

Bilag til DASSOS 8. maj 2018

Sekretariat for Rammeaftaler
Midtjylland
Prinsens Allé 5
8800 Viborg

Bilagsoversigt

	Side
Bilag 1: Årsrapport 2017 fra Socialtilsyn Midt	2-52
Bilag 2: KKR henvendelse sendt til kommuner og region om kommentering af pejlemærker	53-56
Bilag 3: Indkomne bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20 (opdateret)	57-66
Bilag 4: Udkast til Rammeaftale 2019-20 (opdateret)	67-78
Bilag 5: Forslag til henvendelse fra KKR Midtjylland til Sundhedsministeren (lukket bilag)	79
Bilag 6: Henvendelse fra FSD til Sundhedsministeren	80-83
Bilag 7: Henvendelse fra FLOR til Sundhedsministeren	84-88
Bilag 8: Notat fra Aarhus Kommune vedr. socialpædagogisk ledsagelse	89-91
Bilag 9: Dagsordenpunkt til DASSOS-mødet den 8. maj 2018 fra Region Midtjylland	92-94
Bilag 10: Notat vedr. serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet	95-101
Bilag 11: Projektbeskrivelse af prøvehandling med tværkommunalt rådgiverteam	102-118
Bilag 12: Beskrivelse af faglige kompetencer ved rehabilitering på specialiseret niveau	119-125
Bilag 13: Sag fra KL om avanceret genoptræning til mødet i KKR den 14. juni 2018	126-128
Bilag 14: Referat fra møde i KL's koordinationsforum, den 18. april 2018	129-135
Bilag 15: Eksempel på benchmarkrapport fra KL	136-143
Bilag 16: National aftale om implementering af initiativ om faste læger på botilbud	144-145
Bilag 17: Delaftale om faste læger tilknyttet plejecentre i Region Midtjylland	146-150
Bilag 18: Tillæg til delaftale – fasttillnyttede læger på bosteder i Region Midtjylland	151-152

Bilag 1

Årsrapport 2017



Indholdsfortegnelse

3 Resumé

6 Indledning

8 1. Om Socialtilsyn Midt

8 1.1 Socialtilsynets kerneopgaver

8 1.2. Hvem fører Socialtilsyn Midt tilsyn med

9 1.3 Socialtilsynets organisering og medarbejdere

10 2. Socialtilsynets virke 2017

14 2.1 Tilbagekaldte godkendelser og baggrunden herfor

15 2.2 Godkendelse af nye sociale tilbud og plejefamilier

16 2.3 Tilsyn og tilsynsbesøg, herunder antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg

20 2.4 Iværksatte påbud, skærpede tilsyn og baggrunden herfor

23 2.5 Henvendelser om bekymrende forhold (whistleblower)

24 2.6. Aktindsigter i 2017

26 3. Økonomi

28 3.2. Tilsynstakster og objektive finansieringsandele

30 4. Den generelle kvalitet i de sociale tilbud og plejefamilier

32 4.1 Kvaliteten i tilbuddene – re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene i 2016 og 2017

32 4.2 Metode

32 4.3 Kvantitative data vedrørende alkoholbehandlingstilbuddene

36 4.4 Analyse af kvaliteten i de otte temaer

41 5. Socialtilsyn Midts fokuspunkter i 2017

41 5.1 Sundhed og trivsel

44 5.2 Magt-anvendelser

46 5.3 Ny-godkendelser på plejefamilieområdet og tilbudsområdet i 2017

Resumé

I det følgende vil der blive givet en kort status af Socialtilsyn Midts portefølje, hovedkonklusionerne i Socialtilsyn Midts vurdering af kvaliteten i tilbuddene og de fokuspunkter, som er blevet belyst i årsrapporten for 2017.

Status på Socialtilsyn Midts portefølje 2017

Antal tilbud og plejefamilier
1.480 plejefamilier 349 sociale tilbud (herunder 6 koncerner)
Antal ny-godkendelser
72 plejefamilier 5 sociale tilbud
Antal tilbagekaldte godkendelser
15 plejefamilier (inkl. ny-godkendelser) 10 eksisterende plejefamilier mistede deres godkendelse i 2017. En plejefamilie får tilbagekaldt sin godkendelse, når familien ikke længere vurderes at kunne varetage plejeopgaven og dermed sikre trivsel og kvalitet for det anbragte barn. 5 ny-ansøgere kunne ikke godkendes i 2017. Årsagerne kan eksempelvis være manglende kompetencer, utilstrækkelig økonomi, ikke egnede fysiske rammer og egne børns alder og trivsel. 4 sociale tilbud Tilbuddene fik inddraget deres godkendelse, da tilbuddene ikke længere kunne opretholde den fornødne kvalitet og sikre trivsel for beboerne. I 2017 var der ingen nye sociale tilbud, som fik resultatet "ikke godkendt".
Henvendelser om bekymrende forhold (whistleblows)
I 2017 modtog Socialtilsyn Midt i alt 289 whistleblows, som fordeler sig med: 13 henvendelser vedrørende plejefamilier 276 henvendelser vedrørende tilbud
Antal iværksatte påbud og skærpede tilsyn
I 2017 udstedte Socialtilsyn Midt: - Påbud uden skærpet tilsyn på 4 tilbud og 1 plejefamilie - Påbud med skærpet tilsyn på 3 tilbud

Kvalitet i tilbuddene

Socialtilsyn Midts opgave er at kontrollere og vurdere om kvaliteten i de enkelte sociale tilbud og plejefamilier er tilfredsstillende, således at anbragte borgeres behov og trivsel kan imødekommes.
I 2017 har alle tilbud og plejefamilier, i overensstemmelse med lovgivningen, modtaget mindst ét

driftsorienteret tilsynsbesøg. Gennemgang af data fra disse tilsynsbesøg viser, at den generelle kvalitet i både sociale tilbud og plejefamilier i 2017 ligger på et højt niveau. Socialtilsyn Midts konklusion er, at både tilbud og plejefamilier kan varetage de anbragte borgeres behov og give dem rette betingelser i form af trygge rammer, omsorg, medbestemmelse, trivsel og udvikling.

Re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene

Fællestemaet for de 5 socialtilsyn i årsrapport 2017 er re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene i 2016 og 2017. 1. januar 2016 overtog socialtilsynene tilsynsopgaven med alkoholbehandlingstilbuddene jf. sundhedslovens § 141. I perioden fra 2016 til og med udgangen af 2017 har Socialtilsyn Midt haft fokus på at re-godkende de overdragede selvstændige offentlige og private alkoholbehandlingstilbud samt de alkoholbehandlingstilbud, som er en del af de kommunale rusmiddelcentre.

Socialtilsyn Midts vurdering af kvaliteten er, at alkoholbehandlingstilbuddene i Midtjylland og Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder en høj kvalitet inden for alkoholbehandling og medarbejderne besidder stor faglighed og viden inden for området. Det er gennemgående i tilbuddene, at de har en stor palet af metoder at trække på og derfor kan tilpasse behandlingsforløb til den enkelte borger.

Sundhed & trivsel

I januar 2017 blev den reviderede kvalitetsmodel lanceret, og det betød blandt andet, at kvalitetsmodellen fik et nyt tema: Sundhed og trivsel. Det nye tema har til formål at sætte specifikt fokus på borgernes sundhed og trivsel.

Sundhed og trivsel har Socialtilsyn Midt valgt at have fokus på i årsrapporten for 2017 for at undersøge, hvorledes de anbragte borgere trives i tilbuddene og plejefamilierne.

Analyse af data på både plejefamilie- og tilbudsområdet viser, at borgerne generelt trives og har det godt i de miljøer, de befinder sig i. Udover at borgerne trives, viser data også, at tilbuddene og plejefamilierne gør et stort stykke arbejde for, at anbragte børn, unge og voksne får en meningsfuld hverdag, trygge rammer, muligheder for at udvikle sig og livskvalitet. For majoriteten af tilbud og plejefamilier i Socialtilsyn Midts portefølje er kvaliteten på et niveau, som sikrer, at anbragte børn, unge og voksne trives og udvikler sig positivt.

Magtanvendelser i 2017

Socialtilsyn Midt modtager og behandler hvert eneste år flere tusinde indberetninger om magtanvendelser, hovedsageligt indsendt fra de sociale tilbud. I 2017 har Socialtilsyn Midt i alt modtaget 2.527 indberetninger om magtanvendelse, hvilket er 162 indretninger færre end i 2016, hvor det samlede antal var 2.689

Indberetninger om magtanvendelser er et område som socialtilsynene altid har et særligt fokus på, da det er socialtilsynenes opgave at føre tilsyn med, om tilbuddene kan sikre anbragte borgers trivsel og grundlæggende rettigheder.

Socialtilsyn Midt vurderer, at tilbuddene generelt har en god viden om magtanvendelses-lovgivningen samt hvorledes registreringerne og indberetningerne skal udarbejdes. Dette gælder såvel på voksen- som på børne/unge-området. Der spores endvidere en positiv udvikling i forhold til indberetningerne og tilbuddenes udvikling af en bedre indberetningspraksis.

Ny-godkendelser på plejefamilie- og tilbudsområdet i 2017

Tilgangen på ny-godkendelsesområdet både i forhold til nye plejefamilier og nye tilbud har i 2017 været mindre end i 2016. Trods et færre antal ny-godkendte plejefamilier og tilbud, vurderer Socialtilsyn Midt, at der er en stor interesse for at blive godkendt inden for begge områder.

Majoriteten af ansøgere, på både plejefamilieområdet og tilbudsområdet, som gik i gang med en godkendelsesproces er blevet godkendt og indgår i Socialtilsyn Midts portefølje.

De nye plejefamilier og nye sociale tilbud lever op til kvalitetskravene og har de rette kompetencer og rammer til at varetage arbejdet med de målgrupper, de er godkendt til.

Socialtilsyn Midts tilfredshedsundersøgelse 2017

Hvert år laver Socialtilsyn Midt en ekstern tilfredshedsundersøgelse. Tilfredsundersøgelsen for 2017 viser, at respondenterne samlet set er meget tilfredse med Socialtilsyn Midt. Således svarer 91 pct., at de er meget tilfredse eller tilfredse med Socialtilsyn Midts udførelse af tilsynsopgaven. Dette svarer til en stigning på 4 procentpoint i forhold til tilfredshedsundersøgelsen for 2016.

I 2017 er der i tilfredsundersøgelsen endvidere blevet stillet en række spørgsmål om, hvorvidt Socialtilsyn Midt har en indvirkning på kvaliteten i tilbuddene og plejefamilierne. Formålet med at stille spørgsmålene, var at undersøge om tilbuddene og plejefamilierne udelukkende betragter tilsynsbesøgene som kontrol eller om tilsynsbesøgene også kan være befordrende for udviklingen af kvaliteten. Samlet set viser svarerne, at langt de fleste af respondenterne er enige i, at Socialtilsyn Midt medvirker til at forbedre kvaliteten i tilbuddene og plejefamilierne.

Fortsat god læselyst!



Ulla B. Andersen
Tilsynschef





Indledning

I 2017 har Socialtilsyn Midts overordnede fokus været det driftsorienterede tilsyn, med hovedformålet at kontrollere kvaliteten i de sociale tilbud og plejefamilier. Udover de driftsorienterede tilsyn har Socialtilsyn Midt også færdiggjort re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene samt godkendt nye plejefamilier og sociale tilbud.

Alle plejefamilier og tilbud skal i henhold til lov om socialtilsyn modtage mindst ét tilsynsbesøg om året.

Tilsynsopgaven har mange facetter, da der, ud over kontrollen, også er fokus på sparring, udvikling og dialog med henblik på at hjælpe plejefamilierne og tilbuddene med at udvikle og styrke kvaliteten, således de anbragte børn, unge og voksne tilbydes de rigtige rammer og indsatser, som sikrer en tryk hverdag og god trivsel. Socialtilsyn Midt vurderer, at majoriteten af plejefamilierne og de sociale tilbud yder et stort arbejde og kvaliteten er i orden.

Socialtilsyn Midt bestræber sig altid på at udføre tilsynsopgaven kompetent og med et højt fagligt niveau og altid med borgernes tarv for øje, hvilket i yderste konsekvens kan foranledige sanktioner

eller inddragelse af godkendelser. Socialtilsyn Midt går ikke på kompromis med borgernes tarv, hvorfor der også i 2017 har været udstedt sanktioner og foretaget inddragelser af godkendelser. Sanktionerne har heldigvis i de fleste tilfælde hjulpet tilbuddene til at genoprette kvaliteten og få igangsat en positiv udvikling.

Socialtilsyn Midts årsrapport 2017 er et tilbageblik på det tilsynsarbejde, der er blevet udført i 2017, illustreret i kvantitative data og kvalitative analyser.

Årsrapportens første del består af en række fast-lagte emner, som alle 5 tilsyn behandler i årsrapporten i form af en kvantitativ opgørelse og gennemgang af tilsynets virke og portefølje. Endvidere vil Socialtilsyn Midts økonomi blive fremlagt i forlængelse heraf.

Årsrapportens anden del består af en analyse af den generelle kvalitet i tilbuddene med udgangspunkt i et fællestema. Fællestemaet for 2017 er re-godkendelsen af alkoholbehandlingstilbuddene, hvor kvaliteten i alkoholbehandlingstilbuddene vil blive belyst kvalitativt med udgangspunkt i en række kvantitative data. Søgningsskriterierne for disse data er ligeledes ens for alle 5 tilsyn, så det er muligt at sammenligne på tværs af tilsynene.



Årsrapportens tredje del er udvalgte fokuspunkter, som Socialtilsyn Midt i 2017 har haft særligt fokus på:

- Sundhed og trivsel
- Magtanvendelser
- Ny-godkendelser på plejefamilie- og tilbudsområdet
- Tilfredshedsundersøgelsen for 2017

Magtanvendelser, ny-godkendelser på plejefamilieområdet og den årlige tilfredshedsundersøgelse er fokuspunkter, som også er blevet belyst i tidligere rapporter. Begrundelsen for at belyse dem i 2017 er, at det er interessant at følge udviklingen inden for disse udvalgte områder over tid.

Ny-godkendelser på tilbudsområdet er ikke tidligere belyst i årsrapporterne. Da det er et område Socialtilsyn Midt har haft særlig opmærksomhed på i forhold til godkendelsesprocessen, vil området blive belyst i denne rapport.

Temaet Sundhed og trivsel har Socialtilsyn Midt valgt som et særligt fokuspunkt, da Socialstyrelsen i januar 2017 lancerede en reviderede kvalitetsmodel med flere justeringer, ændringer og undtagelser. En af de store ændringer i kvalitetsmodellen er opdelingen af tema 3 *Målgruppe, metoder og resultater* i to temaer. Det nye tema hedder *Sundhed og trivsel* og har til formål at sætte fokus på borgernes sundhed og trivsel samt forenkle, skabe klarhed og specificere og dermed sikre at alle dimensioner kommer med.¹ På baggrund heraf har Socialtilsyn Midt valgt at lave en analyse specifikt af borgernes trivsel i tilbuddene og plejefamilierne.

¹ Kilde til afsnittet er Socialstyrelsens oplæg vedrørende "Baggrund og proces for justeringer af kvalitetsmodellen.

1. Om Socialtilsyn Midt

1.1 Socialtilsynets kerneopgaver

I 2017 har Socialtilsyn Midts fokus været det driftsorienterede tilsyn, godkendelse af nye plejefamilier og tilbud samt afslutte de sidste re-godkendelser af overdragede alkoholbehandlingstilbud².

Ifølge lov om socialtilsyn § 7, stk. 3, skal socialtilsynet, som led i det driftsorienterede tilsyn, aflægge mindst ét årligt tilsynsbesøg. For tilbud med flere afdelinger er der krav om besøg på de enkelte afdelinger.

Socialtilsynet skal altid foretage en konkret risikovurdering af behovet for antal tilsynsbesøg i alle tilbud og plejefamilier. Dette for at sikre, at der ikke sker svigt, misbrug eller overgreb, og at tilbud og plejefamilier udfører en kvalificeret og målrettet indsats, der imødekommer borgernes behov.

Formålet med tilsynsreformen kan opsummeres på følgende måde:

- Et professionelt og uafhængigt tilsyn
- Forhindre misbrug og overgreb på tilbuddets borgere
- Kvalitet i de sociale tilbud
- Effektivitet i indsatsen

Med det driftsorienterede tilsyn sikres ovenstående. Det driftsorienterede tilsyn er risikobaseret, dvs. at der i forhold til planlægningen af tilsynsbesøget hos det enkelte tilbud eller plejefamilie foretages en konkret risikovurdering med udgangspunkt i de indhentede oplysninger fra tilbuddet/plejefamilien. Oplysningerne kan føre til et eller flere tilsynsbesøg, som både kan være uanmeldte og anmeldte. Begrundelsen for et ekstra og mere intensivt tilsyn kan være, at indholdet i de indhentede oplysninger giver anledning til, at der skal holdes ekstra øje

med tilbuddet/plejefamilien med henblik på kontrol eller udvikling af tilbuddet.

Mindre intensive tilsyn kan være relevante i forhold til tilbud, hvor der f.eks. over en længere årrække er leveret veldokumenterede resultater, hvor der er god medarbejder- og beboertrivsel og uændrede ledelsesmæssige forhold.

Det er dog altid socialtilsynet, der har ansvaret for vurderingen af om tilbuddene og plejefamilierne har den fornødne kvalitet uanset omfanget af tilsynet.

1.2. Hvem fører Socialtilsyn Midt tilsyn med

Socialtilsyn Midt fører tilsyn med følgende typer tilbud:

- Plejefamilier og kommunale plejefamilier efter § 66, stk. 1, nr. 1 og 2, i lov om social service
- Opholdssteder og døgninstitutioner for børn og unge efter § 66, stk. 1, nr. 5 og 6 i lov om social service
- Botilbud til voksne efter §§ 107-110 i lov om social service. Det omfatter herberger og krisecentre samt midlertidige og længerevarende botilbud til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
- Stofmisbrugsbehandlingstilbud efter § 101 i lov om social service
- Alkoholbehandlingstilbud efter sundhedslovens § 141

Endvidere føres tilsyn med støtte efter bl.a. servicelovens § 85 til borgere, der bor i plejeboliger eller lignende boformer f.eks. almenboligloven § 105 og lejeloven, hvor borgeren er visiteret til boligen af kommunen og hvor støtten ydes af et fast personale, som udgår fra servicearealer i tilknytning til boligerne.

Nedenstående tabel viser ovenstående tilbudstyper fordelt på tilbud, plejefamilier og koncerner.

Tabel 1.2.1

Tilbudstyper	I alt ³
Plejefamilier	1.480
Sociale tilbud	349
Øvrige	
Koncernlignende tilbud	6 ⁴
Antal tilbud under koncernlignende tilbud	22

² Socialtilsynene har haft en 2-årig periode, fra 2016 til og med 2017, til at færdiggøre re-godkendelserne af de overdragede alkoholbehandlingstilbud.

³ Antallet af tilbud og plejefamilier er opgjort pr. 1 januar 2018

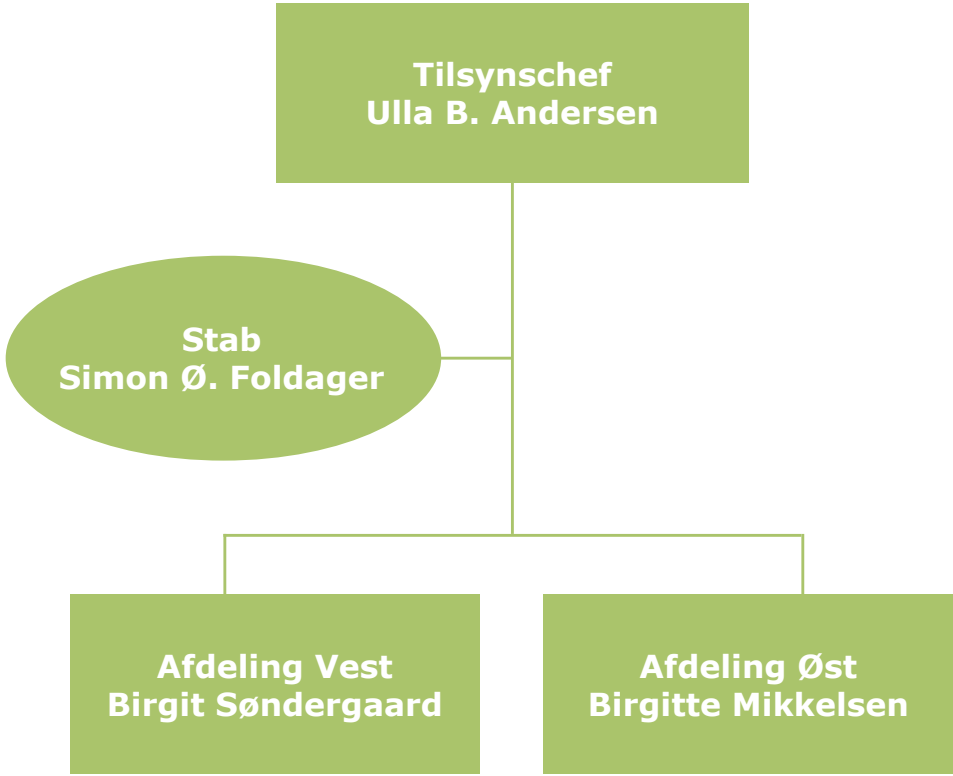
⁴ De 6 koncernlignende tilbud indgår i det samlede antal sociale tilbud

1.3 Socialtilsynets organisering og medarbejdere

Socialtilsyn Midt er en offentlig, kommunal myndighed, som organisatorisk er forankret i Børne- og Familieafdelingen i Silkeborg Kommune. Socialtilsyn Midt er organiseret med en stab som varetager administrative opgaver (økonomi, jura, udvikling mv.) samt godkendelse af nye tilbud og plejefamilier. Derudover er der to driftsafdelinger, der varetager tilsynsopgaverne for både tilbud og plejefamilier indenfor deres geografiske område. Afdeling Vest og Øst har hver tilknyttet 27 tilsynskonsulenter.

Socialtilsyn Midt har pr. 1. december 2017 i alt 76 årsværk ansat, fordelt på flg. stillinger:

- En tilsynschef
- En stabsleder
- To afdelingsledere
- 11,2 stabsmedarbejdere: 3,0 jurister, 3,0 økonomikonsulenter, 1,0 AC-fuldmægtig, 3,8 administrative medarbejdere, 0,4 servicemedarbejder og piccoloer
- 60,8 tilsynskonsulenter: Majoriteten af tilsynskonsulenter er enten uddannede socialrådgivere eller socialpædagoger.



2. Socialtilsynets virke 2017

– gennemgang af det kvantitative data

Omdrejningspunktet for Socialtilsyn Midt i 2017 har været de driftsorienterede tilsyn med sociale tilbud og plejefamilier, godkendelse af nye plejefamilier og sociale tilbud samt de sidste re-godkendelser af alkoholbehandlingstilbuddene. Endvidere har Socialtilsyn Midt forholdt sig til en række sociale tilbud, som hører under lejeloven og yder støtte efter lov om social service § 85. Lovgivningen⁵ har fordret re-godkendelsesproces for disse tilbud.

I lighed med forrige år har 2017 været et travlt og ressourcekrævende år for Socialtilsyn Midt.

Lov om socialtilsyn tilsiger, at alle eksisterende sociale tilbud og plejefamilier skal have mindst ét tilsyn pr år. Socialtilsyn Midt har i 2017 aflagt mindst et tilsyn, enten som anmeldt eller uanmeldt tilsyn, hos alle eksisterende sociale tilbud eller plejefamilier. Der er, i lighed med foregående år, tilfælde, hvor der er blevet aflagt mere end et tilsyn hos en plejefamilie eller et tilbud. Ekstra tilsyn

kan udløses af forskellige risikofaktorer og kan f.eks. omhandle ændring af godkendelse, væsentlig ændring i godkendelsen, undersøgelse af indkommende whistleblower eller andre oplysninger og sidst men ikke mindst opfølgning på sanktioner.

De driftsorienterede tilsyn udgør majoriteten af tilsynsopgaven, men re-godkendelserne af alkoholbehandlingstilbuddene og overdragede tilbud under lejeloven samt ny-godkendelser har også udgjort en betydelig del i 2017.

Tilsynsopgaven på tilbudsområdet er fortsat en ressourcekrævende opgave, da de store tilbud og centerkonstruktionerne fordrer en omfangsrig planlægning, stor mødeaktivitet og mange besøg, hvilket er krævende for både socialtilsynet og tilbuddene.

Socialtilsyn Midts portefølje for 2017 har ændret sig på både tilbuds- og plejefamilieområdet. På begge områder har der været nedgang, men dog ikke i samme omfang som i 2016. Ved gennemgangen af data fra 2016 og 2017 fremgår det, at der både på plejefamilieområdet og tilbudsområdet er færre, som ophørte i 2017 end i 2016.

I det følgende vil data vedrørende Socialtilsyn Midts portefølje i 2017 blive gennemgået.

Tabel 2.1 Socialtilsyn Midts portefølje 2017

Tilbudstyper	I alt ⁶
Plejefamilier	1.480
Sociale tilbud	349
Øvrige	
Koncernlignende tilbud	6 ⁷
Antal tilbud under koncernlignende tilbud	22

⁵ Jf. Lov om ændring af socialtilsyn, lov om social service og lov om voksenansvar for anbragte børn og unge.

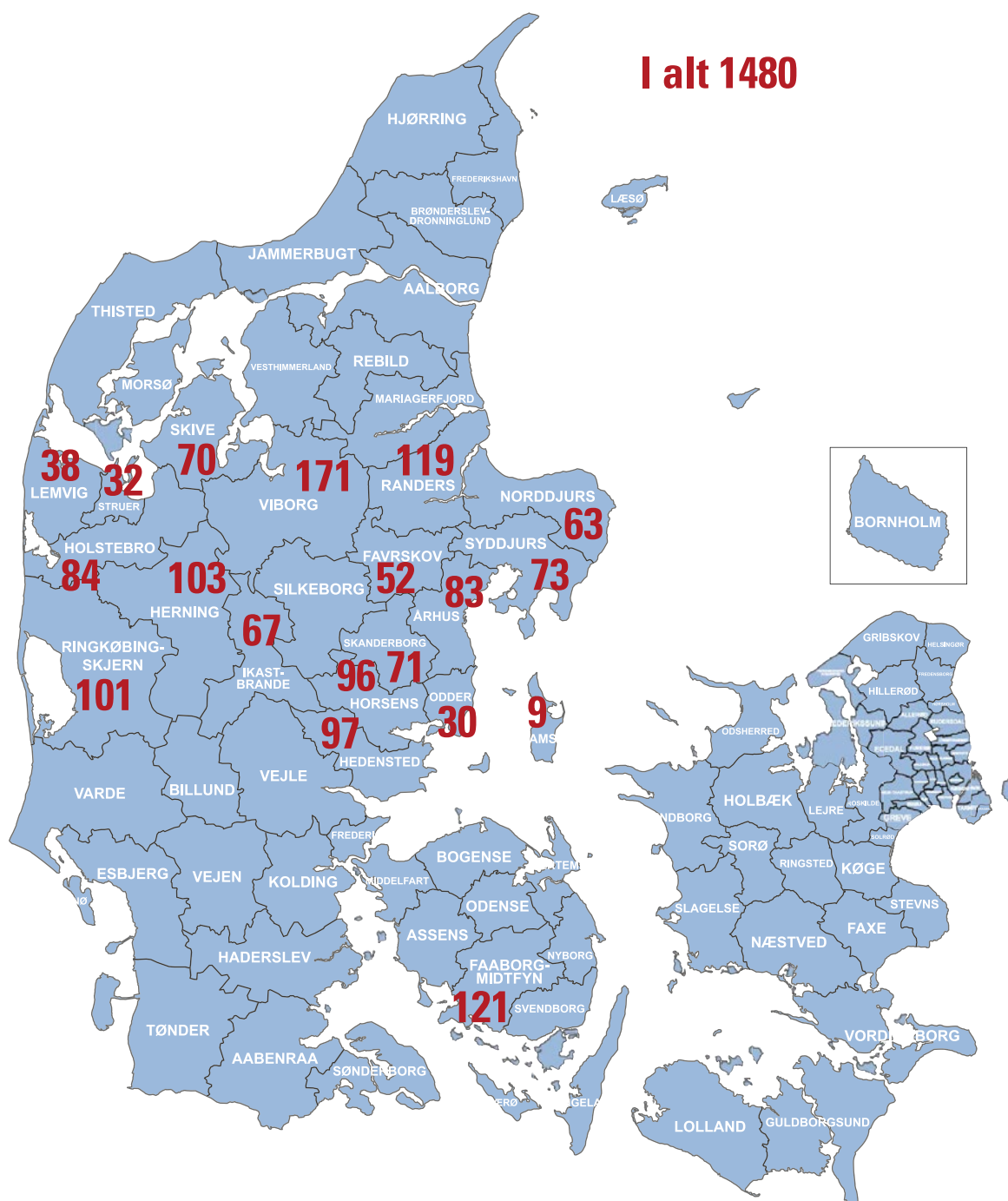
⁶ Antallet af tilbud og plejefamilier er opgjort pr. 1. januar 2018

⁷ De 6 koncernlignende tilbud indgår i det samlede antal sociale tilbud



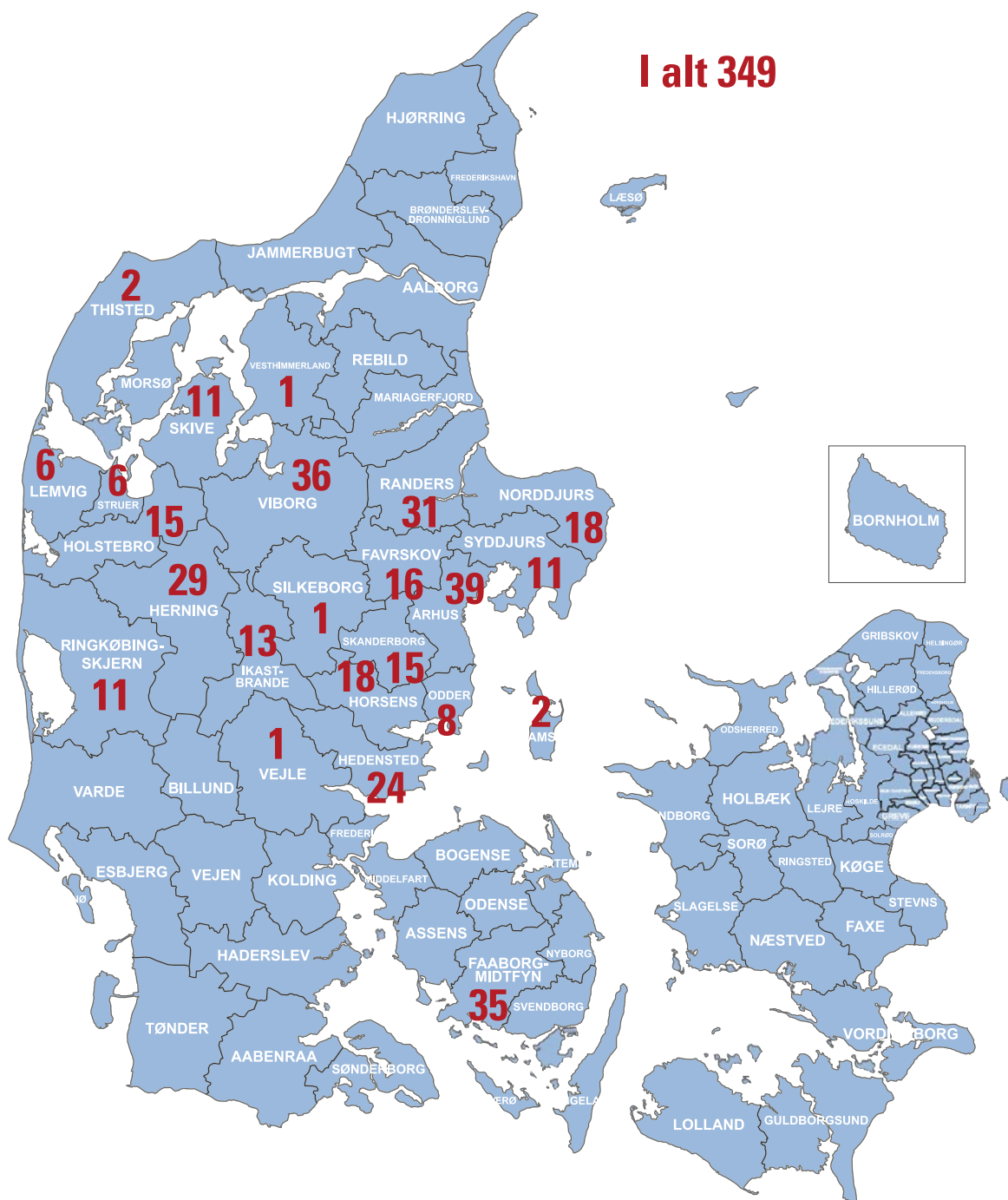
Nedenstående kort viser, hvor mange plejefamilier, der er i de enkelte kommuner.

**Tabel 2.2. Oversigtskort
over plejefamilier fordelt på kommuner**



Nedenstående kort viser fordelingen af tilbud på kommuner. Der er på kortet angivet tilbud beliggende i kommuner, der ikke hører ind under Socialtilsyn Midt, men disse tilbud fører Socialtilsyn Midt tilsyn med, da det er tilbud som indgår i koncerner eller koncernlignende tilbud. Disse koncerner har alle adresser i kommuner, som hører ind under Socialtilsyn Midts tilsynsforpligtelse. Det betyder, at alle tilbud under disse koncerner, uanset geografisk placering, hører under Socialtilsyn Midts tilsynsforpligtelse.

**Tabel 2.3. Oversigtskort
over tilbud fordelt på kommuner**



2.1 Tilbagekaldte godkendelser og baggrunden herfor

Tilbagekaldelser af godkendelser på plejefamilieområdet

I 2017 blev der i alt på plejefamilieområdet tilbagekaldt 15 godkendelser.

- 10 eksisterende plejefamilier mistede deres godkendelse. Årsagen til, at en plejefamilie får tilbagekaldt sin godkendelse er, at familien ikke længere vurderes at kunne varetage plejeopgaven og dermed sikre trivsel og kvalitet for det anbragte barn.
- 5 ny-ansøgere kunne ikke godkendes. Der kan være flere årsager til, at en familie ikke kan godkendes til at blive plejefamilie. Typisk er årsagerne utilstrækkelig økonomi, ikke egnede fysiske rammer, manglende kompetencer og egne børns alder og trivsel.

Ophørte plejefamilier

- I 2017 ophørte 140 eksisterende plejefamilier, et færre antal end i 2016, hvor 156 plejefamilier ophørte. Når en plejefamilie meddeler socialtilsynet, de ønsker at stoppe, opfordres de til at oplyse begrundelsen for deres beslutning. Når begrundelserne gennemgås, er det overvejende

alder, skilsmisse, sygdom, familieførøgelse, flytning og nyt arbejde, som ligger til grund for plejefamiliernes ønske om at ophøre.

I 2017 var der en del plejefamilier, som valgte at stoppe, da de ikke havde haft børn i de seneste 3 år. I denne kategori er der også ny-godkendte familier, som har opgivet at få en plejeopgave. De ny-godkendte familier meddeler, at de oplever, at de ikke kommer i betragtning til plejeopgaver, trods det de selv er meget aktive i forhold til at kontakte kommunerne og fortælle, at de er klar til at få en plejeopgave. Det frustrerer dem. I flere tilfælde har det medført, at de har ønsket at ophøre.

Der var også i 2017 plejefamilier, som ophørte, fordi de udelukkende havde aflastningsopgaver efter serviceloven § 84. Socialtilsynet fører ikke tilsyn med § 84, hvorfor plejefamilierne falder ud af Socialtilsyn Midts tilsyn efter 3 år.⁸

- I 2017 tilbagekaldte 26 ny-ansøgere deres ansøgninger. Ny-ansøgere har under godkendelsesprocessen mulighed for at tilbagekalde deres ansøgninger, hvis der, under processen, sker ændringer i deres familiesituation, f.eks. sygdom eller skilsmisse. Når familien tilbagekalder deres ansøgning gives der mulighed for, at familien kan søge igen, når deres familiemæssige situation er faldet på plads.

Tabel 2.1.1 Antal tilbagekaldte godkendelser på plejefamilieområdet 2016

Eksisterende plejefamilier	
Ophørte plejefamilier	140
Ikke godkendte	10
Ny-godkendte plejefamilier	
Tilbagekaldte ansøgninger	26
Ikke godkendte	5

Tilbagekaldelser af godkendelser på tilbudsområdet

I 2017 blev der i alt på tilbudsområdet tilbagekaldt 4 godkendelser.

- 4 eksisterende sociale tilbud fik inddraget deres godkendelse i 2017. Tilbuddene mistede deres godkendelse, da tilbuddene ikke længere kunne opretholde den fornødne kvalitet i tilbuddene og sikre trivsel for beboerne.
- I 2017 var der ingen nye sociale tilbud, som fik resultatet "ikke godkendt".

Ophørte sociale tilbud

- I 2017 var der 30 tilbud som ophørte, et færre antal end i 2016, hvor 40 tilbud ophørte. Når

begrundelserne for ophør gennemgås, er overvejende årsager sammenlægning med andre tilbud, faldende beboerantal, dårlig økonomi og fordi tilbuddene ikke længere er omfattet af lov om socialtilsyn. En del af alkoholbehandlingstilbuddene, som nu er omfattet af lov om socialtilsyn, blev i 2017 sammenlagt med misbrugsbehandlingstilbud i kommunale rusmiddelcentre, og ophørte derfor som selvstændige tilbud.

- I 2017 tilbagekaldte 2 ansøgere deres ansøgninger om at blive godkendt som nyt socialt tilbud. Nye ansøgere på tilbudsområdet har også mulighed for at tilbagekalde deres ansøgninger under processen og ansøge igen på et senere tidspunkt.

⁸ „Aflastning for børn skal tilbydes efter servicelovens § 84, stk. 1, jf. § 44, når behovet for aflastning er opstået alene på grund af barnets funktionsnedsættelse, og når aflastningen sker af hensyn til den øvrige familie.“ Denne type aflastning er ikke omfattet af lov om socialtilsyn §5, stk. 8.

Tabel 2.1.2 Antal tilbagekaldte godkendelser/
ansøgninger på tilbudsområdet 2017

Eksisterende sociale tilbud	
Ophørte tilbud	30
Ikke godkendte	4
Ny-godkendte sociale tilbud	
Tilbagekaldte ansøgninger	2
Ikke godkendte	0

2.2 Godkendelse af nye sociale tilbud og plejefamilier

Ny-godkendte plejefamilier

I 2017 har Socialtilsyn Midt oplevet en stor interesse fra familier, der ønsker at blive godkendt som plejefamilier. Dog er der sket en signifikant nedgang fra 127 ny-godkendte plejefamilier i 2016 til 72 ny-godkendte familier i 2017.

Socialtilsyn Midt får mange henvendelser fra familier, som overvejer at blive godkendt til plejefamilie og der er også stor søgning på det obligatoriske kursus for generelt godkendte plejefamilier.

De familier, som kontakter Socialtilsyn Midt, er familier, der på egen hånd har undersøgt mulighederne for at blive plejefamilie, og i den forbindelse søger råd og vejledning hos socialtilsynets konsulenter. Socialtilsyn Midts forventning er, at det nye tiltag i 2018, hvor tilsynet tilbyder kommunerne

at deltage på kommunernes rekrutteringsmøder, får en positiv effekt på antallet af ansøgere på plejefamilieområdet. Samtidig opfordrer Socialtilsyn Midt kommunerne til at være aktive i deres rekrutteringspraksis.

Ny-godkendte sociale tilbud

I 2017 godkendte Socialtilsyn Midt 5 nye tilbud: 3 børne- og ungetilbud og 2 voksentilbud. Fra 2015 til 2016 skete der en fordobling af ny-godkendte tilbud. I 2017 har der været en signifikant nedgang i ny-godkendelsen af nye tilbud.

Det skal ikke ses som et udtryk for manglende interesse. Der har i 2017 været en stor interesse for at blive godkendt som socialt tilbud. Grunden til, at der ikke er flere, som er blevet godkendt i 2017 skyldes primært, at det ofte er en lang proces at blive godkendt. Flere godkendelsesprocesser er blevet iværksat i 2017, men afsluttes først i 2018. Endvidere er der flere ansøgninger, som er midlertidigt sat i bero, da de mangler tilladelser fra andre myndigheder.

Tabel 2.1.3 Antal ny-godkendte tilbud i 2017 fordelt på tilbudstyper

Tilbudstyper	I alt
Plejefamilier	72
Sociale tilbud	5

2.3 Tilsyn og tilsynsbesøg, herunder antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg

Socialtilsyn Midt skal, i henhold til lov om socialtilsyn, føre tilsyn med plejefamilier og sociale tilbud for at sikre, at de forsat har den fornødne kvalitet og dermed opfylder betingelserne for at opretholde godkendelsen.

Alle godkendte plejefamilier og sociale tilbud skal have mindst ét driftsorienteret tilsyn om året og der skal foretages en konkret vurdering af behovet for antallet af tilsyn i det enkelte tilbud og den enkelte plejefamilie. Vurderingen foretages ud fra en risikobaseret tilgang med udgangspunkt i forholdene og historikken i det enkelte tilbud eller den enkelte plejefamilie.⁹

Et driftsorienteret tilsyn lægges enten som anmeldt eller uanmeldt tilsynsbesøg, hvor socialtilsynet er på fysisk besøg i tilbuddet og hos plejefamilien.

På tilbudsområdet skal der i forbindelse med tilsyn være fysisk besøg på alle de adresser et tilbud har. Antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg er derfor forholdsmæssigt højere på tilbudsområdet end på plejefamilieområdet. Grunden er, at der i Socialtilsyn Midts portefølje er mange store tilbud med over 10 afdelinger samt store centerkonstruktioner, hvor afdelingerne ikke er geografisk samlede, hvilket betyder, at de store tilbud og centerkonstruktioner får mange tilsynsbesøg på årsbasis.

Socialtilsyn Midt foretager altid et risikobaseret tilsyn og antallet af tilsyn i den enkelte plejefamilie afhænger af den konkrete risikovurdering. I de tilfælde, hvor plejefamilier får mere end ét

tilsynsbesøg, skyldes det eksempelvis skilsmisse, sygdom eller skift af adresse.

Det gælder både for tilbud og plejefamilier, at der kan blive aflagt ekstra tilsynsbesøg i forbindelse med skærpede tilsyn og påbud.

Kort om datagrundlaget for antal gennemførte tilsyn i 2017

Socialtilsynene har truffet beslutning om at trække data ud fra et fælles datagrundlag, hvor de samme søgekriterier anvendes. Socialtilsyn Midt anvender derfor de samme søgekriterier for datatræk, som de øvrige tilsyn. Derudover supplerer Socialtilsyn Midt med ekstra datatræk, i forhold til antal gennemførte tilsyn og antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. Begrundelsen for dette er, at Socialtilsyn Midt ønsker at opgøre det nøjagtige antal gennemførte tilsyn i 2017. Dvs., at der er blevet trukket data på, hvor mange tilbud og plejefamilier, der har fået tilsynsbesøg i 2017, og hvor der efterfølgende er blevet udarbejdet og uploadet en tilsynsrapport til Tilbudsportalen. Alle tilbud og plejefamilier, som har fået tilsynsbesøg og hvor der efterfølgende er blevet udarbejdet rapport, er blevet søgt ud. I datatrækket er der derfor ikke kun blevet søgt på tilsyn, hvor rapporten er uploadet til Tilbudsportalen i 2017, da tilbud og plejefamilier, som fik tilsynsbesøg i december måned, dermed ikke tælles med. Da disse tilsynsbesøg ligger sidst på året, har den efterfølgende høringsperiode betydet, at den endelige rapport først er blevet uploadet i begyndelsen af 2018. Socialtilsyn Midt har derfor valgt at medregne de tilsyn, hvor rapporten er blevet uploadet i januar 2018, da det omhandler tilbud og plejefamilier, der har fået tilsyn i 2017.

Nedenstående tabel viser antallet af gennemførte tilsyn i 2017 baseret på ovenstående søgekriterier.

Tabel 2.3.1 Antal gennemførte tilsyn i 2017

Traditionelle tilbudstyper	
Plejefamilier (inkl. ny-godkendelser + lukkede plejefamilier)	1.570
Sociale tilbud (inkl. ny-godkendelser + lukkede tilbud)	423
I alt	1.993

9. Kilde: Hvad siger loven om tilsynsintensitet og risiko? www.socialstyrelsen.dk

Nedenstående tabel viser, hvordan de anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg har fordelt sig på henholdsvis driftsorienterede tilsyn, ny-godkendelser og re-godkendelser.

Tabel 2.3.2 Antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg i 2017 fordelt på tilsynstype

Socialtilsyn Midt		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	2.070	317
Ny-godkendelser	124	0
Re-godkendelser	22	0
I alt	2.216	317

Nedenstående tabel illustrerer, hvordan de anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg har fordelt sig på henholdsvis plejefamilie- og tilbudsområdet.

Tabel 2.3.3 Antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg 2017 fordelt på plejefamilier og tilbud

Plejefamilier		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	1.356	149
Ny-godkendelser	108	0
I alt	1.464	149

Tilbud		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	714	168
Ny-godkendelser	16	0
Re-godkendelser	22	0
I alt	752	168

De følgende tabeller viser antal gennemførte tilsyn i 2017 samt, hvordan de fordeler sig i forhold til anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg. Tallene i disse tabeller er baseret på søgekriterierne i socialtilsynenes fælles datagrundlag.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at tallene indeholder gennemførte tilsyn fra både 2016 og 2017, da søgekriteriet er alle tilsyn, som er gennemført i 2017. Ved at stille dette kriterie op for søgningen, vil tilsyn udført i december 2016, blive talt med, da rapporterne først er blevet uploadet i januar 2017 og ligeledes vil de tilsyn, som blev udført i december 2017 ikke blive talt med.

Tabel 2.3.4 Antal gennemførte tilsyn i 2017-træk baseret på det fælles datagrundlag

Traditionelle tilbudstyper	
Plejefamilier (inkl. ny-godkendelser + lukkede plejefamilier)	1.540
Sociale tilbud (inkl. ny-godkendelser + lukkede tilbud)	407
I alt	1.947

Tabel 2.3.5 Antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg i 2017 fordelt på tilsynstyper – baseret på det fælles datagrundlag

Socialtilsyn Midt		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	1.950	261
Ny-godkendelser	112	0
Re-godkendelser	11	0
I alt	2.073	261

Nedenstående tabel illustrerer, hvordan de anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg har fordelt sig på henholdsvis plejefamilie- og tilbudsområdet.

Tabel 2.3.6 Antallet af anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg 2017 fordelt på plejefamilier og tilbud – træk baseret på det fælles datagrundlag

Plejefamilier		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	1.291	133
Ny-godkendelser	103	0
I alt	1.394	133

Tilbud		
Tilsynstype	Anmeldte	Uanmeldte
Driftsorienterede tilsyn	556	128
Ny-godkendelser	9	0
Re-godkendelser	11	0
I alt	576	128



2.4 Iværksatte påbud, skærpede tilsyn og baggrunden herfor

I 2017 udstedte Socialtilsyn Midt i alt 32 påbud fordelt på 7 sociale tilbud og 1 plejefamilie.

Ud af de 7 ovennævnte sociale tilbud har 3 tillige fået et skærpet tilsyn.

Påbud kan f.eks. handle om, at tilbuddet skal ansætte eller opkvalificere personale til at have relevante kompetencer i forhold til målgruppen. Påbuddet skal kunne efterkommes af tilbuddet/plejefamilier. Efterleves det ikke kan tilbuddet/plejefamilien i værste fald miste godkendelsen.

Påbuddet ledsages altid af en frist, således det er klart for tilbuddet, hvornår påbuddet skal være opfyldt. Det er de konkrete forhold og påbuddets karakter, som danner grundlag for, hvornår tidsfristen fastsættes. Der kan være påbud, som skal efterleves

straks, f.eks. hvis det drejer sig om overgreb. For et tilbud kan et påbud have alvorlige konsekvenser, hvorfor socialtilsynet altid er i en tæt dialog med tilbuddet for at undersøge, om der er mulighed for at rette op uden sanktioner. Er dette ikke tilfældet, udstedes påbuddet og herefter er det tilbuddets ansvar at udbedre forholdene, således påbuddet kan løftes af.

I nedenstående vil det blive belyst, hvorledes antallet af påbud er fordelt på henholdsvis tilbud, der har fået iværksat påbud uden skærpet tilsyn og tilbud, der har fået iværksat påbud med et skærpet tilsyn.

Iværksatte påbud uden skærpede tilsyn

I 2017 udstedte Socialtilsyn Midt påbud uden skærpet tilsyn til i alt 4 tilbud og 1 plejefamilie. Samlet set blev der udstedt 14 påbud, som fordeler sig på de 4 påbud og 1 plejefamilie.

Tabel 2.4.1 Antal sager med påbud, fordelt på plejefamilier og tilbud

Tilbudstyper	Antal sager
Plejefamilier	1
Sociale tilbud	4
I alt	5

De 14 påbud fordeler sig på følgende temaer i kvalitetsmodellen.

Tabel 2.4.2 Oversigt over temaer, der er berørt i påbudssagerne

Årsag i relation til kvalitetsmodellen	Fordeling på temaer
Uddannelse og beskæftigelse	0
Selvstændighed og sociale relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	4
Organisation og ledelse	3
Kompetencer	2
Sundhed og trivsel	5
Fysiske rammer	0
Økonomi	0

Iværksatte skærpede tilsyn

I 2017 iværksatte Socialtilsyn Midt skærpet tilsyn på 3 sociale tilbud. Samlet blev der i den forbindelse udstedt 18 påbud. Der blev ikke udstedt skærpet tilsyn på plejefamilieområdet.

Der træffes afgørelse om skærpet tilsyn i de tilfælde, hvor konkrete forhold skaber bekymring for driften, for borgernes sikkerhed eller sundhed eller når tilbuddet ikke længere har den fornødne kvalitet.

Det kan f.eks. være mistanke om strafbare forhold, fysiske eller psykiske overgreb, eller det kan være situationer, hvor uddannet personale i forhold til målgruppen er fratrådt, eller der har været uforholdsmæssig mange magtanvendelser.

Når tilbuddet er under skærpet tilsyn betyder det, at tilbuddet får flere tilsynsbesøg.

Et skærpet tilsyn medfører endvidere, at tilbuddet skal betale en højere tilsynstakst.¹⁰

Tabel 2.4.3 Antal iværksatte skærpede tilsyn fordelt på plejefamilier og tilbud

Tilbudstyper	Antal sager
Plejefamilier	0
Sociale tilbud	3
I alt	3

Nedenstående tabel viser de primære årsager til de skærpede tilsyn, og hvordan påbuddene er fordelt.

Tabel 2.4.4 Oversigt over primære årsager til skærpede tilsyn

Årsag i relation til kvalitetsmodellen	Fordeling på temaer
Uddannelse og beskæftigelse	1
Selvstændighed og sociale relationer	0
Målgruppe, metoder og resultater	9
Organisation og ledelse	1
Kompetencer	0
Sundhed og trivsel	7
Fysiske rammer	0
Økonomi	0

¹⁰ Kilde: Afgørelse ved driftsorienteret tilsyn; www.socialstyrelsen.dk

”Fra sanktion til succes”

Når et tilbud eller en plejefamilie får udstedt en sanktion, er det en alvorlig situation tilbudet/plejefamilien bringes i, og det kan have store konsekvenser. I værste fald kan det ende med, at godkendelsen inddrages af socialtilsynet. I de allerfleste tilfælde går det heldigvis godt.

Tilbagemeldingerne fra et sanktionsramt tilbud er, at de oplever at få et signifikant løft i den generelle kvalitet og kvalitetsmæssige forbedringer på specifikke områder alt efter, hvad de enkelte påbud har omhandlet.

Tilbagemeldingerne fra tilbudet er, at sanktionen afstedkom en stor påvirkning af hele organisationen fra ledelses- til medarbejderniveau. Tilbuddet beskriver, at sanktionen udløste en anelig kommunikationsopgave, som involverede alle ansatte i tilbudet. Dertil kom håndteringen af og

arbejdet med påbuddene, som bevirkede, at en lang række processer blev iværksat. Det var bl.a. at udarbejde handleplaner, som beskrev, hvordan tilbudet ville opfylde påbuddene, omsætte handleplanerne i praksis, som for tilbudet bestod i at udarbejde undervisningsforløb og trække på ekstern ekspertise.

Outputtet for tilbudet, ud over at opfylde påbuddene, har været, at den intensive indsats for at rette op på forholdene har haft en direkte indvirkning på tilbudet samlede kvalitet og specifikt er der områder, hvor medarbejderne har fået tilført en række kompetencer.

Dermed kan sanktioner have en positiv indflydelse på udvikling af kvaliteten i tilbuddene, omend det er en kompliceret og omsiggribende proces for et tilbud at skulle igennem.



2.5 Henvendelser om bekymrende forhold (whistleblower)

Der har samlet set været en stigning i antallet af bekymrende henvendelser fra 2016 til 2017.

I 2016 var der 240 henvendelser vedr. bekymrende forhold og i 2017 har der været 291 henvendelser. På tilbudsområdet ses en stigning i henvendelser om bekymrende forhold 276 henvendelser i 2017 mod 220 henvendelser i 2016, hvorimod den er faldet på plejefamilieområdet fra 20 i 2016 til 13 henvendelser i 2017. I alt modtog Socialtilsyn

Midt 291¹¹ henvendelser i 2017.

Henvendelserne om bekymrende forhold kommer typisk fra pårørende, beboere, personale, men også fra andre personer, som har observeret forhold, der har vakt deres bekymring.

Typisk får Socialtilsyn Midt henvendelserne telefonisk, men det er også muligt at udfylde en webformular og sende den ind til socialtilsynet. Alle henvendelser registreres enkeltvis, uanset om det er flere anmeldere eller det er samme anmelder, som kontakter socialtilsynet flere gange. I Socialtilsyn Midt er det primært jurister og fagkonsulenter, som modtager og registrerer henvendelserne om bekymrende forhold.

Tabel 2.5.1 Antallet af henvendelser i 2017

Tilbudstyper	Antal
Plejefamilier	13
Sociale tilbud	276
I alt	289

Nedenstående illustrerer, hvilke emner henvendelserne har omhandlet i 2017. Majoriteten af de henvendelser, som Socialtilsyn Midt har modtaget i 2017, omhandler dårlig eller manglende ledelse og dårlig eller manglende socialfaglige kompetencer i de sociale tilbud. Den kategori, som flest henvendelser er blevet registreret under, er kategorien *Ledelse – dårlig eller manglende*. Her er der blevet registreret 102 henvendelser, hvilket er en væsentlig større andel end i 2016, hvor der blev registreret 70 henvendelser under denne kategori.

Kategorien *Socialfaglige kompetencer – dårlig eller manglende* er steget fra 56 til 68 henvendelser i 2017. Ud af 289 henvendelser omhandler 172 enten dårlig eller manglende ledelse eller dårlig eller manglende socialfaglige kompetencer.

Antallet af henvendelser registreret under kategorien *Andet* er også steget fra 36 i 2016 til 51 i 2017. Når en henvendelse registreres under kategorien *Andet*, arbejder socialtilsynet ikke videre med henvendelsen, da den omhandler forhold inden for plejefamilie- og tilbudsområdet, der falder uden socialtilsynets område og som socialtilsynet ikke har myndighed til at gå videre med. I det omfang det er muligt vejledes whistleblower altid om, hvem henvendelsen kan rettes til.

Hvorfor der er sket en stigning af henvendelser i 2017 kan der kun gisnes om. En forklaring kan være, at Socialtilsyn Midts information ude på tilbuddene og i plejefamilierne har øget kendskabet til whistleblowerordningen hos både pårørende, beboere, personale og andre personer.

¹¹ Det samlede tal er 291, men ud af de 291 henvendelser er der 2 henvendelser, som ikke medregnes, da det drejede sig om henvendelse om interne forhold inden for et område, der hverken berører tilbuds- eller plejefamilieområdet, og som derfor ikke er omfattet af socialtilsynet.

Tabel 2.5.2 Oversigt over hvad henvendelserne har omhandlet

Kategori	Antal
Andet	51
Arbejds miljø	1
Fysiske rammer	5
Hygiejne	4
Ledelse – dårlig eller manglende	102
Manglende inddragelse	3
Nedværdigende behandling	12
Omgangstone	5
Pædagogik	13
Seksuelle overgreb	1
Socialfaglige kompetencer – dårlig eller manglende	68
Stofmisbrug/alkoholmisbrug i tilbuddet	7
Vold - fysisk	8
Vold – psykisk	1
Økonomi	7
Økonomisk kriminalitet	1
I alt	289

Kendskab til whistleblowerordningen

Socialtilsynet er forpligtet til at informere om whistleblowerordningen for at sikre at både borgere, pårørende, ansatte og andre personer er bekendt med ordningen samt hvilke rettigheder de har i forhold til anonymitet.

I 2017 har Socialtilsyn Midt gjort følgende tiltag for at informere om ordningen:

- Ordningen er beskrevet på Socialtilsyn Midts hjemmeside med kontaklinformationer
- Kontaktoplysninger på whistleblowertelefonen og webformularen er ligeledes printet på Socialtilsyn Midts visitkort
- Botilbuddene får hvert år tilsendt en opslags-seddel, som vi opfordrer dem til at placere et

synligt sted på botilbuddet

- Socialtilsynets medarbejdere oplyser om ordningen, når de er på tilsynsbesøg

2.6. Aktindsigter i 2017

Socialtilsyn Midt oplever en stigende efterspørgsel om aktindsigt.

I 2017 har Socialtilsyn Midt modtaget 43 anmodninger om aktindsigt.

Efterspørgslen på aktindsigt bliver mærkbart større år for år, hvilket kræver et stigende ressourceforbrug, da det er en omfattende opgave at imødekomme og behandle anmodningerne.



3. Økonomi

3.1 Socialtilsyn Midts økonomi 2017

Tabel 3.1.1 Regnskab 2017 og budget 2017, 1.000 kr.

	Budget 2017	Regnskab 2017	Forskel
Socialtilsyn Midts direkte udgifter (løn mv.)	45.627	46.373	-746
Indirekte udgifter (overhead mv.)	2.580	2.615	-35
Udgifter i alt	48.207	48.988	-781
Indtægter fra objektiv finansiering	-26.932	-25.672	-1.260
Indtægter fra tilsynstakster	-21.275	-21.777	502
Indtægter i alt	-48.207	-47.449	-758
Netto	0	1.539	-1.539

Tabellen viser, at Socialtilsyn Midt kom ud af 2017 med et regnskabsresultat på 1,5 mio. kr. Dette skal ses i lyset af et korrigeret budget på 1,5 mio. kr. Socialtilsyn Midt har i 2017 haft lidt flere lønudgifter end budgetteret, mens der har været færre udgifter til bl.a. kørsel og grundkurser for plejefamilier.

Tabel 3.1.2 Antal af tilbud omfattet af tilsyn af Socialtilsyn Midt

	Forudsat i budget 2017	Faktisk antal i 2017 ¹²
Plejefamilier	1.645	1.480
Tilbud	367	349
I alt	2.012	1.829

Note: Antallet af faktiske tilbud er eksklusiv tilbud / plejefamilier, der blev ny-godkendt i 2017.

Tabellen viser, at antallet af tilbud har været svagt faldende i 2017. Dette skyldes bl.a. at en række private tilbud er stoppet i løbet af året og at flere offentlige tilbud er blevet sammenlagt. Antallet af plejefamilier er også fortsat faldende inkl. ny-godkendelser.

¹² Tallet omfatter alle de plejefamilier, som Socialtilsyn Midt har haft tilsynsforpligtelsen med i 2017. Dvs. at tallet også omfatter plejefamilier, som i dag ikke længere er aktive.

Tabel 3.1.3 Budget 2018 for Socialtilsyn Midt, 1.000 kr., 2018-priser

	Budget 2018
Socialtilsyn Midts direkte udgifter (løn mv.)	46.469
Indirekte udgifter (overhead, afdrag på initialomkostninger mv.)	2.628
Udgifter i alt	49.097
Indtægter fra objektiv finansiering	-27.319
Indtægter fra tilsynstakster	-21.778
Indtægter i alt	-49.097
Netto	0

Tabellen viser budget 2018 for Socialtilsyn Midt, som danner grundlag for tilsynstakster og objektive finansieringsbidrag i 2018, jf. tabel 3.2.1 og 3.2.2.



3.2. Tilsynstakster og objektive finansieringsandele

Tabel 3.2.1 Udvikling af grundtaksterne (dvs. uden reguleringerne)

Takstkategori	2016	2017	2018
0 – 7	31.590	30.593	32.845
8 – 24	37.908	36.712	39.414
25 – 49	63.181	61.186	65.690
>50	94.771	91.779	98.536
Ny-godkendelser	18.079	18.730	22.108
Væsentlig ændring af eksisterende godkendelse	4.821	6.222	6.091
Skærpet tilsyn	7.898	3.059	3.285

Ny-godkendelse, væsentlig ændring og skærpet tilsyn er for et tilbud med 1-7 pladser. Skærpet tilsyn er i 2017 beregnet på en ny måde jf. lovgivningen (udgør 10 pct. af den månedlige takst).

Med grundtakst forstås den takst, der beregnes for året *uden* regulering fra tidligere år. De 5 socialtilsyn beregner taksterne på baggrund af fælles principper.

Tabel 3.2.2 Udviklingen i taksterne for den objektive finansiering

Takstkategori	2016	2017	2018
Årets samlede takstgrundlag	27.120	26.932	27.319
Årets regulering Over-/underskud	-3.459	-1.260	0

Socialtilsyn Midt oplever en væsentlig økonomisk udfordring vedr. kommunernes brug af centerkonstruktioner, dvs. organisatoriske enheder som består af flere tilbud og / eller adresser. Socialtilsynenes fire takstkategorier betyder, at det er vanskeligt for socialtilsynet at få dækket sine udgifter ved tilsynet med store centerkonstruktioner, selv ved den højeste takst. Dette har medført, at Socialtilsyn Midt har benyttet sig af muligheden for at udskrive tillægstakster jf. bekendtgørelse om socialtilsyn § 22 stk. 4 og 5. Socialtilsyn Midt har benyttet denne praksis for at sikre, at takstbetalingen i størst muligt omfang sker hos de tilbud som socialtilsynets ressourcer bruges hos. Denne praksis er i flere tilfælde blevet påklaget og afventer i øjeblikket afgørelse hos Ankestyrel-

sen. Hvis socialtilsynets praksis ikke får medhold hos Ankestyrelsen medfører det, at takstniveauet generelt må sættes op. Derudover kan det potentielt medføre en skævhed i takstbetalingen mellem private og offentlige tilbud samt mellem de kommuner som benytter centerkonstruktioner og de som ikke benytter denne mulighed.

Socialtilsyn Midt forholder sig ikke til, hvilke faglige argumenter, der kan være for en sammenlægning af tilbud i centerkonstruktioner.



4. Den generelle kvalitet i de sociale tilbud og plejefamilier

Socialtilsyn Midts opgave er at kontrollere og vurdere om kvaliteten i de enkelte sociale tilbud og plejefamilier er tilstrækkelig, således at anbragte borgeres behov og trivsel kan imødekommes.

I 2017 har alle tilbud og plejefamilier, i overensstemmelse med lovgivningen, modtaget mindst ét driftsorienteret tilsynsbesøg. Gennemgang af data fra disse tilsynsbesøg viser, at den generelle kvalitet i både sociale tilbud og plejefamilier er tilfredsstillende.

Hvordan afdækkes og måles kvaliteten i tilbud og plejefamilier?

Kvalitetsmodellen er en ramme og et redskab, som socialtilsynet anvender i vurderingen af om et tilbud har den fornødne kvalitet. Udover de 7 temaer i kvalitetsmodellen vurderes tilbuddenes samlede kvalitet også på baggrund af en vurdering af tilbuddets økonomi.

De 7 temaer i kvalitetsmodellen er konkretiseret i en række kriterier og indikatorer. Kriterierne kan karakteriseres som mål for indsatsen i de sociale tilbud. Indikatorerne er beskrivelser af, at den kvalitet, som er udtrykt i kriterierne, forekommer i praksis.¹³

Bedømmelsen af hver indikator følges op af en pointscore - en talværdi mellem 1 (tilbuddet opfylder i meget lav grad indikatoren) og 5 (tilbuddet opfylder i meget høj grad indikatoren). Ud fra denne pointscore for hver indikator beregnes desuden en pointscore for alle kriterier i kvalitetsmodellen.¹⁴

Der er ikke fastsat grænseværdier for kvaliteten i tilbuddet, og der er heller ikke et fast regelsæt for, hvilke følger evt. mangler i opfyldelsen af enkelte indikatorer eller kriterier skal have. Dvs. om resultatet af kvalitetsbedømmelsen skal føre til eksempelvis skærpet tilsyn eller ophør af en godkendelse. Dette afhænger bl.a. af tilbuddets resultater og borgernes trivsel. En lav bedømmelse fører derfor ikke nødvendigvis til, at tilbuddet ikke har den fornødne kvalitet.¹⁵

I de to nedenstående tabeller er scorerne fra 2016 og 2017 blevet sammenlignet på henholdsvis plejefamilieområdet og tilbudsområdet. Tabellerne illustrerer, hvordan kvaliteten inden for de 7 temaer i kvalitetsmodellen blev scoret i 2016 og hvordan de 7 temaer er scoret i 2017. I tabellerne er der en afvigelse i scoringerne fra 2016 til 2017, da kvalitetsmodellen i 2017 blev justeret og fik et tilføjet et nyt tema *sundhed og trivsel*. Temaet *økonomi* udgik som tema, men behandles særskilt. Formålet med at justere kvalitetsmodellen og tilføje et nyt tema er at målrette, tydeliggøre og forenkle kvalitetsmodellen og dermed optimere i forhold til at vurdere kvaliteten i tilbuddene og plejefamilierne.¹⁶

Med denne justering af kvalitetsmodellen kan der ikke laves sammenligninger mellem 2016 og 2017 på temaerne *Sundhed og trivsel* og *Økonomi*.

13. Kilde: Hvorfor foretager socialtilsynet en kvalitetsbedømmelse?, www.socialstyrelsen.dk

14. Ibid.

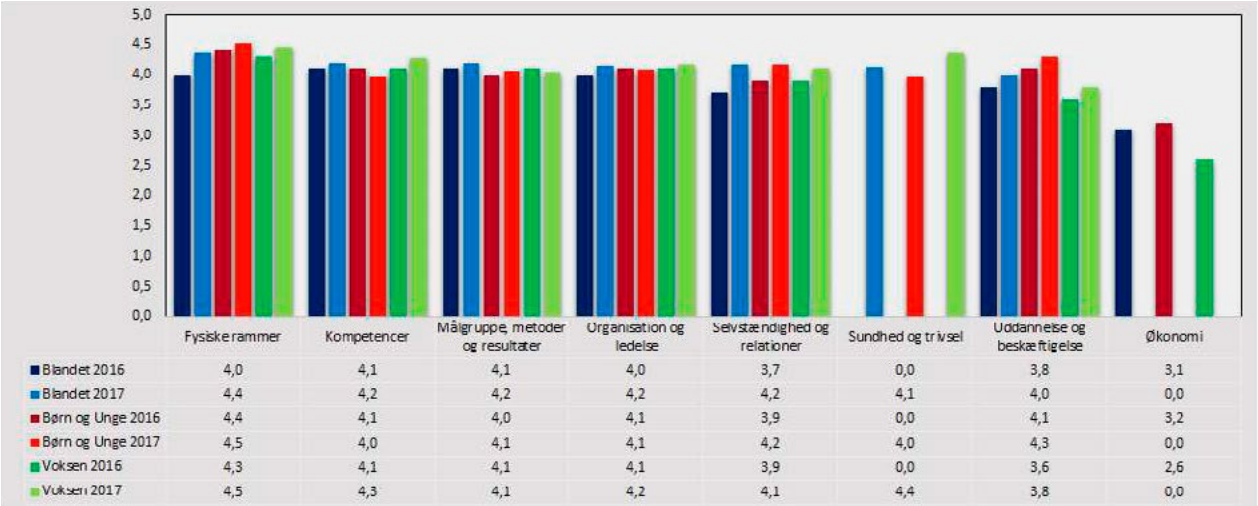
15. Ibid.

16. Baggrunden for kvalitetsmodellens nye profil uddybes i afsnittet "sundhed og trivsel" under Socialtilsyn Midts fokuspunkter 2017

Den generelle kvalitet på tilbudsområdet

I 2017 er der på tilbudsområdet sket en lille stigning i scorene på stort set samtlige temaer. Der er et mindre fald i scoren på temaet kompetencer på børn og unge området i 2017. Scorene på tilbudsområdet viser, at kvaliteten ligger på et højt niveau, uanset om det er tilbud til børn og unge eller voksne. I de skriftlige bedømmelser, der hører sammen med scorene fremgår det også tydeligt, at tilbuddene bestræber sig på at fastholde en høj kvalitet ved at have fokus på udvikling og dokumentere deres metoder og resultater.

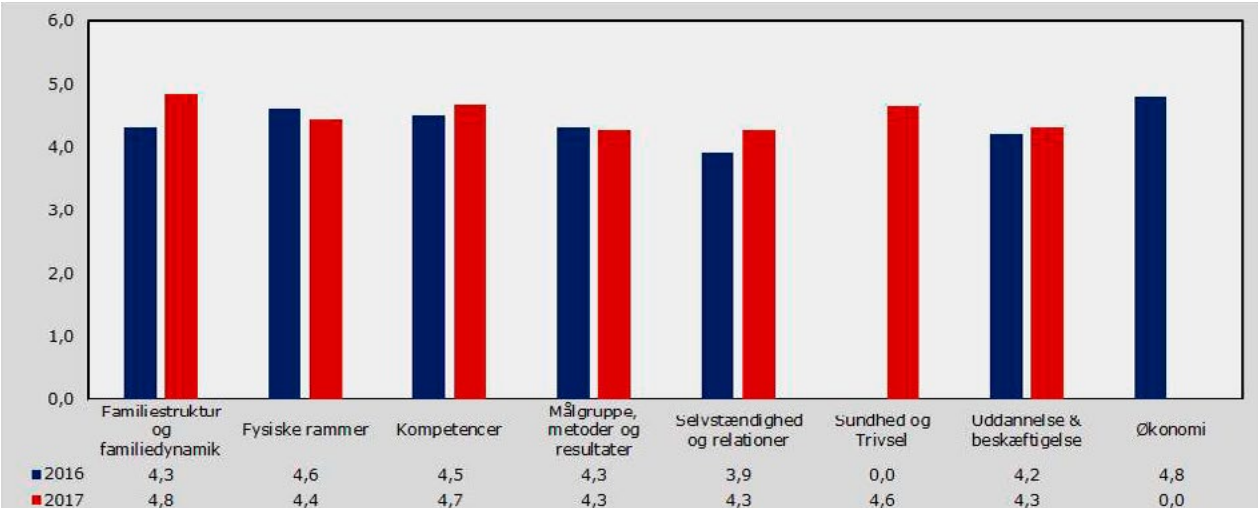
Tabel 4.1 Gennemsnitlige scorer på tilbudsområdet 2016 og 2017



Den generelle kvalitet på plejefamilieområdet

På plejefamilieområdet ses der også en mindre stigning på stort set samtlige temaer, hvor højdespringerne er temaerne *Familiestruktur og familiedynamik* og *kompetencer*. Ved gennemgangen af bedømmelserne fremgår det tydeligt, at plejefamilierne yder en tilfredsstillende kvalitet i deres varetagelse af plejeopgaverne. I lighed med tilbudsområdet, bestræber plejefamilierne sig også på at kunne varetage plejeopgaverne kompetent og give de anbragte børn de bedst mulige betingelser for at trives og udvikle sig.

Tabel 4.2 Gennemsnitlige scorer på plejefamilieområdet 2016 og 2017



Den samlede konklusion vedrørende den generelle kvalitet i de tilbud og plejefamilier, som Socialtilsyn Midt har tilsynsforpligtelsen med er, at kvaliteten ligger på et højt niveau. Socialtilsyn Midts vurdering er, at både tilbud og plejefamilier kan varetage de anbragte borgeres behov og give dem rette betingelser i forhold til trygge rammer, omsorg, medbestemmelse, trivsel og udvikling.

4.1 Kvaliteten i tilbuddene – re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene i 2016 og 2017

Fællestemaet for de 5 socialtilsyn i årsrapport 2017 er re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbud i 2016 og 2017.

1. januar 2016 overtog socialtilsynene tilsynsopgaven med alkoholbehandlingstilbud jf. sundhedslovens § 141. Dvs. at alle alkoholbehandlingstilbud, som inden udgangen af december 2015 var godkendt og indberettet på Tilbudsportalen, blev overdraget til socialtilsynene.

I perioden fra 2016 til og med udgangen af 2017 har Socialtilsyn Midt haft fokus på at re-godkende de overdragede selvstændige offentlige og private alkoholbehandlingstilbud samt de alkoholbehandlingstilbud, som er en del af kommunale rusmiddelcentre.

I de følgende afsnit vil kvantitative data vedrørende alkoholbehandlingstilbuddene blive præsenteret samt anvendt i analysen af kvaliteten i alkoholtilbuddene.

4.2 Metode

I forbindelse med udvælgelsen af et fællestema for årsrapport 2017 blev de 5 socialtilsyn enige om, at socialtilsynene udarbejdede sammenlignelige data. Dvs. at det er de samme parametre, der ligger til grund for socialtilsynenes datatræk.

De kvantitative data vil i de følgende afsnit blive anvendt på det generelle plan til at illustrere f.eks. pladsantal og om der er givet udviklingspunkter i forbindelse med re-godkendelse.

Endvidere vil de kvantitative data blive brugt i analysen af kvaliteten i alkoholbehandlingstilbuddene, da der bl.a. også er blevet trukket data på gennemsnitsscore på temaniveau.

I forbindelse med analysen af kvaliteten i alkoholbehandlingstilbuddene er der også blevet lavet et fokusinterview med de tilsynskonsulenter, der har varetaget re-godkendelserne. Desuden er alkoholbehandlingstilbuddene, i forbindelse med tilfredshedsundersøgelsen for 2017, særskilt blevet stillet en række spørgsmål omhandlende re-godkendelsesprocessen.

4.3 Kvantitative data vedrørende alkoholbehandlingstilbuddene

Socialtilsyn Midt har i perioden 2016 til udgangen af 2017 re-godkendt:

17 alkoholbehandlingstilbud

Alle tilbuddene har fået resultatet "godkendt"

Der er ikke i re-godkendelsesprocessen af alkoholbehandlingstilbuddene blevet udstedt sanktioner.

Ud af de 17 tilbud er 5 selvstændige alkoholbehandlingstilbud og de øvrige 12 alkoholbehandlingstilbud indgår i eksisterende misbrugsbehandlingstilbud.

Nedenstående tabel viser antallet af private og kommunale alkoholbehandlingstilbud beliggende i Midtjylland og Faaborg-Midtfyn Kommune og herunder antallet af pladser, afdelinger, adresser opgjort pr. 31. december 2017.

Som det tydeligt fremgår er majoriteten af alkoholbehandlingstilbuddene kommunale og de har endvidere både overvægten af pladser og afdelinger.

Det høje pladsantal på de ambulante alkoholbehandlingstilbud skyldes, at der er behandlingsgaranti på alkoholbehandling, og det betyder, at alle, indenfor målgruppen, skal tilbydes gratis behandling inden for en stram tidsramme¹⁷.

De fleste borgere, der kommer i behandling, behandles ambulant og den ambulante behandling foregår typisk i de kommunale alkoholbehandlingstilbud.

¹⁷ Bopælskommunen er forpligtet til at betale for behandlingen forudsat, at det valgte ambulatorium er en del af det kommunale behandlingstilbud. Kilde: Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder 2011

Tabel 4.3.1 Antal private og kommunale tilbud, pladsantal, antal afdelinger, antal adresser og antal ambulante tilbud og døgnbehandlingstilbud.

Tilbudstype	Antal private og kommunale tilbud	Antal pladser	Antal afdelinger	Antal adresser	Antal ambulante tilbud	Antal døgnbehandlings tilbud
Private tilbud	2	22	2	5	0	2
Kommunale tilbud	15	3.297	33	27	15	0
I alt	17	3.319	35	32	15	2



Tabel 4.3.2 Kort over alkoholbehandlingstilbuddenes geografiske placering







4.4 Analyse af kvaliteten i de otte temaer

Ved gennemgangen rapporterne, som er blevet udarbejdet i forbindelse med re-godkendelsen af alkoholtilbuddene, ses generelt en høj kvalitet indenfor kvalitetsmodellens temaer. Tilbuddene scorer over middel på langt de fleste temaer.

Den socialfaglige vurdering i forhold til kvaliteten er, at alkoholbehandlingstilbuddene i Midtjylland og Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder en høj kvalitet inden for alkoholbehandling og medarbejderne besidder stor faglighed og viden indenfor området. Det er gennemgående i tilbuddene, at de har en stor palet af metoder at trække på og dermed kan tilpasse behandlingsforløb til den enkelte borger.

Udover en stor faglighed, vurderes det ligeledes, at medarbejderne i alkoholbehandlingstilbuddene er gode til at dokumentere og der er en tydelig systematik i dokumentationen.

Endvidere fremhæves, at der er en lav personalegennemstrømning. Det er med til at sikre et højt erfarings- og vidensniveau i forhold til målgruppen.

I den nedenstående tabel ses de samlede gennemsnitsscore fra 2016 og 2017.

I tabellen er der differentieret mellem rapporter, udarbejdet i 2016 og i 2017. Dette skyldes, at kvalitetsmodellen fik en revideret profil fra januar 2017 og dermed tilføjet et nyt tema sundhed og trivsel. Økonomi er til gengæld ikke længere et tema i kvalitetsmodellen.

Socialtilsyn Midt re-godkendte alle alkoholbehandlingstilbud på nær ét, i 2016 og efter den gamle kvalitetsmodel. For at gøre opmærksom, at der har været anvendt en revideret kvalitetsmodel i re-godkendelsen af alkoholbehandlingstilbuddene er gennemsnitsscorerne opgjort på henholdsvis 2016 og 2017, og derefter vist med et samlet gennemsnit.



Når scorerne gennemgås, er der enkelte temaer, hvor scorerne er lav til middel kvalitet, og det drejer sig om temaerne uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og sociale relationer samt økonomi.

I forhold til temaerne uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og sociale relationer er det temaer, hvor alkoholtilbuddene skiller sig ud i sammenligningen med andre tilbud. Fokus er at yde alkoholbehandling, som oftest er ambulant, og dermed hjælpe borgerne ud af deres alkoholmisbrug samt give dem redskaber til at forblive ædru efter endt behandling. Endvidere er de borgere, som kommer i behandling, typisk voksne med et almindeligt familieliv, børn og job. Fokus i behandlingen er derfor i mindre omfang på uddannelse og beskæftigelse, selvstændighed og sociale relationer.

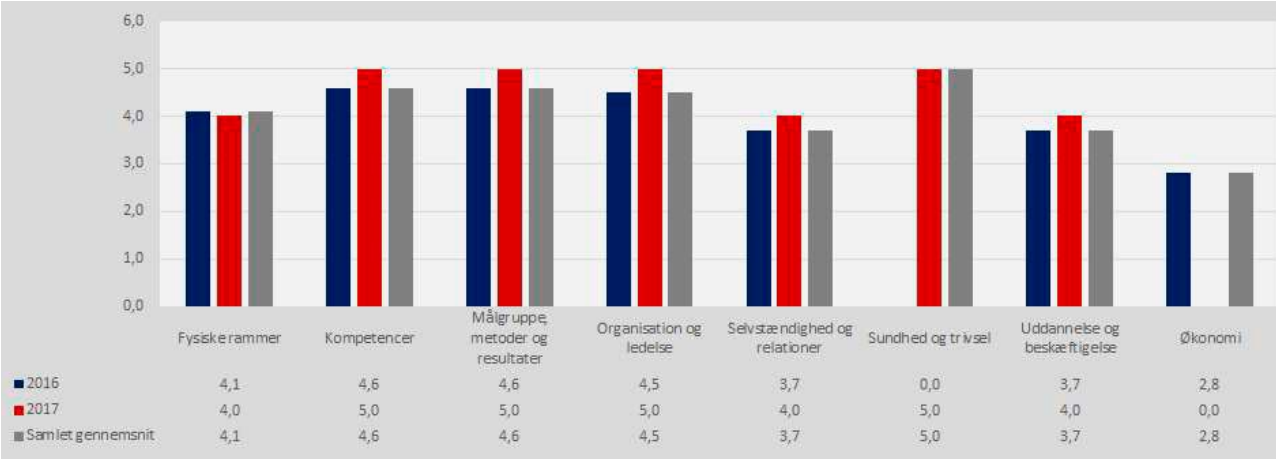
Et tredje tema, som skiller sig ud, er økonomi. Her fremgår det, at alkoholbehandlingstilbuddene scorer relativt lavt. På dette punkt skiller alkoholbehandlingstilbuddene sig også ud og kvalitets-

modellens behandling af økonomi tager ikke højde for dette.

Jf. Bekendtgørelse om Tilbudsportalen § 14 skal behandlingstilbud til alkoholmisbrugere efter § 141 i sundhedsloven, jf. § 3, stk. 2, nr. 1, ikke foretage indberetning af oplysninger om takst efter § 12, stk. 1, nr. 5.

Dermed er det ikke muligt at belyse og score økonomitemaet på samme måde som hos andre tilbud, der er forpligtet til at oplyse takster på deres ydelser. Økonomien fremstår derfor ikke gennemsigtig pga. de manglende takster og fordi borgere, der modtager alkoholbehandling, i vid udstrækning vælger at være anonyme. Det bliver dermed svært at vurdere om pris og kvalitet følges ad.

Tabel 4.4.1 Gennemsnitsscorer på temaniveau



Udviklingspunkter givet i forbindelse med re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene

I alt blev der uddelt 59 udviklingspunkter fordelt på 15 tilbud. Antallet af udviklingspunkter er relativt højt, taget i betragtning af, at de er fordelt på 15 tilbud.

Når der gives udviklingspunkter er det ikke for at rette en kritik mod et tilbuds kvalitet, men derimod en anbefaling til tilbuddet i forhold til, hvad der kan arbejdes videre med og forbedres. Vurderer tilsynskonsulenterne, at der er udviklingsmuligheder, som tilbuddet kan arbejde videre med, kan disse formuleres til udviklingspunkter. Udviklingspunkterne kan dermed hjælpe tilbuddet til at forbedre kvaliteten i tilbuddet og dermed borgernes trivsel.

Nedenstående tabel viser, hvordan udviklingspunkterne er fordelt på temaerne. Udviklingspunkterne bliver i det følgende behandlet på det generelle plan og ikke i forhold til de enkelte tilbud. Det fremgår derfor ikke i analysen, hvilke tilbud der har fået hvilke udviklingspunkter i forbindelse med deres re-godkendelse.

Tabel 4.4.2 Oversigt over fordelingen af udviklingspunkter på temaer

Årsag i relation til kvalitetsmodellen	Fordeling på temaer
Uddannelse og beskæftigelse	6
Selvstændighed og sociale relationer	4
Målgruppe, metoder og resultater	16
Organisation og ledelse	8
Kompetencer	4
Sundhed og trivsel	4
Fysiske rammer	6
Økonomi	11

Indenfor temaerne *Uddannelse og beskæftigelse*, *Selvstændighed og sociale relationer* og Målgrupper, metoder og resultater er der i alt givet 26 udviklingspunkter.

En analyse af begrundelserne for, hvorfor udviklingspunkterne er givet, viser, at der mangler opstilling af individuelle og konkrete mål for borgerne og opfølgning herpå.

På indikatorniveau ses det ved en relativ lav score på 1.a og 2.a, hvor der bedømmes på opstilling af individuelle og konkrete mål i samarbejde med borgerne. Tilbuddene anbefales derfor at blive bedre til at opstille individuelle og konkrete mål. Udviklingspunkterne er ikke givet, fordi tilbuddene er dårlige til at dokumentere og opstille mål, men fordi det er et område, som tilbuddene kan styrke og blive bedre til. Resultatdokumentationsniveauet er generelt højt hos tilbuddene, hvilket den generelt høje score på indikatoren 3.b indikerer. Tilbuddene har en lang tradition for at lave omfattende ASI indberetninger¹⁸ til Sundhedsstyrelsen.

På temaet *Økonomi* er der i alt givet 11 udviklingspunkter. Som tidligere nævnt bedømmes tilbuddenes økonomi generelt lav med den primære begrundelse, at økonomien ikke er gennemsigtig på grund af manglende takstoplysninger.

På temaet *Sundhed og trivsel* er der i alt givet 4 udviklingspunkter. Udviklingspunkterne omhandler anbefalinger om at styrke forebyggelse af konflikter, vold og overgreb og få et større kendskab til reglerne i lov om røgfrie miljøer.

På temaet *Organisation og ledelse* er der i alt givet 8 udviklingspunkter. En gennemgang af begrundelserne for udviklingspunkterne viser, at der her er fokus på manglende supervision og sparring, kommunikation med relevante samarbejdspartnere, der kunne blive bedre, sammensætning af bestyrelse og overholdelse af vedtægter samt overholdelse af behandlingsgarantien.

På temaet *Kompetencer* er der i alt givet 4 udviklingspunkter. Generelt er der et højt fagligt niveau

i alkoholbehandlingstilbuddene og medarbejderne er kompetente og mange er specialiseret inden for forskellige behandlingsmetoder. Generelt scores der relativt højt i indikator 3.a, hvor der bedømmes på anvendelsen af relevante faglige tilgange og metoder, hvilket stemmer overens med en høj gennemsnitsscore i indikatorerne 9.a og 10.a, hvor der scores på medarbejdernes kompetencer. Udviklingspunkterne omhandler anbefalinger om, at tilbuddene fremadrettet skal sikre tilstrækkelig viden omkring målgruppens nedadgående funktionsniveau, herunder demens og hjerneskrader som følge af alkoholmisbrug.

På temaet *Fysiske rammer* er der i alt givet 6 udviklingspunkter. Udviklingspunkterne omhandler sikring af anonymitet, når man går ind i et alkoholbehandlingstilbud, flugtveje og indretning, der tager højde for, at borgerne kan bevare deres anonymitet.

Opmærksomhedspunkter givet i forbindelse med re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene

Opmærksomhedspunkter anvendes, når det vurderes, at kvaliteten i et tilbud er mangelfuld, men kan styrkes uden der er behov for et egentligt påbud.

Hvor udviklingspunkter er anbefalinger, er opmærksomhedspunkter en henstilling til tilbuddet om at få rettet op på de mangler opmærksomhedspunktet omhandler. I forbindelse med et opmærksomhedspunkt skal tilbuddet udarbejde tids- og handleplaner, som socialtilsynet følger op på. Efterlever tilbuddet ikke opmærksomhedspunktet kan det bevirke, at der bliver udstedt et påbud.

Der er kun givet et enkelt opmærksomhedspunkt i forbindelse med re-godkendelse af alkoholbehandlingstilbuddene. Dette ene opmærksomhedspunkt er blevet efterlevet af tilbuddet.

¹⁸ Addiction Severity Index (ASI) er et skema, som udfyldes med i forbindelse med udredning af patientens baggrund / historik og egen vurdering af egen situation og behandlings- / rådgivningsbehov til brug for visitation.



Den generelle tilfredshed med re-godkendelsesprocessen

I forbindelse med re-godkendelsesprocessen af alkoholbehandlingstilbuddene udsendte Socialtilsyn Midt, sammen med tilfredshedsundersøgelsen, en række spørgsmål særskilt til alkoholbehandlingstilbuddene med henblik på at afdække, hvordan de havde oplevet processen.

Undersøgelsen viser, at 66% har svaret, at de er meget tilfredse/tilfredse med Socialtilsyn Midt. I forhold til selve re-godkendelsesprocessen var 79% meget tilfredse/tilfredse med selve processen. I de uddybende svar fremhæves den gode dialog med tilsynskonsulenterne, samt tilsynskonsulenternes grundighed og ordentlighed. Endvidere fremhæves konsulenternes viden om alkoholområdet.

Den negative side af re-godkendelsesprocessen har været de store dokumentationskrav.

Opsummering

Med udgangspunkt i analysen af de kvantitative data og de socialfaglige vurderinger af kvaliteten

i de enkelte alkoholbehandlingstilbud er konklusionen, at alkoholbehandlingstilbuddene tilbyder behandlingsforløb af høj kvalitet. Det gælder både ambulant- og døgnbehandling.

Det fremgår, at tilbuddene gennemgående arbejder ud fra værdier som; en tro på potentiale til forandring, anerkendelse, rummelighed, respektfuldhed, dialog og ordentlighed.

Endvidere fremgår det, at der gennemgående er et højt fagligt niveau i tilbuddene, hvor der anvendes forskellige metoder som: rehabilitering, kognitiv tilgang, anerkendende tilgang og skadesreducerende tilgang, kognitiv terapi, akupunktur, motiverende jeg-støttende og værdsættende samtaler, Gorskis tilbagefaldsmodel og ACT i behandlingsforløbene.

Analysen af udviklingspunkterne viser, at tilbuddene har områder, hvor de kan forbedre kvaliteten, men det skæmmes ikke det overordnede billede af, at alkoholbehandlingstilbuddene i Midtjylland og Faaborg-Midtfyn Kommune lever op til kravene og har en god kvalitet.



5. Socialtilsyn Midts fokuspunkter i 2017

Socialtilsyn Midt har valgt at belyse følgende fokuspunkter i årsrapporten 2017:

- Sundhed og trivsel
- Magtanvendelser, herunder voksenansvar
- Ny-godkendelser på plejefamilieområdet og tilbudsområdet i 2017
- Socialtilsyn Midts tilfredshedsundersøgelse 2017

5.1 Sundhed og trivsel

I januar 2017 blev den reviderede kvalitetsmodel lanceret, og det betød bl.a. at kvalitetsmodellen fik et nyt tema *Sundhed og trivsel*.

Baggrunden for at lancere en revideret kvalitetsmodel beror på en aftale om politisk opfølgning efter 2 år med det nye socialtilsyn, hvor socialstyrelsen gennemgik modellen med det formål at justere den for uhensigtsmæssigheder, og derved optimere kvalitetsmodellen i forhold til at vurdere kvaliteten i tilbuddene.

Uhensigtsmæssighederne, der blev afdækket og identificeret i den gamle kvalitetsmodel, var indikatorer, der var skæve i forhold til nogle tilbud, uklare formuleringer og begreber samt overlap mellem indikatorer og mellem indikatorer og kriterier.

De efterfølgende justeringer har haft til formål at målrette, tydeliggøre og forenkle kvalitetsmodellen.

Dette blev gjort gennem justerede formuleringer, præcisering af begreber, undtagelser, hvor flere tilbud er blevet undtaget enkelte indikatorer, indikatorer, der er taget ud af kvalitetsmodellen samt opdeling af tema 3 *Målgruppe, metoder og resultater*, hvor det nye tema 4 blev *Sundhed og trivsel*. Det nye tema *Sundhed og Trivsel* har til formål at sætte fokus på borgernes trivsel samt at forenkle, skabe klarhed og specificere og dermed sikre, at alle dimensioner kommer med.¹⁹

På baggrund af Socialstyrelsens justeringer af kvalitetsmodellen og det nye tema *Sundhed og trivsel*, har Socialtilsyn Midt valgt at sætte fokus på borgernes trivsel, som er en indikator under temaet *Sundhed og trivsel* både på tilbudsområdet og plejefamilieområdet: 5.a "Borgerne trives i tilbuddet" og 6.a "Barnet trives i plejefamilien".

Til belysning af borgernes trivsel er der blevet trukket data på indikator 5.a og 6.a på samtlige tilbud og plejefamilier i Socialtilsyn Midts portefølje for 2017.

Data er efterfølgende blevet gennemgået og analyseret og danner dermed grundlag for følgende udsagn om borgernes trivsel på tilbudsområdet og plejefamilieområdet.

¹⁹ Kilde til afsnittet er Socialstyrelsens oplæg vedrørende "Baggrund og proces for justeringer af kvalitetsmodellen.

Tilbudsområdet

På tilbudsområdet gælder nedenstående formulering under tema 4 *Sundhed og Trivsel* for både børn- og ungetilbud og voksentilbud. I temaet er der både fokus på, om de sociale tilbud understøtter de anbragte borgeres fysiske og mentale sundhed samt om borgerne trives i de rammer, tilbuddene tilbyder dem. De anbragte borgeres trivsel omhandler også, at deres grundlæggende rettigheder, dvs. borgernes ret til autonomi, integritet og medbestemmelse, respekteres og imødekommes. Tema 4 *Sundhed og Trivsel* berører dermed alle de væsentligste dimensioner vedrørende de anbragte borgeres trivsel, sundhed og mulighed for udvikling.

Det er afgørende for kvaliteten, at tilbuddet understøtter borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel. Det er herunder vigtigt, at tilbuddets viden og indsats i forhold til borgernes sundhed og trivsel modsvarer målgruppens behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost, motion, rygning og uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Det er endvidere vigtigt, at tilbuddet respekterer borgernes værdighed, autonomi og integritet og herunder sikrer borgernes medinddragelse samt selv- og medbestemmelse vedrørende beslutninger om dem selv samt hverdagen i tilbuddet.

Et væsentligt led heri er, at tilbuddet i sin pædagogiske indsats har fokus på at forebygge magtanvendelser, herunder dokumenterer og anvender viden fra eventuelle magtanvendelser til løbende læring og forbedring af indsatsen. Desuden er det væsentligt, at tilbuddet forebygger vold og overgreb. Herunder er det vigtigt, at tilbuddets medarbejdere både har relevant faglig viden om forebyggelse af vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og at de kan handle hensigtsmæssigt ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb.

Indikator 5.a: Borgerne trives i tilbuddet

På tilbudsområdet er gennemsnitsscoren 4,2 på indikator 5.a.

Af denne høje gennemsnitsscore kan udledes, at såvel børn, unge og voksne i overvejende grad trives i tilbuddene og er i positiv udvikling.

Ved gennemgang af indikator 5.a "Borgerne trives i tilbuddet" fremgår det, at tilsynskonsulenterne, til grund for bedømmelserne, i vid udstrækning lægger vægt på borgernes udtalelser, egne observationer og tilbuddenes dokumentation i form af dagbogsnotater, statusskrivelser og indberetninger af magtanvendelser.

Ved høj score, dvs. score på 4 eller 5, er det følgende udtalelser fra borgerne, som går igen:

- At de får den hjælp de har brug for
- At personalet i tilbuddet har tid til kontakt og samvær
- At personalet er i stand til at respektere og rumme borgerne; også på de svære dage,
- At borgerne fremhæver konkrete forhold, som de er blevet bedre til at mestre i deres hverdag og liv
- At borgerne kommer godt ud af det med hinanden og er trygge i deres hjem
- At der observeres en god stemning og atmosfære i tilbuddet

I 2017 var der tilbud, hvor socialtilsynet konstaterede, at borgene ikke trivedes.

Ved gennemgang af de lave scorer, dvs. score 1 og 2, er det følgende udtalelser, som går igen:

- Borgerne beretter om nedværdigende og ydmygende behandling fra personalets side
- Voldsomme og hårdhændede magtanvendelser
- Angst og utryghed for medboere
- Utryghed i forhold til at kende og kunne navigere indenfor rammer, regler og konsekvenser
- At borgerne oplever udnyttelse, drilleri og mobning
- At særligt børn har svært ved at forstå og acceptere deres anbringelsessituation
- Et højt rømningsniveau
- Forbrug af euforiserende stoffer
- At borgerne udtrykker utilfredshed og utryghed ved stor personalegennemstrømning og højt vikarforbrug

De lave scorer på indikator 5.a. har for en række tilbud resulteret i følgende:

- 8 tilbud har fået opstillet en række opmærksomhedspunkter og har som følge heraf udarbejdet en handleplan med henblik på at sikre en højere kvalitet og dermed trivsel hos borgerne
- 3 tilbud har haft sanktion i form af skærpet tilsyn
- 3 tilbud har i forbindelse med lav trivsel hos borgerne fået inddraget godkendelsen, blevet varslet en inddragelse og/eller lukket af sig selv

Plejefamilieområdet

På plejefamilieområdet gælder nedenstående formulering under tema 4 *Sundhed og trivsel*. I temaet er der fokus på om plejefamilien, i forhold til barnets udvikling, understøtter den fysiske og mentale sundhed og trivsel hos barnet. Herunder er der også fokus på, om barnet trives i plejefamilien og har medbestemmelse og indflydelse på hverdagen i familien. I forhold til de kommunale plejefamilier er der fokus på, at al fysisk guidning og afværgehjælp sker under hensyn til og med respekt for barnets ret til personlig integritet og medbestemmelse.

Et væsentligt element for barnets udvikling er, at plejefamilien understøtter barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel.

Det er herunder vigtigt, at plejefamiliens viden og indsats i forhold til barnets sundhed og trivsel modsvarer barnets alder og behov. Det kan for eksempel være i forhold til kost og motion, rygning og alkohol. Det kan for eksempel også være i forhold til særlige forhold, f.eks. uhensigtsmæssig brug af rusmidler. Derudover skal plejefamilien som væsentligt, overordnet element af kvaliteten respektere og sikre barnets medinddragelse, medbestemmelse og indflydelse i hverdagen i plejefamilien. Heri ligger blandt andet, at plejefamilien understøtter barnets selvværd og trivsel ved, at barnet føler sig hørt, respekteret og anerkendt som person og som en del af familien. For kommunale plejefamilier desuden, at de anvender fysisk guidning og afværgehjælp under hensyn til og med respekt for barnets ret til personlig integritet og selvbestemmelse, og at de følger op herpå med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen.

Indikator 6.a.: Barnet trives i plejefamilie

På plejefamilieområdet er gennemsnitsscoren 4,4 på indikator 6.a.²⁰

Af denne høje gennemsnitsscore kan udledes, at majoriteten af de anbragte børn trives i plejefamilierne.

Ved gennemgang af indikator 6.a "Barnet trives i plejefamilien" fremgår det, at tilsynskonsulenterne, til grund for bedømmelserne, overvejende lægger vægt på udsagn fra plejefamilien og plejebarnet, udtalelser fra anbringende myndigheder og familieplejekonsulenter samt observationer. Desuden indgår der udtalelser fra plejebarnets daginstitution/skole og biologiske forældre samt plejefamiliens biologiske børn.

Ved høj score, dvs. score på 4 eller 5, er det følgende, som går igen:

- At plejebarnet er integreret i og inddrages i plejefamilien
- At plejebarnet må have venner med hjem på besøg
- At plejebarnet kommer godt ud af det med andre børn i plejefamilien og er tryk ved at bo hos plejefamilien
- At plejefamilien tilgodeser plejebarnets behov
- At plejebarnet udvikler sig i forhold til støttebehov
- At der er en god kontakt mellem plejefamilien og biologiske forældre
- At plejebarnet tør vise følelser, såvel positive som negative overfor plejefamilien

- At plejefamilien kan sætte tydelige rammer og skabe ro samt stabilitet omkring plejebarnet

Endvidere ses det gennemgående for høj score, at der observeres omsorg og nærvær i samspillet mellem plejefamilien og plejebarnet.

Ved gennemgang af de lave scorer, dvs. score 1 og 2, peger de lave scorer på:

- Plejebarnet er i gang med en indkøring og ikke er faldet til hos plejefamilien på det tidspunkt tilsynsbesøget finder sted
- At plejebarnet ikke ønsker at være hos plejefamilien, men hos sin biologiske familie
- At plejebarnets udfordringer er blevet større og at barnet har behov for mere støtte
- At der er et udfordrende samarbejde mellem plejebarnets biologiske forældre og plejefamilien, som påvirker plejebarnets trivsel

Endvidere ses det gennemgående for lav score (score 1), at plejefamilien ikke har nogen plejebørn indskrevet på det tidspunkt tilsynsbesøget finder sted.

En del ny-godkendte plejefamilier havde i 2017 endnu ikke fået en plejeopgave, da de modtog det driftsorienterede tilsyn og det medfører, at scoren bliver lav på 6.a. Andre plejefamilier har været mellem plejeopgaver, da der blev afholdt tilsynsbesøg hos dem, hvilket også har resulteret i en lav score.

²⁰ Ved gennemgangen af scorerne er der ikke differentieret mellem plejebørn, aflastningsbørn og barn/forældreanbringelser.

Plejefamilier, der ikke har haft plejebørn i en sammenhængende periode på 3 år, kan ikke opretholde deres godkendelse. I 2017 ophørte 9 plejefamilier på den baggrund. Endvidere ophørte 2 plejefamilier, da de udelukkende havde § 84 aflastningsopgaver, hvilket socialtilsynet ikke fører tilsyn med.

Plejefamilier kan i lighed med sociale tilbud få udstedt opmærksomhedspunkter.

I 2017 var der 3 plejefamilier, som fik et opmærksomhedspunkt i forbindelse med temaet *Sundhed og trivsel*.

Temaerne i opmærksomhedspunkterne har omhandlet:

- Magtanvendelser over for plejebørn
- Sikring af plejebørns grundlæggende rettigheder, så som frit at kunne forlade hjemmet
- Opmærksomhed på plejebørns, behov, trivsel og udvikling, når plejeopgaven er blevet mere kompliceret og har ændret belastningsgrad

Opmærksomhedspunkterne har ikke ført til sanktioner eller til inddragelse af godkendelser på grund af mistrivsel hos plejebørnene, men der har været opfølgning og dialog med plejefamilierne vedrørende opmærksomhedspunkterne.

Opsummering

Gennemgangen af data på indikator 5.a og 6.a viser, at borgerne generelt trives og har det godt i de miljøer, de befinder sig i. Data viser både, at borgerne trives og at tilbuddene og plejefamilierne gør et stort stykke arbejde for, at anbragte børn, unge og voksne får en meningsfuld hverdag, trygge rammer, muligheder for at udvikle sig og livskvalitet. For majoriteten af tilbud og plejefamilier i Socialtilsyn Midts portefølje er kvaliteten på et niveau, der sikrer, at anbragte børn, unge og voksne trives og udvikler sig positivt.

Tilsynskonsulenternes vurderinger af borgernes trivsel i tilbuddene og plejefamilierne baseres og udledes af observationer, udsagn og samtaler med borgerne samt pårørende, anbringende myndigheder, dokumentation i form af dagbogsnotater m.m. I forhold til vurderingen af borgernes trivsel er det i særdeleshed vigtigt, at borgerne høres og at de får lov til at sætte ord på, hvordan de oplever deres hverdag og liv i de rammer, der udgør deres hjem og dagligdag.

Tegn på mistrivsel undersøges altid grundigt, da mistrivsel kan indikere, at der er andre forhold i tilbuddet eller plejefamilien, som ikke fungerer og dermed går det ud over kvaliteten.

De lave scorer på 5.a bevirkede, at nogle tilbud i 2017 kom i socialtilsynets søgelys. Der blev sat ind med sanktioner og, for enkelte tilbuds vedkommende, inddragelse af godkendelsen.

5.2 Magt-anvendelser

Socialtilsyn Midt modtager og behandler hvert eneste år flere tusinde indberetninger om magtanvendelser, hovedsageligt indsendt fra de sociale tilbud.

Indberetninger om magtanvendelser er et område, som socialtilsynene altid har et særligt fokus på, da det er socialtilsynenes opgave at føre tilsyn med, om tilbuddene kan sikre anbragte borgers trivsel og grundlæggende rettigheder.

Tilbuddene er forpligtet til at registrere og indberette alle former for magtanvendelser af hensyn til borgernes sikkerhed. Indberetningerne skal sendes til den kommune, som har ansvaret for borgerens ophold i tilbuddet, den driftsansvarlige kommunalbestyrelse eller tilsvarende regionsråd, hvis der er tale om et regionalt tilbud, og til socialtilsynet.

Indberetningerne skal sikre, at borgernes grundlæggende rettigheder ikke krænkes, når medarbejderne er nødt til at skride til handlinger, der er et indgreb i borgernes rettigheder. En magtanvendelse defineres ved, at borgeren ikke medvirker frivilligt i den handling, der iværksættes.²¹

Socialtilsyn Midt modtager indberetninger om magtanvendelser fra tilbuddene om:

- Magtanvendelse udøvet over for anbragte børn og unge, jf. loven om voksenansvar.
- Optagelse i særlige botilbud uden samtykke og magtanvendelse udøvet over for voksne i forbindelse med foranstaltninger efter servicelovens §§ 125-128, jf. servicelovens § 136, stk. 1
- Indgreb efter servicelovens § 137g-137j overfor personer med nedsat psykisk funktionsevne, som er anbragt i en boform efter servicelovens § 108, jf. servicelovens § 137m, stk. 3²²

²¹ Kilde: Socialstyrelsen Viden til gavn: Om magtanvendelser

Socialtilsyn Midts praksis i forhold til indkomne indberetninger om magtanvendelser er, at alle indberetninger bliver gennemgået grundigt med det formål at få et overblik over antallet af magtanvendelser på de enkelte tilbud samt vurdere om der er behov for at følge op på brugen af magtanvendelser. Der foretages altid en konkret vurdering af de enkelte indberetninger. Tilbuddene kontaktes, hvis der er indberetninger, der giver anledning til tilsynsmæssige overvejelser på grund af fejl i indberetningen eller hvor betingelserne for magtanvendelsen ikke er opfyldt. Formålet med at kontakte og indgå dialog med tilbuddene er at sikre, at tilbuddene ændrer praksis og efterlever reglerne for magtanvendelse.

I 2017 har Socialtilsyn Midt modtaget i alt 2.527 indberetninger om magtanvendelse, hvilket er 162 indretninger færre end i 2016, hvor det samlede antal var 2.689

Nedenstående tabel viser, hvordan de indsendte indberetninger om magtanvendelser er fordelt på børn-/ungeområdet og voksenområdet.

Tabel 5.6.1 Indberetninger om magtanvendelser for delt på børn-/unge og voksne

Indberetninger om magtanvendelse i 2015, 2016 og 2017			
	2015	2016	2017
Børn-/unge	2.078	1.447	1.423
Voksne	1.849	1.242	1.104
I alt	3.927	2.689	2.527

Lov om voksenansvar over for anbragte børn og unge (voksenansvarsloven) trådte i kraft den 1. januar 2017. Loven viderefører de eksisterende muligheder for at anvende magt, lige som loven også giver nye muligheder som f.eks. at afværge materiel skade, når betingelserne i bestemmelsen er opfyldt.

Formålet med lov om voksenansvar er at fastsætte rammer for kommunale plejefamilier og personales adgang til, som led i varetagelsen af den daglige omsorg, at anvende magt og foretage andre indgreb i anbragte børn og unges selvbestemmelsesret samt sikre de anbragte børn og unges retssikkerhed i den forbindelse.

Reglerne om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten er udarbejdet for at beskytte anbragte børn og unge mod overgreb og herunder at forebygge unødvendige magtanvendelser og indgreb i selvbestemmelsesretten.²³

Socialtilsyn Midt havde, med de nye muligheder i lov om voksenansvar, forventet en stigning i antallet af indberetninger om magtanvendelse over for anbragte børn og unge, men jf. tallene i tabel 5.6.1. er denne stigning udeblevet.

Socialtilsyn Midt vurderer, at tilbuddene generelt har en god viden om lovgivningen om magtanvendelse samt, hvorledes registreringerne og indberetningerne skal udarbejdes. Der spores endvidere en positiv udvikling i forhold til indberetningerne og tilbuddenes udvikling af en bedre indberetningspraksis.

Pr. 1. januar 2017 er børn og unge i aflastning ikke omfattet af lov om voksenansvar, der er dermed ikke mulighed for at anvende magt over for denne gruppe. Til trods for det modtager Socialtilsyn Midt fortsat indberetninger vedrørende børn og unge i aflastning. Alle former for magtanvendelse skal registreres og indberettes, f.eks. magtanvendelser foretages i plejefamilier eller overfor børn og unge i aflastning.

Endvidere har Socialtilsyn Midt også i 2017 modtaget indberetninger, hvor betingelserne ikke har været opfyldt. Her gælder det, at der er foretaget indgreb, som falder uden for lovens bestemmelser om magtanvendelse, f.eks. at en kørestol slukkes, så borgeren ikke kan køre frit omkring, eller at personalet låser sig ind i en borgers bolig, at en dør holdes ind til borger, så borgeren ikke kan komme ud eller borger skubbes. For børn og unge kan der også være tale om, at større børn bæres mod deres vilje eller at børnene eller de unge frtages ejendele, uden at betingelserne er opfyldt.

Socialtilsyn Midt anbefaler, at tilbuddene i deres indberetningsskrivelser fortsat har fokus på om personalet har haft mulighed for at trække sig samt at der altid er tilstrækkelig beskrivelse til at vurdere om betingelserne er opfyldt.

Siden 2016 har Socialtilsyn Midt oplevet en positiv udvikling inden for dette område, men der kan fortsat gøres mere ud af beskrivelserne.

²³ Kilde: Socialstyrelsen Viden til gavn

5.3 Ny-godkendelser på plejefamilieområdet og tilbudsområdet i 2017

Ny-godkendelser på både plejefamilie- og tilbudsområdet har Socialtilsyn Midt et særligt fokus på. Tilgangen af nye plejefamilie og tilbud er afgørende, når der samtidig er eksisterende plejefamilier og tilbud, der af forskellige årsager ophører i løbet af et år. De sidste par år har antallet af ophørte plejefamilier og tilbud ikke været proportionelt med tilgangen af nye plejefamilier og tilbud.

Socialtilsyn Midt har derfor fokus på tilgangen af ny-ansøgere på ny-godkendelsesområdet samt, hvordan godkendelsesprocessen kan understøtte ny-ansøgerne bedst muligt i processen. I de følgende afsnit vil der blive set nærmere på ny-godkendelser på plejefamilie- og tilbudsområdet og herunder status på status på kursusedtagerne i 2017 og hvilke belastningsgrader de nye plejefamilier er blevet godkendt til samt godkendelsesprocessen for sociale tilbud, hvor Socialtilsyn Midt har udviklet et særligt tiltag.

Ny-godkendelser på plejefamilieområdet

I 2017 har der i lighed med de andre år været stor interesse for at blive godkendt som plejefamilie, men trods interessen er antallet af familier, der har gennemført det obligatoriske grundkursus faldet og det samme gælder antallet af ansøgninger om at blive godkendt til plejefamilie og antallet af ny-godkendte plejefamilier.

I 2017 blev der afholdt i alt 16 kurser, et enkelt kursus mere end i 2016. Kurserne afholdes både på VIA i Aarhus og VIA i Holstebro.

I alt godkendte Socialtilsyn Midt 72 nye plejefamilier, et væsentligt lavere antal end i 2016, hvor 127 familier blev godkendt. I 2017 modtog Socialtilsyn Midt 105 ansøgninger, ligeledes et mindre antal end i 2016, hvor der blev indsendt 112 ansøgninger.²⁴

Årsagerne til, at der i 2017 blev godkendt færre plejefamilier end i de forudgående år er Socialtilsyn Midt ikke bekendt med. Socialtilsyn Midt har fokus på problematikken, for også fremover er der behov for flere plejefamilier, da der er nedgang i antallet af plejefamilier i Midtjylland.

Tabel 5.8.1 Ny-godkendelser, afslag og ansøgninger trukket tilbage

Ny-godkendelser, afslag og ansøgninger trukket tilbage 2016	Antal
Familier, der blev ny-godkendt	72
Familier, der ikke blev godkendt	5
Familier, der trak deres ansøgning tilbage	26

5 familier fik afslag på deres ansøgning om at blive godkendt som plejefamilie, hvilket også er færre end i 2016, hvor antallet var 8 familier.

En afgørelse om afslag på at blive godkendt som plejefamilie beror altid på en grundig, socialfaglig vurdering baseret på dialog med familien og dybdegående undersøgelse af familiens forhold.

Som ny-ansøger er det muligt at trække sin ansøgning tilbage, hvis der i godkendelsesprocessen dukker forhold op, som kan vanskeliggøre socialtilsynets godkendelse eller familien kommer i tvivl om de er klar til opgaven. Trækkes en ansøgning tilbage af familien selv, har familien mulighed for at ansøge på ny og lukker dermed ikke deres muligheder for at blive godkendt som plejefamilie. Det samme gør sig gældende, hvis familien har fået afslag på godkendelse.

²⁴ Antallet af ansøgninger er ikke proportionelt med antallet af ny-godkendte plejefamilier opgjort på et år, da der kan være godkendelsesprocesser, der er begyndt inden et årsskifte og dermed først færdiggøres i det nye år.

Status på kursusedtagerne i 2017

Socialtilsyn Midt udbød i samarbejde med VIA University College 16 kurser i 2017 og der blev tilmeldt 304 personer.

I alt gennemførte 291 personer det obligatoriske grundkursus for plejefamilier. Nedenstående tabel viser, hvor mange der gennemførte kurset, og hvor mange der ikke gennemførte det.

Tabel 5.8.2 oversigt over deltagerne – optalt i personer og ikke familier

Oversigt over deltagerne i 2016	Antal
Deltagere, der gennemførte kurset	291
Deltagere, der ikke gennemførte kurset	13
Antal indskrevne deltagere i alt	304

De 291 personer, som gennemførte kurset, fordeler sig på 114 par og 63 singler. Socialtilsyn Midt oplever, at der er en markant interesse fra singler, der ønsker at blive godkendt som plejefamilie. Singler har samme mulighed for at blive godkendt til plejefamilie, som par har. Socialtilsyn Midt fører tilsyn med flere plejefamilier, hvor plejefamilien udgøres af en plejeforælder.

I 2017 var der 13 personer, som ikke gennemførte kurset, fordelt på 6 par og 1 single. Socialtilsyn Midt kender ikke bevæggrundene til, at deltagerne springer fra kurset. Frafald kan skyldes, at deltagerne undervejs i undervisningen erkender, at arbejdet som plejefamilie er anderledes end de har forestillet sig, herunder at det er en krævende og ansvarsfuld opgave at påtage sig som familie.

Belastningsgrader

Når en ny plejefamilie godkendes, bliver familien indplaceret i en godkendelsesramme og godkendt til en af de fire belastningsgrader med udgangspunkt i familiens ønsker samt familiens forudsætninger og kompetencer. Belastningsgraden markerer kompleksiteten af den plejeopgave familien er godkendt til at kunne varetage:

- Højeste belastningsgrad Kommunal plejefamilie, hvor familien har kompetencer i forhold til børn med belastningsindikatorer, der ligger udover, hvad børn i plejefamilier normalt har.
- Høj belastning Familien skal have kompetencer i forhold til børn

med høje/svære belastningsindikatorer

- Middel belastningsgrad Familien skal have kompetencer i forhold til børn med middel/moderate belastningsindikatorer
- Lav belastningsgrad Familien skal have kompetencer i forhold til børn med lave/få belastningsindikatorer

Nedenstående tabel viser, hvilke belastningsgrader de 72 nye plejefamilier er godkendt til. Her fremgår det, at majoriteten af de ny-godkendte plejefamilier i 2017 blev godkendt til middel belastningsgrad, hvilket er helt naturligt, da højeste – og høj belastningsgrad fordrer særlige kompetencer, som kun få helt nye plejefamilier besidder.

Tabel 5.9.3 Belastningsgrader fordelt på de 72 nye plejefamilier

	Antal
Højeste belastningsgrad	1
Høj belastningsgrad	12
Middel belastningsgrad	51
Lav belastningsgrad	8

Ny-godkendelser på tilbudsområdet

Socialtilsyn Midt modtog i 2017 14 ansøgninger om at blive godkendt til socialt tilbud og heraf blev 5 godkendt; 2 børnetilbud, 1 børne- og ungetilbud og 2 voksentilbud.

Nedgangen i antallet af sociale tilbud skal ikke ses som manglende interesse, for i 2017 har der i lighed med de forrige år været en stor interesse for at blive godkendt som socialt tilbud. Grunden til, at der ikke blev godkendt flere tilbud i 2017 skyldes, at der blev iværksat flere godkendelsesprocesser i 2017, som først afsluttes i 2018. Der var også tilbud, hvor godkendelsesprocessen blev sat på stand by på grund af, at ansøgerne ikke kunne skaffe diverse tilladelser fra andre myndigheder. Sådanne omstændigheder kan forlænge en godkendelsesproces betragteligt.

Godkendelsesprocessen for sociale tilbud.

Socialtilsyn Midt kører et særligt forløb for ansøgere, der overvejer at oprette et nyt socialt tilbud i Region Midt og Faaborg Midtfyn Kommune, hvor ansøgere tilbydes et gratis formøde inden en eventuel ansøgning indsendes og faktura herfor indbetales.

Formødet er af en times varighed og har til formål at skitsere og synliggøre, hvilke lovkrav, materialer og kompetencer, der kræves for at opnå en godkendelse.

Det er Socialtilsyn Midts ny-godkendelsesteam, der afholder formødet, men vurderes der behov for juridisk- og økonomisk bistand kan socialtilsynets jurister og økonomer kan også deltage i formøderne.

Efter formødet indsendes ansøgningen og når ansøger har betalt fakturaen påbegyndes godkendelsesprocessen.

Sagsbehandlingstiden fra Socialtilsyn Midt har modtaget en ansøgning om et nyt socialt tilbud til tilbuddet er ny-godkendt er typisk mellem 3 til 6 måneder.

Forudsætningerne for en smidig ansøgningsproces er altid afhængig af ansøgernes materialeindleveringer og indhentning af evt. tilladelser. Endvidere skal ansøger sørge for, at indberetningen om tilbuddet på Tilbudsportalen er fyldestgørende og retvisende, når tilbuddet efter godkendelsen bliver synlig på Tilbudsportalen.

Ny-godkendelsesteamets konsulenter er, under hele godkendelsesprocessen, i tæt dialog med ansøgeren og guider, anviser og vejleder, når ansøger har behov for hjælp. Når ny-godkendelsesteamet har godkendt tilbuddet overgår det nye tilbud til driftsorienteret tilsyn.

Socialtilsyn Midt har erfaret, at der er et relativt stort frafald af potentielle ansøgere efter et formøde. Cirka 1/3 af de ansøgere, som kontakter Socialtilsyn Midt med henblik på at få godkendt et socialt tilbud falder fra efter formødet.

Socialtilsyn Midt vurderer, at frafaldet af potentielle ansøgere sker ud fra en erkendelse af, at det er fagligt krævende, omfattende og ret tidskrævende at ansøge om og opnå en godkendelse til at drive et socialt tilbud.

Baggrunden for frafaldet kan sammenlignes med baggrunden for frafaldet af potentielle ansøgere til at blive plejefamilier. Socialtilsyn Midt vurderer, at det er en sund erkendelse, som sparer både ansøgere og socialtilsynet for at anvende ressourcer på processer, der ikke ender med nye tilbud og plejefamilier.

Opsummering

Tilgangen på ny-godkendelsesområdet både i forhold til nye plejefamilier og nye tilbud har i 2017 været mindre end i 2016. Trods et færre antal ny-godkendte plejefamilier og tilbud, vurderer Socialtilsyn Midt, at der er en stor interesse for at blive godkendt inden for begge områder. Den største udfordring på ny-godkendelsesområdet er at få godkendt flere plejefamilier og fastholde dem.

Majoriteten af ansøgere, på både plejefamilieområdet og tilbudsområdet, der gik i gang med en godkendelsesproces er blevet godkendt og indgår i Socialtilsyn Midts portefølje.

De nye plejefamilier og nye sociale tilbud lever op til kvalitetskravene og har de rette kompetencer og rammer til at varetage arbejdet med de målgrupper de er godkendt til.

5.4 Socialtilsyn Midts tilfredshedsundersøgelse 2017

Socialtilsyn Midt har i 2017, i lighed med de forrige år, iværksat en ekstern tilfredshedsundersøgelse, hvor 230 personer blev inviteret til at deltage. Udvælgelsen af respondenter blev foretaget vilkårligt, dog med det forbehold, at der skulle være respondenter fra både plejefamilieområdet, herunder ny-godkendte plejefamilier fra 2017, og tilbudsområdet, herunder både private og offentlige tilbud, samt re-godkendte alkoholbehandlings-tilbud. Ud af de 230 personer, som blev inviteret til at deltage, har 153 besvaret spørgeskemaet, svarende til en besvarelsesprocent på 67%.

Tilfredsundersøgelsen for 2017 viser, at respondenterne samlet set er meget tilfredse med Socialtilsyn Midt. Således svarer 91%, at de er meget tilfredse eller tilfredse med Socialtilsyn Midts udførelse af tilsynsopgaven. Dette svarer til en stigning på 4 procentpoint i forhold til tilfredshedsundersøgelsen for 2016. Den stigende tilfredshed kommer til udtryk på følgende parametre i undersøgelsen:

- Der er meget stor tilfredshed med tilsynsbesøget, dialogen og informationsniveauet inden besøget samt udførelsen og opfølgning af tilsynsbesøget
- Der er meget stor tilfredshed med godkendelsesprocessen, herunder informationsniveauet inden sendt ansøgning, udførelsen af godkendelsesbesøget og varigheden af godkendelsesprocessen
- Der er meget stor tilfreds med kommunikationen og dialogen med tilsynskonsulenterne.
- Der er stor tilfredshed med grundkursusforløbene

I 2017 er der i tilfredsundersøgelsen endvidere blevet stillet en række spørgsmål om, hvorvidt Socialtilsyn Midt har en indvirkning på kvaliteten i tilbuddene og plejefamilierne. Formålet med at stille spørgsmålene, var at undersøge om tilbuddene og plejefamilierne udelukkende betragter tilsynsbesøgene som kontrol eller om tilsynsbesøgene også kan være befordrende for udviklingen af kvaliteten.

Samlet set viser svarerne, at majoriteten af respondenterne er enige i, at Socialtilsyn Midt medvirker til at forbedre kvaliteten i tilbuddene og plejefamilierne.

Majoriteten af respondenterne svarede positivt på følgende spørgsmål:

- At Socialtilsyn Midt medvirker til at tilbud og plejefamilier løser deres opgaver bedre til gavn for borgerne
- At Socialtilsyn Midt medvirker til udvikling af kvaliteten til gavn for borgerne
- At udviklingspunkter fra Socialtilsyn Midt medvirker til at forbedre kvaliteten til gavn for borgerne
- At tilsynsrapporten giver et retvisende billede af tilbuddets/plejefamiliens kvalitet

I alt 56% af respondenterne svarede, at de er meget enig/enig i, at Socialtilsyn Midt medvirker til, at tilbud og plejefamilier løser deres opgaver bedre til gavn for borgerne. I forhold til om Socialtilsyn Midt medvirker til udvikling af kvaliteten til gavn for borgerne svarer 63% af respondenterne, at de er meget enig/enige.

I forbindelse med et tilsyn kan et tilbud eller plejefamilie få et eller flere udviklingspunkter, som det anbefales de arbejder videre med. Udviklingspunkternes funktion er, at hjælpe tilbuddet/plejefamilien til at blive endnu bedre til at gøre det de allerede gør godt. I alt svarer 59% af respondenterne, at de er meget enig/enig i, at udviklingspunkterne medvirker til at forbedre kvaliteten til gavn for borgerne.

Til spørgsmålet om tilsynsrapporten giver et retvisende billede af tilbuddets/plejefamiliens kvalitet, svarer 71%, at de er meget enige/enig i, at tilsynsrapporten er retvisende for kvaliteten i tilbuddet/plejefamilien.

I de uddybende svar gives der bl.a. udtryk for, at kvalitetsrapporten er et kvalitetsstempel, som f.eks. kan bruges i forhold til medarbejderudvikling og udvikling af kvaliteten i tilbuddet.

I tilfredshedsundersøgelsen fik respondenterne også mulighed for at afgive uddybende svar.

Respondenternes uddybende svar understøtter, at der fortsat er en stor tilfredshed med Socialtilsyn Midts konsulenter. Det fremhæves, at tilsynskonsulenterne er:

- Fagligt kompetente
- Har stor vilje og lyst til at finde løsninger og være behjælpelige
- Er gode til at sparre og indgå i konstruktiv dialog
- Professionelle og hjælpsomme
- Tryghedsskabende

I tilfredsundersøgelsens uddybende svar giver respondenterne også i 2017 udtryk for, at dokumentationskravet forud for et tilsynsbesøg er krævende og omfattende. Dette gives der udtryk for både inden for plejefamilie- og tilbudsområdet.



Silkeborg
K o m m u n e

Bilag 2

Rammeaftale 2019-20

Til de 19 midtjyske kommuner og Region Midtjylland

Sekretariat for Rammeaftaler
Prinsens Allé 5
8800 Viborg
www.rammeaftale.viborg.dk

Dato: 23. marts 2018

Kontakt:
Maria Eeg Smidt
Tlf: 41 71 99 98
Mail: mesm@viborg.dk

Indhentning af bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20

Rammeaftalens formål

Kommunalbestyrelserne og regionsrådet i hver region indgår hvert andet år én samlet rammeaftale på det specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Rammeaftalen er et planlægnings- og udviklingsværktøj, der skal sikre et samlet overblik over kommunale og regionale tilbud, der bliver anvendt af flere kommuner. Der er fokus på både den faglige udvikling og på styring af tilbuddenes kapacitet og behovet for pladser på tværs af kommunerne i regionen. Rammeaftalen kan derudover indeholde aftaler om udviklingen i taksterne og prisstrukturen for tilbud omfattet af rammeaftalen.

KKR Midtjylland inviterer hermed til lokale politiske drøftelser af forslag til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20.

Forslag til pejlemærker i Rammeaftale 2019-20

Rammeaftalen skal sikre fælles principper for koordinering, styring og udvikling af de kommunale og regionale tilbud.

KKR Midtjylland foreslår følgende politiske pejlemærker for Rammeaftale 2019-20:

KKR's forslag til pejlemærker i Rammeaftale 2019-20

Den nære psykiatri

- Stadig flere borgere rammes af psykiske lidelser. Den nære psykiatri – forstået som indsatser rettet mod den enkeltes hverdagsliv – spiller en afgørende rolle. Både når psykisk sygdom skal forebygges, men også når man skal komme sig og leve et godt liv med en psykisk sygdom
- KKR Midtjylland har igangsat en proces, som skal føre til et fælles udspil for udviklingen af den nære psykiatri mellem kommuner, region, almen praksis og civilsamfund
- Udspillet om den nære psykiatri forventes at blive indarbejdet som et fælles udviklingsområde i Rammeaftale 2019-20 og den næste Sundhedsaftale.

Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme

- Kommunerne oplever en tilgang af børn og unge, der diagnosticeres med en autismespektrumforstyrrelse – ofte kombineret med andre former for funktionsnedsættelser.
- Det kan være vanskeligt at få disse børn og unge til at trives i almene skolemiljøer. Derfor foreslås det, at kommuner og region igangsætter fælles udviklingstiltag med fokus på, hvordan samspillet mellem det almene og specialiserede område kan understøtte den enkeltes progression, samt metoder til at forebygge og afhjælpe 'skolevægning' og angst blandt børn og unge med autisme.
- Udviklingstiltag vil også omhandle, hvordan der kan arbejdes med gode overgange fra skole til ungdomsuddannelse, og videre til uddannelse og beskæftigelse i voksenlivet.

Effekt, progression og gennemslugtighed

- Fokus på effekt, progression og gennemslugtighed fortsættes som et overordnet fælles udviklingsområde og tilgang, der skal understøtte, at borgerne opnår størst mulig livskvalitet og mestring.
- Fokus på effekten af sociale indsatser og progression i borgerens udvikling gør sig gældende for alle borgere, der modtager ydelser inden for det specialiserede socialområde.
- Kommunerne og regionen forpligter sig på at arbejde med evidensbaserede metoder og videndeling om, hvad der virker, med henblik på at øge den enkelte borgers livskvalitet og mulighed for selv at mestre så stor en del af sit liv, som muligt.
- Samtidig skal der skabes øget gennemslugtighed i forholdet mellem udgifter og de ydelser, den enkelte borger modtager.
- Ved en sådan øget gennemslugtighed i samhandlen, skal borgerens progression afspejle sig i udgifterne for den ydelse borgeren modtager.

Indsend bemærkninger

KKR Midtjylland opfordrer hermed til, at man lokalt drøfter forslaget til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20 og indsender evt. bemærkninger til Sekretariat for Rammeaftaler på mail: mesm@viborg.dk senest den 1. maj 2018.

Kommuner og Region tilrettelægger selv hvilken proces, der ønskes lokalt.

På KKR's vegne håber jeg, at I vil tage godt imod denne mulighed for lokale drøftelser og vi ser frem til at høre evt. bemærkninger fra jer.

Det endelige forslag til Rammeaftale 2019-20 vil blive udsendt til godkendelse i de 19 midtjyske kommunalbestyrelser og regionsrådet efter KKR's møde den 14. juni 2017.

Med venlig hilsen



Torben Hansen

Formand for KKR Midtjylland



Steen Vindum

Næstformand for KKR Midtjylland

Bilag 3

Indkomne bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20
(opdateret med DASSOS tilbagemelding på bemærkninger)

Bilag 3 til DASSOS 8.5.18 – opdateret med tilbagemelding på bemærkninger



Indsendte bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20

KKR har inviteret til lokale politiske drøftelser i kommuner og region af pejlemærker for Rammeaftale 2019-20. Pejlemærkerne omsættes til fælles udviklingsområder mellem de midtjyske kommuner og regionen i rammeaftalen.

I dette bilag fremgår de indsendte bemærkninger til pejlemærkerne, opdelt på følgende måde:

- I skema 1 fremgår bemærkninger fra kommuner og region, som behandles i DASSOS med henblik på konkret stillingtagen til, hvilke justeringer og tilføjelser der ønskes indarbejdet i udkast til Rammeaftale 2019-20 (bilag 4).
- I skema 2 fremgår bemærkninger fra kommuner, som tilkendegiver tilslutning til de foreslåede pejlemærker uden forslag til ændringer.

Skema 1: Bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20 – som indeholder forslag til ændringer

Afsender	Bemærkninger	Behandling og tilbagemelding fra DASSOS på indsendte bemærkninger
Aarhus Kommune	Aarhus Kommune bakker generelt set op om pejlemærkerne, som alle adresser vigtige emner i det fælles kommunale og regionale samarbejde på det sociale område. Aarhus Kommune ønsker dog, at pejlemærket vedrørende "Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme" udvides til at omfatte psykisk sårbarhed blandt børn og unge i en bredere forstand. Andelen af børn og unge med angst, depression og skolevægring er stigende – og dette ikke kun blandt børn med autismespektrumforstyrrelser. KKR kan med fordel sætte øget fokus på denne målgruppe i den kommende rammeaftale, idet dette er en problematik, som både fagligt og ressourcemæssig fylder meget i kommunalt regi. Såfremt der ikke gives mulighed for at udvide pejlemærket i Rammeaftale 2019-20, anbefaler Aarhus Kommune, at den næstkommende Rammeaftale for 2021-22 indeholder et pejlemærke om "Psykisk sårbarhed blandt børn og unge", hvor emnet behandles i et bredt perspektiv.	Forslaget blev drøftet. Da psykisk sårbare børn og unge indgår i samarbejdet om den 'nære psykiatri' (udviklingsområde 1), ønskes det at fastholde fokus på børn og unge med autisme i et særskilt spor. Samtidig fremhæves det i teksten om den nære psykiatri, at både børne- og voksenområdet er omfattet af samarbejdet.

	Handicaprådet i Aarhus har indsendt følgende bemærkninger: Handicaprådet opfordrer til at det præciseres, at "den nære psykiatri" omfatter alle aldersgrupper samt psykiatrien for mennesker med udviklingshæmning. Handicaprådet ser positivt på, at der bliver igangsat fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme. Handicaprådet udtrykker bekymring for, at når der tales om udgifter, ydelser og progression at det signalerer, at det handler om at trappe udgifterne ned. Et forslag til en anden formulering kunne være " det skal være tydeligt, hvilke udgifter der er forbundet med de ydelser, borgeren modtager. Dermed vil det blive mere synligt, om der er en fornødt sammenhæng mellem udgifterne og udviklingen i borgerens trivsel."	Præciseres i rammeaftalen Fokus på progression fastholdes. Det præciseres, at der skal være sammenhæng mellem udvikling i borgerens trivsel og udgifter.
Silkeborg Kommune	Pejlemærkerne har været behandlet i Socialudvalget, Børne- og Ungeudvalget, Handicaprådet samt Seniorrådet. Følgende bemærkes: • Der er stort behov for udvikling af den nære psykiatri i et bredt samarbejde, herunder at det vil være fremmende for processen, at det indarbejdes i den kommende rammeaftale. • Prioriteringen af økonomien til progressionen hos borgere med flere personlige ressourcer, må ikke ske på bekostning af de borgere i målgruppen, der har mere begrænsede ressourcer • Det er vigtigt, at der i den kommende rammeaftale sættes fokus på udvikling af fælles tiltag for at give børn og unge med autismespektrumforstyrrelser gode og trygge skoletilbud og gode og trygge overgange til ungdomsliv og voksenliv. Herunder skal der ikke kun lægges vægt på overgangene fra skole til uddannelse og beskæftigelse, men også på overgangene til bo- og fritidsmuligheder i tilværelsen som ung og voksen. De forskelligartede og mangesidede overgange, der præger den enkelte borgeres liv omkring uddannelse, beskæftigelse, bolig og fritid, bør med andre ord ses i et bredere perspektiv, end der er lagt op til i KKR's forslag til pejlemærker i den kommende rammeaftale for 2019-2020.	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Samarbejdet skal sikre høj kvalitet i tilbuddet til alle målgrupper. Både for borgere med potentiale for rehabilitering og øget mestring og borgere med varigt støttebehov.</i>
Ikast-Brande Kommune	Byrådet i Ikast-Brande Kommune har godkendt nedenstående bemærkninger til rammeaftalen: Det er afgørende for den fortsatte udvikling af behandlingen af borgere med psykiske lidelser, at der også er fokus på den nære psykiatri. Det er vigtigt at påpege, at der med begrebet den nære psykiatri ikke må ske den misforståelse, at det kun handler om de kommunale tilbud i socialpsykiatrien, men at det handler om en fælles indsats mellem kommuner, region, almen praksis og civilsamfundet. Med fokus på, at behandlingen skal kunne ske i samspil med borgerens øvrige liv er en vigtig milepæl i udviklingen af psykiatrien. Fortsat fokus på inklusion i skolemiljøerne er en positiv udviklingsstrategi, hvor der i høj grad kan trækkes på de positi-	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i sam-</i>

	ve erfaringer fra eksisterende bo- og aktivitetstilbud til unge med autisme: • Børnene skal kunne trække sig fra fællesskaber når behovet herfor opstår • Forældre skal have de fornødne kompetencer til at kunne agere mest hensigtsmæssig i forhold til deres barn. Vigtigheden af autisme forståelsen skal prioriteres i såvel skole som i hjemmet. "Børnene kan ikke opdrages ud af deres handicap". • Tiltagene skal ske så tidligt som muligt, således at barnet får indlært de fornødne strategier for at kunne agere i et fællesskab, og at kunne trække sig når det bliver nødvendigt. Foruden fokus på inklusion i skolerne bør der kigges på overgangen fra barn til voksen i forhold til botilbud, herunder at arbejde henimod at kommunerne får etableret det nødvendige antal aflastningspladser, og botilbudspladser til de borgere som måtte have behov herfor. Fokus på effekt, progression og gennemsigtighed er nødvendig for at sikre den fortsatte udvikling på området – det gælder både i forhold til borgere og medarbejdere. Kravet/ønsket om at arbejde med evidensbaserede metoder og videndeling er vigtig. Men det bliver afgørende i aftalen af få opstillet konkrete pejlemærker for især videndeling, som gør, at kommunerne konkret kan bygge videre på positive erfaringer fra andre kommuner uden først at skulle igennem egen projektfase. Økonomien er et vigtigt perspektiv på hele det specialiserede område. Det er en rigtig pointe, at omkostningerne bør falde, når borgerne opnår højere grad af mestring. Omvendt vil en løbende model med krav om effektivisering også kunne være drivende for en udvikling, der er mindre ressourcekrævende.	<i>arbejdet om de 3 udviklingsområder.</i>
Randers Kommune	Indhentning af bemærkninger til pejlemærker for Rammeaftale 2019-2020 er behandlet i Randers Kommune i Udsatterådet, Handicaprådet, Børne og familieudvalget samt Socialudvalget. Udsatterådet har ingen bemærkninger og socialudvalget kan tilslutte sig pejlemærkerne. Medlem af socialudvalget Kasper Fuhr Christensen fra Velfærdslisten har følgende bemærkning: "Velfærdslisten mener, det vil være uretfærdigt, hvis området igen udsættes for nedskæringer i form af takstreduktioner". Børne- og familieudvalget bemærker at "Det almindelige dagtilbud kan også bidrage til autistiske børns udvikling. Det kunne være tidlig forebyggelse." Handicaprådet finder KKR Midtjyllands pejlemærker meget relevante for samarbejdet på tværs af kommunerne. Følgende bemærkes: Samarbejdet mellem kommunerne og regionen skal styrkes, hvilket kun blive en realitet, hvis parterne rykker tættere sammen. Der skal tales mere sammen på tværs om de udfordringer de enkelte grupper af mennesker har.	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.</i>

	Derudover bør der laves en fælles plan for den forebyggende indsats blandt andet ved oplæring af det faglige personale med tidlig opsporing allerede i daginstitutioner, skoler og i den almene praksis indenfor de forskellige fagområder. Derudover bør der være åbenhed om, hvad der står i vejen for et bedre samarbejde. Her bør der arbejdes konkret med løsninger på de lovgivningsmæssige rammer, der giver barrierer for samarbejdet. Såfremt de gode tanker om evidensbaserede metoder og vidensdeling skal blive en realitet, så skal det reelt udmøntes i etablering af en vidensbank, hvor også den nødvendige normering er til stede.	
Skanderborg Kommune	Som svar på KKR Midtjyllands invitation til politiske drøftelser af forslag til pejlemærker har sagen været behandlet i Kultur-, Sundheds- og Beskæftigelsesudvalget, Socialudvalget samt Undervisnings- og Børneudvalget. Skanderborg Kommune tilslutter sig de nævnte pejlemærker og har derudover følgende forslag: • Den nære psykiatri - botilbud og kommunal bostøtte der er lokalt understøttet af behandlingspsykiatrien, således at borgeren kan modtage behandling i sit lokale miljø og dermed undgår indlæggelser. • Tilbud til børn og unge med autisme lokalt – hermed kan hverdagslivet fortsætte i den enkeltes nærmiljø evt. med andre støttefunktioner. Ligeledes sikres fortsat tilknytning til lokale ungdomsuddannelser og ungdomsmiljøer, der på sigt skal være en del af de unges liv. • Vedr. effekt, progression og gennemsigtighed: • Fokus på både kvalitet og takster i tilbuddene, så der fortsat sikres udvikling af den høje faglige kvalitet. • Arbejdet med differentierede takster ønskes fortsat udviklet, så det i højere grad bliver gennemsigtigt, hvilke behov borgeren har, og at borgeren sikres det rette tilbud til den rette pris.	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. I forhold til differentierede takster afvente det igangsatte arbejde i forbindelse med økonomaftalen.
Lemvig Kommune	Lemvig kommune kan tilslutte sig KKR's forslag til politiske pejlemærker for 2019-20, som stemmer udmærket overens med hovedlinjerne i Lemvig kommunes indsats på det specialiserede socialområde. <u>Nære psykiatri</u> • Fokus på den nære psykiatri er af afgørende betydning for den fortsatte udvikling af behandlingen af borgere med psykiske lidelser, i form af fælles indsats mellem kommuner, region og almen praksis. • Fokus på, at behandlingen sker i samspil med borger og pårørende og med særlig opmærksomhed på udvikling af borgerens mestringsstrategier og på tilbud om psykoedukation til pårørende. • Lemvig kommune anser det fælles kommunale og regionale tilbud "Psykiatri i Nordvest" med etablering af 8 pladser på Regionshospitalet i Holstebro som et væsentligt bidrag til styrkelse af den nære psykiatri. <u>Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme</u>	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.</i>

	- Fokus på udviklingstiltag for børn og unge med autisme er væsentlig, og skal ses i sammenhæng med den voldsomme stigning i antallet af diagnosticerede børn og unge. (Fordobling i antallet, siden 2010). - Forebyggelse af skolevægning ses som en meget central indsats, der peger mod gode tilbud for alle børn og unge med særlige behov, og herunder også børn og unge med udfordringer i autismspektrum. - Regional videndeling i forhold til forebyggelse af skolevægning vil være centralt, og Lemvig kommune anser det for centralt at indgå i en sådan indsats. <u>Effekt, progression og gennemsigthed</u> - Fokus på effekt, progression og gennemsigthed er væsentlig til sikring af den fortsatte udvikling på området. - Det anbefales, at der i forbindelse med rammeaftalen opstilles konkrete pejlemærker for især videndeling, som gør det muligt for kommunerne at udveksle konkrete erfaringer i en struktureret form. - Økonomistyring er et væsentligt perspektiv på hele det specialiserede socialområde, herunder at omkostningerne skal falde, når borgerne opnår et forbedret funktionsniveau og højere grad af mestring.	
Skive Kommune	Pejlemærkerne har været på møde i Sundheds-, Social- og Forebyggelsesudvalget, hvor de blev taget til efterretning uden bemærkninger Dog en undtagelse vedr. takstudviklingen, hvor der blev henvist til tidligere fremsendt mail med følgende ordlyd: <i>Generelt står kommunerne i Region Midtjylland med meget forskellige økonomiske udfordringer. Nogle har overskud på det specialiserede område, andre har – som Skive – nogenlunde balance, og flere står overfor behov for reduktioner.</i> <i>Endvidere har de seneste takstaftaler taget udgangspunkt i en faktisk virkelighed på tidspunktet for aftalens indgåelse. Det vil sige, at kommuner – som Skive – der var i gang med takstreduktioner på et tidligt tidspunkt faktisk har reduceret udgifter mere, end de kommuner, der kom senere i gang. En mulig konklusion kan være, at med fælles takstaftaler, hvor udgangspunktet ikke er det samme, kan give en skævvridning af det faktuelle serviceniveau.</i> <i>Trods en fælles takstfil, er det faglige grundlag for beregning af takster meget forskelligt. Det er næsten umuligt at sammenligne.</i> <i>Derfor kan det være svært, at finde ind til en endegyldig fælles aftale, der tilgodeser alle kommuners situation og behov. Vi skal samtidig passe på, at vi med bindende aftaler ikke sætter det kommunale selvstyre ud af kraft.</i> <i>Modsat er der specialinstitutioner der er landsdelsdækkende, og her vil det være hensigtsmæssigt at få indflydelse på den økonomiske udvikling, og derfor kan en økonomisk rammeaftale være ganske relevant.</i>	Bemærkningerne vedr. takstsamarbejdet er taget til efterretning. Aftale om evt. ramme for takstudvikling er et KKR anliggende.

Ringkøbing-Skjern Kommunes Social- og Sundhedsudvalg har følgende bemærkninger til KKR's forslåede pejlemærker:

De tre udpegede områder er meget relevante og vigtige områder at sætte fokus på i det tværkommunale arbejde. I forholdet til den nære psykiatri finder Social- og Sundhedsudvalget det relevant, at indsatsen sker der, hvor det giver bedst mening. Det er vigtigt, at der er en forståelse af, at begrebet "den nære psykiatri" ikke kun handler om de kommunale tilbud i socialpsykiatrien, men om en fælles indsats mellem region, kommuner, almen praksis og civilsamfundet. Der skal ikke være en forventning om, at det alene er i kommunerne, indsatsen skal ske. Det er vigtigt, at indsatsen skal kunne være i samspil med borgernes øvrige liv.

Handicaprådet i Ringkøbing-Skjern Kommune finder det helt afgørende, at koordinationen i indsatsen mellem psykiatriområdets niveauer sikrer, at ingen borgere "falder ned mellem to stole". At opgaveløsningen indebærer, at de forskellige niveauer medvirker til, at overgangen mellem niveauer og opgaveløsere sker på basis af gensidige informationer om behandlingstiltag og nødvendig indsats. Navnlig i den nære psykiatri er det derfor også vigtigt, at den basale faglighed er til stede og opdateres efter behov.

I de fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme, finder udvalget det vigtigt, at der sættes fokus på overgangen mellem de forskellige tilbud. F.eks. overgangen fra barn til voksen samt mellem beskæftigelse og botilbud.

Handicaprådet i Ringkøbing-Skjern Kommune finder det afgørende, at et fælles udviklingstiltag fastlægges mellem kommune og region med det sigte, at disse borgere sikres en kvalificeret og sammenhængende hjælp og behandling. Det er kendt, at flere af disse børn og unge trives dårligt i det almene skoleforløb. Det er derfor nødvendigt, at kommunerne sigter mod, at sådanne børn placeres i et specialiseret skoleforløb med et fagligt velkvalificeret læringsmiljø med sigte på netop autismeområdet. Alternativt at disse elever placeres i et alment skoleforløb, der har rammerne og er gearet til at håndtere elever med mange og meget varierende psykiske forudsætninger. Selv i sidstnævnte alternativ vil der være behov for specialiserede tilbud til de hårdest ramte - både specifikt rettet mod autisme spektrum forstyrrelser og mod de kombinationsforstyrrelser, som ofte følger med.

Fokus på effekt, progression og gennemslugtighed mener Social- og Sundhedsudvalget, er nødvendigt for at sikre den fortsatte udvikling på området. Både i forhold til borgere og medarbejdere. Der vil dog være nogle borgere, hvor progression ikke er muligt, men hvor vedligeholdelse og fastholdelse af kompetencer er målet. Disse borgere bør også indgå i arbejdet, da de i nogle tilbud udgør en væsentlig andel. Vidensdeling omkring effekt og progression er vigtigt, så der kan bygges videre på gode erfaringer fra andre. Det er ønskeligt, at omkostningerne bør falde, når borgerne opnår højere grad af mestring.

Handicaprådet finder det naturligt til stadighed at have fokus rettet mod, at indsatsen er effekt og giver udvikling samt i muligt omfang fører til mestring og mening i den enkeltes liv. Gennemslugtighed er vigtig såvel for bruger og for regionen/kommunen. Det er samtidig afgørende, at indsatsen baseres på evidens og faglighed. Naturligvis må økonomi også indgå i fokus, dog uden at dette fører til en devaluering af den faglige indsats.

Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne.

Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at:

Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.

Desuden at:

Samarbejdet skal sikre høj kvalitet i tilbuddet til alle målgrupper. Både for borgere med potentiale for rehabilitering og øget mestring og borgere med varigt støttebehov.

Region Midtjylland	KKR Midtjyllands forslag til pejlemærker har været drøftet i psykiatri og socialudvalget, Region Midtjylland. Psykiatri- og socialudvalget takker for muligheden for at fremkomme med bemærkninger til disse forslag. Psykiatri- og socialudvalget i Region Midtjylland bakker op om de 3 forslag til pejlemærker som vedrører den nære psykiatri, fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme samt effekt, progression og gennemsigtighed. Psykiatri- og socialudvalget hilser med glæde, at der i pejlemærkerne er fokus på civilsamfundet. Psykiatri- og socialudvalget i Region Midtjylland foreslår supplerende, at de udviklingstiltag som er beskrevet i pejlemærket vedrørende fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme overvejes udbredt til andre områder. Psykiatri- og socialudvalget foreslår også, at den viden og erfaring, som er opbygget i de meget specialiserede sociale og specialundervisningstilbud – både kommunalt og regionalt drevne - i højere grad til stilles til rådighed i form af rådgivningsfunktioner med henblik på blandt andet at styrke den forebyggende indsats. Endelig foreslår Psykiatri- og socialudvalget, at indsatserne i forhold til at skabe mere sammenhængende forløb ved skift af tilbud f.eks. i forhold til unge styrkes. Eksempelvis ved anvendelse af forløbsbeskrivelser samt ved at kommunerne og Region Midtjylland generelt styrker anvendelsen af forløbsbeskrivelser.	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.</i>
Holstebro Kommune	Social og sundhedsudvalget har behandlet nedenstående med følgende beslutning, og tilslutter sig dermed. Eventuelle bemærkninger fra Handicaprådet og Børne- og Familieudvalget eftersendes efter deres behandling. Den nære psykiatri er et særdeles relevant fokusområde i lyset af både den øgede tilgang til området, og tendenser i behandlingspsykiatrien mod kortere indlæggelser, udredningsgaranti og deraf flere stillede diagnoser. Pejlemærket har relevans for både børn- og ungeområdet og for voksenområdet. Af bemærkninger kan nævnes, at det er vigtigt, at der skabes nye fælles løsninger i regi af den nære psykiatri. Derudover bør der rettes opmærksomhed på, hvordan forløbsprogrammerne fra Sundhedsstyrelsen og en kommende nationale handleplan på psykiatriområdet gribes og implementeres. På autismeområdet oplever vi en tilsvarende tilgang i målgruppen, hvorfor området også er et centralt pejlemærke. Som bemærkning er det vigtigt at anlægge et differentieret blik på målgruppen, og fastholde fokus på hvornår der bør	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne.

	ydes en specialiseret indsats, og hvornår der bør arbejdes med inklusion i mere almene tilbud. I forhold til at fremme effekt og progression i borgerforløbene er det afgørende at etablere nye former for tværgående samarbejder. Dette bør ses i sammenhæng med dagsordenen om forebyggende indsatser. Der skal være fokus på, hvordan de enkelte sektorer understøtter hinanden i en fælles opgaveløsning på tværs af områder, herunder fokus på indgåelse af samarbejdsaftaler om delegerede opgaver. Det kunne eksempelvis udmøntes konkret ved hjælp af større grad af "step-care"-modeller.	
Horsens Kommune	I Horsens Kommune har KKR's forslag til pejlemærker til Rammeaftale 2019-2020 været drøftet i Velfærds- og Sundhedsudvalget, i Børne- og Uddannelsesudvalget og i Handicaprådet. Horsens Kommune har bemærkninger til ét af pejlemærkerne, det som omhandler fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme. Horsens Kommune anerkender KKR's forslag om et tværkommunalt fokus omkring børn og unge med autisme. Horsens Kommune mener, at pejlemærket bør fokusere på følgende to områder: Mere systematisk vidensdeling mellem kommuner og mere systematiske rammer for samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne. Mere systematisk vidensdeling mellem kommuner Horsens Kommune opfordrer for det første til en mere systematisk vidensdeling mellem kommunerne i forhold til at dele erfaringer omkring indsatser overfor børn og unge med autisme. Horsens Kommune opfordrer i den forbindelse til et øget fokus på samspillet mellem det almene og det specialiserede område. Dette samspil skal understøtte den enkelte progression og implementere metoder til forebyggelse af "skolevægning" og angst blandt børn og unge med autisme. Horsens Kommune oplever eksempelvis stor gevinst af, at vores videnscentre fra det specialiserede område kan bidrage med viden og sparring til almenområdet. Horsens Kommune opfordrer til, at der er fokus på den helhedsorienterede indsats omkring børn og unge med autisme, og at denne indsats tager hensyn til hjemmefronten. Mere systematiske rammer for samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne Det er vores oplevelse, at der er behov for mere systematiske rammer for samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne. Der bør eksempelvis være en tydeligere sammenhæng mellem den behandling, som tilbydes i psykiatrien, og den videre indsats i eksempelvis dagtilbud. I dag oplever mange familier ikke denne sammenhæng. Dansk Handicaporganisation Horsens stiller gerne ressourcepersoner og kompetencer til rådighed for arbejdsgrupper indenfor autisme.	Bemærkningerne vil blive inddraget i arbejdet med at udfolde de konkrete initiativer for udviklingsområderne. Det er tilføjet i indledningen til rammeaftalen at: <i>Vidensdeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.</i>

Skema 2: Bemærkninger med tilslutning til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20 – som ikke indeholder ændringsforslag

Afsender	Bemærkninger
Struer Kommune	Pejlemærker for Rammeaftale 2019-2020 har været forelagt vores Handicapråd. Handicaprådet har ingen bemærkninger til pejlemærkerne.
Syddjurs Kommune	KKRs forslag til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20 har været behandlet i Udvalget for sundhed, ældre og social, Økonomiudvalget og Byrådet. Både Udvalg og Byråd har godkendt KKR's forslag uden yderligere bemærkninger.
Hedensted Kommune	Pejlemærkerne er drøftet i udvalgene Læring og Beskæftigelse. Begge udvalg ser det som relevante pejlemærker og har ikke yderligere bemærkninger.
Herning Kommune	Børne- og Familieudvalget og Social- og Sundhedsudvalget i Herning Kommune har drøftet forslag til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20. Forinden har forslaget været i høring i Handicaprådet i Herning Kommune, og høringssvaret har været forelagt de politiske udvalg. De to udvalg har ikke bemærkninger til forslaget til pejlemærker.
Norddjurs Kommune	Voksen- og plejeudvalget samt børne- og ungdomsudvalget har drøftet forslaget. Der er opbakning til de valgte pejlemærker for Rammeaftale 2019-20.
Viborg Kommune	Børne- og Ungdomsudvalget og Social- og Sundhedsudvalget i Viborg Kommune har drøftet KKR Midtjyllands forslag til pejlemærker for Rammeaftale 2019-20. De foreslåede pejlemærker er i god overensstemmelse med de tiltag og indsatser Viborg Kommune har igangsat på såvel børne-, unge- og voksenområdet. En indarbejdelse heraf i den kommende rammeaftale vurderes derfor hensigtsmæssig. Børne- og Ungdomsudvalgets hilser opmærksomheden på børn og unge med autisme velkommen og har i samarbejde med Social- og Sundhedsudvalget igangsat tværgående analyse af autismeområdet. En øget fokus på området også i rammeaftaleregi vurderes at kunne være medvirkende til udvikling af effektfulde indsatser til gavn for børn, unge og deres familier.
Favrskov Kommune	Favrskov Kommune har drøftet udkastet til pejlemærker for næste års rammeaftale i Børn- og Skoleudvalget og Social- og Sundhedsudvalget. Begge udvalg bakker op om de foreslåede pejlemærker og har ingen ændringsønsker.
Samsø Kommune	Samsø Kommune har ingen bemærkninger til pejlemærkerne for Rammeaftale 2019 – 2020.
Odder Kommune	Odder Kommunes Sundheds-, Social- og Forebyggelsesudvalg samt Børne-, Uddannelses- og Kulturudvalg har drøftet forslag til pejlemærker, og har ingen bemærkninger.

Bilag 4

Rammeaftale 2019-20

Politisk aftale om udvikling, koordinering og styring på det
specialiserede social- og specialundervisningsområde i Midtjylland

Forord

Forord ved KKR formanden indsættes!

Med rammeaftalen sætter de midtjyske kommuner og Region Midtjylland retningen for de kommende års samarbejde om udvikling af faglige indsatser og koordinering af kapacitet og styring på det specialiserede social- og specialundervisnings-område i Midtjylland.

Retningen er politisk sat med indspil fra kommunerne og regionen, og med udgangspunkt i en fælles vision om, at borgeren er i centrum, og at det er borgerens samlede tilværelse og livskvalitet, det handler om.

Aftalen er for første gang toårig, hvilket giver mulighed for at folde fælles udviklingsområder og initiativer ud i større omfang, end tidligere, hvor der blev udarbejdet etårige rammeaftaler.

(...)

Indhold

Forord _____	2
Resumé _____	3
Udviklingsområder:	
1. Den nære psykiatri _____	4
2. Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme _____	5
3. Effekt, kvalitet og progression som det bærende princip _____	6
Styring og økonomi:	
Nyt i styringsaftale 2019-20 _____	7
Principper for takstsamarbejde _____	8
Øvrige fælles udviklingstiltag _____	9
Tværregional koordination _____	10
Bilag til Rammeaftale 2019-20 _____	11

Resumé

Rammeaftalens fælles mål og vision for borgerne

Samarbejdet på det specialiserede social- og specialundervisningsområde i Midtjylland kendetegnes ved, at det gør en forskel for borgerne.

Vi arbejder sammen på tværs af de midtjyske kommuner og region for:

- At borgeren har mest muligt ansvar og indflydelse på eget liv med fokus på livskvalitet
- At indsatser hænger sammen og skabes sammen med borgeren, hele vejen rundt
- At borgerens ressourcer kommer i spil og skaber værdi i en tidlig og fokuseret indsats
- At alle er en del af et fællesskab

Samarbejdet skal sikre høj kvalitet i tilbuddet til alle målgrupper. Både for borgere med potentiale for rehabilitering og øget mestring og borgere med varigt støttebehov.

Udvikling og koordinering

Det er kommunernes ansvar at koordinere det specialiserede social- og specialundervisningsområde i samarbejde med regionen. Denne koordination foregår via rammeaftalen, som indeholder aftaler om fælles udviklingstiltag, kapacitet og styring på det sociale område.

De midtjyske kommuner oplever generelt sammenhæng mellem deres behov og det samlede udbud af tilbud på det specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Flere kommuner oplever dog, at der er behov for faglig udvikling af tilbuddene til borgere med psykiske problemstillinger samt til børn og unge med en autismespektrumforstyrrelse.

I Rammeaftale 2019-20 sætter de midtjyske kommuner og region særligt fokus på 3 fælles udviklingsområder:

1. Den nære psykiatri – et fælles udviklingsområde mellem den midtjyske Sundhedsaftale og Rammeaftale
2. Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme
3. Effekt, kvalitet og progression i tilbud og takster

Videndeling om faglige metoder og tilgange er et væsentligt element i samarbejdet om de 3 udviklingsområder.

De fælles udviklingsområder er beskrevet på de efterfølgende sider, og sætter retningen for de kommende års samarbejde på det sociale område i Midtjylland.

Styring og økonomi

Rammeaftalen omfatter de kommunale og regionale tilbud i den midtjyske region, som anvendes af flere kommuner end driftskommunen. I Midtjylland er ca. 9.800 dag- og døgnpladser omfattet af Rammeaftalen.

Rammeaftalen sætter rammerne for styring af økonomi- og kapacitetsudviklingen på de omfattede tilbud.

Dette sker gennem styringsaftalen, hvis primære formål er at beskrive principperne for finansiering, takstberegning og aftaler om køb og salg af pladser for kommunale og regionale tilbud i den midtjyske region.

Der udarbejdes årligt ledelsesinformation på baggrund af indberetninger fra kommuner og region med henblik på løbende at følge udviklingen på området. Udviklingen følges bl.a. via takstudvikling, belægning og kapacitet på de omfattede tilbud.

Styringsaftalen er et bilag til Rammeaftale 2019-20.

Udviklingsområde 1

Den nære psykiatri

Vision

Forslag til vision er under udarbejdelse i samarbejdet om den nære psykiatri

Initiativer

- Vi udvikler konkrete initiativer, som understøtter en forstærket psykiatri på tværs af sektorer
- Vi iværksætter fælles løsninger, der giver bedre forløb og sammenhæng for borgerne

Den nære psykiatri er et fælles udviklingsområde i Rammeaftale 2019-20 og den kommende Sundhedsaftale.

Den nære psykiatri indgår som et fælles udviklingsområde i Rammeaftalen og Sundhedsaftalen for de kommende år.

Vi skal prioritere den nære psykiatri. Det skal vi fordi stadig flere borgere – både børn, unge og voksne - rammes af psykiske lidelser.

Indsatser, der retter sig mod den enkeltes hverdagsliv, spiller en afgørende rolle, både når man skal komme sig og leve et godt liv med en psykisk lidelse, og når psykiske lidelser skal forebygges.

Borgere med psykiske lidelser har en større dødelighed end befolkningen generelt og har sværere ved at bevare tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked end mennesker med somatiske lidelser. Mange borgere med psykiske lidelser har således komplekse problemer og brug for flere tilbud – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, almen praksis og civilsamfundet.

En fælles retning for udviklingen af den nære psykiatri på tværs af kommuner, region, almen praksis og civilsamfund er derfor helt afgørende.

Derfor er der dannet en fælles alliance om den nære psykiatri mellem de 19 kommuner, Region Midtjylland, PLO Midtjylland og bruger- og pårørende organisationer, om at forbedre og udvikle den nære psykiatri i Midtjylland.

Udviklingsområde 2

Fælles udviklingstiltag for børn og unge med autisme

Vision

Vi vil sikre en sammenhængende indsats mellem almen og specialområdet, så børn og unge med autisme får de bedste vilkår til at leve et godt liv og til at være en aktiv del af samfundet.

Initiativer

- Vi skaber viden om tidlige tegn på skolevægning, så vi kan handle forgribende og hurtigt give barnet eller den unge den nødvendige støtte
- Vi udvikler metoder og modeller for lokalt forankrede indsatser i tilknytning til skoler og uddannelsesinstitutioner i de unges nærmiljø
- Vi finder gode løsninger sammen med forældrene
- Vi skaber gode overgange fra skole til ungdomsuddannelse og videre til beskæftigelse for unge med autisme

En procent af danske børn og unge har en diagnose inden for autismspektret. Disse børn og unge har ofte vanskeligt ved at trives i almene skole- og ungdomsmiljøer. De midtjyske kommuner peger på, at der er et stort potentiale i at samarbejde på tværs om at finde nye metoder og veje til at forebygge skolevægning blandt børn og unge med autisme.

Der er flere problematiske aspekter af skolevægning. Forskningen peger på en række følgevirkninger som social tilbagetrækning, faglige udfordringer, arbejdsløshed og øget risiko for psykiske problemstillinger. Der er således et stort menneskeligt og økonomisk potentiale i at udvikle foregribende og afhjælpende løsninger. Det er afgørende at forældrene aktiveres i dette arbejde, så der findes gode løsninger, der passer til familien.

Skolevægning er særligt problematisk i forhold til børn og unge med autisme. Forskning viser, at når et barn eller en ung med autisme oplever at være isoleret og ekskluderet, er der risiko for at det medfører varig nedsat livskvalitet og manglende deltagelse i samfundet.

Det første skridt er at skabe viden om tegn på skolevægning, så der kan reageres tidligt og hurtigt. Både hos forældrene, på skolen, hos de praktiserende læger og i kommunerne.

Der er behov for nye indsatser, så forældre og medarbejdere rustes til at tage hånd om problematikken. Bl.a. med fokus på udvikling af lokalt forankrede tilbud i tilknytning til skoler og uddannelser i nærmiljøet.

For unge med autisme er der særlig behov for at sætte fokus på de overgange de møder fra skole til ungdomsuddannelse og videre til beskæftigelse. Det er en særlig sårbar periode for unge med autisme, fordi der stilles nye krav i form af eksempelvis job, videreuddannelse eller til at flytte hjemmefra. Samtidigt oplever de fleste at støtteniveauet ændrer sig, når de bliver 18 år. Derfor er det vigtigt at rette fokus mod, hvilke tiltag der kan gøres for at overgangen bliver så god som mulig.

Udviklingsområde 3

Effekt, kvalitet og progression som det bærende princip

Vision

Vi vil bidrage til at borgerne opnår størst mulig livskvalitet og mestring ved at sætte effekt, kvalitet og progression som det overordnede bærende princip i arbejdet med borgeren.

Vi vil sætte fokus på effekten af sociale indsatser og progression i borgerens udvikling ved at skabe gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgerens målsætning og den indsats, borgeren modtager.

Initiativer

- Vi deler viden om faglige metoder, der skaber effekt og progression. På den måde kan vi øge den enkelte borgers livskvalitet og mulighed for selv at mestre så stor en del af sit liv, som muligt.
- Vi bruger en fælles ramme for faglige begreber i dialogen med borgeren og hinanden om målsætninger, indsatser og opfølgning.
- Vi sikrer gennemsigtighed i samhandlen, så borgerens progression afspejler sig i udgifterne for den ydelse, borgeren modtager.
- Vi udvikler nye økonomiske og effektbaserede styringsmodeller på socialområdet

For at vi kan udvikle tilbuddene på det specialiserede socialområde er det væsentligt at vi har et fælles fokus på effekt, progression og kvalitet. Det er gennem øget kvalitet i opgaveløsningen og brugeroplevet kvalitet, at vi kan skabe effekt og progression hos borgeren. Vi skal derfor dele viden om og gøre brug af de faglige indsatser, vi ved virker.

Et centralt redskab for det rehabiliterende arbejde er mål og opfølgning. Således er kommunerne i dag enige om generelt at sætte mål for indsatsen i samarbejde med den enkelte borger. Mål og opfølgning er samtidig et bærende element i kommunikationen mellem myndighed og udfører om indsats og om borgerens udvikling.

Med det afsæt udvikles en fælles ramme for faglige begreber, der skal styrke dialogen mellem borger, myndighed og udfører om målsætning for progression og effekten af indsatsen. Det skal være med til at skabe gennemsigtighed i sammenhængen mellem målsætning for borgeren og den indsats der iværksættes.

Kernen i den rehabiliterende indsats er, at styrke borgens egenmestring. Der er derfor et potentiale i at styrke den økonomiske opfølgning på borgernes udvikling, så de formodede effekter af den rehabiliterende indsats i højere grad afspejles i omfanget af indsatser. Hensigten er at tydeliggøre sammenhængen mellem borgerens trivsel og udgifterne til borgens tilbud. I den sammenhæng er det relevant at gøre op med den traditionelle økonomiske styring og udvikle nye tilgange til styring på socialområdet.

Styring og økonomi

Nyt i styringsaftale 2019-20

Styringsaftale 2019-20

Rammeaftalen omfatter kommunale og regionale tilbud i den midtjyske region, som anvendes af flere kommuner end driftskommunen.

I Midtjylland er ca. 9.800 pladser inden for det specialiserede social- og specialundervisningsområde omfattet af Rammeaftalen.

Rammeaftalen sætter rammerne for styring af økonomi- og kapacitetsudviklingen på de omfattede tilbud.

Dette sker gennem Styringsaftalen, hvis primære formål er at beskrive principperne for finansiering, takstberegning og betalingsmodeller i den midtjyske region. Styringsaftalen fastlægger med andre ord spillereglerne for samarbejdet mellem køber og sælger.

Styringsaftale 2019-20 er et bilag 1 til Rammeaftalen og kan tilgås via dette [link](#)

Forsorgstilbud og kvindekrisecentre

Forsorgshjem og kvindekrisecentre er boformer, der skal kunne modtage brugerne akut, og i taksten er derfor indregnet en finansiering af visse ledige perioder (tomgang). Udskrivningen kan ske med dags varsel og en borger kan have en udskrivningsdato på et tilbud samme dag som indskrivningen finder sted på et andet tilbud. Kommunerne er forpligtede til at betale for begge tilbud jf. Ankestyrelsen.

Ledelsesinformation

Ledelsesinformationen udarbejdes årligt på baggrund af indberetninger fra kommunerne og Region Midtjylland og er sammensat af takstudvikling på regnskabstal, takstudvikling baseret på budgettal, opgørelse af over- / under-skud, belægningsoversigt samt pladsoversigt.

Formålet med ledelsesinformationen er at kunne udpege relevante opmærksomhedspunkter over for driftsherrerne og tydeliggøre udviklingen på området.

Styring og økonomi

Principper for takstsamarbejdet

Rammerne for takstsamarbejdet

Af Styringsaftale 2019-20 fremgår blandt andet:

- Hvilke tilbud, der er omfattet af rammeaftalen
- Eventuelle aftaler om udviklingen i takster for tilbud omfattet af rammeaftalen
- Aftaler om prisstruktur og takstberegning
- Aftaler om oprettelse og lukning af pladser
- Aftaler om afregning og betaling

Ingen af de midtjyske kommuner har tilkendegivet, at de ønsker at overtage regionale tilbud i forbindelse med fastlæggelsen af rammeaftalen.

Styringsaftalen er bilag 1 til rammeaftalen og kan tilgås via dette [link](#)

Styringsaftalen bygger på følgende overordnede principper for takstsamarbejdet

Incitament til sikker drift

Driftsherren skal have incitament til at sikre en løbende økonomisk effektiv drift, herunder at der sker den nødvendige tilpasning af kapaciteten.

Den løbende tilpasning er afgørende for at undgå tomme pladser og for at minimere risikoen for underskud. Tilpasningen sker ved, at driftsherren kan foretage midlertidige kapacitetsændringer i tilbuddene. Køberkommunen skal have incitament til at indgå rettidig dialog med driftsherren om forventninger og ændringer i efterspørgslen.

Takster og udgiftsstyring

Taksterne skal være retvisende og sammenlignelige ydelser skal kunne sammenlignes på priserne udregnet efter samme principper.

Det overordnede fokus på takster er dels et behov for at kunne styre de kommunale og regionale udgifter, og dels et behov for udvikling af omkostningseffektive tilbud, hvor faglighed og kvalitet fortsat opretholdes.

Samme regler for alle udbydere af tilbud

For at sikre ensartede konkurrencevilkår gælder de samme regler for omkostningsberegninger for alle udbydere inden for rammeaftalens område. Der er enighed om, at taksterne betragtes som endelige, og at efterregulering skal begrænses i størst muligt omfang.

Regulering af over-/underskud

Takstbekendtgørelsen bestemmer, at driftsherren skal indregne tidligere års over- og underskud i taksterne. Overstiger et over- eller underskud +/- 5 % skal den del der er over 5% indregnes i taksten senest 2 år efter det år, over- eller underskuddet vedrører.

Taksterne skal generelt afspejle de langsigtede omkostninger. Derfor må mulighederne for at udligne over- og underskud på tværs af tilbud ikke bruges til at holde fast i, at nogle takster permanent ligger lidt over omkostningsniveauet for ydelsen, mens andre ligger lidt under. Derfor skal driftsherren overveje, om budgetterne på de enkelte ydelser/ydelsesniveauer skal reguleres, så budgetterne (og dermed taksterne) er et reelt udtryk for de gennemsnitlige langsigtede omkostninger.

Status på det fælleskommunale samarbejde

Øvrige fælles udviklingstiltag

Aktuelle problemstillinger og behov for fælles handling på det sociale område drøftes løbende i den administrative styregruppe på det specialiserede social- og specialundervisningsområde (kaldet DASSOS), hvor socialdirektørerne i de 19 midtjyske kommuner og regionen mødes hvert kvartal. Samarbejdet i DASSOS kan følges på Sekretariat for Rammeaftalers hjemmeside ([link](#)).

Nedenfor ses en kort status på arbejdet med tidligere rammeaftalers udviklingsområder og øvrige fælles udviklingstiltag:

Videndeling om mål og metoder på voksenhandicapområdet

KKR Midtjylland har i perioden 2016-2018 sat særlig fokus på fælles indsatsområder og videndeling om faglige metoder på voksenhandicapområdet. Arbejdet blev igangsat med et fælleskommunalt rammepapir, hvor KKR opfordrede kommunerne til sætte mål for indsatsen. Gennem projekter som afprøvning af Collective Impact metoden og temadage, er der udviklet og delt metoder til øget medborgerskab og integration af voksne borgere med handicap på arbejdsmarkedet, i fritidslivet og i lokalsamfundet. Læs mere her ([link](#)).

Revision af ledsageraftalen

Ledsageraftalen har til formål at sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer får den nødvendige personlige hjælp samt hjælp til kommunikation og ledsagelse i forbindelse med behandling på hospitalet. Aftalen blev revideret i 2018 og kan læses her ([link](#)).

Kortlægning af kommunikationsområdet i Midtjylland

Kommunikationsområdet var et fælles udviklingsområde i Rammeaftale 2017. Der blev gennemført en kortlægning af de midtjyske kommunikationscentre, der synliggjorde centrenes konkrete viden og indsatser, så kommunerne har samlet adgang til information om kommunikationscentre i Midtjylland. Kortlægningen kan læses her ([link](#)).

Anbefalinger til et styrket krisecentertilbud

Kapaciteten på de midtjyske krisecentre var under pres i 2016. Derfor besluttede kommunerne at sætte fokus på området ved at udarbejdede en række anbefalinger til et styrket krisecentertilbud i Midtjylland. Der udarbejdes en forløbsbeskrivelse med fokus på den helhedsorienterede tilgang. Sideløbende udarbejdes et overblik over de enkelte krisecentres særlige kompetencer. Følg arbejdet her ([link](#)).

Hjerneskedesamråd

I Midtjylland har regionen og kommunerne en fast samarbejdsstruktur på hjerneskeadeområdet i form af hjerneskedesamråd for hhv. børn og unge og for voksne med erhvervet hjerneskeade.

Hjerneskedesamrådene har i 2017 udarbejdet "Rapport om Rehabilitering på Specialiseret Niveau". Formålet er at opnå en fælles forståelse af begrebet på tværs af sektorerne, herunder definition og krav til funktionsevnevurdering, kompetencer og kvalitet. Rapporten følges op af en række konkrete initiativer. Hjerneskeade-samrådenes aktiviteter kan løbende følges for børn og unge samrådet ([link](#)) og for voksen samrådet ([link](#)).

Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger

Tværregional koordination

Der findes 10 lands- og landsdelsdækkende tilbud samt 8 tilbud med sikrede afdelinger på landsplan. Kapaciteten og belægningen på disse tilbud koordineres tværregionalt, da der er tale om specialiserede tilbud, der er omfattet af hel eller delvis objektiv finansiering.

De eneste af disse tilbud, der er beliggende i Midtjylland, er de sikrede institutioner Koglen og Grenen, som drives af Region Midtjylland.

Tilbuddenes udvikling i forhold til kapacitet og belægning er nærmere beskrevet i rammeaftalens bilag 2 [\(link\)](#). Nedenfor findes en kort opsummering af hovedtendenserne.

Lands-og landsdelsdækkende tilbud

Den samlede belægning på de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud var i 2017 på 100 procent mod en belægning i 2016 på 104 procent. Center for Døvblindhed og Høretab i Region Nordjylland har reduceret kapaciteten væsentligt i 2017 og 2018. Der igangsættes et opfølgende arbejde på tværs af regionerne.

Den sikrede boform Kofoedsminde i Region Sjælland har i 2016 øget antallet af pladser fra 34 til 44 og i 2017 fra 44 til 47. Samtidig havde tilbuddet i 2017 en belægning på 130 procent. Kapacitetsudviklingen følges tæt.

Sikrede afdelinger

På baggrund af en landsdækkende benchmarkanalyse af kapaciteten i de sikrede afdelinger besluttede de regionale driftsherrer at reducere kapaciteten på landsplan med 20 pladser, så antallet af pladser i 2017 blev reduceret fra 126 til 106 pladser. I 2018 er antallet af pladser øget til 109. Den samlede belægning på de sikrede og de særligt sikrede afdelinger var i 2017 på 90 procent.

Den tværregionale koordination

I forbindelse med udarbejdelsen af rammeaftalen har kommunerne ansvaret for at sikre indbyrdes koordination mellem regionerne i forhold til de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger samt den sikrede boform Kofoedsminde.

Der er nedsat et kommunalt koordinationsforum bestående af repræsentanter fra de administrative styregrupper på det specialiserede socialområde i hver af de fem KKR. Koordinationsforum er ansvarlig for at udarbejde forslag til landsdækkende koordination af de berørte områder, som indgår i de enkelte rammeaftaler.

Opgørelse af kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger er et fælles bilag til rammeaftalerne i de 5 regioner.

De administrative styregrupper har ansvar for at følge udviklingen på de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger, som er beliggende i egen region. Såfremt der sker eller er udsigt til væsentlige ændringer i kapacitet og/eller behov, skal styregruppen bringe det op i Koordinationsforum, så kommunerne i fællesskab kan løfte deres ansvar på området.

Bilag til Rammeaftale 2019-20

Rammeaftalens bilag

1. Styringsaftale 2019-20
2. Lands- og landsdækkende tilbud og sikrede afdelinger
3. Udviklingsplan, Landsbyen Sølund
4. Udviklingsplan, Specialområde Autisme, Region Midtjylland
5. Udviklingsplan, Specialområde Socialpsykiatri, Region Midtjylland
6. Organisering af det fælleskommunale samarbejde i Midtjylland
7. Tilbudsviften pr. januar 2019
8. Oversigt over pladser omfattet af rammeaftalen

Rammeaftalen med bilag kan findes på hjemmesiden:

<https://rammeaftale.viborg.dk/Rammeaftale/Rammeaftale-2019--2020>

Kontakt

Sekretariat for rammeaftaler
Prinsens Alle 5
8800 Viborg

Hjemmeside: <https://rammeaftale.viborg.dk/>

Mail: takst@viborg.dk

Tlf: 41 71 99 98

Bilag 5

Forslag til henvendelse fra KKR til Sundhedsministeren
(Lukket bilag - eftersendes særskilt til DASSOS)

Bilag 6

Vordingborg, 15. marts 2018

Bevar behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser i kommunerne

Regeringen har bebudet, at behandlingen af borgere med både misbrug og en psykisk lidelse – de såkaldte dobbeltdiagnoser – skal flyttes fra kommunalt til regionalt regi. Målet er at tilgodese 'en sammenhængende og helhedsorienteret behandling af den fornødne kvalitet', som der står i udspillet "Sundhed, hvor du er" fra december 2017.

Det mener vi i Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) er en fejltagelse – og vil føre til det stik modsatte resultat: en opdelt og fragmenteret indsats. At placere misbrugsindsatsen i regionalt regi vil blot betyde en anden snitflade til kommunen, som ikke løser borgerens samlede problemer. Løsningen er, set med vores øjne, i stedet at arbejde for større sammenhængskraft i indsatsen. Desuden skal vi metodeudvikle og skabe tilbud, som matcher denne komplekse opgave.

Kommunen er tovholder for hovedparten af den offentlige hjælp, fx bostøtte, væresteder og job. Og al erfaring siger, at det vigtige for denne gruppe af borgere netop er få og tillidsfulde relationer. De kan ikke håndtere en palette af rådgivere, behandlere og aktører i deres i forvejen komplicerede liv.

Regeringens forslag vil udvide antallet af relationer, som borgerne skal håndtere, de vil være længere væk end de nuværende kommunale, og de vil være af kortere varighed. Alt det, vi allerede ved ikke virker – og som er grunden til, at vi i kommunerne for tiden er meget optaget af at levere få og meningsfulde relationer og ser frem til at bruge de muligheder, som lovforslaget om "Én plan" indeholder.

Lokal forankring skaber sammenhæng

For mennesker med dobbeltdiagnoser kæmper ofte med problemer på en lang række områder i tilværelsen: økonomi, bolig, familierelationer, arbejde, sundhed osv.

For at hjælpe dem til en hverdag og tilværelse med livskvalitet, indhold og fremtidsperspektiv, er det nødvendigt at sætte ind på alle disse fronter – det, vi i kommunalt sprog kalder for en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Den er afgørende for, at borgeren kan komme videre i livet efter et måske årelangt misbrug og psykiske problemer. Det er præcis den ekspertise, vi har i kommunerne. Den lokale forankring i kommunen betyder, at vi samtidig kan arbejde med de andre problemfelter i borgerens liv – økonomi, netværk, afklaring ift. fremtidig uddannelse eller job osv.

Vi har siden 2007 har arbejdet med misbrugsbehandling af alle borgere, også dem med psykiske udfordringer. Det har vi haft succes med – fx ved at inddrage familien i behandlingen af misbruget, fordi alle i familien bliver berørt af det. Vi har gode erfaringer med mentorordninger for unge misbrugere, som skal forsøge at fastholde en uddannelsesplan osv. Her er det værdifuldt, når vi lykkes med at arbejde med én plan – i stedet for flere, som kører parallelt i kommune og region uden sammenhæng.

Vi anerkender helt og fuldt ud, at de borgere med misbrug, som også har en meget alvorlig psykisk sygdom, de allerede er i behandling for i regionalt regi, er bedst tjent med at blive der, fordi regionerne har den psykiatriske ekspertise, og fordi det giver disse borgere størst ro i behandlingsforløbet, at det er samlet ét sted.

Lokale tilbud tæt på deres hverdag

Men her taler vi om en lille gruppe. Vi har mange borgere med dobbeltdiagnose, som er i kommunal behandling for deres misbrug, og som samtidig får socialpsykiatrisk støtte og behandling hos os for at få hverdagen til at fungere. De har typisk også kontakt til deres praktiserende læge i bopælskommunen. Altså et lokalt forankret tilbud, som er tæt på deres hverdag og bolig, med gennemgående behandlere, de kender og har tillid til osv.

Oftest giver det rigtig god mening, at man får hjælp og behandling i de omgivelser, hvor man også på lang sigt skal lære at leve med sit misbrug. Her mener vi, at kommunerne giver borgerne de helt rette tilbud. Vores misbrugsbehandlere bruger den tilgængelige viden og vurderer borgernes samlede situation, når der lægges en behandlingsstrategi. Det har ført til et skift fra døgn- til dagbehandling, hvilket faktisk allerede startede for mere end 10 år siden, da amterne havde ansvaret.

Vi ved også, at langt flere får behandling end før, og succesraten er væsentligt øget. Antallet af borgere i behandling er vokset fra 11.500 i 2007 til 16.500 i 2014. Samtidig er effekten øget, og succesraten i afsluttet behandlingsforløb fra 28 procent i 2006 til 41 procent i 2013, viser tal fra KL.

Flere og flere kommuner er i løbet af de senere år begyndt at screene, udrede og tilbyde psykiatrisk behandling til målgruppen – vel at mærke af egen lomme – fordi borgerne ikke får den nødvendige psykiske behandling i regionen. Samtidig er indlæggelsestiderne for borgere med de tungeste psykiske lidelser faldet betydeligt, og den ambulante psykiatriske behandling er ikke steget tilsvarende. Det betyder, at flere og flere opgaver ligger i kommunerne. Og de opgaver løfter vi.

Vi skal styrke vores ekspertise

Økonomien er heller ikke underordnet på dette felt. Vi ønsker på ingen måde, at misbrugsområdet skal udvikle sig til en territorial kampplads mellem kommuner og regioner. Det handler om at hjælpe borgerne bedst muligt – gennem en høj kvalitet i den faglige behandling. Det kræver bl.a. en vis volumen i indsatsen. Så i stedet for at tynde ude i gruppen af borgere i kommunal behandling, og dermed også udvande vores ekspertise, skal den styrkes. Det gør vi ved at fastholde det lokale og kommunale ansvar for en helhedsorienteret indsats og tydeliggøre, at vi har et indlysende incitament for at levere kvalitet i misbrugsbehandling, da vi jo 'har' borgeren, familien og alle de tilknyttede problematikker. Og altså også udgifterne til det.

Vi skal som kommuner selvfølgelig altid arbejde med at gøre det bedre. Arbejde for, at snitfladerne ikke er så skarpe, at borgeren skær sig. Vi skal lægge os i selen for, at samarbejdet og sammenhængen mellem den kommunale og regionale behandling forløber så glat, som det er muligt. For at sikre det bedste udbytte af de faglige kompetencer i de to systemer – og dermed den bedste kvalitet i behandlingen af disse mennesker.

Med venlig hilsen
Hovedbestyrelsen i FSD

Sundhedsministeren

Hovedbestyrelsen i Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD)

fsd@socialchefforeningen.dk

Dato: 13-04-2018
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: SUMLPE
Sagsnr.: 1708878
Dok. nr.: 574443

Kære hovedbestyrelse i FSD

Tak for jeres henvendelse af 15. marts 2018 om flytning af ansvaret for misbrugsbehandling.

Jeg kan forstå, at I i Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) er kritiske over for en flytning af ansvaret for misbrugsbehandling. Efter jeres opfattelse har kommunerne siden 2007 haft succes med misbrugsbehandlingen – også af de borgere, som ud over et misbrug har en psykisk lidelse.

Sagen er imidlertid den – hvilket der også blev peget på i den kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, som bl.a. Centerlederforeningen og KL var med til at udarbejde i 2015 – at kommunernes misbrugsbehandling varierer i kvalitet og intensitet, og for kommunerne kan det være en udfordring at sikre, at behandlingen bliver helhedsorienteret og sammenhængende. Det er især et problem for borgere, som ud over et misbrug har en psykisk lidelse.

Det er netop for at tilgodese en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af den fornødne kvalitet og intensitet, at regeringen har igangsat et arbejde for at finde ud af, hvordan ansvaret for misbrugsbehandlingen bedst kan placeres, og hvilke tiltag der vil være nødvendige for at understøtte denne placering.

FSDs synspunkter vil naturligvis indgå i dette arbejde.

Med venlig hilsen



Ellen Trane Nørby

Bilag 7



Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling

FLOR står for Forening for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling, og p.t. er 48 kommuner medlem af Flor. Medlemmerne er ledere, som har ansvar for driften og udviklingen af den kommunale misbrugsbehandling.

12. marts 2018

Regeringen har med sit Sundhedsudspil 31. december 2017 lagt op til at lade regionerne overtage ansvaret for misbrugsbehandling fra kommunerne. Udspillet omhandler borgere, som er dobbeltbelastede af både misbrug af rusmidler, samt psykiatriske og psykologiske problemstillinger.

Udspillet vækker undren i FLOR over hvorvidt de påtænkte ændringer, vil betyde bedre og mere sammenhængende behandling.

Udspillet er, endnu ikke, præcist og konkret. Det er usikkert *hvilke opgaver* der ønskes overført til regionerne, og *hvilke grupper af borgere* det konkret drejer sig om?

Det fremstår ikke klart *hvilket problem* der tænkes adresseret og løst ved en flytning.

Der ses et ønske om at styrke sammenhængen i behandlingsindsatsen.

FLOR ønsker at påpege, at med udspillet kan rusmiddelbehandlingen risikere at fremstå mere fragmenteret, og mindre sammenhængende for borgeren.

FLORs vurderer at det med en flytning risikerer, at mindske mulighederne for at levere *den helhedsorienterede behandling*, med mindre regionen fysisk placerer læge- og sundhedsfaglige ressourcer i den kommunale rusmiddelbehandling.

Man risikerer at rusmiddelbehandling i Danmark forankres i to parallelle systemer, hvor en psykiatri problematik (der for de flestes vedkommende ikke er kronisk), bliver bestemmende for om region eller kommune er ansvarlig for behandlingen.

FLOR opfordrer til, og stiller sig til rådighed for, en drøftelse af konsekvenser og perspektiver, for at sikre at der træffes beslutninger på et oplyst grundlag.

FLOR ønsker med dette brev at tilkendegive interessen for at bidrage og deltage i dialogen, om en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af rusmiddelbehandlingen i Danmark.

Hvilke opgaver

For nuværende vides det ikke hvilke opgaver, der tænkes overført til regionen. Det står klart at man i hvert fald taler om den medicinske del af behandlingen efter Sundhedsloven.

Vi ved det er et faktum at nogle kommuner er udfordrede, i forhold til at skaffe tilstrækkelig med lægeressourcer til rusmiddelområdet.

Det vil derfor være konstruktivt og velkomment, hvis regioner og kommuner kunne indgå i et samarbejde, hvor regionen leverer den medicinske behandling og kommunerne den socialfaglige, i de eksisterende kommunale rusmiddelcentre. Det vil sikre et højt fagligt niveau OG én indgang.

For nuværende er det uklart om man anbefaler:

- At regionen skal forestå den sociale stofmisbrugsbehandling efter service-lovens §101, eller om dette fortsat skal være et kommunalt ansvarsområde.
- Om regionen, udover den lægelige og medicinske alkoholbehandling, også påtænkes at skulle varetage den samtalebehandling, som kommunerne i dag har ansvar for, og som på mange måder indholdsmæssigt har lighedspunkter med den behandling der gives efter SEL § 101, og som har karakter af "social" behandling?

Besluttet det at skille misbrugsbehandlingens læge- og sundhedsfaglige elementer ud i anden organisation (placeret i regionens bygninger), vil det efter FLORs vurdering undergrave den indsats, der har været rettet mod at skabe sammenhæng mellem den medicinske og den sociale behandling.

Eksempler på samarbejdet ses bl.a. i:

- Seneste vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler 2016
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vejledning-til-laeger.-der-behandler-opioidafhaengige-patienter-med-substitutionsmedicin>
- Nationale Retningslinjer for den social stofmisbrugsbehandling 2016
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/retningslinjer-for-den-sociale-stofmisbrugsbehandling>
- Kliniske retningslinjer på alkoholområdet 2015
<https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/nkr-behandling-af-alkoholafhaengighed>
- Ministerielt forankret arbejder, der alle lægger op til en tæt koordinering af det medicinske og den samtalebaserede sociale behandling på rusmiddelområdet.

Hvilke grupper af borgere

Vi ved, for nuværende, ikke hvilke grupper udspillet vedrører.

Er det de mest belastede kategori 4 borgere, hvor regionen jo allerede i dag har en opgave, både under og udenfor indlæggelse. Det er en relativt lille gruppe af borgere, som har brug for en intensiv indsats fra både region og kommune. Denne gruppe borgere vil måske kunne opleve en større sammenhæng mellem det psykiatriske tilbud og misbrugsbehandling, ved at gøre ansvaret entydigt regionalt. Man skal

dog være opmærksom på, at en stor del af indsatsen overfor disse grupper består af en vifte af kommunale indsatser: bolig, økonomi, netværk, beskæftigelse, pleje, etc.

Er det alle med såkaldt "dobbelbelastning"? Det er velkendt at en stor del af de borgere, der søger rusmiddelbehandlinger, også lider af psykiske problemstillinger: angst, depression, samt forskellige personlighedsforstyrrelser. Størstedelen af disse borgere, som ses i rusmiddelbehandlingen, er i dag ikke tilknyttet regionspsykiatrien. Der findes ikke et tilbud til dem i regionalt regi, og det er tvivlsomt om der fremtidigt vil være sådanne.

For denne gruppe (flertallet af de behandlingssøgende), er det uklart hvor behandlingsansvaret og udmøntning af behandlingen skal placeres. De fleste borgere som søger misbrugsbehandling, henvender sig selv. For hele rusmiddelbehandlingsfeltet er der 14 dages behandlingsgaranti.

- Skal denne gruppe borgere henvende sig direkte til regionens tilbud?
- Hvem er ansvarlig for udredningen ved første henvendelse? Der er jo et noget længere tidsperspektiv på den psykiatriske udredning, og ofte skal rusmiddelindtaget stabiliseres før denne overhovedet kan laves.
- Hvem skal være ansvarlig for rusmiddelbehandlingen i denne udredende fase, som kan være af længere varighed?

I dag er behandlingsforløbene i regionspsykiatrien er såkaldte "pakkeforløb". Pakkeforløb er tidsafgrænsede og borgeren er ofte tilknyttet i relativt kort tid. Er det tanken/kan man risikere, at borgere, alt efter deres diagnosestatus, med mellemrum skal skifte mellem regional og kommunal rusmiddelbehandling?

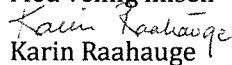
Det er som sagt FLORs vurdering, at der er brug for en drøftelse af formål, effekter og konsekvenser ved at flytte behandlingsansvaret. FLOR anbefaler at ekspertise såsom forskere og praktikere, på såvel rusmiddelområdet som det psykiatriske område, inddrages.

Center for Rusmiddelforskning, kommunale behandlere og læger som vil skulle varetage opgaven i regionalt regi, har endnu ikke haft lejlighed til at fremkomme med deres vurderinger.

Forslaget fremstår, som om at man med et organisatorisk "kunstgreb" vil kunne løse en kompleks problemstilling, som i virkeligheden kalder på tæt samarbejde og en mere præcis opgave – og ansvarsplacering, samt en grundig drøftelse af grænseflader, der sikrer en sammenhængende oplevelse for borgere med behandlingsbehov.

FLOR stiller gerne vores brede viden fra praksis til rådighed.

Med venlig hilsen


Karin Raahauge

Bestyrelsesformand i FLOR

Centerleder i Frederiksberg Kommune Rådgivningscenter

Sundhedsministeren

Bestyrelsesformand Karin Raahauge
Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR)

Kara01@frederiksberg.dk

Dato: 13-04-2018
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: SUMLPE
Sagsnr.: 1708878
Dok. nr.: 574431

Kære Karin Raahauge

Tak for jeres henvendelse af 12. marts 2018 om flytning af ansvaret for misbrugsbehandling.

Jeg kan forstå, at I i Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR) er kritiske over for en flytning af ansvaret for misbrugsbehandling. Jeg kan dog også forstå, at I erkender, at kommunerne kan have vanskeligheder med at rekruttere læger.

Disse vanskeligheder er medvirkende til den variation i kvaliteten og intensiteten af kommunernes misbrugsbehandling, som der også blev peget på i den kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, som bl.a. Centerlederforeningen og KL var med til at udarbejde i 2015. For kommunerne kan det endvidere være en udfordring at sikre, at behandlingen bliver helhedsorienteret og sammenhængende. Det er især et problem for borgere, som ud over et misbrug har en psykisk lidelse.

Det er netop for at tilgodese en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af den fornødne kvalitet og intensitet, at vi i regeringen har igangsat et arbejde for at finde ud af, hvordan ansvaret for misbrugsbehandlingen bedst kan placeres, og hvilke tiltag der vil være nødvendige for at understøtte denne placering.

FLORs synspunkter vil naturligvis indgå i dette arbejde.

Med venlig hilsen



Ellen Trane Nørby

Bilag 8



Notat

23. april 2018
Side 1 af 2

Til	Lotte Henriksen/DASSOS
Til	Drøftelse
Kopi til	

SOCIALE FORHOLD OG BESKÆFTIGELSE

Socialforvaltningen
Aarhus Kommune

Socialpædagogisk Ledsagelse

Der nu lovhjemmel til at give borgere adgang til socialpædagogisk ledsagelse som et tilkøb til borgeres behov for ledsagelse under ferie, arrangementer mv. og udover den ledsagelse, der gives mulighed for efter servicelovens §85. I forlængelse af det tidligere forløb, tænker vi i Aarhus, at der er brug for en fælles drøftelse i DASSOS.

I Aarhus Kommune er vi forbindelse med forberedelse og implementering af loven blevet opmærksom på, hvor kompleks udmøntningen af lovgivningen er. Der rejser sig flere spørgsmål og dilemmaer og vi vil anbefale, at ordningen drøftes regionalt med henblik på at afdække, hvordan de enkelte kommuner ønsker at anvende loven og med henblik på at arbejde for en fælles retning for udmøntningen af loven.

Af Landsforeningen LEV's hjemmeside fremgår, at foreningen er meget opmærksom på loven og dens anvendelse rundt om i landet.

LEV er naturligvis optaget af beboernes rettigheder, men også af selve lovens udmøntning. LEV udtrykker bekymring for, om loven vil få uoverskuelige og urimelige konsekvenser for mennesker med udviklingshæmning. De vurderer, at prisen for ferie vil være markant højere end, hvad mennesker uden handicap skal betale samt at loven er et brud med kompensationsprincippet. De fremhæver, at mange borgere ikke vil kunne betale for ledsagelsen, og de, der har det største handicap, kommer til at betale mest. Endelig er de bekymret for det manglende tilsyn af kommunernes håndtering af den nye lov, og for om tilbuddet om tilkøb håndteres forskelligt på tværs af botilbud i kommunen.

Formålet med drøftelsen er således at søge ens tilgang til anvendelsen af loven herunder at sikre ens tilgang til beregning af tilkøbsydelsen, så både pris og tilbud ikke varierer markant på tværs af kommunerne i Region Midtjylland.

Faglig Service

Jægergården, Værkmestergade
15 B
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

E-mail:
social@aarhus.dk
Direkte e-mail:
losp@aarhus.dk
www.aarhus.dk

Sag: 18/020101-1
Sagsbehandler:
Lone Sproegel



23. april 2018
Side 2 af 2

Nedenfor er nævnt nogle af opmærksomhedspunkter, der har rejst sig i Aarhus Kommune, og som vil være relevante at drøfte:

1. Hvordan er snitfladen mellem Ledsagelse jf. § 85 og tilkøb af ledsagelse?. Der er behov for tydelighed og afklaring mellem den ledsagesret, der leveres som § 85 støtte, og der, der sælges som ledsagelse.
2. Det fremgår af vejledningen til loven, at det er botilbuddet selv, der beslutter, om det vil tilbyde ledsagelse. Hermed fratages både den politiske og forvaltningsmæssige kompetence til at beslutte service-niveau, ligesom det kan medvirke til uensartet serviceniveau på botilbuddene.
3. Håndtering af tilkøb af socialpædagogisk ledsagelse kræver megen administration. Både i forhold til tilrettelæggelse af selve aktiviteten – hvilke beboere skal tilbydes ordningen, tilrettelæggelse af og beregning af tilkøbet - og endelig i forhold til de afledte konsekvenser i botilbuddet.

Er det rimeligt at pålægge botilbuddets ledelse/administration denne ekstra og komplekse administrative opgave?

4. En konsekvens af, at det skal være en kendt medarbejder, der ledsager, vil medføre et øget forbrug af vikarer, hvilket kan få indflydelse på fagligheden og dagligdagen for de øvrige beboere i tilbuddet.
5. Vedr. beregning.
Der er ikke klarhed i vejledningen i forhold til, hvordan der skal ske beregning af tilkøbet.

Først nævnes, at tilkøbsydelsen skal fastsættes ud fra en beregning af de gennemsnitlige langsigtede omkostninger ved at levere tilkøbsydelsen. Hvad menes med langsigtede omkostninger?

Senere i vejledningen fremgår det, at beregningen omfatter:
Direkte omkostninger forbundet med leverance af ydelsen, f.eks. løn og udgifter til rejsen. Og indirekte omkostninger som f.eks. administration

Er indirekte omkostninger det samme som gennemsnitlige langsigtede omkostninger?

Bilag 9

Dagsordenpunkt til DASSOS-mødet den 8. maj 2018
Serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet

Sagsfremstilling

Børne- og socialministeriet har foretaget et serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet ([link](#)). Som en del af serviceeftersynet har Ankestyrelsen gennemført et praksistjek af udfordringer og dilemmaer på området ([link](#)).

Serviceeftersynet bidrager til de politiske overvejelser om et evt. kommende lovforslag om ændringer af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet.

Børne- og socialministeriets afrapportering om serviceeftersynet indeholder en lang række anbefalinger.

Hovedkonklusionerne i afrapporteringen er:

- *Der er behov for at skabe klarhed over magtanvendelsesreglerne for at sikre, at personalet kan varetage omsorgen for beboeren samtidig med, at retssikkerheden fortsat beskyttes. Et klart regelsæt understøtter, at personalet har de nødvendige redskaber til at fremme beboerens trivsel, værdighed og udvikling og understøtter, at personalet ikke overskrider deres beføjelser overfor mennesker med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne.*
- *Det skal være tydeligere, at kommunerne har en forpligtelse til at sikre, at voksne med en betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne får den hjælp og støtte, de har behov for, herunder den nødvendige omsorg og tryghed. Indgreb i selvbestemmelsesretten kan være påkrævet for at sikre, at beboeren får den omsorg, de har behov for.*
- *Magtanvendelsesreglerne skal tilpasses udviklingen i brugen af velfærdsteknologier, herunder GPS, så fokus er på, at tryghedsskabende velfærdsteknologi kan anvendes med det formål at sikre beboerens omsorg, værdighed eller sikkerhed, fremfor at der, som i dag, kun er hjemmel til en række konkrete velfærdsteknologier.*



Dato 18-04-2018
Ingemann H. Nielsen
Tel. +4530600341
Ingemann.Nielsen@PS.RM.DK
1-30-73-58-17

Side 1

- *Af hensyn til fællesskabet skal der være mulighed for at anvende fysisk magt i form af at fastholde en person eller føre denne til et andet opholdsrum, når personen udviser en adfærd, der er til fare for de øvrige beboere eller personalet, eller hvis beboeren generer, udøver chikane eller skaber utryghed overfor andre beboere eller personale.*

Region Midtjylland har sammenskrevet de væsentligste anbefalinger i i "Notat vedr. serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet" (vedlagt som bilag til punktet).



Indstilling

At DASSOS

Side 2

- drøfter hvorvidt der er grundlag for fælles henvendelser til KL/Danske Regioner om særligt prioriterede anbefalinger i forbindelse med evt. kommende lovforslag.

Bilag 10

Notat vedr. serviceeftersyn magtanvendelsesreglerne voksenområdet



Dato 18-04-2018

1-51-73-14-18

1. Indledning

Børne- og Socialministeriet har som et initiativ i regeringens nationale demenshandlingsplan 2025 i marts 2018 udgivet en rapport "*Af-rapportering af serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne.*"

Formålet med serviceeftersynet er at få et mere nuanceret billede af de udfordringer og dilemmaer, som personalet på plejecentre og botilbud oplever i deres daglige arbejde, når de socialpædagogiske indsatser ikke er tilstrækkelige, og det derfor er nødvendigt at anvende magt over for en person med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne med det formål at undgå omsorgssvigt.

Serviceeftersynet bidrager med et fagligt og juridisk afsæt for politiske overvejelser om et eventuelt kommende lovforslag om ændringer af servicelovens regler om magtanvendelse. I denne forbindelse er der opstillet en række anbefalinger til en ændring af magtanvendelsesreglerne på voksenområdet.

I det følgende gennemgås kort de anbefalinger, der er opstillet i rapporten, ledsaget af en række spørgsmål til det enkelte specialområde. Spørgsmålene relaterer sig til reglerne på voksenområdet.

2. Børne- og Socialministeriets anbefalinger

2.1. Lovens definitioner (rapportens s. 20, 23, 26)

Det anbefales, at *omsorgspligtens* rækkevidde beskrives nærmere i loven. Det bør i denne forbindelse tydeliggøres og præciseres, at udøvelsen af omsorgspligten tager udgangspunkt i borgerens behov for omsorg og værdighed, og at den indsats, der gives, sker ud fra hensynet til at sikre borgerens bedste.

Fokus i *magtanvendelsesreglerne* skal i højere grad være på at sikre borgerens omsorg balanceret overfor hensynet til borgerens ret til frihed og selvbestemmelse. Det anbefales, at det tydeliggøres direkte i loven, at formålet med magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten først og fremmest er at sikre borgerens omsorg i de tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand til at tage vare på sig selv,

Side 1

og det ikke har været muligt at opnå borgerens frivillige medvirken gennem en socialpædagogisk indsats.

Begrebet *overvågning* skal defineres mere præcist og tidssvarende i lovgivningen, fx så personalet fremover får mulighed for at "observere" og evt. "følge" borgeren med henblik på at sikre vedkommendes sikkerhed, tryghed og værdighed. Kontinuerlig overvågning skal fortsat ikke være tilladt, ligesom indsamling og opbevaring af data om den enkelte borger heller ikke skal være tilladt.

2.2. Udvidelse af omsorgspligten generelt (rapportens s. 22)

Mennesker med en betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne har samme rettigheder som alle andre mennesker. Det gælder også i forhold til at få dækket behovet for omsorg og pleje i de tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand til at tage vare på sig selv. I den daglige omsorg og pleje over for en borger med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne kan der i nogle tilfælde opstå uoverensstemmelse mellem borgerens ønsker og personalets faglige vurdering af, hvad der er det bedste og mest værdige for den pågældende i en konkret situation. Hvis det ikke er muligt ved hjælp af socialpædagogiske metoder og indsatser at give borgeren den omsorg og pleje, der er nødvendig, kan det i nogle tilfælde være nødvendigt med et indgreb i den pågældendes selvbestemmelsesret for at sikre borgeren den nødvendige pleje og omsorg og for at undgå omsorgssvigt. I sådanne situationer skal der ske en afvejning af borgerens ret til med- og selvbestemmelse over for borgerens behov for omsorg og værdig pleje.

Det anbefales i denne forbindelse, at handlinger, der kan foretages som led i omsorgspligten udvides, således at personalet som et led i den daglige omsorg kan foretage handlinger og indgreb i borgerens selvbestemmelsesret, som er nødvendige for at sikre borgerens værdighed og trivsel, herunder at borgerens fysiske og psykiske behov opfyldes.

2.3. Fysisk guidning generelt (rapportens s. 21-22)

Det anbefales, at personalet som en del af omsorgspligten (på linje med reglerne i lov om voksenansvar) kan foretage fysisk guidning, når det vurderes at være nødvendigt af hensyn til botilbuddets ansvar for at varetage den daglige omsorg eller hensyn til tryghed og trivsel på botilbuddet. Hvis borgeren ikke gør aktivt modstand, vil det således ikke være magtanvendelse.

Ved fysisk guidning forstås, at man ved fysisk kontakt med borgeren angiver, fx ved at lægge en hånd på skulderen, at vedkommende skal følge med, eller standse med den igangværende handling. I den fysiske guidning vil man også kortvarigt kunne fastholde borgeren. Det er ikke muligt at definere en øvre tidsgrænse for, hvad der anses som

kortvarigt. Det vil bero på en individuel vurdering af de konkrete omstændigheder og under iagttagelse af proportionalitetsprincippet.

I den fysiske guidning er det også muligt at bortvise borgeren fra fællesskabet, fx ved at borgeren guides væk fra en situation, før den eskaleres yderligere. Det kan fx ske ved, at man kortvarigt lægger en arm om skulderen på borgeren, og på den måde får vedkommende til at følge med væk fra episoden.

Det skal altid først være forsøgt at opnå borgerens frivillige medvirken gennem en socialpædagogisk indsats.

2.4 Fysisk guidning i personlig hygiejnesituationer (rapportens s. 24)

Det anbefales, at personalet som en del af omsorgspligten kan anvende fysisk guidning i personlig hygiejnesituationer, hvis det er nødvendigt for at varetage omsorgspligten og sikre borgerens værdighed. Det er en forudsætning, at personalet har afsøgt alle muligheder for at opnå borgerens frivillige medvirken.

Hvis der anvendes fysisk guidning i forbindelse med skift af ble, vil det således ikke være magtanvendelse. Gør borgeren modstand, vil der imidlertid fortsat være tale om magtanvendelse.

2.5. Udvidet adgang til magtanvendelse ved personlig hygiejne (rapportens s. 24)

Det anbefales, at der gøres op med den udtømmende liste i service-lovens § 126a over personlige hygiejnesituationer, da denne ikke er dækkende for de tilfælde, som personalet står overfor i de daglige hygiejnesituationer.

I de tilfælde, hvor borgeren gør modstand i personlige hygiejnesituationer, og hvor det anses som absolut nødvendigt for at varetage omsorgspligten at anvende fysisk magt, anbefales det, at der skal kunne træffes afgørelse om at anvende fysisk magt i den konkret beskrevne hygiejnesituation, hvor der vurderes at være behov for at anvende magt for at undgå omsorgssvigt. Det er en forudsætning, at det ikke har været muligt at opnå borgerens frivillige medvirken gennem en socialpædagogisk indsats.

2.6. Beskyttelsesmidler (rapportens s. 22, 24)

Det anbefales, at personalet, som en del af omsorgspligten, kan anvende beskyttelsesmidler som seler til kørestol eller andet hjælpemiddel, seng, stol eller toilet for at hindre fald samt andre beskyttelsesmidler, som fx sikkerhedsseler og sengeheste, hvis det er nødvendigt for at hindre personskaade. Hvis borgeren ikke gør aktivt modstand, vil det således ikke være magtanvendelse. Der skal være tale om remedier, som udelukkende anvendes i beskyttelsesøjemed.

Anvendelse af beskyttelsesmidler må ikke anvendes med det formål at forhindre borgerens bevægelsesfrihed. Personalet skal således væ-

re opmærksom på borgerens ønsker om at rejse sig for at gå et andet bestemt sted hen.

2.7. Fysisk magt af hensyn til øvrige beboere samt ved tingsskade (rapportens s. 26-28)

Det anbefales, at der gives hjemmel til at anvende fysisk magt i form af at fastholde en person eller føre denne til et andet opholdsrum, når personen udviser en adfærd, der er til fare for de øvrige beboere eller personalet, eller hvis borgeren generer, udøver chikane eller skaber utryghed overfor andre beboere, personalet eller andre der opholder sig det pågældende tilbud.

Det anbefales endvidere, at personalet gives hjemmel til kortvarigt at kunne fastholde eller føre borgeren væk fra en situation, når det er nødvendigt for at afværge, at borgeren ødelægger eller beskadiger ting i et ikke ubetydeligt omfang.

Det skal være en forudsætning, at personalet har gjort, hvad der er muligt for at opnå borgerens frivillige medvirken og forsøgt at forebygge situationen ved hjælp af en socialpædagogisk indsats.

Ved gentagen brug af magtanvendelse i samme situationer, vil kommunen skulle følge op og se på, om borgeren får den rette hjælp, eller om det valgte botilbud eller plejecenter er egnet.

2.8. Tryghedsskabende velfærdsteknologier (rapportens s. 22, 24-26)

Det fremgår af de nuværende magtanvendelsesregler, at der kan anvendes personlige alarm- eller pejlesystemer i en afgrænset periode, når der er risiko for, at borgeren udsætter sig selv eller andre for at lide personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det påkrævet for at afværge denne risiko. Det er imidlertid ikke lovligt uden samtykke at anvende systemer, som i kortere eller længere tid (fx om natten) kontinuerligt overvåger den enkelte beboers bevægelser i eller uden for boligen, såsom videokameraer, sensorgulve, -madrasser eller lignende.

Det anbefales, at personalet kan anvende relevante tryghedsskabende velfærdsteknologier, hvis det er nødvendigt for at varetage omsorgspligten, og anvendelsen af teknologierne vil bidrage til at sikre borgerens bevægelsesfrihed, sikkerhed, tryghed og værdighed, og borgeren ikke modsætter sig dette.

De tryghedsskabende velfærdsteknologier skal kunne anvendes som led i den omsorg, der udøves over for borgere og bør derfor ikke kategoriseres som magtanvendelse i lovens forstand, hvis borgeren ikke modsætter sig brugen heraf. På den måde sikres det, at der er lighed med de nuværende regler om brug af alarm- og pejlesystemer over for borgere med demens.

Gør borgeren modstand, vil der skulle træffes afgørelse efter magtanvendelsesreglerne, og velfærdsteknologi vil således udelukkende

kunne anvendes, når der er nærliggende risiko for, at personen udsætter sig selv for at lide væsentlig personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet.

2.9. Husorden (rapportens s. 27-28)

Det anbefales, at det tydeliggøres i serviceloven, at fx lederen af et botilbud kan fastsætte en husorden, der angiver de nærmere regler og retningslinjer for ophold på botilbuddet.

En husorden kan understøtte, at personalet kan varetage deres opgaver bedst muligt, ligesom opstilling af faste og klare rammer kan forebygge konflikter og magtanvendelse og understøtte en socialpædagogisk indsats. En husorden kan også bidrage til at give de pårørende information om retningslinjer på stedet og dermed bidrage til en generel forventningsafstemning mellem pårørende og personalet. De regler, der fastsættes i husordenen, og de handlinger der udføres på baggrund heraf, må ikke indsnævre den personlige frihed eller privatlivets fred uforholdsmæssigt eller på anden måde være byrdefulde, jf. proportionalitetsprincippet. Der kan heller ikke ske frihedsberøvelse med hjemmel i husordenen.

2.10. Mere fleksible flytteregler (rapportens s. 28-31)

Reglerne om flytning uden samtykke efter servicelovens § 129, stk. 1, opfattes generelt af kommunerne som for strenge og ufleksible og med for lange processer – også til ugunst for borgerne. Det anbefales i denne forbindelse, at der gives hjemmel til, at kommunen kan træffe afgørelse om flytning uden samtykke for alle borgere med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, hvor værgen eller fremtidsfuldmægtigen er enige, når ophold i et botilbud med tilknyttet service er påkrævet for, at borgeren kan få den nødvendige hjælp, og det i det konkrete tilfælde omsorgsmæssigt vurderes at være mest hensigtsmæssigt for den pågældende. Kommunerne vil således ikke skulle indstille til Statsforvaltningen i disse sager, men skal kunne træffe afgørelsen selv.

Det anbefales endvidere, at der gives hjemmel til, at kommunerne kan indskrive en klausul i borgernes lejekontrakt/boligdokument om, at borgeren kan revisiteres til en ny bolig, hvis borgerens plejebehov betydeligt forværres eller forbedres. Målgruppen for klausulmodellen er alle nyvisiterede borgere på længerevarende botilbud og almene ældre- og handicapboliger. Der skal i den forbindelse opstilles en række kriterier for, i hvilke situationer en sådan klausul vil kunne anvendes med henblik på at sikre borgerens retssikkerhed.

Endelig anbefales det, at de nuværende regler for midlertidige botilbud præciseres, så det bliver tydeligt, hvornår kommunerne kan opsig eller revisitere borgere, der bor i midlertidige botilbud, og kommunerne nemmere kan anvende tilbuddene til afklaringsforløb for borgere, der senere skal visiteres til et længerevarende tilbud.

2.11. Forenkling af reglerne for revurdering, registrering og indberetning af magtanvendelse (rapportens s. 30-32)

Det anbefales, at det overordnede krav om registrering og indberetning af magtanvendelse fastholdes, men at reglerne om registrering og indberetning af magtanvendelse forenkles i forhold til tidsfristerne for registrering og indberetning med henblik på at gøre reglerne enklere for personalet at håndtere.

Det anbefales endvidere, at de nuværende regler om tidsbegrænsninger for afgørelser om fx fastholdelse i hygiejnesituationer, tilbageholdelse i boligen, anvendelsen af stofseler og tidsfrister for revurdering forenkles.

Det anbefales også, at nødvendige indgreb i borgerens selvbestemmelsesret, som et led i at sikre borgerens omsorg, værdighed og trivsel, ved brug af tryghedsskabende velfærdsteknologi, fysisk guidning, herunder i personlige hygiejnesituationer samt brugen af stofseler som beskyttelsesmiddel, ikke er magt, når borgeren ikke modsætter sig dette. Der skal dermed ikke træffes afgørelse eller foretages registrering og indberetning af disse indgreb.

Endelig anbefales det, at magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten skal registreres på et centralt udarbejdet indberetningsskema med det formål at sikre ensartethed i praksis.

2.12. Behov for uddannelse og kompetenceudvikling (rapportens s. 32-33)

Det anbefales, at der gennemføres kompetenceudvikling af personalet på botilbud, med henblik på at give personalet bedre forudsætninger for at sikre borgerens omsorg, værdighed og sikkerhed gennem en socialpædagogisk indsats, hvor magtanvendelse er undtagelsen.

Det anbefales endvidere, at der udarbejdes informationsmateriale, såfremt magtanvendelsesreglerne revideres, som stilles til rådighed for kommunerne, fx på Socialstyrelsens hjemmeside.

Endelig anbefales det, at der i kompetenceudviklingen og informationsmaterialet lægges vægt på at tydeliggøre fokus på ledelsens ansvar for at forebygge magtanvendelse. Tilsvarende gælder i forhold til ledelsens ansvar for at sikre, at der er de nødvendige faglige kompetencer tilstede, samt at rammerne for personalets arbejde er hensigtsmæssige.

Bilag 11

Prøvehandling 2018-19

Rehabilitering på specialiseret niveau Børn og unge i Region Midtjylland



Hjerneskaidesamrådet for børn
og unge

Prøvehandling 2018-19

Indholdsfortegnelse

Projektbeskrivelse	2
Baggrund.....	2
Formål.....	2
Rådgiverteam	2
Evaluering.....	2
Arbejdsgang	3
Beskrivelse	3
Flowchart.....	3
Evalueringsspørgsmål	5
Overgang fra hospital til kommune	5
Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver.....	5
Forældre/pårørende	5
Netværksmødet	5
Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver.....	5
Forældre/pårørende, barnet/den unge	5
Andre relevante aktører (skole, PPR, UU, ..)	6
Neuropædiaterkontrol	6
Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver.....	6
Forældre/pårørende, barnet/den unge	6
Neuropædiater	6
Andre relevante aktører (skole, PPR, UU, ..)	7
Slutevaluering af forløbet	7
Rådgiver.....	7
Lokal hjerneskadekoordinator.....	8
Forældre/pårørende, barnet/den unge	8
Information om forløbets ydelser.....	8
Indsatser	8
Bilag 1: Arbejdsgangsbeskrivelse for 'rehabilitering på specialiseret niveau' for Børn & Unge ..	9
Bilag 2: Oversigt over indsatser i rehabilitering på specialiseret niveau	14
Bilag 3: Skema til registrering hos rådgiverteamet	15

Prøvehandling for Rehabilitering på specialiseret niveau for børn og unge i Region Midtjylland

Projektbeskrivelse

Baggrund

Børn og unge med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau er en kompleks opgave med indsatser fra mange lovgivningsområder, høj grad af koordinering, opmærksomhed på behov i hele familien og løbende forandringer i indsatsernes indhold i processen og i takt med barnets aldersmæssige udvikling. Rehabiliteringen vil ofte tage udgangspunkt i hjemkommunen, men antallet af børn og unge er så begrænset, at specialviden ikke vil være tilstede inden for de mange indsatsområder. Planlægningen af forløbene er en specialopgave, som de færreste hjerneskadekoordinators vil have mulighed for at opnå erfaring i qua den lille population, anslået omkring 50 årligt i Danmark.

Formål

At sikre en specialiseret indsats til alle børn og unge i RM efter udskrivning uafhængig af hjemkommunens muligheder og erfaring.

At sikre samspillet mellem specialister i neurorehabilitering for børn og unge, neuropædiatere, interkommunale muligheder og den enkelte hjemkommune.

Rådgiverteam

Rådgiverteamet består af 3 erfarne kommunale hjerneskadekoordinators med afsæt i henholdsvis sundhed, skole, PPR og socialområdet. Teamet modtager den specialiserede GOP og udpeger, hvem der er rådgiver for det givne barn. Rådgiveren er herefter i løbende dialog med den lokale hjerneskadekoordinator om indsatser, plan, koordinering og krav til tilbudene. Rådgivningen vil være dialogbaseret og kun i særlige tilfælde kan rådgiver deltage i møder.

Rådgivere:

Hjerneskadekoordinator Irma Edquist, sundhed (Skanderborg)

Hjerneskadekoordinator Irene Kølskov, PPR (Viborg)

Speciallærer, konsulent Henny Holmgaard, undervisning (Herning)

Prøvehandling

Tilkobling af et kommunalt rådgiverteam på alle børne-unge-sager til rehabilitering på specialiseret niveau. Rådgiverteamet arbejder sammen med og gennem den lokale hjerneskadekoordinator ved dialogbaseret sparring.

Prøvehandlingen er igangsat fra hjerneskadesamrådet for børn og unge i Midtjylland og løber fra sommeren 2018 og fortsætter til der er ydet rådgivning i 15 sager.

Evaluerings

Der indsamles løbende data af nytteværdien fra alle implicerede parter via survey-exact. Databehandlingen foretages af Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Deltagende familier og professionelle inviteres til en evalueringsfremlægning og –drøftelse. Evalueringen fremlægges i hjerneskadesamrådet for børn og unge. Herefter tages stilling til fremtidige struktur. Et eventuelt forslag om et permanent tilbud vil blive drøftet i KOSU, DASSOS og Sundhedsstyregruppen.

Økonomi

Under prøvehandlingen registrerer hver hjerneskadekoordinator løbende det antal timer der bruges på rådgivning, forberedelse, kørsel og sparring med rådgiverteamet på hver enkelt sag. Ved afslutningen af prøvehandlingen vil det på baggrund af disse registreringer være muligt at opsætte en række modeller for, hvordan afregningen vil være fra sag til sag.

Arbejdsgang

Beskrivelse

Rådgiveren vil efter besked om planlagt udskrivningsmøde tage kontakt til den lokale hjerneskadekoordinator mhp det videre forløb. Kommunen kan i hele forløbet rådføre sig med den udvalgte rådgiver for forløbet.

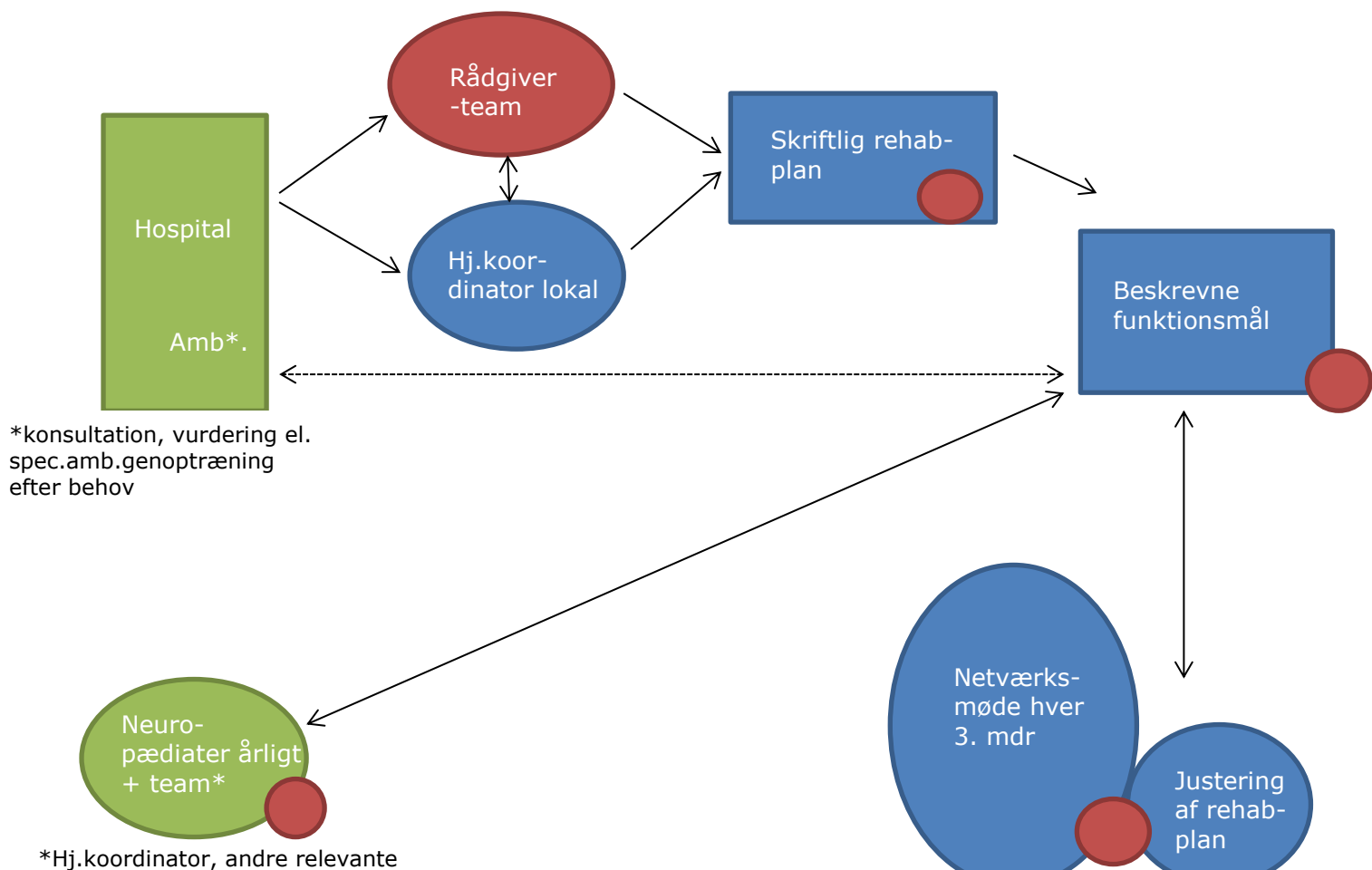
Alle markeringer med ● er udtryk for planlagte dialoger mellem rådgiver og lokal hjerneskadekoordinator.

Alle markeringer med blå ■ er hjemkommunens ansvar.

Rådgiverne giver fortløbende numre til forløbene. Numrene formidles til hjerneskadekoordinatoren og anvendes på evalueringsspørgsmålene som identifikation.

Rådgiverne har ansvar for at alle parter får evalueringsspørgsmål efter de enkelte interventioner.

Flowchart



Fagligt netværkskort

Eksempel på anvendelse af fagligt netværkskort for et barn, som har en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau i en kommune i Region Midtjylland.

Specialiseret rehabilitering



Evalueringssspørgsmål

Overgang fra hospital til kommune

Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver

1. Har der været kontakt mellem rådgiver og hjerneskadekoordinator før udskrivningsmødet?
1. ja 2. nej
2. Mener du dialogen mellem jer har været nyttig?
1. ja 2. nej
3. Dialogen var nyttig, fordi (der kan sættes flere markeringer)
1. sparring er betryggende
2. forløbet kom hurtigere i gang
3. opmærksomhed på nye muligheder
4. hjælp til organisatoriske udfordringer (love, ..)
5. andet: _____
4. Dialogen var ikke nyttig, fordi
1. Kommentar: _____

Forældre/pårørende

1. Føler I jer tilstrækkeligt inddraget/medbestemmende i skrivning af genoptræningsplanen?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Ved I, hvem jeres hjerneskadekoordinator i kommunen er?
1. ja 2. nej
3. Ved I, hvem I skal ringe til, hvis I har spørgsmål el brug for hjælp?
1. ja 2. nej
4. Føler I jer trygge ved forløbet, jeres barn skal i gang med?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
5. Er I bekendt med at jeres lokale hjerneskadekoordinator er knyttet til en særlig kyndig rådgiver inden for erhvervet hjerneskade?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
6. Kommentarer: _____

Netværksmødet

Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver

1. Har der været kontakt mellem rådgiver og hjerneskadekoordinator før netværksmødet?
2. Mener du dialogen mellem jer har været nyttig?
1. ja 2. nej
3. Dialogen var nyttig, fordi (der kan sættes flere markeringer)
1. sparring er betryggende
2. forløbet kom hurtigere i gang
3. opmærksomhed på nye muligheder
4. hjælp til organisatoriske udfordringer (love, ..)
5. andet: _____
4. Dialogen var ikke nyttig, fordi
1. Kommentar: _____

Forældre/pårørende, barnet/den unge

1. Mener I netværksmøde hver 3. mdr er nyttigt?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Føler I jer tilstrækkeligt inddraget/medbestemmende i netværksmødet?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
3. Føler I, at der blev taget hånd om jeres behov videre i forløbet?

1. ja 2. nej 3. ved ikke
4. Var det muligt at få svar på jeres spørgsmål?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
5. Er I trygge ved koordineringen af forløbet mellem de forskellige aktører?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
6. Andre kommentarer: _____

Andre relevante aktører (skole, PPR, UU, ..)

1. Mener I deltagelse i netværksmødet har været nyttig?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Har I fået tilstrækkelig information til at gå videre i forløbet?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
3. Har I de fornødne kompetencer?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
4. Har I de fornødne muligheder i jeres organisation?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
5. Oplevede I, at alle relevante aktører var tilstede?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
6. Andre kommentarer: _____

Neuropædiaterkontrol

Lokal hjerneskadekoordinator og rådgiver

1. Har der været kontakt mellem rådgiver og hjerneskadekoordinator før netværksmødet?
2. Mener du dialogen mellem jer har været nyttig?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
3. Dialogen var nyttig, fordi (der kan sættes flere markeringer)
1. sparring er betryggende
2. forløbet kom hurtigere videre
3. opmærksomhed på nye muligheder
4. hjælp til organisatoriske udfordringer (love, ..)
5. behovene blev tydeligere
5. andet: _____
4. Dialogen var ikke nyttig, fordi
1. Kommentar: _____

Forældre/pårørende, barnet/den unge

1. Føler I jer tilstrækkeligt inddraget/medbestemmende i konsultationen?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Føler I, at der blev taget hånd om jeres behov videre i forløbet?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
3. Var det muligt at få svar på jeres spørgsmål?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
4. Er I trygge ved koordineringen af forløbet mellem de forskellige aktører?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
5. Er kontrol årligt ved neuropædiater nyttigt?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
6. Andre kommentarer: _____

Neuropædiater

1. Mener du deltagelse af hjerneskadekoordinator og evt andre har været nyttig?

1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Dialogen var nyttig, fordi (der kan sættes flere markeringer)
1. sparring er betryggende
 2. forløbet kom hurtigere videre
 3. opmærksomhed på nye muligheder
 4. hjælp til organisatoriske udfordringer (love, ..)
 5. behovene blev tydeligere
 6. andet: _____
3. Dialogen var ikke nyttig, fordi
1. Kommentar: _____
4. Mener du kontrol årligt ved neuropædiater er relevant?
1. ja 2. nej 3. ved ikke

Andre relevante aktører (skole, PPR, UU, ..)

1. Mener du deltagelse konsultationen hos neuropædiateren var nyttig?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Dialogen var nyttig, fordi (der kan sættes flere markeringer)
1. sparring er betryggende
 2. forløbet kom hurtigere videre
 3. opmærksomhed på nye muligheder
 4. hjælp til organisatoriske udfordringer (love, ..)
 5. behovene blev tydeligere
 6. andet: _____
3. Dialogen var ikke nyttig, fordi
1. Kommentar: _____

Slutevaluering af forløbet

Rådgiver

1. Har prøvehandlingen set overordnet været nyttig?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Hvor mange forløb har du deltaget i?
- Antal: _____
3. Hvor stor værdi vil du tillægge prøvehandlingen i dette forløb?
- Skala fra 1-5
4. Hvor mange timer vil du anslå, du har brugt på forløbet?
- Antal: _____
5. Hvor tror du den største effekt for forløbet har været?

 1. Formidling af neurofaglig viden?
 2. Relationsdannelse
 3. Organisatorisk kendskab
 - a. lovgivning
 - b. sagsgang
 - c. rettidighed
 - d. udnytte muligheder i andre kommuner
 - e. udnytte samspil tværsektorielt

4. Iværksættelse af indsatser (anderledes end det først planlagte)
5. Andet: _____

Lokal hjerneskadekoordinator

1. Har prøvehandlingen set overordnet været nyttig?
1. ja 2. nej 3. ved ikke
2. Hvor mange forløb har du deltaget i inklusive dette?
Antal: _____
3. Hvor stor værdi vil du tillægge prøvehandlingen i dette forløb?
Skala fra 1-5
4. Hvor tror du den største effekt for forløbet har været?
 1. Information om neurofaglige problematikker?
 2. Relationsdannelse
 3. Organisatorisk bistand
 - a. lovgivning
 - b. sagsgang
 - c. rettidighed
 - d. udnytte muligheder i andre kommuner
 - e. udnytte samspil tværsektorielt
4. Andet: _____

Forældre/pårørende, barnet/den unge

1. Hvordan har forløbet med rehabilitering efter udskrivning været overordnet set?
Skala fra 1-5
2. Tror I, det har haft betydning, at jeres lokale hjerneskadekoordinator har haft rådgivning af en særlig kyndig inden for erhvervet hjerneskade?
 1. ja 2. nej 3. ved ikke
3. Har I selv haft kontakt med rådgiveren?
 1. ja 2. nej 3. ved ikke
4. Har I læring fra eget forløb at give videre, som vil kunne hjælpe med forbedringer i fremtidige forløb for andre?
Kommentar: _____

Information om forløbets ydelser

Indsatser

Iværksatte indsatser

Dato for opstart og afslutning af hver indsats

Det enkelte barn/unges potentiale / mål (definitioner senere)

Funktionsscore udskrivning

Funktionsscore afslutning fase 3

Bilag 1: Arbejdsgangsbeskrivelse for 'rehabilitering på specialiseret niveau' for Børn & Unge

Baggrund

Et barn/en ung kan af Hammel Neurocenter visiteres til 'rehabilitering på specialiseret niveau', der er et særligt niveau inden for området for genoptrænings- og rehabiliteringsplaner.

'Rehabilitering på specialiseret niveau' vedrører en særlig gruppe af borgere, der typisk har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

For 'rehabilitering på specialiseret niveau' gælder bl.a., at Hammel Neurocenter skal beskrive barnet/den unge samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet, og at det er kommunens opgave at tilrettelægge rehabiliteringsindsatser for barnet/den unge i henhold til sundhedsloven og anden relevant lovgivning.

Det er ikke muligt for kommunen at tilsidesætte den lægefaglige vurdering af barnets/den unges genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, der er beskrevet i planen i forhold til evt. metode, omfang og karakter af den videre indsats.

Kommunen har i denne type af sager meget kort tid til, at beslutte og tilrettelægge et genoptrænings- og rehabiliteringsforløb for barnet/den unge, hvorfor det er yderst vigtigt med klare aftaler, og at disse overholdes.

Formål

Formålet med arbejdsgangsbeskrivelsen er:

- At sikre korrekt og fagligt velbegrundet tilbud til barnet/den unge
- At sikre rettidighed i levering af tilbud til barnet/den unge
- At sikre den rette information og kommunikation mellem barnet/den unge, forældre og relevante samarbejdsparter
- At barnet/den unge og forældre, inddrages i forløbet gennem dialogbaseret involvering

Lovgrundlag

'Rehabilitering på specialiseret niveau' henvises efter BEK nr. 1088 af 06/10/2014 i medfør af § 84 og § 140, stk. 4, i sundhedsloven, mens anden rehabiliteringsindsat ydes gennem anden

lovgivning - eksempelvis sundhedsloven¹, serviceloven², folkeskoleloven³ og beskæftigelsesloven⁴.

Direkte link til central lovgivning:

- [Sundhedsloven](#)
- [Serviceloven](#)
- [Bekendtgørelse nr. 1088 af 06/10/2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus](#)
- [Vejledning nr. 9759 af 08/10/2014 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner](#)
- Bekendtgørelse af lov om folkeskolen LBK nr 1510
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=196651>
- Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163941>
-

Dokumentation

Det er op til den enkelte afdeling selv at dokumentere sagen og forløbet i egne systemer.

¹ Indsatser på sundhedsområdet ydes efter sundhedsloven, som har til formål at fremme befolkningens sundhed og at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Indsatser kan foregå på sygehuset, i kommunalt - eller privat regi, og de varetages af autoriserede sundhedspersoner fx læge, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut og kan handle om forebyggelse, behandling og genoptræning.

² Indsatser på det sociale område ydes efter serviceloven med henblik på at fremme den enkeltes muligheder for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Indsatserne kan fx handle om rådgivning, behandling, genoptræning og undersøgelse, personlig og praktisk hjælp, særlige dagtilbud og hjælpemidler. Fagpersoner på det sociale område kan være pædagog, psykolog, socialrådgiver.

³ Indsatser for børn og unge på undervisningsområdet ydes efter folkeskoleloven, som har til formål at give eleverne kundskaber og færdigheder. Ifølge folkeskoleloven skal folkeskolen tilbyde specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand, til elever, hvis udvikling kræver særlig hensyntagen eller støtte. For børn, der ikke er startet i skole, skal folkeskoleloven tilbyde specialpædagogisk bistand. Fagpersoner på undervisningsområdet er fx lærer, pædagoger, logopæd, tale-hørekonsulent, psykolog. Indsatser for voksne på undervisningsområdet ydes efter lov om specialundervisning for voksne, som har til formål at afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens funktionsnedsættelse. Det kan omhandle kompenserende undervisning i forhold til kommunikationsvanskeligheder, koncentrations- og hukommelsesproblemer m.m.

⁴ Indsatser på beskæftigelsesområdet kan ydes efter sygedagpengeloven, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og lov om aktiv socialpolitik. En beskæftigelsesrettet indsats kan iværksættes med henblik på: 1) Arbejdsfastholde af borgere der som følge af kronisk sygdom (eller andet) er i risiko for at miste deres arbejde, 2) sikre borgeren med nedsat arbejdssevne en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Arbejdsgangsbeskrivelse for Børn og Unge

Version: 1.1

Versionsdato: 15.3.2018

Formålet er:

- At sikre rettidig, korrekt og fagligt velbegrundet tilbud til borgeren
- At sikre den rette inddragelse, information og kommunikation mellem barnet/den unge, forældre og andre pårørende samt relevante fagpersoner

Step (inkl. tid til udskrivelsen)	Handling	Ansvarlig(e)	Obs	Udført (tidspunkt og udfører)
1 (4 uger før)	Modtag korrespondancebrev fra højtspécialiseret enhed ⁵ minimum 4 uger før udskrivelsen af borgeren. Sendes videre til kommunens hjerneskadeteam og rådgivningsteamet 1a Hvis JA til rådgiverteamet afklar hvem der bliver rådgiver	Sundheds (?) lokationsnummer for korrespondancebrev/ GOP Visitationen for pleje- og praktisk hjælp er modtager lokationsnummer for plejeforløbsplanen Hjerneskadeteam or Rådgiverteamet	Er der adgang til den unges e-boks? (>15 år) Samtykkeerklæring til det tværfaglige samarbejde	
2 (4 uger før)	Afklar borgerens funktionsevne nærmere og kontakt herefter visitation: • Leder af specialrådgivning/familieafd • Leder af sundhedstjenesten • Leder af PPR • Leder af skole- og dagtilbud • Leder af UU	Hjerneskadeteam or	Kontakt leder af visitation og hjælpemidler i ÆH, hvis borgeren kan visiteres til eget hjem. Kontakt leder af aktivitet og træning i ÆH, hvis borgeren har brug for særlig træning.	
2a (4 uger før)	Udpeg "teamet" omkring det konkrete barn: • 1) Koordinerende sagsbehandler i hjerneskadeteamet • 2) Relevant(e) børnetrapeut(er) i hjerneskadeteamet • 3) Relevant(e) fagligheder i hjerneskadeteamet.	1) Leder af specialrådgivningen 2) Leder af sundhedstjenesten 3) Leder af PPR	Se step 2 (under obs)	
3 (4 uger før)	Indkald teamet til et obligatorisk formøde.	Hjerneskadeteam or	Se step 2 (under obs)	
4 (3 uger før)	Afhold formøde og: • Gennemgå kompleksitetsgraden i sagen • Drøft foreløbig plan for 'rehabilitering på specialiseret niveau' • Afklar deltager(e) til udskrivningsmøde hos højtspécialiseret enhed	Hjerneskadeteam or	Inddrag forældrene om den foreløbige plan.	
5 (ukendt)	Modtag foreløbig plejeforløbsplan om barnet/den unge fra højtspécialiseret enhed og orientér herefter: • Teamet	Visitationen for pleje- og praktisk hjælp er modtager lokationsnummer Hjerneskadeteam or		

⁵ Højtspécialiseret enheder i Region Midtjylland, der kan visiteres til 'rehabilitering på specialiseret niveau', findes på regionshospitalet Hammel Neurocenter.

6 (ca. 3 uger før)	<u>Deltag</u> i udskrivelsesmødet.	Se step 4: afklar deltager(e) til udskrivningsmøde		
7 (3 uger før)				
8 (1 uger før)	<u>Udarbejd</u> : • En foreløbig plan for 'rehabilitering på specialiseret niveau' • Et overblik over relevante tilbud (interne og eksterne)	Koordinerende sagsbehandler og hjerneskadekoordinat or	Afvejning af lovmæssige, faglige, økonomiske og personlige forhold.	
9 (1 uger før)	<u>Indkald</u> relevante personer (dvs. lederne, teamet og evt. relevante fagpersoner fra andre fagsekretariater) til et planlægnings- og beslutningsmøde.	Koordinerende sagsbehandler (i samarbejde med hjerneskadekoordinat or)	Inddrag forældrene om den foreløbige plan.	
10 (2 uger før)	<u>Deltag</u> i planlægnings- og beslutningsmødet og: • Belys alle aspekter i sagen • Beslut en foreløbig plan for 'rehabilitering på specialiseret niveau' for, hvad der skal/kan tilbydes barnet/den unge efter udskrivelsen • Beslut et af følgende muligheder for 'rehabilitering på specialiseret niveau': ◦ Internt matrikelløst tilbud⁶ ◦ Internt matrikelløst tilbud med eksternt tilkøb ◦ Eksternt matrikelløst tilbud⁷ ◦ Internt/eksternt midlertidigt døgndækket ophold • Afklar rolle- og ansvarsfordeling for det videre forløb	Teamet, inkl. relevante ledere og evt. relevante fagpersoner fra andre fagsekretariater		
10a (2 uger før)	<u>Afhold</u> møde med forældre med præsentation af muligheder.	Koordinerende sagsbehandler, PPR repræsentant og hjerneskadekoordinat or		
11 (3 uger før)	Ved valg af internt matrikelløst tilbud: <u>Udarbejd</u> : Ved valg af internt midlertidigt døgndækket ophold: <u>Udarbejd</u> : • Henvisning til internt tilbud Ved valg af eksternt tilbud: <u>Udarbejd</u> : • Afklaring af anbringelsesgrundlag på visitation • Børnefaglig undersøgelse jf. § 50 i serviceloven • Henvisning til eksternt tilbud (henvisningsskema og betalingsaftale)	Koordinerende sagsbehandler, PPR repræsentant og hjerneskadekoordinat or	Indgå i dialog med højt specialiseret enhed om udskydelse af udskrivelsen, hvis ventetid på eksternt tilbud. Evt. akut indkaldelse af tværfagligt samråd i B&U.	

⁶ For Børn & Unge er det eksempelvis Hjerneskaderådgivningen Center for Kommunikation Herning eller Institut for Kommunikation og Handicap i Aarhus.

⁷ For Unge fra ca 16 år er der eksempelvis mulighed for køb af eksternt tilbud hos Neurocenter Østerskoven i Hobro eller Vejle fjord Rehabilitering.

12 (2 uger før)	<u>Tilrettelæg</u> udskrivelsen til 'rehabilitering på specialiseret niveau'.	Se step 10: rolle- og ansvarsfordeling		
13 (1 uge før)	<u>Udarbejd</u> endelig plan for 'rehabilitering på specialiseret niveau' med fælles mål.	Se step 10: rolle- og ansvarsfordeling		
14 (udskrivelsen)	<u>Deltag</u> evt. i overdragelsen fra sygehuset.	Hjerneskadekoordinatør		
15 (1 uge efter)	<u>Forventningsafstem</u> det videre forløb med barnet/den unge og forældre.	Se step 10: rolle- og ansvarsfordeling		
16 (1 uge efter)	<u>Planlæg</u> opfølgende/evaluerende møder ud fra det individuelle lovgivningsmæssige behov (f.eks. 14 dage; 3 md.; 6 mdr., 12 md. Pædiatermøde beskrives senere)	Se step 10: rolle- og ansvarsfordeling		

Referencer

Medcom (2016), Trin for trin guide til Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP), Odense M.
[Direkte link, tryk [her](#)]

Region Midtjylland, Sundhedsaftalen om børn og unge med erhvervet hjerneskade. [Direkte link, tryk [her](#)]

SST (2014), Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, København S. [Direkte link, tryk [her](#)]

SST (2011), Forløbsprogram for børn og unge med erhvervet hjerneskade, København S.
[Direkte link, tryk [her](#)]

Bilag 2: Oversigt over indsatser i rehabilitering på specialiseret niveau

Navn og cpr.nr	Hvad var indsatsen?	Start dato og år	Slut dato og år	Antal timer Incl variation	Hvilken lovgivning §	Skala 1-5 effekt af indsatsen Samme som eval spg MSC
Bevægefunktioner: - Fysioterapi - Ergoterapi - Hjælpemidler - andet						
Mentale funktioner: - Kommunikation/sprog - Kognitive funktioner - Emotionelle funktioner - Adfærd - andet						
Andre sundhedsfunktioner: - syn - hørelse - søvn - mad - andet						
Institution og undervisning: - daginstitution - skole herunder kompenserende specialundervisning - UU vejledning - andet						
Fritid og andet socialt liv: - fritidstilbud (støtte) - fritidsaktiviteter - venskabsrelationer - barnets oplevede trivsel - andet						
Rådgivning og støtte til familie og søskende: - Tilbud til familien – frikøb fra arbejde mm - krise og sorg bearbejdning - indsats rettet mod søskende - andet						

Bilag 3: Skema til registrering hos rådgiverteamet

[illegible]

Bilag 12

Beskrivelse af faglige kompetencer ved rehabilitering på specialiseret niveau.
Godkendt af Hjerneskadesamrådet for voksne på mødet den 22. februar 2018

Uddybende tillæg til Fakta-dokument Rehabilitering på Specialiseret niveau i Region Midtjylland om faglige kompetencer ved rehabilitering på specialiseret niveau.

Tilstrækkeligt antal borgere/volumen i tilbud, der er udfører rehabilitering på specialiseret niveau

Der kan arbejdes med Rehabilitering på Specialiseret niveau, når faggrupperne i indsatsen:

- Primært arbejder med borgere med erhvervet hjerneskader på specialiseret og avanceret niveauⁱ.
- Som minimum arbejde med 10 borgere med avanceret eller specialiseret rehabilitering på 12 måneder
- Hvis man har under 10 borgere som er udskrevet med genoptræningsplan med rehabilitering på specialiseret niveau pr. år, er der behov for faglig sparring, supervision og vidensdeling af et specialiseret niveau, som opfylder kriterierne for målgruppevolumen, heri tværkommunal samarbejdsaftaler.

Supervision i Rehabilitering på specialiseret niveau for området erhvervet hjerneskade

Definition af supervision i relation til rehabilitering på specialiseret niveau skal bistås af neuropsykologer jf. ovenfor definition, og kan bestå af:

- Faglig vejledning (kan også være af anden neurofaglig vejledning eks. terapeut, speciallæge* mv.)
- Episodisk supervision
- Krisehjælp

Kompetencer, der skal være tilstede for at udføre Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau skal matche borgerens behov for rehabilitering, borgerens skadesudfald herunder eventuelt kognitive problemstillinger og tage højde for borgerens rehabiliteringspotentiale. Rehabilitering på specialiseret niveau er kendetegnet ved en evidensbaseret praksis hos alle teamets medlemmer, hvilket betyder, at de professionelle kliniske grundlag og ræsonnement er kendetegnet ved integrering af lige dele kendt viden/evidens, den professionelle erfaring samt borgerens værdier og præferencer med afsæt i den givne kontekst.ⁱⁱ

Det faglige niveau er kendetegnet ved omfattende og indgående neurofaglig viden samt erfaringsbaserede færdigheder udført med sikker og høj kvalitet med reference til bl.a. de nationale kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer

Der henvises til uddybning i Fakta-dokument Rehabilitering på specialiseret niveau.

Dokumentet er gældende for borgerens 3. rehabiliteringsfase.

Fase 4 indgår ikke, da Rehabilitering er defineret, som en tidsafgrænset periode, og rehabiliteringsfase 4 betegnes som *den stationære fase*.

Fagspecialer i Rehabilitering på specialiseret niveau jf. Fakta-dokumentet, specialiseringsniveauer for: Terapeuter, rådgivere, audiologopæder, neuropsykologer, neuropædagoger, socialrådgivere, logopæd/audiologopæder og sygeplejersker. Gældende for specialniveauet generelt er, at der er løbende mulighed for kompetencefastholdelse indenfor specialespecifik efter- og videreuddannelse.

Kompetencer gældende for alle fagpersoner i Rehabilitering på specialiseret niveau

Omfattende og indgående viden om:

- Hjernens anatomi, funktion og plasticitet
- Sygdomme og læsioner i hjernen, samt følgevirkninger heraf, motoriske, sensoriske, kognitive, sociale og psykologiske
- Rehabiliteringsbegrebet
- Evidensbaserede tværfaglige tiltag målrettet rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, bl.a. de nationale kliniske retningslinjer
- Nationale forløbsprogrammer, retningslinjer og vejledninger
- *Specifik neurofaglig viden* (skal være tilstede hos alle medlemmer af teamet) mhp. kompetent vurdering af indsatsen rettet mod tilrettelæggelse af den neurofaglige rehabilitering, således at den favner alle spekter af patientens behov for neurorehabilitering.
- Psykiske reaktioner på erhvervet hjerneskade hos den ramte og de pårørende
- Relevante hjælpemidler og støtteforanstaltninger
- Neuromedicin
- Teknologiske løsninger til borgere med henblik på, at mestre et selvstændigt og aktivt liv

Grundlæggende viden om:

- Teori og metode til forsknings- og udviklingsarbejde
- ICF

Færdigheder:

- Er rutineret i neurologiske monofaglige undersøgelsesmetoder og klinisk ræsonnere i relation hertil mhp. vurdering af borgerens ressourcer og problemstillinger
- Inddrager valide og reliable test/målemetoder inden for eget fagområde og/eller tværfagligt, mhp. udredning, intervention og vurdering af prognose og effekt
- Arbejder på baggrund af fagets empiri og den tilgængelige evidens
- Omsætter og anvender para-kliniske undersøgelsesresultater i rehabiliteringen
- Omsætter og anvender neuropsykologisk undersøgelse i rehabiliteringsindsatsen
- Analyserer, vurderer og intervenserer ift. Borgerens specifikke funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger, inkl. vurdering af bolig-, uddannelse, arbejds- og fritidsforhold.
- Opsøger ny viden, forholder sig metodekritisk hertil og omsætter relevant viden til praksis
- Gennemfører evalueringer af praksis, og formidler erfaringer, evalueringer og resultater til/fra praksis
- Iværksætter og medvirker ved udviklingsarbejde i relation til praksis og deltager i forskningsprojekter
- Tager udgangspunkt i borgerens ønsker / mål for rehabiliteringsindsatsen, og formulerer og arbejder efter fælles tværfaglige mål
- Samarbejder i tværfaglige/interdisciplinære teams, og vurderer hvilken faglig indsats, der skal tilbydes hvornår, monofagligt såvel som tværfagligt samt prioritere og koordinere indsats og samarbejde
- Kan vejlede og samarbejde med borgere og pårørende i krise

Fagspecifikke kompetenceniveauer ved Rehabilitering på specialiseret niveau	
Neuropsykolog Psykologer som arbejder med rehabilitering på specialiseret niveau kan indgå under betegnelse neuropsykolog, efter uddannelse til klinisk psykolog som jf. psykologforeningens specialistuddannelsen i klinisk neuropsykologi. Hvis ikke specialistuddannelsen er gennemført tilstræbes det som minimum nedenfor kriterier.	
Fagspeciale betegnelse	Kompetence beskrivelse
Neuropsykolog	Psykologen har gennemført: • 1 år indenfor hospitalsbaseret neurologi/neurokirurgi • 1 år indenfor neurorehabilitering • 3 tværgående moduler prioriteret er: ○ 3.7. Neuropsykologiske tilstande børn eller voksne ○ 3.8. Fokus på apopleksi, kranietraumer og demens ○ 3.11 Funktionel neuroanatomi. • 140 supervisionstimer prioriteret er: ○ 70 timer indenfor det neurologiske arbejdsområde ○ 70 timer indenfor rehabiliteringsområdet
Specialisti klinisk neuropsykologi - Kan være tilstede	Der henvises til Dansk psykolog forening http://www.dp.dk/uddannelse-karriere/specialist-supervisor/klinisk-neuropsykologi/
Neuropædagog Uddannede socialpædagoger som arbejder med rehabilitering på specialiseret niveau, kan indgå under betegnelsen Neuropædagog, ved som minimum opfyldelse af nedenfor kriterier	
Fagspeciale betegnelse	Kompetencebeskrivelse
Neuropædagog	• Har 3 års relevant arbejds erfaring indenfor neurorehabilitering • Specifik efteruddannelse i neuropædagogik på diplom niveau, som retter sig mod borgere med svære og omfattende mentale vanskeligheder og evt. adfærdsproblemer. Svt. 40 ECTS-point • Kurser, der lægger sig op af specialkurser på området erhvervet hjerneskade
Fysioterapeuter Specialniveauet for fysioterapeuter er fastsat af Dansk selskab for Fysioterapi – opdateres i efteråret 2017.	
Fagspecialeniveau	Kompetence beskrivelse
Specialefysioterapeut i neurologi	3 års klinisk praksis med direkte tilknytning til specialet Specialerelevant efteruddannelse svarende til 40 ECTS-point Superviseret praksis inden for specialet svarende til minimum 20 timer

	Supervisionen skal være forankret i et uddannelsesforløb, og den skal være systematisk tilrettelagt
Specialist i Neurologisk fysioterapi - Kan være tilstede	Kandidat / Master uddannelse sv.t. mindst 60 ECTS point Superviseret praksis inden for specialet svarende til minimum 30 timer Supervisionen skal være forankret i et uddannelsesforløb, og den skal være systematisk tilrettelagt
Sygeplejersker	
Fagspecialeniveau	Kompetencebeskrivelse
Speciale sygeplejerske i neurologi	Ingen nationale definitioner. En national arbejdsgruppe er i gang med nye beskrivelser ⁱⁱⁱ af de tre områder indenfor neurologi: Akut (herunder neurokirurgisk), rehabilitering og palliation. Beskrivelserne tænkes at omfatte både primær og sekundær sektor, primær i første omgang følgegruppe (udkast færdigt juni 2018). Min. 2 års bred klinisk erfaring indenfor specialet neurorehabilitering. Speciale relevant efteruddannelse svarende til 40 ECTS-point Eller et relevant master modul kombineret med 1-2 diplommoduler og fagspecifikke kurser med relevans for fagudøvelsen, eks. koordinator kurser, neurofaglig viden.
Klinisk sygepleje specialist i neurologi - Kan være tilstede	Ingen nationale definitioner. Et nationalt udkast under udarbejdelse (1. udkast færdigt juni 2018) Master/ kandidat med enkeltmoduler i neurologisk sygepleje, samt klinisk specialeerfaring, dertil kompetencer til supervisering i praksis indenfor specialet
Social og Sundhedsassistenter	
Fagspecialeniveau	Kompetenceniveau
Speciale social og sundhedsassistent	Har opnået specialiseret neurofaglig erfaring og har gennemgået relevant oplæring i specialet Alle kompetencer opnået gennem kurser eller intern undervisning. Tværfaglig viden og erfaring i rehabilitering ud fra ABC-koncepterne Viden og erfaring i indlæggelse og pleje af ernæringssonder og suprapubisk kateter Viden og erfaring i neuropædagogik
	Der forekommer ikke specialistbetegnelse
Ergoterapeuter – ny kompetencebeskrivelse på vej fra Ergoterapeutforeningen i 2018	
Fagspecialeniveau	Kompetenceniveau
Speciale ergoterapeut i neurologi	Ingen nationale definitioner
Specialist i ergoterapi - Kan være tilstede	Min. to års bred erfaring som ergoterapeut (min. 3/4 tid)

	Derudover min. fire års erfaring som ergoterapeut inden for specialet (min. 3/4 tid) Modtaget vejledning/supervision (25 timer) Efteruddannelse (min. 300 timer relevant for specialet – 15 ECTS) Videreuddannelse på master-/kandidatniveau (min. 1 år – 60 ECTS) Mundtlig formidling (min. 30 timer inden for speciale området) Skriftlig formidling (min. 15 sider publiceret formidling)
Audiologopæder / logopæder	
Fagspeciale niveau	Kompetenceniveau
Logopæd	Uddannet med en treårig uddannelse på BA-niveau, hvor fagene er opdelt indenfor tre hovedområder: En sprogvidenskabelig del, en sundhedsvidenskabelig del og en specialiseret logopædisk del, med udvidet praktikophold
Audiologopæd - Kan være tilstede	Uddannet med en kandidatuddannet, som bygger videre på bacheloruddannelsen i Logopædi, såvel den praktiske som den teoretiske viden. Her udbygges fagspecifikke kompetencer, ligesom der i højere grad lægges vægt på videnskabelige og teoretiske aspekter, og man lærer hvordan forskning kan kombineres med praksis. Gennem studiet opnår man en øget selvstændighed, og man lærer egenhændigt at sammensætte et forskningsforløb samt at vurdere kvaliteten af andres forskning
Socialrådgivere	
Speciالنiveau	Kompetenceniveau
	Har 3 års erfaring indenfor hjerneskaderehabilitering Har gennemført sv.t. diplom i neuropædagogik
Hjerneskadekoordinator - Der er ikke nogen national generisk model for hjerneskade koordination	
Speciale niveau	Kompetenceniveau
	Hjerneskadekoordination kræver koordinering på: ○ Myndighedsniveau (sagskoordinering) ○ Udfører niveau (forløbskoordinering) Koordinering kræver neurofaglige kompetencer af både sundheds-, social-, og pædagogfaglige kompetencer svarende til de grundlæggende tværfaglige kompetencer. Dertil viden om forvaltning og organisation mhp. at sikre borgerne får et koordineret forløb Sammen med en egentlig hjerneskadekoordinator kræver det et fagligt bredt sammensat team koblet på koordinatorfunktionen, for at sikre rettidig timing i sags- og forløbskoordination Indgående kendskab til regional og national udvikling indenfor hjerneskaderehabilitering

Speciallæger	
Speciale niveau	Kompetenceniveau
Speciallæge på regional eller højt specialiseret enhed i sygehussektoren	*Der kan/skal udarbejdes <i>en samarbejdsplan</i> omkring den enkelte borger j.f. <i>'Skabelon for samarbejdsaftale mellem specialiserede rehabiliteringstilbud og sygehuse om lægefaglig behandling og konsulentbistand'</i> hvor der indgås en samarbejdsaftale om adgang til lægelig konsulentbistand. Aftalen vil indbefatte tæt samarbejde med sygehussektoren, sådan at speciallægen kan fungere som konsulent i rehabiliteringstilbuddet, hvorved: • Ved udskrivelse fra sygehuset til det specialiserede rehabiliteringstilbud aftales det primære behov for lægelig bistand til den enkelte patient • Sammenhængen i forløbet sikres gennem fleksibilitet og dialog • Konsulentfunktionen kan varetages via skriftlig kommunikation, videokonference, telefonrådgivning, deltagelse i konferencer eller via indkaldelse til ambulant opfølgning i sygehusregi • Patientens forløb betragtes ikke som endeligt afsluttet på sygehuset under rehabiliteringen på specialiseret niveau – patienten kan eksempelvis umiddelbart få tid i sygehusambulatoriet uden at skulle have en ny henvisning • Med henvisning til, at der er tale om et meget lille antal patienter, som skal håndteres i kort tid, vil aftalen håndteres inden for de eksisterende økonomiske rammer på sygehuset

Arbejdsgruppen anbefaler at der indenfor fagspecialerne udvikles speciale og specialist godkendelser svarende til niveauerne udarbejdet af Dansk selskab i Fysioterapi.

ⁱ De færreste kommuner har 10 årlige borgere som udskrives med rehabilitering på specialiseret niveau, hvorfor udøvelse på avanceret niveau indgår som erfaringsgivende kompetencer i udførsel af rehabilitering med sikkerhed og kvalitet i neuro-faglighed og nuancerede problemstillinger i komplekse skader

ⁱⁱ Definition af evidensbaseret klinisk praksis jf. David Sackett (1996)

ⁱⁱⁱ Tidligere beskrivelser bygger på Europæisk rapport (2008) Neuroblend, og Nationale anbefalinger (2009).

Bilag 13

Avanceret genoptræning på hjerneskadeområdet forudsætter mellemkommunalt samarbejde

Baggrund

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde den 10. november 2017 tolv anbefalinger til den fremadrettede indsats på hjerneskadeområdet på baggrund af et servicetjek på området. Servicetjekket sker for at følge op på Rigsrevisionens beretning fra 2016. Her kritiseres Sundhedsministeriet for ikke i tilstrækkelig grad at følge op på, at alle patienter med behov for en genoptræningsplan tilbydes genoptræning af god kvalitet uden unødvendig ventetid. Servicetjekket viser bl.a., at kommunerne ikke lever op til Sundhedsministeriets bekendtgørelse om nye niveauer for genoptræning på hjerneskadeområdet. Sagen har været drøftet i KL's social- og sundhedsudvalg, som indstillede, at sagen drøftes i KKR'erne.

Indstilling

Det indstilles, at det drøftes, hvordan kommunerne kan samarbejde om at sikre kvaliteten af genoptræning på avanceret niveau.

Sagsfremstilling

Det fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner og patienternes valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra oktober 2014, at genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau (foregår på sygehuset) eller rehabilitering på specialiseret niveau. Kommunen skal for patienter, som henvises til almen genoptræning foretage en sundhedsfaglig vurdering, om patienten har behov for genoptræning på basal niveau eller avanceret niveau.

Det fremgår af bekendtgørelsen (bilag 1), at patienter der henvises til genoptræning på avanceret niveau typisk har omfattende funktionsnedsættelser ofte af betydning for flere livsområder. Disse patienter har derfor behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde.

Af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer fra december 2014 fremgår det, at mange kommuner vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau og/eller at gøre brug af private eller regionale tilbud.

I 2013 blev der udarbejdet 9.600 genoptræningsplaner til patienter med erhvervet hjerneskade. Det vurderes, at ca. 60 til 70 procent af de patienter, som får en genoptræningsplan, vil have behov for genoptræning på avanceret niveau. Det påpeges desuden, at en fortsat udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau til patienter med hjerneskade vil reducere behovet for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

Mange kommuner vil derfor være nødt til at etablere et tværkommunalt samarbejde for at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud på avanceret niveau og/eller gøre brug af et privat eller regionalt tilbud. Det skyldes, at patientgrundlaget i de fleste kommuner ikke er tilstrækkeligt til, at personalet kan vedligeholde deres kompetencer på det nødvendige niveau.

Sundhedsstyrelsen påpeger på baggrund af deres afdækning følgende:

- Kommunernes visitation til genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau er uensartet på tværs af kommunerne.
- Kommunerne efterlever ikke de særlige krav til genoptræning på avancerede niveau, når det gælder kompetencer, volumen, udstyr mv. Den væsentligste forskel mellem de to niveauer pt. består i intensivitet og varighed.
- De færreste kommuner har udarbejdet kompetenceprofiler på medarbejdere, der udøver indsatser på avanceret niveau i kommunerne (det er dog ikke et krav).
- Det har ikke været muligt at finde kommuner, der indgår i tværkommunale samarbejder, hvilket også indikerer, at kommunerne ikke efterlever retningslinjerne.

Sundhedsstyrelsen vil, som en del styrelsens anbefaling for at fremme kvalitet i indsatsen, revidere og opdatere relevante anbefalinger, retningslinjer og forløbsprogrammer. Her vil der især være fokus på at præcisere anbefalinger om volumen, kompetencer og udstyr i genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Sundhedsstyrelsen har igangsat dette arbejde.

En af anbefalingerne vedrører også tiltag for at styrke det tværsektorielle samarbejde på hjerneskadeområdet. Sundhedsministeriet har i den forbindelse tildelt 4,5 mio. kr. fra 2018-2020 til regionerne til et forsøg med udgående funktioner fra sygehus med højt specialiseret funktion i neurorehabilitering til kommuner med særlig henblik på kompetenceudvikling. KL forventer, at den nærmere tilrettelæggelse heraf kommer til at ske i tæt samarbejde med kommunerne. Dette tiltag kan også indtænkes i arbejdet med at kvalitetssikre genoptræning på avanceret niveau.

Bilag 14

Referat fra møde i Koordinationsforum den 18. april

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 6

1. Velkomst og siden sidst

Niels Arendt Nielsen orienterede om følgende aktuelle emner:

- De særlige pladser. Kommunerne kæmper hårdt for at finde borgere til de særlige pladser. Et væsentligt problem er samtykkeproblematikken, da borgerne ikke vil ind på pladserne. Et andet problem er, er visitationskriterierne til pladserne opleves at være for snævre.
- Regeringen har meldt ud, at de ville flytte en større del af misbrugsområdet til regionen. Der er intet nyt om, hvor meget man ønsker at flytte. Regeringen skelner ikke mellem stof- og alkoholmisbrug.

Koordinationsforum havde følgende kommentarer:

- Man skal passe på, at psykiatrien ikke bliver fanget af sundhedsområdet. Der er et socialt aspekt i det. God dagsorden med de særlige pladser.
- Det er et problem med de selvejende institutioner, at de ikke indgår i rammeaftalen og er omfattet af takstafalen. Det er en udfordring, når kommunerne betaler budgettet, og betaler for de bygninger, de selvejende institutioner bor i.
 - Louise Tarp Thorgaard, KL fortalte, at KL er opmærksom på problematikken, men at det er en svær problematik.

2. Rammerne for køb og salg af sociale ydelser

Indstilling:

Der ønskes en fælles drøftelse af analyseprojektets indhold og perspektiver med fokus på:

- Hvilke udfordringer giver det i køb og salg af sociale tilbud, at det ikke altid er tydeligt, hvilket niveau af støtte der er indeholdt i en given takst?
- Hvad vil det betyde for køb og salg af sociale ydelser, hvis der skabes højere grad af gennemsigtighed og sammenlignelighed bl.a. gennem beskrivelse af niveauet af støtte, der gives i indsatsen?
- Hvilke erfaringer har kommunerne med at sammenkoble støtteniveau og takster på botilbudsområdet? Hvad har I gjort? Hvilke udfordringer har der været? Hvilken gevinst har det givet?
- Hvilke muligheder og udfordringer ses i forhold til fælles retningslinjer regionalt/nationalt for fastsættelse og brug af ydelsespakker?
- Hvad kan være omfattet af fælles retningslinjer?
- Er der øvrige områder, som savnes belyst i analyseprogrammet?

Referat

Regeringen og KL har med ØA18 iværksat et flerårigt fælles analyseprogram med en række indsatsområder. Som en del af analyseprogrammet er det aftalt at igangsætte en analyse af rammerne for køb og salg af sociale ydelser, herunder undersøge hvordan tilpasninger i takststrukturen i højere grad kan understøtte progression for borgerne og sikre en mere omkostningseffektiv styring i kommunerne.

Chefkonsulent Louise Tarp Thorgaard, KL gav på mødet give en kort præsentation af analysens indhold, metode og leverancer.

Louise fortalte blandt andet om mulige løsningsmodeller:

- Fælles retningslinjer for fastsættelse og brug af ydelsespakker pba. viden om de eksisterende modeller.
- Fælles Faglige Begreber som et styringsredskab, der kan styrke dokumentation og dermed understøtte sammenligninger af indhold og pris på tværs.
- Modeller til at indbygge progressionsfremmende incitament i taksterne for sociale tilbud.
- Tiltag til understøttelse af kontraktstyring på det sociale marked
- Sikre ensartethed i fastsættelse af takster, herunder skabe øget klarhed om reglerne i finansieringsbekendtgørelsen.
- Afdækning af reglerne vedr. mellemkommunal refusion for sundhedsydelser.
- Andre muligheder for at understøtte effektiv prisfastsættelse og indkøb via ændringer af den eksisterende markedsstruktur, herunder via øget udbud.
- Bedre tværgående data.

Programleder Gitte Duelund Jensen, KL præsenterede projektet Fælles Faglige Begreber Fælles Faglige Begreber har til formål digitalt at understøtte en mere ensartet og struktureret dokumentationspraksis på socialområdet.

Hans Andersen og Jane Møller Pedersen, KL præsenterede kort KL's benchmarkingværktøj til botilbud.

Koordinationsforum havde i den efterfølgende drøftelse fokus på følgende områder:

Kommentarer til chefkonsulent Louise Tarp Thorgaards korte præsentation af analysens indhold, metode og leverancer.

- Forskellige styringsmæssige logikker for forskellige borgere.
- Godt med fokus på bedre kontraktstyring, på løbende myndighedsopfølgning og på afslutning af borgere. Det er vigtige styringsgreb.
- Potentialet for at optimere styringen ligger i lige så høj grad på § 85-området som på botilbudsområdet.
- Arbejde med gennemsigtighed på to fronter: Gennemsigtighed i taksten (hvad den dækker over) og gennemsigtighed ift. borgerens progression.

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 6

- Forskellige udfordringer, der skal tages højde for, når man vil belønne progression. Fx nemmere at sætte borgere ned i ydelse, hvis man starter højt.
- For kommuner, der arbejder med differentierede takster, er der en udfordring ift. botilbuddenes incitament til at arbejde ned af indsats-trappen.
- Udgifterne stiger på trods af stort fokus på takster. Skyldes fx tilbud, der lukker samt at tillægstaksterne stiger.
- Vigtigt at indtænke kultur. Styling er fortsat et fremmedord for nogle sagsbehandlere.
- Differentierede takster kan også komme til at virke udgiftsdrivende. Nogle kommuner overvejer at gå tilbage til én takst.
- Udfordring for sælger, når der kommer meget fokus på at forhandle takster. Sælger kommer til at bruge mange ressourcer på dette.

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 6

Kommentarer til programleder Gitte Duelund Jensens præsentation af projektet Fælles Faglige Begreber:

- Ros til KL. Det er prisværdigt, at I har indsamlet de mange erfaringer, der allerede findes i kommunerne på området.
- Det er en udfordring, at VUM ikke har fokus på borgerens progression, men den tager meget afsæt i det kompenserende. Der er stor interesse fra udfører i at kunne bidrage med dokumentation om borgerens progression - der er et momentum nu!
- VUM er omfattende, og at vi skal passe på med ikke at bruge VUM ift. alle borgere og ydelser.
- Vi er en af de kommuner, der køber FSIII til både social og sundhed. Det er vigtigt at se det fuldt implementeret, før vi er parate til at arbejde med fælles faglige begreber.
- Vigtigt ift. Fælles Faglige Begreber at indtænke kulturbegrebet. Styling er et fremmedord, og derfor er det vigtigt at indtænke, hvordan vi kan få FFB til at blive noget, man ser som en fordel i det daglige arbejde.
- Det kan blive et rigtig godt dialogværktøj. Som stor sælgerkommune er der ikke noget mere ringe end en dårlig dialog.
- Er tilhænger af, at man prøver at få regionerne med, da de driver nogle vigtige tilbud. Det er vigtigt at stille krav igennem kontrakterne, så vi i højere grad kan styre leverandørerne ift. metoder og krav til progression. Holbæk Kommune har forsøgt at revitalisere kontaktudformningen.

Kommentarer til Hans Andersens og Jane Møller Pedersens korte præsentation af benchmarkværktøjet til botilbud:

- Redskabet inkluderer relevante parametre og vurderes at være meget anvendeligt
- Værktøjet kan med fordel præsenteres på de regionale styregruppemøder.

3. Kortlægning af Center for Døvblindhed og Høretab i Region Nordjylland

Indstilling:

Det indstilles, at sagen drøftes med henblik på udarbejdelse af rammeaftalen for 2019-2020.

Koordinationsforum havde i den efterfølgende drøftelse fokus på følgende områder:

- Det er vigtigt at drøfte, hvordan man definerer, hvad et godt liv er.
- Hvad er det for et serviceniveau, vi vil tilbyde denne målgruppe?
- Hvis vi ser 10 år frem, er anbefalingerne så holdbare? Det tvivler jeg på.
- Godt, at anbefalingerne bevæger sig væk fra, at specialiseret viden kun kan leveres på en matrikel.
- Hvordan kan vi bevare jeres specialiserede viden, hvis eller når Center for Døvblindhed og Høretab må lukke?
- Der er behov for en principiel drøftelse på det højt specialiserede børne- og voksenområdet om blandt andet, hvilke tilbud, der er behov for i fremtiden.

Bilag:

Rammeaftalesekretariatet Nordjylland eftersender kortlægning fra Region Nordjylland forud for mødet.

4. Status på de sikrede institutioner – rammeaftalen 2017

Indstilling:

Det indstilles, at koordinationsforum drøfter status på de sikrede institutioner – herunder om der regionalt har været særlige drøftelser, som er relevante i et tværregionalt perspektiv.

Koordinationsforum havde i den efterfølgende drøftelse fokus på følgende områder:

- Kapaciteten er de seneste år blevet nedjusteret på de sikrede institutioner. I dag er der 106 pladser.
- Der er sket en tilpasning af kapaciteten i region sjælland. Belægningsprocenten er dog på ca. 70 pct. på begge sikrede institutioner i regionen.
- Det er en succeshistorie, at vi landsdækkende, på tværs af regioner og med KL, er lykkedes med at drøfte og påvirke kapaciteten mv på de sikrede institutioner.
- Der er en fin dialog med regionen om kapacitet mv på de sikrede institutioner.
- Vi har haft en fin dialog med den sikrede institution i regionen om uddannelse og undervisning.

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 6

5. Kofoedsminde – ny vejledning

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum tager orienteringen til efterretning.

Koordinationsforum havde i den efterfølgende drøftelse fokus på følgende områder:

- Kommunerne har fået en ekstra regning pga overbelægning på Kofoedsminde i både 2017 og 2018 og på grund af, at tilbuddet er objektivt finansieret.
- Det kunne være et tema på næste Koordinationsforum at drøfte, hvornår kommunerne selv kan henvise domstype 2 til Kofoedsminde, da pladserne er fuldt objektivt finansieret.
- Det er et totalt skråplan, at Kofoedsminde bare kan øge antallet af pladser og sende regningen til kommunerne via den objektive finansiering.
- Opfordrer KL til at presse på for at få set på reglerne om den objektive finansiering for særligt de domstype 2 borgere.
- Vigtigt, at vi får talt om, hvordan finansieringen bør være fremadrettet.
- OBS! Der er vist modtagepligt på Kofoedsminde. Der skal derfor være nok pladser på institutionen i forhold til efterspørgslen efter pladser!

Til orientering har Børne- og Socialministeriet opdateret vejledning om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven (vejledning nr. 4 til serviceloven). I den opdaterede vejledning præciseres blandt andet, at borgere med domstype 2 skal placeres på en åben afdeling – enten på Kofoedsminde eller et andet botilbud efter servicelovens § 108.

Det blev besluttet at punktet vedrørende objektiv finansiering og kommunernes visitering til tilbuddet tages op igen på næste møde i Koordinationsforum.

6. Koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud

Indstilling:

Det indstilles, at den samlede opgørelse samt udkast til fælles tekst drøftes og godkendes af Koordinationsforum.

Det blev besluttet, at rammeaftalesekretariatene udarbejder et udkast til aftaletekst, der sendes i høring og til godkendelse i Koordinationsforum.

Bilag:

Opgørelse over kapacitet og belægning samt udkast til fælles rammeaftaletekst vedr. lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger eftersendes fra rammeaftalesekretariatene.

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 6

Dato: 23. april 2018

Sags ID: SAG-2013-00893

Dok. ID: 2521973

E-mail: HGH@kl.dk

Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 6 af 6

7. Status på dialog med National Koordinationsstruktur

Indstilling:

Det drøftes, hvorvidt dialogen giver anledning til særlige opmærksomhedspunkter, som skal håndteres i fælleskommunalt regi.

Koordinationsforum havde i den efterfølgende drøftelse fokus på følgende områder:

Vigtigt at tale med Socialstyrelsen om:

- Hvordan man håndterer de matrikelløse tilbud.
- At det er vigtigt at have fokus på andet end "optælling" af pladser.
- Hvordan man opretholder det faglige niveau til de små målgrupper.

8. Evt.

Mødedeltagere:

Direktør Henrik Aarup-Kristensen, Brønderslev Kommune
Direktør Rikke Albrechtsen, Frederikshavn Kommune
Direktør Steinar Eggen Kristensen, Randers Kommune
Centerchef Lotte Henriksen, Aarhus Kommune.
Direktør Anne Vang, Ballerup Kommune
Direktør Vini Lindhardt, Slagelse Kommune
Direktør Christian Harsløf, Roskilde Kommune
Direktør Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune
Direktør Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune
Handicap- og Psykiatrichef Thomas Knudsen, Slagelse Kommune

Derudover deltager:

Konsulent Morten Aggerholm, Rammeaftalesekretariatet Nordjylland
Chefkonsulent Maria Eeg Smidt, Rammeaftalesekretariatet Midtjylland
Konsulent Camilla Fyhn Milland og konsulent Tove Tørnæs, Rammeaftalesekretariatet Syddanmark
Chefkonsulent Povl Skov, Rammeaftalesekretariatet Sjælland
Specialkonsulent Nana Angell Hald og specialkonsulent Sine Hansen, Rammeaftalesekretariatet Hovedstaden
Chefkonsulent Helene Lund Therkelsen, KKR-Nordjylland
Chefkonsulent Birgitte Lambrechtsen, KKR Syddanmark
Konsulent Anne Andersen, KKR-Sjælland
Konsulent Søren Sandahl, KKR Hovedstaden

Fra KL-sekretariatet:

Kontorchef Niels Arendt Nielsen
Chefkonsulent Louise Tarp Thorgaard
Specialkonsulent Hans Andersen
Chefkonsulent Jane Møller Pedersen
Programleder Gitte Duelund Jensen
Konsulent Rasmus Lumbye
Chefkonsulent Hanne Gøttrup

Bilag 15

Analyse af Botilbud X, Marts 2018

Stamoplysninger

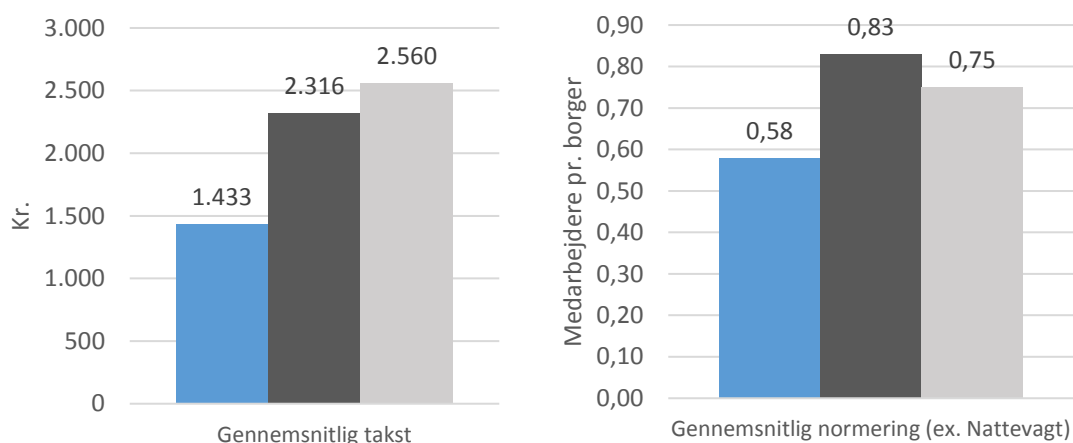
	Botilbud X	5 bedst matchende botilbud	Klynge
Gns. VUM-score	3,17	3,14	3,68
Støttebehov	Større	Større	Større
Primær målgruppe	Udviklingshæmning	Udviklingshæmning	Kombination

Stamoplysninger

Botilbud X	
Tilknyttet dagtilbud med fælles ledelse	Nej
Paragraf(er)	ABL 105
Antal pladser	35

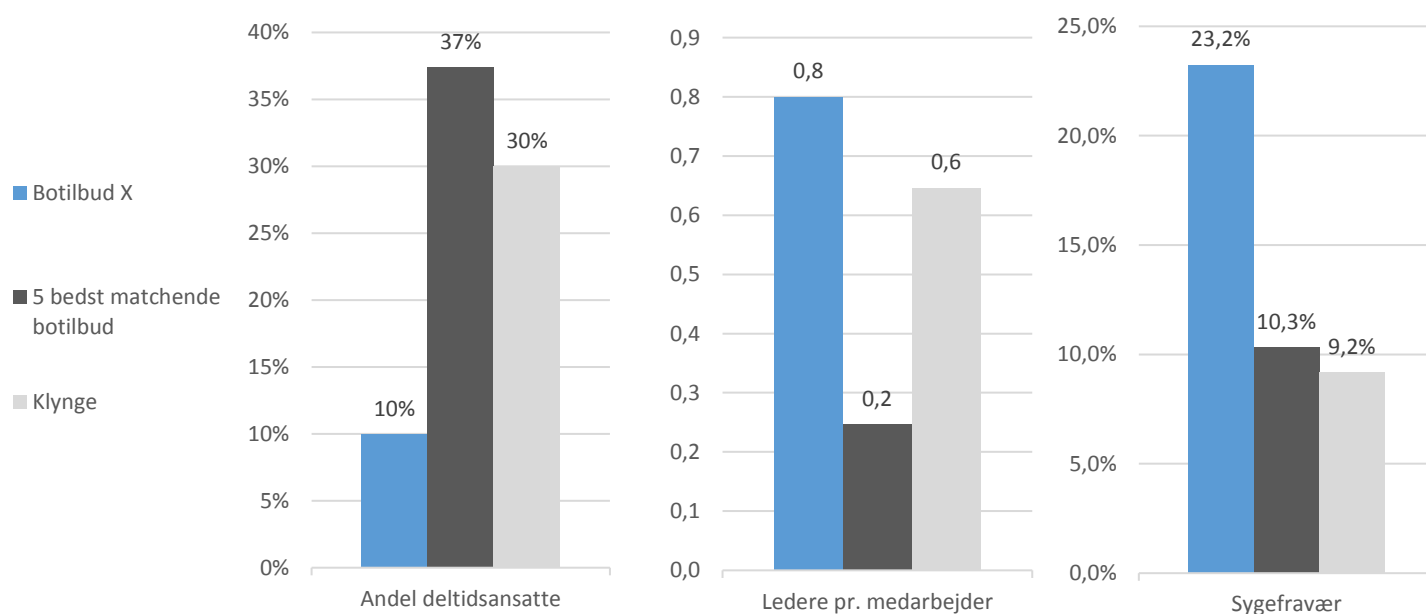
Overordnede indikatorer

Figurerne viser dagstakst og normering (undt. nattevagt) på hhv. Botilbud X, de fem bedst matchende botilbud samt de øvrige botilbud i klyngen



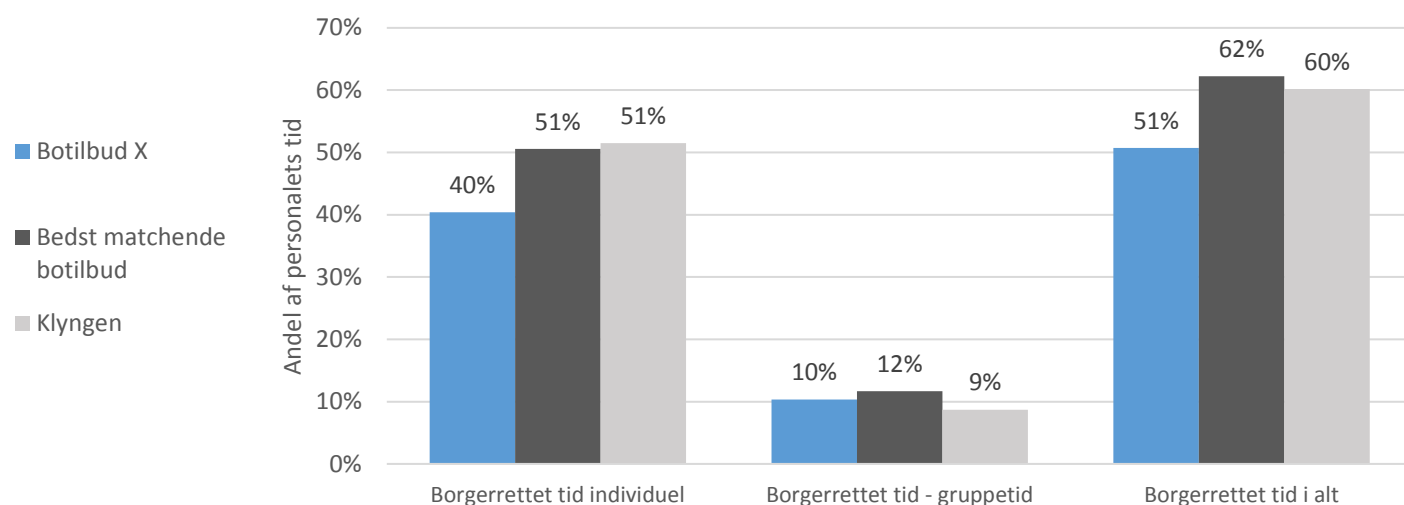
Medarbejderressourcer

Figurerne viser Andel deltidsansatte, Ledere pr. medarbejder og Sygefravær for Botilbud X, de 5 bedst matchende botilbud samt de øvrige botilbud i klyngen



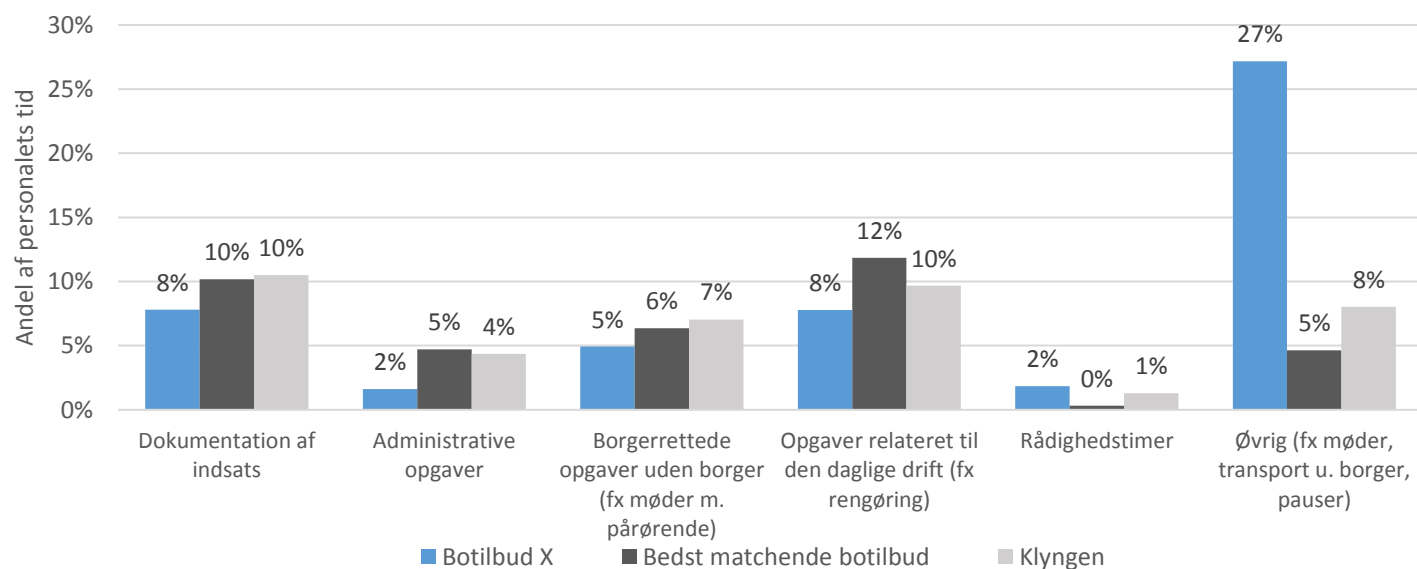
Tidsforbrug fordelt på borgerrettede opgaver

Figuren viser andelen af personalets tid, der anvendes på direkte borgerrettede aktiviteter på individuelt og gruppeniveau for Botilbud X, de 5 bedst matchende botilbud samt de øvrige botilbud i klyngen



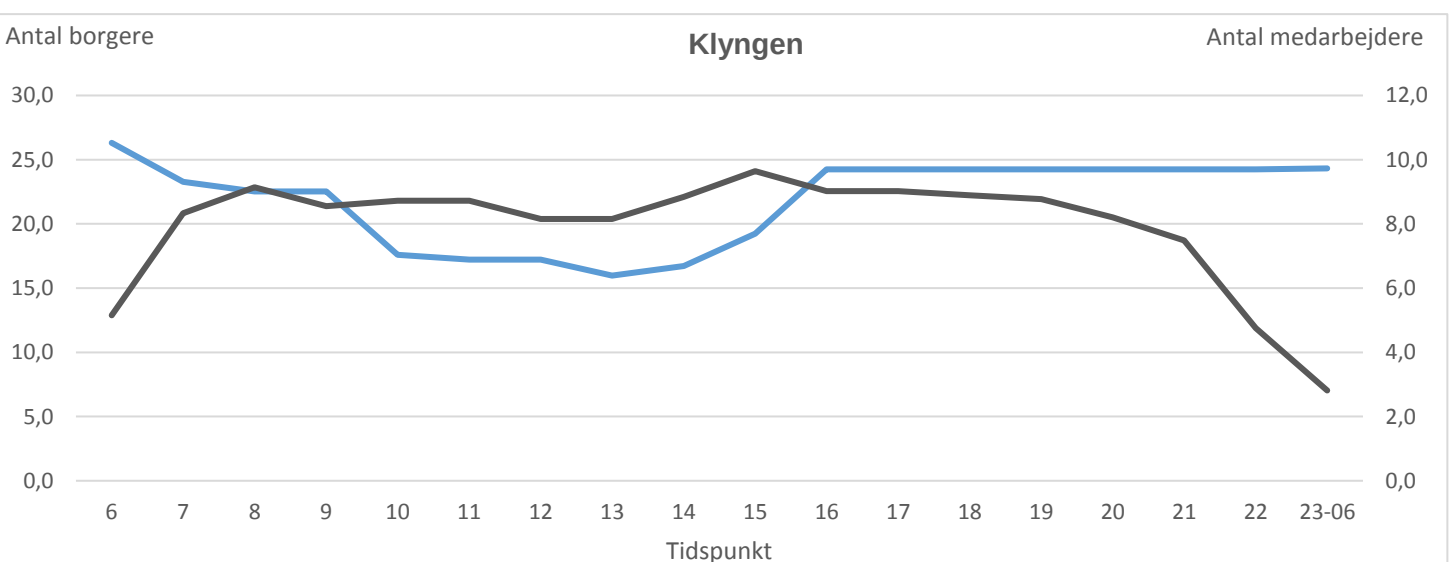
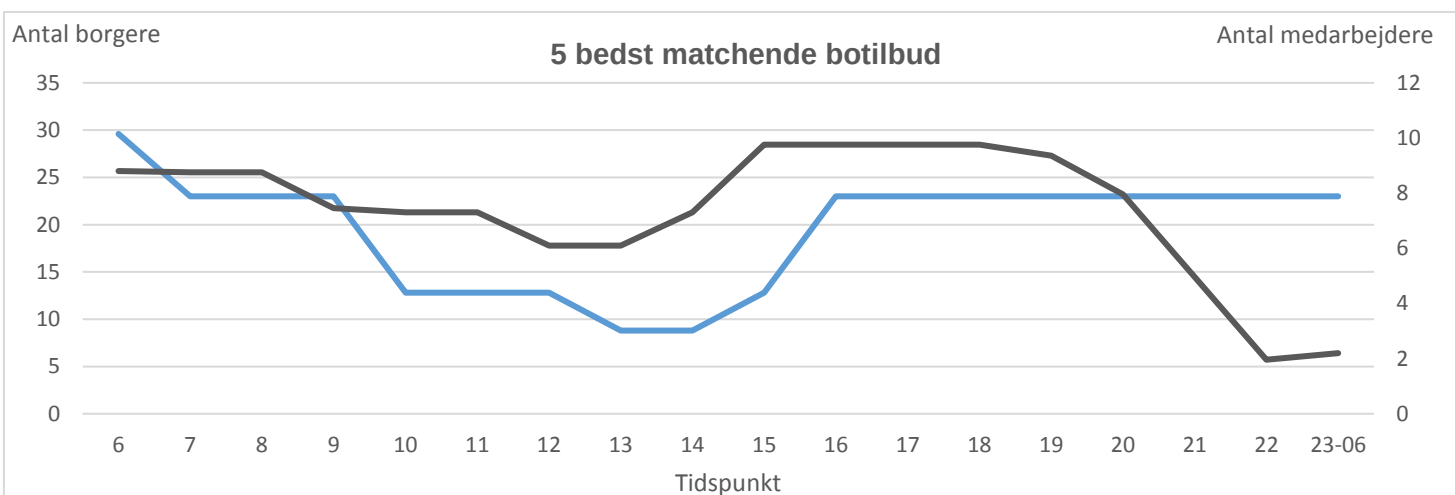
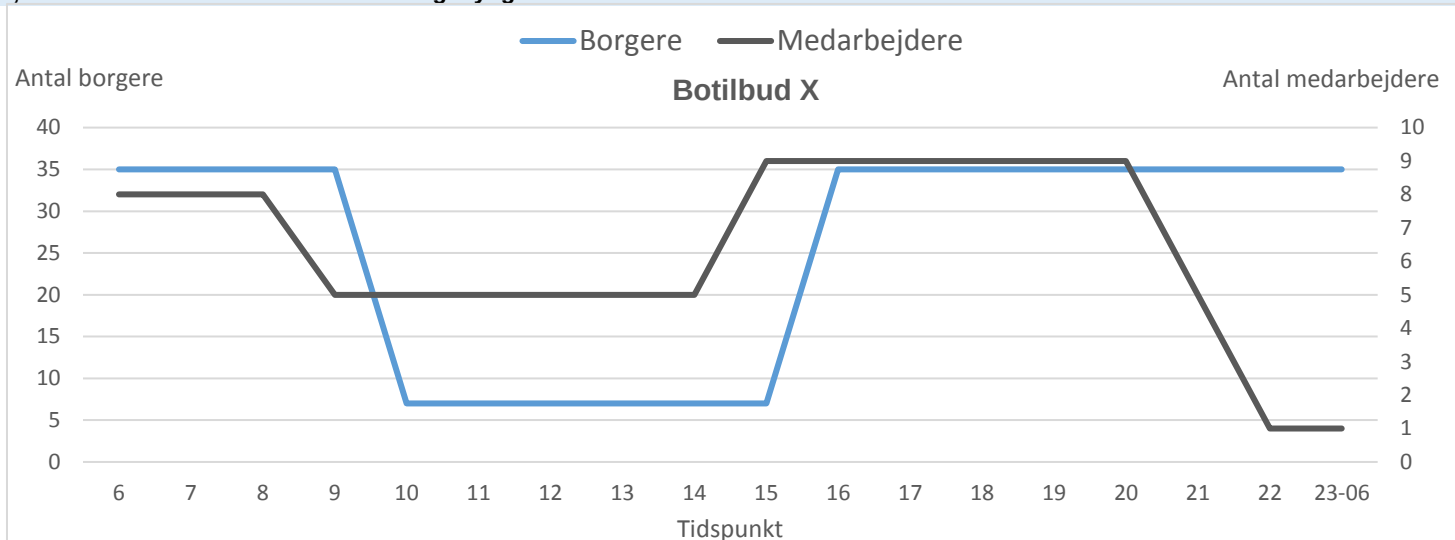
Tidsforbrug fordelt på opgaver, der ikke er direkte borgerrettede

Figuren viser andelen af personalets tid, der anvendes på aktiviteter der ikke er direkte borgerrettede for Botilbud X, de 5 bedst matchende botilbud samt de øvrige botilbud i klyngen



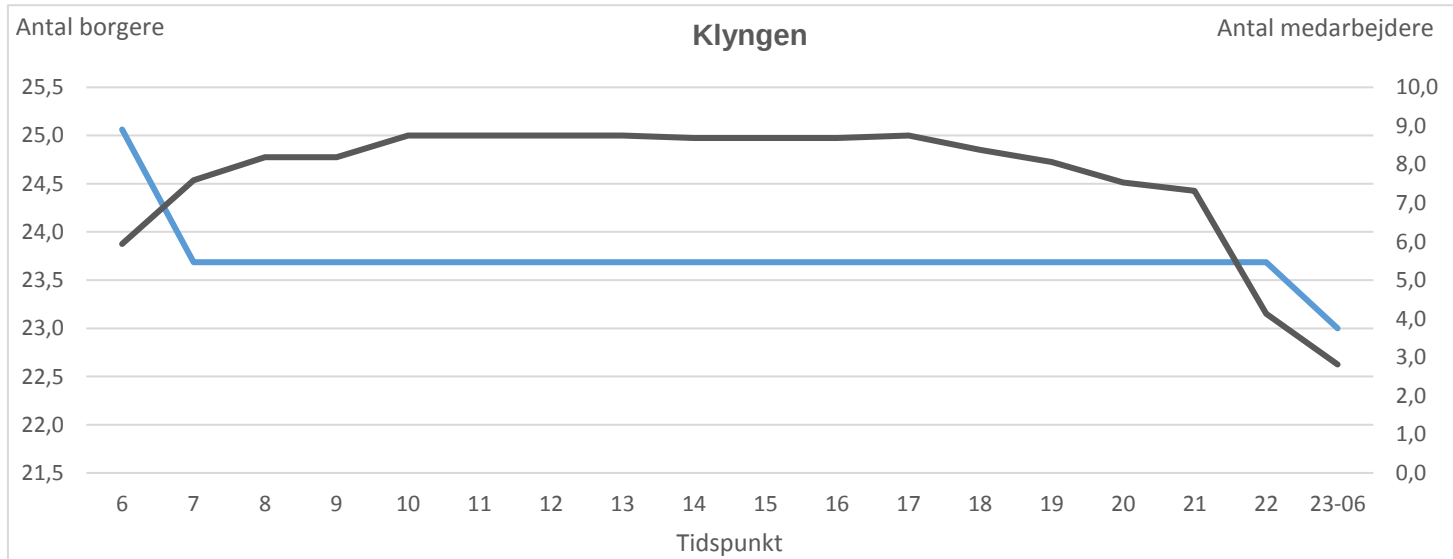
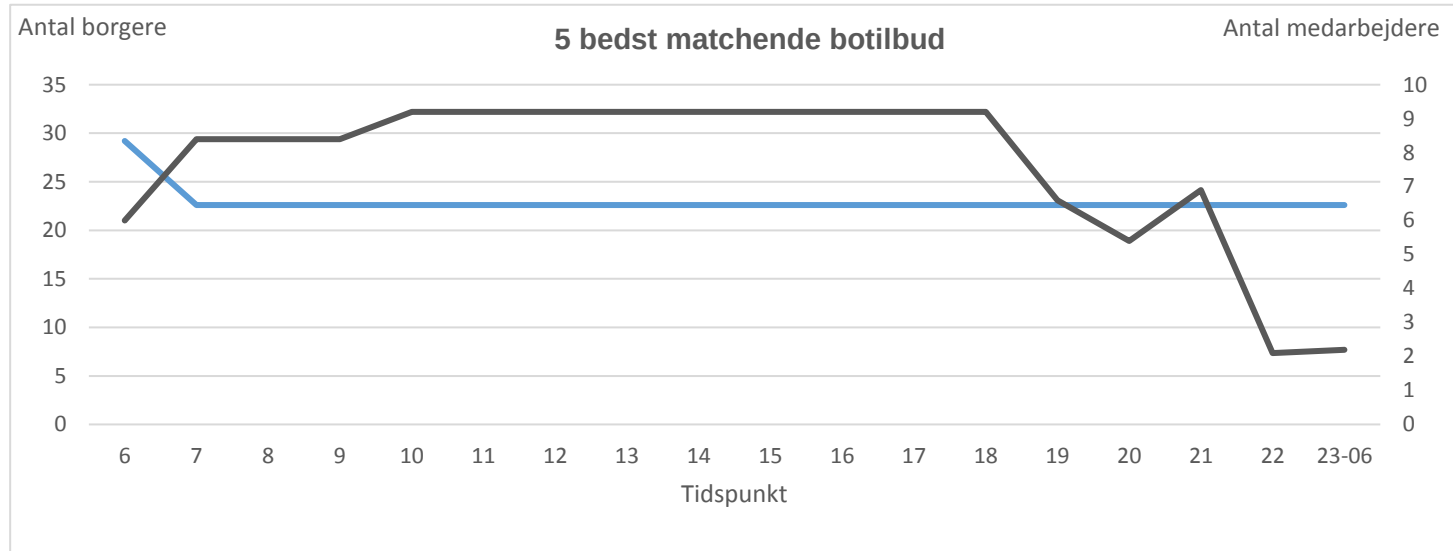
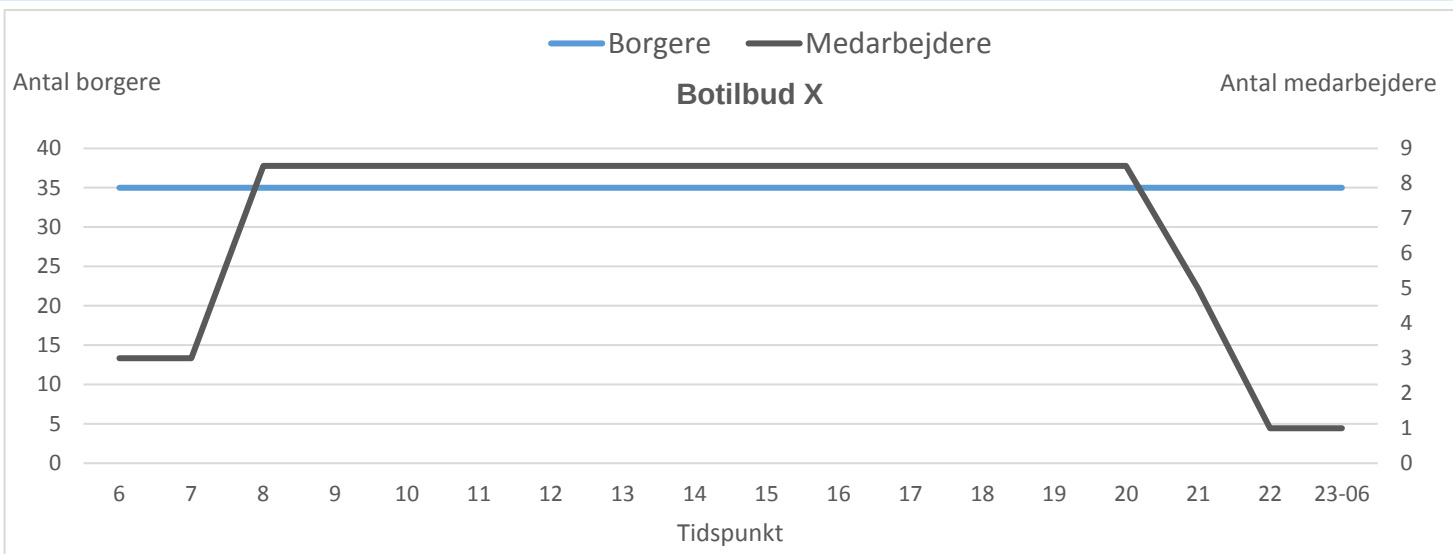
Normeringer på hverdage

Figurene viser antallet af medarbejdere og borgere, der er tilstede i botilbuddet henover døgnet i hverdagene for hhv. Botilbud X, de fem bedst matchende botilbud og klyngen



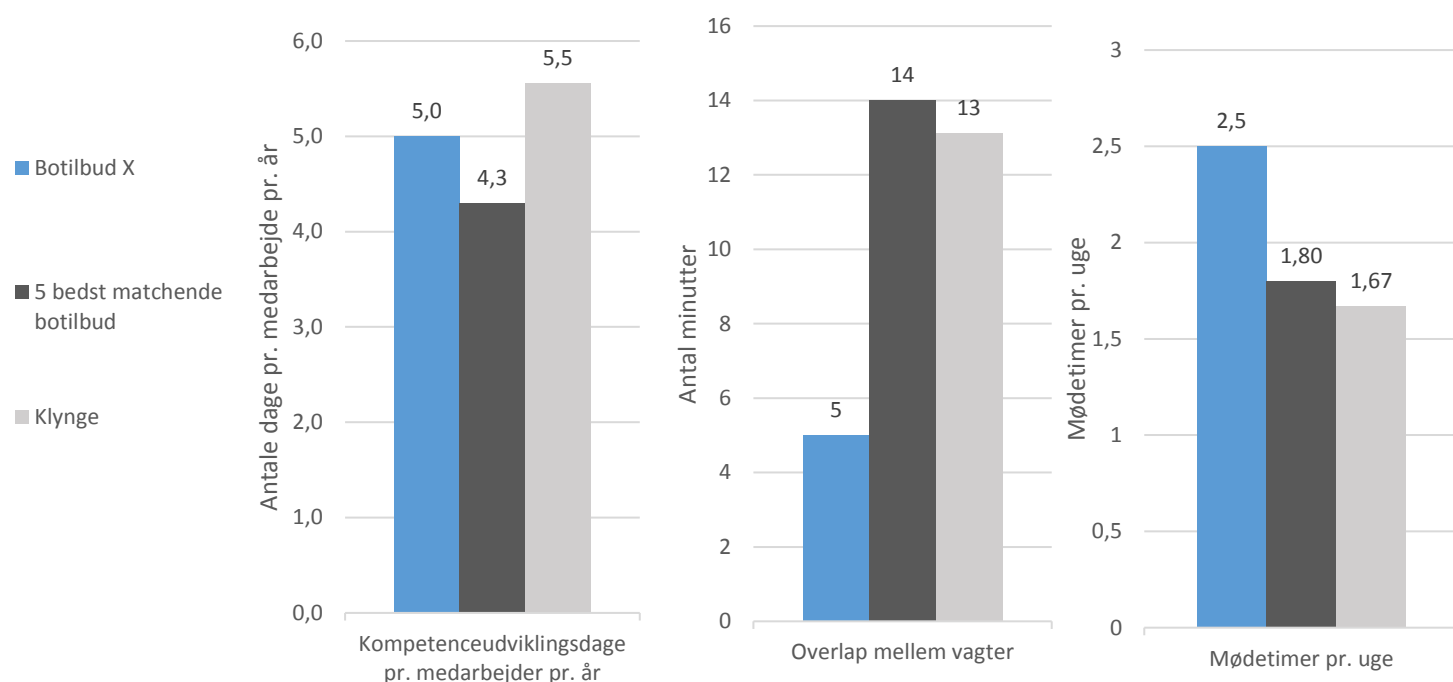
Normeringer i weekenden

Figurerne viser antallet af medarbejdere og borgere der er tilstede i botilbuddet henover døgnet i weekenden for hhv. Botilbud X, de fem bedst matchende botilbud og klyngen



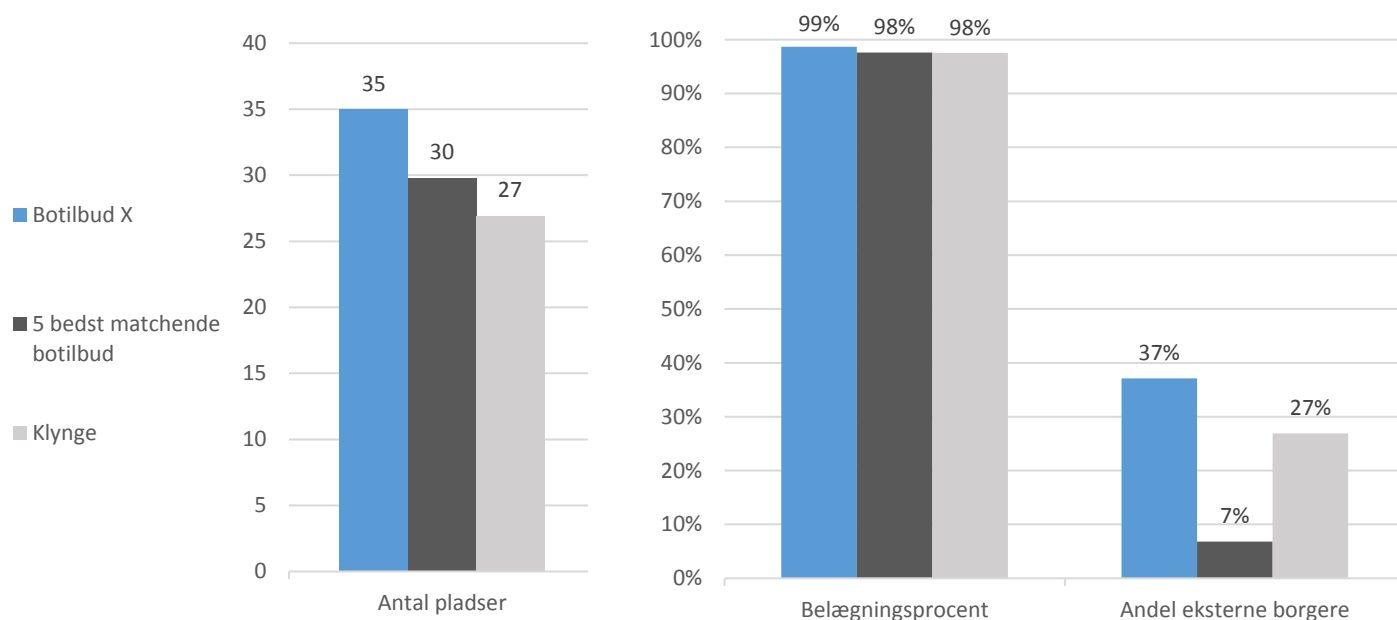
Arbejdstilrettelæggelse

Figurene viser antallet af medarbejdere og borgere der er tilstede i botilbuddet henover døgnet i weekenden for hhv. Botilbud X, de fem bedst matchende botilbud og klyngen



Generel information

Figurene viser antallet af medarbejdere og borgere der er tilstede i botilbuddet henover døgnet i weekenden for hhv. Botilbud X, de fem bedst matchende botilbud og klyngen



Vejledning til rapporten

Formålet med benchmarkingrapporten er at sammenligne botilbuddet med sammenlignelige tilbud og herunder identificere dele af driften, hvor der er potentiale for optimering på det enkelte tilbud. Benchmarking rapporten skal dermed understøtte arbejdet med at identificere lokale effektiviseringspotentialer på botilbuddene.

Tilbuddenes drift sammenlignes med hhv. de 5 botilbud i databasen som ligner botilbuddet mest og et gennemsnit for en klynge af sammenlignelige tilbud. Begge sammenligningskategorier tager udgangspunkt i gennemsnitlig VUM score, støttebehov og målgruppesammensætning.

- 5 botilbud der lignede botilbuddet mest

- *Klynge*: De sammenlignelige tilbud i klyngen er tilbud, som ligner det pågældende tilbud mest muligt mht. gennemsnitlig vum-score, støttebehov og målgruppe.

Se casesamling med eksempler fra tilbud, som har arbejdet med at optimere driften på forskellig vis, på www.kl.dk/botilbudsdrift

Overordnede indikatorer

Disse indikatorer viser helt overordnet, hvor effektivt (målt som gennemsnitlig takst og normering) tilbuddet er i forhold til gennemsnittet for klyngen og i forhold til landsgennemsnittet. Dette er en indikation på, hvad potentialet overordnet set er for at effektivisere tilbuddets drift.

- *Gennemsnitlig takst*: Gennemsnitlig takst er den dagstakst, der fremgår af tilbudsportalen. Hvis der er flere takster, tages et gennemsnit af disse

- *Gennemsnitlig normering*: Antallet af medarbejdere pr. borger. I de overordnede indikatorer er beregnet et gennemsnit for morgen-, dag- og aften timer, dvs. undt. nattevagt

Tidsforbrug fordelt på borgerrettede opgaver

Hvor stor en andel af medarbejdernes tid går til opgaver sammen med én eller flere borgere. Hvis tilbuddet har en forholdsvis lav borgertid, tyder det på, at der er et potentiale for at effektivisere nogle af de øvrige opgaver, jf. nedenfor om ikke direkte borgerrettede opgaver.

- *Brugerrettet tid, individuelt*: Tid brugt sammen med den enkelte borger. Herunder personlige pleje, støtte, kontakt og samvær, måltider, medicin, praktiske gøremål, sundhedsfaglige opgaver, individuelle aktivitets- og fritidstilbud, transport og kørsel med borgerne mv.

- *Brugerrettet tid, gruppetid*: Tid brugt sammen med flere borgere. Herunder fælles aktiviteter, fælles transport, måltider mv.

Tidsforbrug fordelt på ikke direkte borgerrettede opgaver

Hvor stor en andel af medarbejdernes tid går til opgaver, der ikke udføres sammen med borgeren. Flere tilbud er lykkedes med at nedbringe tiden brugt på ikke-direkte borgerrettede opgaver, fx ved at gøre dokumentationen mere fokuseret og skabe større sammenhæng til de mål, der er for borgerne. Se eksempler i case samlingen.

- *Dokumentation*: Herunder dagbogsnotater, journaler, medicindokumentation, handleplaner, magtanvendelse mv.

- *Administrative opgaver*: Herunder kontakt til eksterne (læge, sagsbehandler mv.) eller vagtplanlægning og koordinering

- *Borgerrettede opgaver uden borger*: Herunder faglig sparring og debriefing om borgere, pårørendesamtaler, tværfagligt samarbejde om borgere mv.

- *Opgaver relateret til den daglige drift*: Praktiske opgaver, herunder klargøre måltider, dække bord, rengøring, vaske tøj for borgerne mv.

- *Øvrig tid*: Personalemøder, faglig udvikling og pauser

Medarbejderressourcer

Disse indikatorer viser brugen af personaleressourcerne. Der er i casesamlingen eksempler på, hvordan medarbejdere pr. leder kan optimeres gennem fx etablering af fælles funktioner og øget professionalisering, hvordan andel deltidsansatte medarbejdere og lønudgift pr. medarbejder kan optimeres i forbindelse med rekruttering af medarbejdere og vagtplanlægning, og hvordan sygefravær kan optimeres ved en fokuseret indsats.

- *Andel deltidsansatte medarbejdere*: Hvor stor en andel af medarbejderne er deltidsansatte

- *Medarbejdere pr. leder*: Antal medarbejderårsværk set i forhold til antal lederårsværk

- *Sygefravær*: Det gennemsnitlige sygefravær i projekt i løbet af seneste år.

Normering, hhv. hverdag og weekend

Disse indikatorer viser antal medarbejdere og borger henover døgnet. Generelt er antallet af medarbejdere pr. borger højest i dagtimerne i hverdagen, da mange borgere i dagtimerne er på aktivitetsstilbud. I hverdagsperioder kan man se, at der er et stort behov for at minimere af

I hverdagen, da mange borgere i dagtimerne er på aktivitetstilbud, i beskæftigelse mv., men at der samtidig skal være et vist minimum af medarbejdere til stede på botilbuddet. Mange tilbud har arbejdet med, hvordan medarbejderressourcerne kan bruges mere fleksibelt i dagtimerne, når borgerne ikke er tilstede på tilbuddet. Ligeledes har mange botilbud arbejdet med at optimere nattevagten, fx ved at anvende fælles nattevagt på tværs af tilbud. Læs mere i case samlingen.

Arbejdstilrettelæggelse

Indikatorerne viser, hvor lang tid tilbuddene bruger på vagtoverlap, på mødeafholdelse og på kompetenceudvikling. Nogle tilbud har oplevet, at der kan reduceres i tiden anvendt på overlap og mødeafholdelse. Det er særligt tilbud, der samtidig har arbejdet med at fokusere dokumentationen og dermed forbedret brugen af dokumentation om borgeren. Se eksempler fra tilbud, der har nedbragt tid til på koordinering, i case samlingen.

- *Overlap i min.* Antal minutter, der er afsat til overlap mellem to vagter

- *Antal mødetimer pr. uge:* Antal timer om ugen, der bruges på koordinerende personalemøder (der afholdes ikke nødvendigvis ugentlige møder, men gennemsnittet er udregnet pr. uge)

- *Kompetenceudviklingsdage pr. år:* Antal dage hver medarbejder i gennemsnit bruger på kompetenceudvikling om året.

Generelt

De sidste indikatorer viser antal pladser i tilbuddet, tilbuddets belægningsprocent samt hvor stor en andel af borgerne, der er eksterne.

- *Antal pladser:* Antal pladser i tilbuddet

- *Belægningsprocent:* Antal borgere set ift. antal pladser i tilbuddet.

- *Andel eksterne borgere:* Hvor stor en andel af tilbuddets borgere er pr. 1 januar fra andre kommuner (hvor betalingskommunen er en anden).

Læs mere

Se www.kl.dk/botilbudsdrift

Direkte link til casesamlingen: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_83088/cf_202/Inspirationskatalog-_Veje_til_en_mere_effektiv_dri.PDF

Bilag 16

København, den 19. februar 2017

Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 for borgere med psykiske lidelser.

Baggrund

Med delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017-2020 indgår som en del af "Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud", at der etableres en ordning med fast tilknyttede læger på botilbud (servicelovens § 108), der har borgere med psykiske lidelser som målgruppe. Ordningen med fast tilknyttet læge på botilbud for borgere med psykiske lidelser svarer til den ordning, som er aftalt for beboere på plejecentre.

Ordningen for borgere med psykiske lidelser på botilbud omfatter:

1. Borgere på det enkelte botilbud tilbydes at vælge en læge/lægeklinik, der er fast tilknyttet til botilbuddet. Honoreringen af lægerne for den sundhedsfaglige behandling, som ydes til de borgere på botilbud, der er fast tilknyttet en læge, sker efter reglerne i Overenskomst om almen praksis.
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og/eller botilbuddet og den fast tilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Der er afsat 17 mio. kr. i perioden 2017-2020 til ordningen, som implementeres med opstart 2017.

Allonge til aftale om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre

Alle forhold om faste læger tilknyttet botilbud for borgere med psykiske lidelser følger det aftalte i Aftale om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre af 26. maj 2016, dog således at implementeringsperioden er 2017-2020, og at der som følge heraf også sker første opfølgning på implementeringen primo 2018.



Ellen Trane Nørby
Sundhedsminister

Christian Freitag
Formand for PLO

Bent Hansen
Formand for Danske Regioner



Martin Damm
Formand for KL

Bilag 17

Delaftale om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre

§1 Baggrund

Pilotprojekter har vist, at en ordning med fast tilknyttede læger til plejecentre kan forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre – herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedring af medicin håndteringen.

Praktiserende Lægers organisation (PLO), staten, Danske Regioner og KL har indgået aftale om, at der skal implementeres en ordning, hvor beboere på plejecentre tilbydes at være tilmeldt en læge, der er fasttilknyttet plejecentret. Ordningen består af 2 elementer:

1. Beboerne på det enkelte plejecenter tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret.
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Der er på landsplan afsat 100 mio. kr. i perioden 2016-19 til ordningen. De 100 mio. kr. tilføres kommunerne som bloktilskud. De 19 midtjyske kommuner får samlet tilført 22 mio. kr. i perioden 2016-19 til honorering af lægerne i forbindelse med, at lægerne i en indfasningsperiode yder generel sundhedsfaglig rådgivning. Indfasningen forudsættes at foregå over en 4-årig periode.

§2 Delaftalens parter

Nærværende aftale er indgået mellem Region Midtjylland, kommunerne i Region Midtjylland og PLO-M på vegne af de praktiserende læger med ydernummer i regionen.

§3 Delaftalens formål

Delaftalen beskriver, hvordan ordningen om fasttilknyttede læger til plejecentre udmøntes i Region Midtjylland.

Delaftalen er en del af den underliggende aftale til praksisplanen for almen praksis, der gælder for samarbejdet mellem praktiserende læger, region og kommuner i Region Midtjylland.

§4 Indhold i ordningen og tilknytning af læge

Sundhedsfaglig rådgivning

Den fasttilknyttede læge yder sundhedsfaglig rådgivning til personale på plejecentre. Den sundhedsfaglige rådgivning er rådgivning til plejepersonalet i forhold til generelle sundhedsfaglige problemstillinger. Rådgivningen gives på aftalte tidspunkter på møder med personalet på plejecentret. Rådgivningen indebærer ikke patientbehandling.

Der indgås kontrakt mellem kommunen og den fast tilknyttede læge om sundhedsfaglig rådgivning (Se bilag A).

Når kontrakt mellem kommune og den praktiserende læge indgås, aftales timeantal og interval for den sundhedsfaglige rådgivning. Transport medregnes i det aftalte antal konsulttimer (jf. §6). Der kan evt. indgås aftale med flere fast tilknyttede læger på det enkelte plejecenter.

Det anbefales, at der i vurderingen af, hvor mange læger, der ønskes tilknyttet et plejecenter tages højde for hvor mange borgere, det vil være hensigtsmæssigt, at den enkelte læge får tilknyttet som patienter. Aftalens parter anbefaler, at der i denne forbindelse tages højde for lokale forhold, og at der normalt tilknyttes 25-30 beboere pr. fast tilknyttet læge på et plejecenter.

De kommunalt lægelige udvalg (KLU) kan aftale et højere timetal til sundhedsfaglig rådgivning i forbindelse med igangsættelsen af ordningen på plejecentrene, og dermed mindre tid senere i forløbet. Dette med henblik på at etablere et godt samarbejde om behandlingen af plejecentrets beboere.

Efter indgåelse af denne delaftale påhviler det de enkelte kommuner at indgå kontrakt med praktiserende læger, som har interesse i at være fasttilknyttet et plejecenter.

Såfremt det ikke viser sig muligt at finde interesserede ansøgere, påhviler det den enkelte kommune at undersøge løsningsmuligheder. Det kommunalt-lægelige udvalg skal inddrages.

§5 Borgerens valg af læge

Alle beboere på plejecentre får mulighed for at vælge en fast tilknyttet læge som egen læge og kan til enhver tid skifte læge efter de gældende regler for dette.

Beboere på plejecentre kan vælge en fasttilknyttet læge til egen læge, selvom lægen har lukket for tilgang.

Ledelsen på plejecentre skal sikre, at beboere og pårørende er informeret om borgernes muligheder for valg af læge. Der er udarbejdet fælles tekst, som kan anvendes til informationsmateriale. Derudover kan alle borgere som vanligt hente information om valg og skift af læge via kommunens borgerservice.

Ved opsigelse af en konsultantaftale mellem en fast tilknyttet læge og en kommune, jf. bilag A, vil kommunen skulle sørge for ansættelse af en ny fast tilknyttet læge, og i forlængelse heraf vil ledelsen på plejecentret skulle informere beboere og pårørende om borgernes mulighed for valg af den nye fast tilknyttede læge.

§6 Honorering og afregning

Sundhedsfaglig rådgivning

De nationale parter (PLO, staten, Danske Regioner og KL) har aftalt, at følgende timetakst for lægens sundhedsfaglige rådgivning skal anvendes: kr. 901 (1. april 2016-niveau).

Transport mellem lægens praksis og plejecenter afregnes efter konsulenttakst (kr. 901 pr. time). Hertil kommer kørselsgodtgørelse efter overenskomstens kørselstakst kr. 4,17 pr. km.

Det skal tilstræbes, at mindst muligt tid i ordningen anvendes på kørsel. I forbindelse med rekruttering af fast tilknyttede læger lægges der blandt andet vægt på et nærhedsprincip og lokalkendskab i forhold til det enkelte plejecenter. Som hovedregel vil den fast tilknyttede læge max. have 30 min. transport pr. fremmøde til sundhedsfaglig rådgivning (dvs. 15 min. kørsel til plejecentret og 15 min. kørsel retur). Det udelukker dog ikke muligheden for, at der kan indgås aftaler med læger med mere end 15. min. transport til plejecentret.

Lægen fremsender hver måned en regning på den sundhedsfaglige rådgivning til den pågældende kommune på et aftalt EAN-nummer.

Sundhedsfaglig behandling i forbindelse med rådgivning

I forbindelse med at den fast tilknyttede læge er på plejecentret for at yde sundhedsfaglig rådgivning, kan lægen aflægge sygebesøg hos beboere, som har den fasttilknyttede læge som egen læge. Dette sker efter bestemmelserne i gældende overenskomst og lokale delaftaler i Region Midtjylland. Et sygebesøg kan som udgangspunkt ikke aflægges uden aftale. Sygebesøg gives under iagttagelse af overenskomstens bestemmelser om henvendelse fra patienten eller dennes pårørende (kan også være plejepersonale), og hvis henvendelsen efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

Ved eventuel aflæggelse af sygebesøg til beboer på det plejecenter, hvor lægen samme dag giver sundhedsfaglig rådgivning til personalet, kan lægen ikke også afregne for afstandstillæg og kilometergodtgørelse i henhold til overenskomsten.

Det betyder fx, at sygebesøg, der aflægges i forbindelse med, at lægen er tilstede på plejecentret til sundhedsfaglig rådgivning honoreres efter overenskomstens ydelse 0491 "besøg på ruten", eller hvad der måtte svare hertil i lokale delaftaler.

Almindelige sygesikringsydelser

Sundhedsfaglig behandling, som sker i forlængelse af den sundhedsfaglige rådgivning, som i øvrigt ydes til beboere, der er tilknyttet den fast tilknyttede læge på plejecentret, honoreres efter de til enhver tid gældende regler i Overenskomst om almen praksis samt lokale delaftaler i Region Midtjylland.

§7 Opfølgning

Opfølgning

Der foretages en national monitorering og opfølgning på indfasningen af ordningen (Jf. den nationale aftale mellem Praktiserende Lægers organisation (PLO), staten, Danske Regioner og KL). Første opfølgning på implementeringen foretages primo 2017. Derefter foretages en opfølgning én gang årligt. Til brug for denne opfølgning indrapporterer de lokale parter ultimo 2016 – og derefter én gang årligt - status på den lokale implementering af ordningen. Den årlige opfølgning i Region Midtjylland vil blive forelagt Praksisplanudvalget.

Den enkelte kommune indgår kontrakt med de fast tilknyttede læger og fastsætter antal timer i ordningen. Kommunen varetager den løbende opfølgning på forbruget af timer i ordningen.

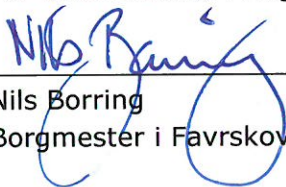
§8 Generelle bestemmelser

Øvrige forhold reguleres efter de generelle bestemmelser, der kan indgå i underliggende aftaler, indgået af de centrale parter. Der henvises til "Generelle bestemmelser der kan indgå i underliggende aftaler indgået mellem PLO-R, Region X og Kommunerne i Region X" af 14. april 2016.

§9 Ikrafttrædelse og opsigelse

Nærværende delaftale træder i kraft 31. oktober 2016. Delaftalen er gældende, indtil den med 3 måneders varsel til udgangen af en måned opsiges af en af de lokale parter.

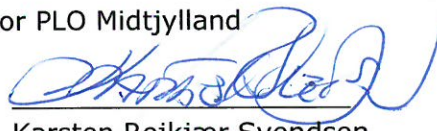
For kommunerne i Region Midtjylland


Nils Borring
Borgmester i Favrskov Kommune

For Region Midtjylland


Carl Johan Rasmussen
Formand Praksisplanudvalg

For PLO Midtjylland


Karsten Rejkjær Svendsen
Formand for PLO Midtjylland

Bilag

- Standardkontrakt (bilag A)
- "Generelle bestemmelser der kan indgå i underliggende aftaler indgået mellem PLO-R, Region X og Kommunerne i Region X" af 14. april 2016 (bilag B)

Bilag 18

06. april 2018

Tillæg (allonge) til delaftale om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre i kommunerne i Region Midtjylland af 10. november 2016

Denne allonge til ovennævnte aftale indgås som følge af Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 for borgere med psykiske lidelser indgået den 19. februar 2017.

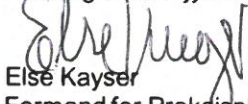
Alle forhold om faste læger tilknyttet botilbud efter servicelovens § 108 med psykiske lidelser følger det aftalte i delaftale om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre af 10. november 2016, dog således at implementeringsperioden er 2017-20.

For PLO Midtjylland



Lise Høyer
Formand for PLO Midtjylland

For Region Midtjylland



Else Kayser
Formand for Praksisplanudvalget

For kommunerne i Region Midtjylland
Frank Heidemann, Viceborgmester, Ikast Brande Kommune

