted.

Sundhedspersoner har efter bestemmelsen adgang til at indhente oplysninger i elektroniske systemer med henblik på forberedelse af konsultationen/den fysiske behandling, ligesom der er adgang til – efter konsultationen – at slå op med henblik på at se prøvesvar og give tilbagemelding til patienten, sende recepten m.v. efter, at patienten er gået.

Selvom en patient udebliver eller aflyser en aftale, vil indhentning af helbredsoplysninger m.v. i elektroniske systemer med henblik på forberedelse af den senere aflyste aftale, være omfattet af bestemmelsen.

2.2 Tiltag

På Vej – Inspiration, motivation og strategier til et hverdagsliv

En fysisk guide i papir til patienter/borgere med en spiseforstyrrelse. Guidens endelig indhold udarbejdes i samarbejde med patienter på Psykiatrisk Afdeling P50 i Odense m.fl. Den indeholder fortællinger fra patienter/borgere, der er vendt tilbage til et hverdagsliv med mestrings af symptomer, citater fra patienter/borgere, der kan indgyde håb og styrke, inspiration til "holdud-værktøjer", information om frivillige tilbud mv. Der er også plads til at patienten/borgeren selv kan notere egne tanker mv. i guiden.

3.0 Standard for den løbende koordinering

Vi prioriterer netværksmøder

Formålet med denne standard er at sikre, at der løbende sker den nødvendige kommunikation og koordination mellem aktørerne, således at mennesker med spiseforstyrrelser i højere grad oplever et sammenhængende forløb, hvor de forskellige indsatser er indholds- og tidsmæssigt afstemt i forhold til hinanden.

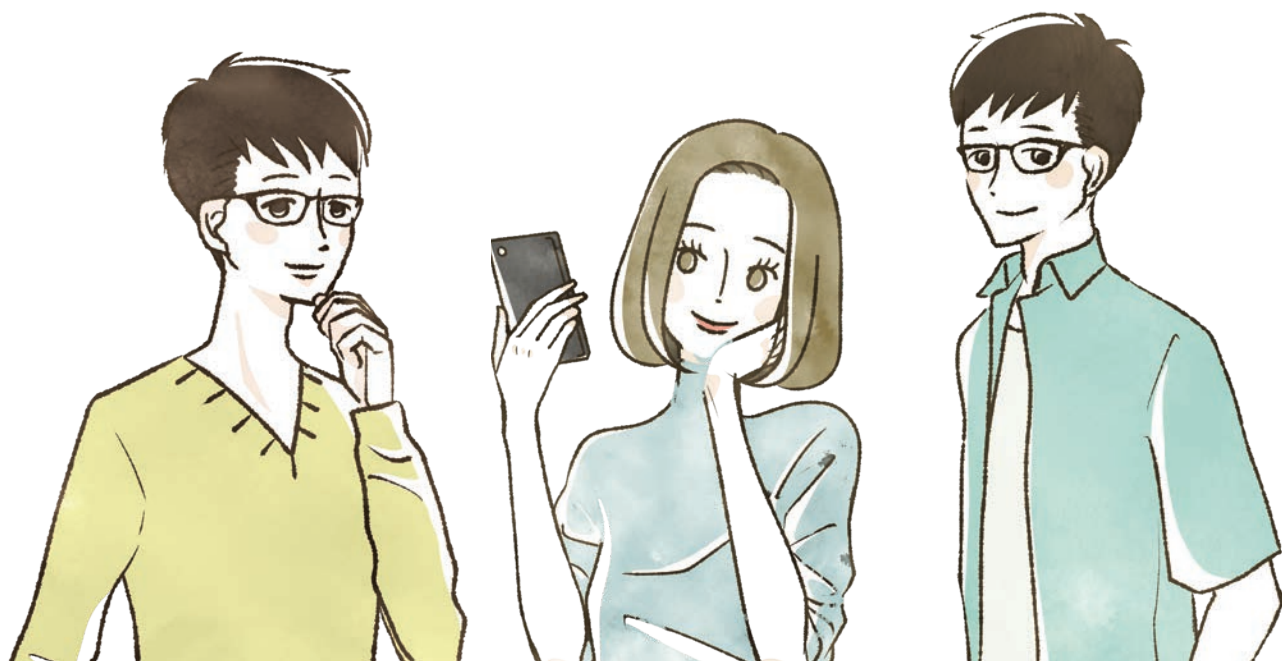
Netværksmøder betragtes som et centralt element i koordineringen af indsatsen, hvorfor der i denne standard sættes fokus på prioritering af netværksmøder.

HVAD ER ET NETVÆRKS MØDE?

Et netværksmøde er et møde, hvor de fagpersoner, der er involveret i behandlingen eller indsatsen i forhold til en given patient/borger mødes. Patienten/borgeren deltager som udgangspunkt også i netværksmødet med mindre særlige forhold gør sig gældende.

For at der er tale om et netværksmøde, skal der deltage minimum to fagpersoner fra forskellige steder, herunder sygehusafdelinger, kommunen og andre faglige aktører.

Formålet med netværksmødet er at koordinere behandlingen og/eller indsatsen, så patienterne/borgerne oplever mere sammenhængende forløb. På et netværksmøde bliver der lavet konkrete aftaler om, hvad der skal ske i patienten/borgerens forløb med udgangspunkt i den enkelte borgers/patientens ønsker og behov.



3.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Prioriter netværksmøder. Kommunikation og koordination er særligt vigtigt i forhold til patienter/borgere med en spiseforstyrrelse, fordi der ofte er mange aktører involveret og sygdommen kan forsøge at lede efter smuthuller for at overleve.

Alle aktører kan tage initiativ til et netværksmøde på ethvert tidspunkt – også patienten/borgeren. Prioriter så vidt muligt at deltage, når du bliver inviteret til et netværksmøde.

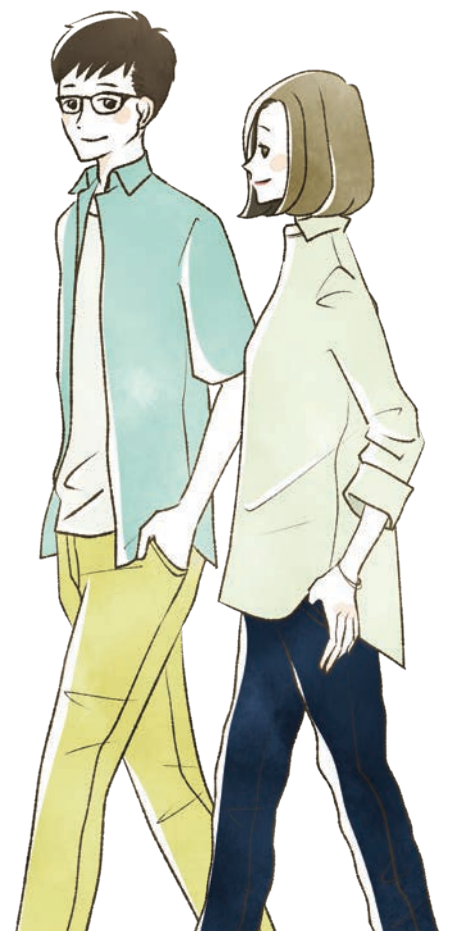
I *Guide til det gode netværksmøde* finder du inspiration til at planlægge, afholde og følge op på netværksmøder. Ved at følge guiden bliver der skabt genkendelig på tværs af aktørerne i Region Syddanmark – både for borgere/patienter og de faglige aktører.

Som supplement til netværksmøder kan vi afholde opfølgingsmøder af kortere varighed.

3.2 Tiltag

Guide til det gode netværksmøde inkl. skabelon til dagsorden og referat

I guiden får medarbejdere på spiseforstyrrelsesområdet inspiration til, hvordan de planlægger, afholder og følger op på et netværksmøde. Med guiden bliver der sat struktur på netværksmøderne, hvilket forventes at bidrage til at øge deltagerens udbytte af netværksmøderne. Det gælder ikke mindst patienternes/borgernes udbytte, da guiden er med til at understøtte, at patienterne/borgerne i højere grad bliver inddraget i netværksmøderne.



4.0 Standard for den trygge overgang

Vi overlapper hinanden

Formålet med denne standard er at hjælpe mennesker med spiseforstyrrelser, trygt videre i deres forløb. Målet er, at patienterne/borgerne oplever en god overgang, hvor de fortsat får den hjælp/støtte, som de har behov for og derfor ikke står tilbage med en oplevelse af at blive afsluttet til ingenting.

4.1 Anbefalinger

Inspiration til handling

For at lave det nødvendige overlap skal vi turde træde ind på hinandens matrikler. Hvis du ikke bliver inviteret, så tag selv initiativ til at besøge patienten/borgeren hos din samarbejdspartner. Hvis du ikke har mulighed for at møde fysisk op, så overvej, hvorvidt du eksempelvis kan ringe til patienten/borgeren for at etablere en relation.

Alle døgntilbud til mennesker med en spiseforstyrrelse bør tilbyde en midlertidig overgangstilbud i overgangen, når en patient/borger bliver afsluttet.

I samarbejdsaftalen SAM:BO er det beskrevet, hvilke informationer regionen skal videregives, hvis en patient/borger vurderes at have behov for socialpsykiatrisk støtte efter udskrivelse. Hvis en samarbejdspartner eksempelvis kommunen har brug for yderligere oplysninger, er vi forpligtiget til at videregive disse. Dette forudsætter dog, at der er indhentet samtykke.

- *Se Faktaboks omkring SAM:BO*

4.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Pårørende til mennesker med en spiseforstyrrelse, bør ikke stå alene tilbage med ansvaret, når en patient/borger bliver afsluttet. Hold pårørendesamtaler med de pårørende, hvor du oplyser og rådgiver om spiseforstyrrelser og vejled pårørende om pårørendeforeninger mv., hvor de kan få støtte.

De faglige aktører på spiseforstyrrelsesområdet har viden om relevante frivillige tilbud. Vejled patienterne/borgerne omkring frivillige tilbud, som kan hjælpe dem på deres vej tilbage til et hverdagsliv.

SAM:BO

Viste du, at SAM:BO-aftalen indeholder en række konkrete krav til kommunikationen mellem regionen og kommunerne, blandt andet når en patient bliver udskrevet fra behandling i Psykiatrien? Kommunikation foregår via elektroniske kommunikationsstandarder, som er nærmere beskrevet i ni forskellige forløbsoversigter. Læs evt. mere om SAMBO på Region Syddanmarks hjemmeside.

4.2 Tiltag

Samarbejdsaftaler med frivillige foreninger

Samarbejdsaftalerne med de frivillige foreninger skal understøtte patienternes/borgerenes vej tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer ved at give patienterne/borgerne mulighed for at deltage i forskellige aktivitets- og samværs-tilbud. Det er vigtigt, at medarbejderne er trygge ved at guide patienterne/borgere over i de frivillige foreninger, hvorfor en stor del af samarbejdet med de frivillige foreninger handler om at øge medarbejdernes kendskab til foreningerne og deres tilbud.

UDSKRIVNINGSAFTALER OG KOORDINATIONSPLANER

En ændring i psykiatriloven i 2019 har medført, at det er sket en væsentlig udvidelse af omfanget af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Hidtil har der efter overlægens konkrete vurdering skullet indgås en udskrivningsaftale med de patienter, hvor det måtte antages, at patienten ikke selv ville søge om nødvendig behandling eller sociale tilbud efter udskrivning.

Med lovændringen er det blevet obligatorisk at indgå udskrivningsaftaler med alle indlagte voksne patienter, der modtager kommunal støtte efter servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne (bostøtte, botilbud, misbrugsbehandling mv.). For indlagte patienter, der ikke modtager sådan støtte og for patienter under 18 år vil det som hidtil være en konkret vurdering, om der skal laves en udskrivningsaftale. Uændret gælder det, at der udarbejdes en koordinationsplan for de patienter, der ikke vil medvirke til en udskrivningsaftale.

Udskrivningsaftalen/koordinationsplanen indgås mellem borgeren, den psykiatriske afdeling, kommunen og andre relevante parter og kan med fordel udarbejdes på et netværksmøde. Udskrivningsaftalen omfatter de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren.





**Kolding
Kommune**


Sønderborg
Udsigt i verdensklasse

**Aabenraa
Kommune**



**OUH
Odense Universitetshospital**



**ODENSE
KOMMUNE**


Region Syddanmark

Socialområdet

**Psykiatrien i
Region Syddanmark**



Invitation til døgnmøde om: Økonomi, styring, incitament

Socialdirektørforum har besluttet at dykke mere ned i økonomiske vilkår og incitament på det specialiserede socialområde til et døgnmøde i marts 2023.

Tidspunkt 9. marts 2023 kl. 8:30 – 10. marts kl. 12:30
Sted Milling Hotel Park, Viaduktvej 28, 5500 Middelfart

Program 9. marts

kl. 8:30	Ankomst, morgenbrød og kaffe
9:00 – 10:00	Særligt dyre enkeltsager på det specialiserede voksensocialområde De første analyseresultater fra særligt dyre enkeltsager <i>v. Maibritt Kuszon fra Komponent</i>
10:00 – 10:15	Pause
10:15 – 12:00	Udgiftspresset på socialområdet – det vi ved KL's aktuelle nyeste viden <i>v. Hans Andersen fra KL (kl. 10:15 -10:45)</i> Eksempler på gode styringsværktøjer <i>v. Økonomisk Arbejdsgruppe (kl. 10:45 – 11:15)</i> Aktuelle eksempler på faglige/strategiske tiltag <i>v. Strategisk Arbejdsgruppe (kl. 11:15 – 11:45)</i> Drøftelser: Hvad skal vi fremadrettet kortlægge i Syd? Hvad vil vi gerne blive klogere på i fællesskab i syd?
12:00 – 12:45	Frokost
13:00 – 14:45	Besøg på Egely, Søndergaardsvej 9, 5580 Nørre Aaby



15:15 – 17:00	Om giftig gæld og udpiningen af den offentlige sektor - kan vi punktere velfærdsboblen inden kollaps? <i>v. Susanne Ekman, Lektor, Institut for Mennesker og Teknologi, RUC. Forfatter til bogen: Giftig gæld og udpint velfærd</i>
19:00 – 20:00	Aftensmad
	Underholdning

10. marts

	Morgenmad
Kl. 8:30 – 9:30	Hovedloven: Hvordan har kommunerne valgt at arbejde med denne opgave? Eksempler fra Syd. <i>v. Vejle, Faaborg-Midtfyn og Odense</i>
9:30 – 9:45	Pause
9:45 – 10:30	Sundhedsopgaver på Socialområdet/klyngerne. Oplæg og drøftelser. Herunder skal der identificeres 2-3 emner der skal arbejdes videre med fra udfordringsbilledet. <i>v. Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune</i>
10:30 – 10:45	Pause
11:00 – 12:00	Ordinært møde i Socialdirektørforum
Kl. 12:00 – 12:30	Afslutning og frokost