

Bilag fra DASSOS 27. november 2018

Sekretariat for Rammeaftaler
Midtjylland
Prinsens Allé 5
8800 Viborg

Bilagsoversigt

Side

Bilag 1: Forslag til forløbsbeskrivelse for kvinder på krisecentre i Midtjylland	2-6
Bilag 2: Forslag til kommunale indsatser ift. udviklingsområdet "Børn og unge med autisme"	7-8
Bilag 3: Forslag til kommissorium for udviklingsområdet "Effekt, Kvalitet og Progression"	9-10
Bilag 4: Notat fra Aarhus Kommune om den lokale implementering af Ungdomskriminalitetsreformen	11-27
Bilag 5: Dagsorden til møde i KLs Koordinationsforum den 14. november 2018	28-34
Bilag 6: Referat fra møde i KLs Koordinationsforum den 14. november 2018	35-42
Bilag 7: Prøvehandling om genoptræningsplaner efter psykiatrisk behandling	43-47
Bilag 8: Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser	48-88
Bilag 9: anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger	89-113
Bilag 10: Brev fra KKR Midtjyllands formandskab til KLs formandskab vedr. de særlige pladser	114-116
Bilag 11: Svar fra KLs formandskab vedr. de særlige pladser	117-118
Bilag 12: Danske Regioner og KLs fælles forslag til regeringen vedr. omlægning af pladserne	119-122

Bilag 1

Forslag til forløbsbeskrivelse for kvinder, der har ophold på et krisecenter (med en driftsoverenskomst) i Region Midtjylland

Denne forløbsbeskrivelse er suppleret med en række anbefalinger til, hvordan kommuner og krisecentre samarbejder i Region Midtjylland for sikre en helhedsorienteret indsats for den enkelte kvinde og hendes børn.

Målgruppe

Bopælskommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn, og de modtager under opholdet omsorg og støtte.¹

Visitation

Det er lederen af krisecentret, der har visitationsretten.²

Hovedparten af krisecentrene i Region Midtjylland har udarbejdet et fælles visitations-skema, som sikrer en fælles ramme for visitationskriterierne:

1. Kvinden skal have været udsat for fysisk og/eller psykisk vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold.
2. Kvinden skal være selvhjulpnen i forhold til at kunne klare hverdagens praktiske gøremål samt være i stand til at få hverdagen til at fungere sammen med de øvrige beboere.
3. Hvis kvinden har børn med, skal kvinden selv tage vare på børnene.
4. Kvinden må som udgangspunkt ikke lide af ubehandlede psykiske problemstillinger
5. Kvinden må ikke have et misbrug.

Optagelse i boformen kan ske anonymt ved egen henvendelse eller ved henvisning fra offentlige myndigheder.³

Krisecentrene har kendskab til kvinder og familier, som har behov for hjælp, men hvor problematikken ikke er i målgruppen til et ophold på et krisecenter. I disse situationer kan krisecentret, med kvindens accept, kontakte bopælskommunen for at gøre opmærksom på, at kvinden har behov for støtte, råd og vejledning fra den kommunale myndighed.

¹ SEL § 109 stk. 1

² SEL § 109 stk. 3

³ SEL § 109 stk. 2

Indskrivning på krisecenter

Kvinden kan vælge at være anonym⁴, og hvis hun har børn med, har krisecentrene en skærpet underretningspligt i forhold til børn.⁵

Krisecentret skal senest tre dage efter modtagelsen⁶ kontakte kvindens bopælskommune og oplyse, at kvinden og eventuelle børn er indskrevet. I brevet til kommunen skal der oplyses om følgende:

- Taksten for ophold på krisecentret.
- Bopælskommunen kan opkræve egenbetaling.⁷
- Bopælskommunen skal tilbyde indledende og koordinerende støtte og vejledning til kvinden.⁸
- Bopælskommunen skal tilbyde psykologbehandling til alle børn, som ledsager moderen under dennes ophold.⁹

Ophold på krisecenter

Krisecenteret kan tilbyde midlertidigt ophold samt rådgivning og mulighed for fællesskab med andre i samme situation. Der findes ingen behandlingstilbud på et krisecenter, men der gives professionel støtte og vejledning til bearbejdning af volden og dens konsekvenser.

Bopælskommunen skal tilbyde indledende og koordinerende støtte og vejledning til kvinder på krisecenter. Den indledende rådgivning skal iværksættes så tidligt som muligt efter orientering om optagelse på krisecenter og skal introducere kvinden til den koordinerende rådgivning samt skabe kontakt mellem kvinden og en medarbejder, der varetager den koordinerende rådgivning¹⁰.

Den koordinerende rådgivning gives i forhold til bolig, økonomi, arbejdsmarked, skole, daginstitution, sundhedsvæsen m.v. og skal understøtte de enkelte dele i kommunalbestyrelsens øvrige tilbud. Rådgivningen iværksættes senest, når forberedelsen til udflytning fra boformen påbegyndes og gives, indtil kvinden og eventuelle børn er etableret i egen bolig.

I et samarbejde mellem kvinde og krisecenteret udarbejdes der en *opholdsplan*, som omhandler kvindens forventninger og ønsker for opholdet.

⁴ SEL § 109 Stk. 2

⁵ SEL § 153.

⁶ SEL § 109 stk. 4

⁷ bek. Nr. 1244/13/11 2017

⁸ SEL § 109 stk. 7

⁹ SEL § 109 stk. 8

¹⁰ SEL § 109 stk. 7

Bopælskommunen udarbejder i samarbejde med kvinden en *handleplan*¹¹, som angiver:

- Formålet med indsatsen.
- Hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet.
- Den forventede varighed af indsatsen.
- Andre særlige forhold

For at sikre progression i indsatsen er det vigtigt, at handleplanen udarbejdes hurtigst muligt således, der kan indledes et samarbejde mellem kvinden, bopælskommune og krisecenter med det formål, at der afstemmes forventninger herunder udflytning fra krisecenter.

Bopælskommunen bør understøtte, at børn kan komme i daginstitution og modtage undervisning, mens de har ophold på krisecenter. Der foretages en individuel vurdering af barnets situation herunder sikkerhedsvurdering, inden der etableres et tilbud.

Kvinden kan i højere grad få ro til at arbejde med sine egne og familiens problemstillinger sammen med krisecentrets personale. Det kan derfor være afgørende for, hvor længe en kvinde har behov for ophold på et krisecenter.

Udskrivning og fraflytning

Det er kvindens opgave at finde bolig.

Den koordinerende rådgiver fra bopælskommunen skal støtte kvinden i at finde egen bolig mm.

Der kan være både sociale, menneskelige og økonomiske gevinster ved, at kommunen aktivt giver støtte til at finde en egnet bolig herunder sikrer en hurtig sagsbehandling af kvindens ansøgning om indskudslån/enkeltydelse.

¹¹ SEL § 141

Bilag 2

FORSLAG TIL KOMMUNALE INDSATSER

Initiativ fra Rammeaftalen 2019-2020	Hvilke indsatser kan fremme initiativet?	Hvordan kan kommunerne fremme indsatsen?	Hvem er aktør?	Hvad er tids- perspektivet?	Hvad er målet?
Vi skaber viden om tidlige tegn på skolevægring, så vi kan handle forgribende og hurtigt give barnet eller den unge den nødvendige støtte	Opkvalificering af det pædagogiske frontpersonale og fremrykket indsats i form af hurtig støtte som en pædagogisk indsats i skole, dagtilbud og hjem efter rådgivning fra PPR. Rådgivning og sparring fra peers. Tværprofessionel rådgivning skal koordineres, så man ikke arbejder med forskellige mål. Ofte skal indsatsen rettes mod hele familien og derfor er socialafdelingen afgørende.	Kommunerne skal opbygge den fornødne viden, eks. via Autismepiloterne eller Atlasuddannelsen. Kommunerne bør også inddrage peers. Denne viden fremmer også muligheden for at se mistrivsel hos andre børn.	Det almene skoletilbud, PPR, Familiebehandlingen, Socialafdelingen og sundhedsplejen. Kompetencerne fra de specialiserede tilbud skal bringes ind i det almene område. Peers.	Inden 2020 har alle kommuner et øremærket team, som frontpersonalet kender. Samtidigt har frontpersonalet de nødvendige redskaber til at se og reagere på tegn på mistrivsel.	Vi skal være bedre til at se tidlige tegn på mistrivsel, som viser sig som en form for autismespektrum-forstyrrelser.
Vi udvikler metoder og modeller for lokalt forankrede indsatser i tilknytning til skoler og uddannelsesinstitutioner i de unges nærmiljø	Arbejde med metoder til at udvikle almene pædagogikken med udgangspunkt i specialpædagogikkens viden, eks. NEST.	Følge NEST og formidle erfaringer og på baggrund af erfaringerne, udvikle prøvehandlinger eller måske bruge de af erfaringer, der er umiddelbart overførbare.	Aarhus afprøver NEST. PPR-netværket følger arbejdet og vurderer, hvilke erfaringer fra NEST man kan i det almene skoleområdet.		Målet er børn og unge får en god skolegang.
Vi finder gode løsninger sammen med forældrene	Det gode forældresamarbejde er en forudsætning for at lykkes med initiativerne og bør derfor indgå i alle indsatser. Fokus på at forældre er særlig vigtige i overgange.				
Vi skaber gode overgange fra skole til ungdomsuddannelse og videre til beskæftigelse for unge med autisme	Kompetenceudvikling hos frontpersonale, eks. læring fra Paderup Gymnasium, hvor der er særlige pladser til autisme. Overlevering og fremskudt rådgivning til uddannelsessted. I overgange er det afgørende at initiativet til kontakt ligger hos støtte/kontaktpersonen og ikke hos den unge selv. Oprettelsen af FGU.		Kommunen er aktør i forhold til at bringe viden om den enkelte unge videre til uddannelsesstedet. Kommunerne skal være synlige på uddannelsesinstitutionerne, så personale og unge ved, hvor de kan få rådgivning.		

Bilag 3

Kommissorium for arbejdet med Effekt og Progression

KKR og regionsrådet i Midtjylland har vedtaget Rammeaftale for det specialiserede social- og specialundervisningsområde 2019-2020, hvor Effekt, Kvalitet og Progression er udpeget som et udviklingsområde.



DASSOS nedsatte på mødet den 15. august 2018 en arbejdsgruppe, der skal drive arbejdet med udviklingsområdet.

Arbejdsgruppens medlemmer

Marianne Berthelsen, Chef for Læring, Sundhed, Børn & Familier, Hedensted Kommune (formand)
Cate Kristiansen, Driftschef for handicap, psykiatri og udsatte, Horsens Kommune
Martin Bilberg, Kontorchef ressourcestyring – Socialforvaltningen, Aarhus Kommune
Morten Eriksen, Økonomi- og planlægningschef, Region Midtjylland
Jess Svenninggaard, Handicap- og psykiatrichef, Favrskov Kommune
Line Loldrup, Afdelingsleder Handicap og Psykiatri, Ringkøbing-Skjern Kommune
Anette Holm, Socialchef, Holstebro Kommune
Rie Andersen, Souschef Socialområdet, Viborg Kommune

Vision (fra Rammeaftale 2019-2020)

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.

Formål (fra Rammeaftale 2019-2020)

Arbejdsgruppens primære formål er:

- At dele viden om de faglige indsatser, vi ved virker
- At udvikle en fælles ramme for faglige begreber i dialogen med borgere, myndighed og leverandør om målsætninger, indsatser og opfølgning.
- At sikre gennemsigtighed i samhandlen, så borgerens progression afspejler sig i udgifterne for den ydelse, borgeren modtager
- At udvikle guidelines for mål for samarbejdet om mål og effekt når man køber og sælger pladser i Midtjylland

Arbejdsgruppens opgaver

DASSOS indsamler i 2018 og 2019 viden om arbejde med effekt og progression i kommuner og region, både på myndighedsside og leverandørside. På det grundlag skal arbejdsgruppen i 2019

udarbejde fælles guidelines, som kan rammesætte, hvordan kommuner og region og kommuner imellem skal samarbejde om målsætning og opfølgning ved køb af pladser.

Guidelines skal:

- Styrke dialogen
- Skabe gennemsigtighed
- Tage udgangspunkt i kendte og anvendte metoder
- Skabe øget borgerfokus i samhandlen

Formålet er, at sikre, at der er enighed mellem myndighed og leverandør om, hvordan man måler om et mål er opfyldt. Det kræver enighed om, hvad et mål er og hvad en opfølgning er. Som led i arbejdet med guidelines, vil arbejdsgruppen derfor udvikle en række prøvehandlinger, der kan afsøge, hvordan man kan skabe enighed om forståelsen af mål og opfølgning.

Guidelines skal *ikke* at tvinge kommunerne til at lave progressionsmålinger ensartet.

Det er afgørende at arbejdet med guidelines sker i tæt koordinering og samspil med arbejdet med Fælles Faglige Begreber i KL.

Med afsæt i guidelines og Fælles Faglige Begreber vil arbejdsgruppen i 2020 følge arbejdet i KL med nye modeller for økonomisk styring på socialområdet.

Sideløbende vil arbejdsgruppen bygge videre på de eksisterende videns-workshop i regi af DASSOS, hvor kommuner og regioner - også uden for Midtjylland - inviteres til at dele deres gode erfaringer og eksempler med faglige indsatser, der virker. Gruppen vil samle disse et i inspirationskatalog til kommunerne.

Arbejdsgruppens arbejdsform

Arbejdsgruppen afholder 4-5 møder årligt.

Arbejdsgruppen vil løbene koordinere arbejdet med det arbejde, der pågår i KL om både [Fælles Faglige Begreber](#) og det kommende arbejde med nye modeller for økonomisk styring på socialområdet.

Gruppen afholder et eller flere arrangementer, hvor formålet er at dele viden og erfaringer med arbejder med effekt, kvalitet og progression. Her kan inspirationskataloget præsenteres.

Arbejdsgruppens afrapportering

Arbejdsgruppen holder løbende DASSOS orienteret om arbejdet med udviklingsområdet.

Arbejdsgruppen udarbejder guidelines for samarbejdet om mål og effekt når man køber og sælger pladser i Midtjylland. Guidelines godkendes i DASSOS med udgangen af 2019.

Sekretariatsbetjening

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Sekretariatet for Rammeaftaler

Bilag 4

Ungdomskriminalitetsreformen – og det lokale samarbejde omkring fælles faglig forståelse og implementering



1.0 Baggrund

Lov om bekæmpelse af Ungdomskriminalitet og konsekvensrettelserne af gældende lovgivning har været igennem første behandling i Folketinget og forventes fortsat vedtaget med implementering fra 1. januar 2019.

Nærværende notat forholder sig alene til den lovttekst, som er 1. gangs behandlet i folketetinget – og ikke til mulige ændringer heri forud for folketingets anden behandling af lovforslaget.

Lovforslagene indeholder ligeledes en række elementer, hvoraf nærværende notat primært forholder sig til oprettelsen af et ungdomskriminalitetsnævn og konsekvenserne heraf for kommunernes arbejde med kriminalitetstruede unge i alderen 10-17 år.

National interessevaretagelse

Aarhus Kommune er fagligt uenige i det fremsendte lovforslag som – set fra Aarhus Kommunes synspunkt – tilsidesætter det socialfaglige helhedsperspektiv til fordel for et mere entydigt fokus på strafelementer uden dokumentation for en faglig effekt heraf. Aarhus Kommune har derfor indgået aktivt i den nationale interessevaretagelse og bistået KL med en række faglige belysninger. Aarhus Kommune har også indgået i en række møder med Justitsministeriet, Rigspolitiet, Ungekriminalforsorgen og URK sekretariatet, ligesom Aarhus Kommune har afgivet selvstændigt høringssvar til Justitsministeriet.

I forlængelse heraf har udspillet fra Justitsministeriet været, at kommunerne ikke ville blive kompenseret relevant for den række af meropgaver, som er indarbejdet i lovgivningen. Hvorfor Aarhus Kommune har bistået med beregninger af de forventede udgifter for Aarhus Kommune som følge af implementeringen af ungdomskriminalitetsnævnet til brug for KL i DUT forhandlingerne. Aarhus Kommune vurderer, at implementeringen vil koste ca. 16 mio. kr. om året for Aarhus Kommune.

Lokal faglig forståelse og implementering

Som supplement hertil har Aarhus Kommune og Østjyllands Politi iværksat en fælles faglig forståelses- og implementeringsproces lokalt. Afsættet er et tæt samarbejde og gode erfaringer med tværfaglige løsninger, som ønskes oversat og anvendt ind i arbejdet med ungdomskriminalitetsnævnet.

Aktuelt oversættes beskrivelser af sagsgange og fælles faglige metoder omkring politiets screening og graduering af sager, kommunens ungeundersøgelse og indstilling såvel som arbejdet med iværksættelse af straksreaktioner og forbedringsforløb besluttet i ungdomskriminalitetsnævnet. Hvordan, dette gribes an, beskrives kortfattet nedenfor – med afsæt i den virkelighed at vi er godt på vej, men endnu ikke færdige hermed. Undervejs er der indsat overblik-dias udarbejdet af Justitsministeriet.

Indholdselementerne i notatet:

- **2.0 Ungdomskriminalitetsnævnets målgruppe** – og forventede lokale sagstal på årsbasis og i ekstraordinært i januar
- **3.0 Screening** – og hvorfor vi, som kommune vælger at investere heri (borgerens retssikkerhed – overdragelse af myndighedskompetence samtidig med fortsat fagligt og økonomisk ansvar).
- **4.0 Ungeundersøgelsen og indstilling**
- **5.0 Nævnsmødernes afholdelse**
- **6.0 Straks-reaktioner og forbedringsforløb** – herunder mulige ventelisteproblematikker og prioritering af målgruppen forud for andre
- **7.0 Organisering lokalt** – fælles erfaringsgrundlag, data og styregruppe med deltagelse af kommunale direktører og politidirektøren

15. november 2018

Side 1 af 8

SOCIALE FORHOLD OG BESKÆFTIGELSE

Socialforvaltningen
Aarhus Kommune

Ledelse og Politisk betjening

Jægergården, Værkmestergade
15 B
8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

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

Sag: 18/047664-57
Sagsbehandler:
Louise Thusgård Hørück



2.0 Ungdomskriminalitetsnævnets målgruppe

Ungdomskriminalitetsnævnets målgruppe er:

1. Alderskriterium: 10-17 år

Skal være fyldt 10 år og ikke fyldt 18 år på handlingstidspunktet

2. Opholdskriterium

Opholdstilladelse eller i øvrigt fast lovligt ophold i Danmark

Børn og unge, der alene har midlertidigt ophold i Danmark er ikke omfattet – f.eks.

- Børn og unge på ferieophold i Danmark
- Uledsagede mindreårige asylansøgere eller afviste asylansøgere



3. Kriminalitets- og risikokriterium

Personfarlig kriminalitet

- Strl. kapitel 25 om forbrydelser mod liv og legeme
- Strl. kapitel 26 om forbrydelse mod den personlige frihed
- § 119 om vold og trusler mod en person i offentlig tjeneste eller hverv,
- § 123 om vidnetrusler,
- § 180 om ildspåsættelse under skærpende omstændigheder,
- seksualforbrydelser omfattet af §§ 216-225,
- § 266 om trusler,
- § 281 om afpresning og
- § 288 om røveri

Anden alvorlig kriminalitet

- Kriminalitet, der ville kunne udløse en betinget eller ubetinget frihedsstraf, hvis behandlet som en straffesag mod en mindreårig
- Afgørende er enten dommen eller en vurdering af domspraksis
Strafferammen er dermed ikke afgørende
- Ofte opfyldt i sager om indbrudstyveri, brugstyveri af motorkøretøjer, bedrageri, groft hærværk, brandstiftelse, salg af euforiserende stoffer og overtrædelser af våbenlovgivningen

Risikofaktorer

- *Individuelle* – f.eks. tidligere mistænkt eller dømt for alvorlig kriminalitet, stof- eller alkoholmisbrug
- *Familiemæssige* – f.eks. forældre med misbrug eller tidligere dømt
- *Miljømæssige* – f.eks. færdes i kriminelle miljøer, anbragt uden for hjemmet

Se nærmere lovforslagets § 2 samt s. 56-59

Målgruppen for ungdomskriminalitetsnævnet er unge mellem 15 og 17 år, som er idømt fængselsstraf for personfarlig kriminalitet eller for anden alvorlig kriminalitet ved overtrædelse af straffeloven, lov om euforiserende stoffer, våbenloven eller knivloven, og som samtidig vurderes at være i særlig risiko for at begå yderligere kriminalitet. Målgruppen er endvidere børn mellem 10 og 14 år, som er mistænkt af politiet for at have begået tilsvarende kriminalitet.

Aarhus Kommune har en bekymring for, at en forholdsvis stor del af de sager, som vil blive indstillet til ungdomskriminalitetsnævnet, vil omfatte børn og unge med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Aarhus Kommunes bekymring dækker i denne sammenhæng over, at børn og unge med visse kognitive handicap (fx opmærksomhedsforstyrrelser) er i højere risiko for tidligt at blive involveret i kriminalitet – en bekymring som deles af Institut for Menneskerettigheder. Børn og unge med handicap har både under nævnets behandling og i forhold til valg af forbedringsforløb krav på, at der bliver taget højde for deres særlige støttebehov.

Aarhus Kommune er ligeledes bekymrede for, at komplicerede verserende socialsager på vej til børn og ungeudvalget (fx indeholdende massivt omsorgssvigt, forulempelse eller andet) vil blive overført til ungdomskriminalitetsnævnet – også hvis der er tale om et mindre kriminelt forhold (som vurderes perifært i det samlede sagskompleks).

Det forventede sagstal lokalt

Jævnfør Justitsministeriets oplæg til DUT forhandlingerne til KL forventes ungdomskriminalitetsnævnet at have 740 nye sager og 740 genindbringelsessager.

Efter dialog med Østjyllands Politi forventes det, at Aarhus Kommune har mellem 2/3 og 3/4 af sagerne i politikredsen.

Aarhus Kommune forventer således, at vi har flere sager i ungdomskriminalitetsnævnet end vores befolkningsandel tilsiger. Afsættet er, at Aarhus Kommune forventes at have ca. 10 procent af det samlede forventede sagstal på landsplan – *svarende til ca. 150 sager*.

For yderligere belysning af de forventede lokale sagstal har Østjyllands Politi været behjælpelige med at trække de sager, som ville være indeholdt ungdomskriminalitetsnævnet i perioden juli 2017 til juli 2018. For hele politikredsen er der tale om 165 i alderen 10-14 år og 47 unge i alderen 15-17 år til vurdering / screening i ungdomskriminalitetsnævnet. Heraf har Aarhus kommune ca. 2/3 dele – *svarende til ca. 110 sager*.



15. november 2018
Side 3 af 8

Aarhus Kommune og Østjyllands Politi er enige om, at målgruppen vil være stigende i de kommende år grundet det forhold, at flere sager som følge af lovgivningsændringer for aldersgruppen 10-14 forventes at blive efterforsket.

Hertil kommer et betydeligt efterslæb fra retten. For Aarhus Kommune forventes dette alene i januar måned at betyde yderligere små 50 sager.

Hvis den børnefaglige undersøgelse er mindre end 6 måneder, så er det Politiets tilgang, at der ikke nødvendigvis skal udarbejdes en ny ungeundersøgelse – dette skal dog socialfagligt vurderes i hver enkelt sag.

3.0 Screening – og hvorfor vi som kommune vælger at investere heri

Henvisningen for de 10-14årige sker via politikredsene hvor det for de 15-17årige foregår via domstolene:

10- 14 år

Politiet henviser sagerne til Ungdomskriminalitetsnævnet



- Der udvikles et særligt screeningsværktøj
- Frist på 10 dage fra barnet eller den unge er mistænkt.
- "Mistænkt" betyder i denne sammenhæng det tidspunkt, hvor politiet ville have sendt sagen til anklagemyndigheden med henblik på en vurdering af tiltalsspørgsmålet, hvis barnet eller den unge var fyldt 15 år

15-17 år

Domstolene henviser sagerne til Ungdomskriminalitetsnævnet



- Betinget dom med vilkår om efterlevelse af en afgørelse fra nævnet
- Ubetinget dom med tillægsforanstaltning om efterlevelse af en afgørelse fra nævnet
- Endvidere muligt at knytte vilkår om efterlevelse af nævnets afgørelse til en prøveløsladelse
- Frist på 14 efter endelig dom eller 14 dage før løsladelsestidspunktet
- **OBS.** 3 måneders grænse for henvisning til nævnet. Den unge henvises således ikke, hvis vedkommende fylder 18 år mindre end 3 måneder efter domstidspunktet eller løsladelsen

Se nærmere lovforslagets §§ 10, 11 og 62 samt pkt. 2.1.2.6.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 28-29), s. 63-64 og s. 121-124

Aarhus Kommune vurderer, at det er afgørende, at visitationen sker med stort kendskab til Serviceloven, og hvad kommunerne er forpligtet til under lov om social service, så der i praksis ikke sker en udvidelse heraf.

Herunder, at der bør foreligge en helhedsbetragtning, som sikrer, at vi ikke laver overreaktioner uden dokumenteret effekt.



Derudover vurderer Aarhus Kommune, at borgerne står væsentligt dårligere retssikkerhedsmæssigt under Ungdomskriminalitetsnævnet end under lov om social service. Borgerne kan under serviceloven klage til Ankestyrelsen over afgørelsen om iværksættelse af en børnefaglig undersøgelse, indholdet i den børnefaglige undersøgelse såvel som afgørelse om foranstaltning. Disse klagemuligheder bortfalder, da politiets visitation til ungdomskriminalitetsnævnet er en procesledende beslutning og ikke en afgørelse i forvaltningsretslig forstand. Som følge heraf igangsættes ungeundersøgelsen også uden klagemulighed. I tillæg hertil vil borgere, hvor der træffes afgørelse om forbedringsforløb, som ikke i dag ville have været behandlet i børn og ungeudvalget, heller ikke have mulighed for at klage over selve forbedringsforløbet i modsætning til sager behandlet efter serviceloven. Endeligt er det på nuværende tidspunkt uklart, om ungdomskriminalitetsnævnet er bundet af Ankestyrelsens praksis – det er Justitsministeriets umiddelbare opfattelse, at dette ikke er tilfældet.

Det er således helt afgørende for borgernes retssikkerhed, at kommunerne bidrager til at screening, ungeundersøgelse og indstilling sker på et højt fagligt niveau.

15. november 2018
Side 4 af 8

Endeligt flyttes kommunernes myndighedskompetence overfor kriminalitets-truede unge til ungdomskriminalitetsnævnet, som med al tydelighed i lovbemærkningerne ikke er bundet af kommunernes indstillinger – samtidig med at kommunerne fastholder det faglige og økonomiske ansvar.

Det forventes, at der er en betydelig meropgave for kommunerne. Eksempelvis forventes mange af de sager, som fra den 1. januar 2019 vil blive visiteret til Ungdomskriminalitetsnævnet, i dag håndteres efter SEL § 11.3. Herved opstår udgifter til screening, ungeundersøgelse og tilsyn (opgaverne er ikke tilstede under §11.3 i dag).

Forventningen er tilsvarende, at der vil være væsentlig flere sager igennem den fælles screeningsproces til ungdomskriminalitetsnævnet end faktiske sager, som henvises. Aarhus Kommune er opmærksom på, at Østjyllands Politikreds har ansat 2 socialfaglige medarbejdere til at varetage screeningsopgaven. Østjyllands Politikreds har oplyst Aarhus Kommune, at de forventer, at Aarhus Kommune vil have et sted mellem 2/3 og 3/4 af politikredsens sager i ungdomskriminalitetsnævnet. Hertil kommer, at Rigspolitiets i form af et UKN sekretariat har ansat et stort antal jurister og fuldmægtige til at understøtte ungdomskriminalitetsnævnets arbejde.

I forlængelse heraf kan Aarhus Kommune i lovbemærkningerne læse, at det primære informationsgrundlag i visitationen skal hentes i kommunerne.

Lokal implementering:

Politikredsene tester først i næste uge det screeningsværktøj, som udvikles nationalt, hvorfor vi endnu ikke ved så meget herom. Forventningen er, at det er et afkrydsningsskema.

Der arbejdes lokalt med en løsning, hvor Aarhus Kommune og Østjyllands Politi holder fælles visitationsmøder 1-2 gange ugentligt og hvor screeningen tager afsæt i en fælles faglig belysning af de sager, hvor politiet skal vurdere, om de skal visiteres ind i ungdomskriminalitetsnævnet.

4.0 Ungeundersøgelsen og Indstilling

Ungeundersøgelsen defineres i bemærkningerne til lovgivningen at være svarende til en børnefaglig undersøgelse, jf. servicelovens § 50. Dette er

siden blevet bekræftet af Justitsministeriet. Der er endnu ikke udarbejdet nationale skabeloner eller andet for indstillingen.



Kommunen har ansvaret for at oplyse sagen

Ungefaglig undersøgelse

Helhedsvurdering af bl.a.

- Barnets eller den unges udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold



Indstilling til Ungdomskriminalitetsnævnet

Kommunen fremsender en indstilling, der beskriver konklusionerne i den ungefaglige undersøgelse og de foranstaltninger, som foreslås iværksat

Indstillingen sendes til barnet eller den unge og dennes forældre – og en evt. partsrepræsentant

Indstillingen er ikke bindende for nævnet



Der skal som udgangspunkt gennemføres en samtale med barnet eller den unge.

Barnet og forældre spørges til relevante ressourcepersoner

Akut iværksættelse af foranstaltninger

Har barnet eller den unge behov for akutte foranstaltninger påbegynder kommunen iværksættelsen heraf med det samme.

Hvis barnet eller den unge f.eks. skal tvangsmæssig anbringes straks, træffes afgørelsen af børn- og ungevalget.

- Nævnet vil herefter enten træffe afgørelse om videreførelse eller ophør af de iværksatte foranstaltninger eller fastsætte den akutte (midlertidige) foranstaltning som en mere varig foranstaltning. Dette kan ske både forud for og efter et møde i nævnet



Kommunen



Børn- og
Ungeudvalget

Se nærmere lovforslagets §§ 29-35 samt pkt. 2.1.2.6.3.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 31-32), pkt. 2.1.2.10 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 43-49) og s. 90-99

Ungeundersøgelsen

Den helt store forskel er tidspresset (en frist på tre uger – frem for fire måneder under lov om social service) og den manglende mulighed for tilrettelæggelse af arbejdet.

Grundet stramme tidsfrister forventes det, at rådgiverne i højere grad vil skulle udarbejde undersøgelsen på telefonnotater frem for formelle udtalelser. Hertil vil vi skulle have et beredskab af socialfaglige medarbejdere til at gribe opgaven indenfor fastsatte tidsfrister.

Det antages, at der er 25 % af sagerne, som bringes for ungdomskriminalitetsnævnet, hvor kommunerne ikke før 1.1.2019 ville have udarbejdet en børnefaglig undersøgelse (eksempelvis sager tidligere visiteret efter § 11.3 eller eksempelvis en sag, hvor sagen lukkes efter gennemført "samtale med førstegangskriminelle" som følge af bl.a. den unges refleksion, og at der vurderes at være tilstrækkelige beskyttende faktorer i hjemmet). Hvorfor der er tale om en meropgave.

Der er i øvrigt opmærksomhed på, at somatikken og psykiatrien ikke er underlagt samme tidsfrister som kommunerne, hvilket kan forsinke ungdomskriminalitetsnævnets arbejde.

Indstilling

For så vidt angår foranstaltninger der ligger ud over Børn og Ungeudvalgets nuværende kompetence, udarbejdes der i dag ikke indstillinger i kommunalt regi. Kompetencen ligger i dag hos rådgiver. Det samme gør sig gældende for anbringelser, der sker med samtykke.

De ressourcer, som i dag allokeres til udarbejdelse af en indstilling til Børn og Unge-udvalget, svarer til 2 ugers fuldtidsarbejde for en rådgiver. Det forventes, at en indstilling til ungdomskriminalitetsnævnet vil være at sammenligne hermed.



Det forventes, at 80 % af sagerne, som kommer i ungdomskriminalitetsnævnet, ligger ud over de sager, som i dag behandles i Børne og Unge-udvalget.

Lokal implementering

Der arbejdes med en lokal model, hvor vi tager afsæt i allerede anvendte koncepter i det tværfaglige tætte samarbejde imellem Østjyllands Politi og Aarhus Kommune.

15. november 2018
Side 6 af 8

Der forventes, at vi lokalt i screeningsarbejdet vil arbejde med en form gradering af sagerne ud fra sigtelse, kendskab, strafflængde mm.

10-14årige:

Ungeundersøgelsen forventes i udgangspunktet at blive udarbejdet af myndighedsrådgiveren med afsæt i en indledende tværfaglig belysning i regi af TUS samarbejdet (Tværgående Unge Samarbejde¹). I regi heraf vil der også være mulighed for inddragelse af den unge og forældrene. Samarbejdsmodellen vil skulle tilpasses sagstallene, mødekadancen og mandsskabsmæssigt - dette er i proces.

De tungere sager forventes behandlet som sagerne 15-17år i et ungesamrådslignende set up.

15-17årige:

Ungeundersøgelse forventes i udgangspunktet at blive udarbejdet af myndighedsrådgiveren med afsæt i en indledende tværfaglig belysning i regi af Ungesamrådsmodellen. Denne vil skulle tilpasses sagstallene, mødekadancen og mandsskabsmæssigt - dette er i proces.

De letteste sager blandt de 15-17årige forventes overført til TUS-konceptet.

5.0 Nævnsmødets afholdelse

Deltagerne på nævnsmøderne defineres således:

¹ TUS består af et fast team fra PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning), UU (Ungdommens Uddannelsesvejledning), sociale myndigheder og politi. Det faste team inddrager derudover den unges familie og øvrige netværk samt andre relevante samarbejdspartnere som har viden om og er relevante i den unges liv eks. gadeplansmedarbejdere, skole eller kontaktpersoner.givning), UU (Ungdommens Uddannelsesvejledning), sociale myndigheder og politi. TUS er primært for unge i alderen 14 - op til 18 år, der er på vej ind i en kriminel løbebane, har mange mindre forseelser bag sig, eller har begået alvorlig førstegangskriminalitet.



Ungdomskriminalitetsnævnet

Tre medlemmer:

- En dommer
- En politiansat med indsigt i kriminalitetsforebyggende arbejde
- En kommunalt ansat med indsigt i sager om social støtte til børn og unge

Bistand fra en børnesagkyndig i alle sager om børn i alderen 10-14 år, og i sager om unge i alderen 15 til 17 år, hvis sagerne vedrører:

- Gennemførelse af en ungefaglig undersøgelse under ophold på en institution, indlæggelse på et sygehus eller benyttelse af et børnehus.
- Anbringelse uden for hjemmet uden samtykke.
- Anbringelse på delvist lukkede døgninstitutioner eller afdelinger.
- Anbringelse på sikrede døgninstitutioner.
- Anbringelse på særligt sikrede afdelinger.
- Tilbageholdelse under en anbringelse.
- Samvær og kontakt.
- Opretholdelse af en anbringelse uden samtykke.
- Ændring af anbringelsessted



Andre deltagere i nævnsrådet

Kommunen
Ungekriminalforsorgen

Barnet eller den unge (mødepligt)
Forældremyndighedsindehaverne (mødepligt)

Eventuelle ressourcepersoner for barnet eller den unge

Barnet eller den unge kan endvidere på ethvert tidspunkt lade sig bistå af andre (bisidder).

Herudover deltager eventuelle partsrepræsentanter

Eventuelle forurettede oplyses om, at sagen behandles i nævnet. Eventuelle forurettede kan ikke deltage i nævnsrådet. Skal ses i lyset af, at der ikke er tale om en straffesag, men en sag af social karakter.



Ret til gratis advokatbistand

Barnet, der er fyldt 12 år, eller den unge og dennes forældre har endvidere ret til gratis advokatbistand i sager vedrørende:

- Anbringelse uden for hjemmet.
- Gennemførelse af en ungefaglig undersøgelse under ophold på en institution, et sygehus eller børnehus.
- Tilbageholdelse under en anbringelse.
- Samvær og kontakt.
- Opretholdelse af en anbringelse uden samtykke.
- Ændring af anbringelsessted uden samtykke.

➤ Børn på 10-11 år har således ikke selvstændigt ret til en advokat. Børnenes forældre har ret til gratis advokatbistand, uanset at barnet er 10-11 år og ikke selvstændigt har ret hertil

Se nærmere lovforslagets §§ 3-6, § 28 og §§ 45-46 samt pkt. 2.1.2.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 26-27), s. 59-61, s. 89-90 og s. 105-108

Om nævnsrådets afholdelse ved vi blandt andet:

Mødet

- Kommunen forelægger sagen – dvs. redegør for de væsentlige konklusioner fra den ungefaglige undersøgelse og de foranstaltninger, der foreslås iværksat
 - Sagen drøftes med barnet eller den unge og forældremyndighedsindehaverne samt eventuelle øvrige tilstedeværende
 - Nævnet kan stille uddybende spørgsmål til kommunen, barnet eller den unge, forældremyndighedsindehaverne og øvrige mødedeltagere
- Nævnet vil afslutte drøftelserne og herefter træffe afgørelse. Nævnet træffer afgørelse ved stemmeflertal. Nævnets formand redegør mundtligt for afgørelsen
- Nævnet afviser en sag, der ikke er omfattet af nævnets kompetence. Nævnet kan endvidere udsætte sagen med henblik på indhentelse af oplysninger



Manglende
fremmøde

Afhentning ved politiet

Hvis barnet, den unge eller forældremyndighedsindehaverne udebliver uden lovligt forfald:

1. Nævnet vurderer, om det er muligt at bringe dem til stedet straks ved politiets bistand



2. Nævnet vurderer, om sagen bør udsættes, og de pågældende bør afhentes inden næste nævnsmøde

Afhentning ved politiets bistand sker efter en konkret og individuel vurdering af barnets eller den unges eller forældremyndighedsindehaverens situation, herunder ift. eventuelle psykiatriske diagnoser



Udeblivelsesafgørelser

1. Ikke lovligt forfald
Nævnet kan træffe afgørelse, hvis der foreligger særlige omstændigheder

F.eks. hvis barnet eller den unge skjuler sig, eller forhold ved barnet eller den unge – f.eks. angst – taler for, at vedkommende ikke bør afhentes af politiet

2. Lovligt forfald
Nævnet kan træffe afgørelse, hvis barnets, den unges eller forældremyndighedsindehaverens forhold taler herfor.

Dvs. det lovlige forfald har en langvarig karakter – f.eks. alvorlig psykiatrisk diagnose – og barnet og den unge har behov for, at der fastsættes foranstaltninger



Se nærmere lovforslagets §§ 37-44 samt pkt. 2.1.2.6.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 32-34) og s. 100-105

6.0 Straks-reaktioner og forbedringsforløb – herunder mulige venteliste-problematikker og prioritering af målgruppen forud for andre

Nævnets afgørelse kan bestå af straks-reaktioner, forbedringsforløb og anbringelser udenfor hjemmet.

Straksreaktion § 12

Straksreaktionen kan bestå i at bidrage til at genoprette forrettet skade eller andre aktiviteter med genoprettende formål, herunder samfundsnyttigt arbejde

Krav om adfærdsproblemer eller negativ adfærd af en sådan karakter, at vedkommendes udvikling er i fare

Straksreaktionen har et opdragende og genoprettende og dermed socialpædagogisk sigte og skal ses som en element i den samlede indsats over for barnet eller den unge

Der er ikke tale om et arbejde i arbejdsmiljølovgivningens forstand. Der vil dog blive taget hensyn til de gældende regler om børn og unges arbejde for en arbejdsgiver, f.eks. i forhold til reaktionens varighed og tyngde

Eksempler:

- Konfliktmægling
- Oprydning på skolen med en pædagog efter hærværk
- Vaske brandbiler
- Individuelle aftaler med forurettede

Forbedringsforløb §§ 13-14

Kan bestå af kombination af en række foranstaltninger, herunder:

- Faste hjemmetider
- Ophold i ungdomsklub, uddannelsessted mv.
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer
- Døgnophold for forældre og barn
- Kontaktperson
- Anden hjælp for at yde praktisk og pædagogisk støtte
- Anbringelse uden for hjemmet med eller uden samtykke

Eksempel:

- Anbringelse
- Misbrugsbehandling
- Psykologforløb i forhold til vredeshåndtering
- Lektiehjælp med mål om at gennemføre folkeskolen

Anbringelse uden for hjemmet

Anbringelse uden for hjemmet kan ske:

- Som frivillig anbringelse med samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne
 - Som tvangsmæssig anbringelse trods samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne (frygt for at samtykket ikke er reelt og hurtigt trækkes tilbage)
 - Som tvangsmæssig anbringelse med samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, men uden samtykke fra forældremyndighedsindehaverne
 - Som tvangsmæssig anbringelse uden samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne
- Kriterierne er de samme som kendes fra lov om social service
- Barnet eller den unge kan anbringes på de samme anbringelsessteder som efter lov om social service

Forholdene på de delvis lukkede, sikrede og særligt sikrede døgninstitutioner og afdelinger ensrettes som en del af den politiske aftale

Se nærmere lovforslagets §§ 12-19 samt pkt. 2.1.2.7 i lovforslagets almindelige bemærkninger (s. 35-39) og s. 64-78

Fast-track tænkningen i lovforslaget kan betyde, at kommunerne bliver nødsaget til at prioritere sager med kriminelle børn og unge over andre sager med eksempelvis udsatte børn og unge. Ungenævnet har alene beslutningskompetencen til valg af foranstaltning, og det kan betyde behov for at kommunerne kapacitetsudvider og etablerer et større beredskab af indsatser, da kommunerne ikke har myndighedskompetencen i nævnet.

I forlængelse heraf vurderes opgaverne i forbindelse med de præsenterede tanker om genoprettende ret utilstrækkeligt beskrevet. Børnene og de unges forståelse og motivation til at indgå i sådanne forløb nødvendiggør en supplerende pædagogisk indsats.

6.0 Organisering lokalt – fælles erfaringsgrundlag, data og styregruppe med deltagelse af kommunale direktører og politidirektøren

Det er besluttet, at Aarhus Kommune og Østjyllands Politi i fællesskab følger ungdomskriminalitetsnævnets første leveår tæt med henblik på at sikre, de mest hensigtsmæssige lokale løsninger til gavn for ungdomskriminalitetsnævnets målgruppe.

Aarhus kommune har også fremsendt ønske om, at ungdomskriminalitetsnævnets arbejde følges tæt fra nationalt hold til KL og Justitsministeriet.

Uanset hvad forventes Aarhus Kommune og Østjyllands Politi at arbejde med lokale aktivitetstal. Disse er ikke endeligt godkendt, men forventes blandt andet at indeholde antal sager i screeningsprocessen, antal sager i ungdomskriminalitetsnævnet, antal underkendelser af Aarhus Kommune indstillinger og de økonomiske konsekvenser af underkendelser af kommunernes indstillinger.

1. Alderskriterium: 10-17 år

Skal være fyldt 10 år og ikke fyldt 18 år på handlingstidspunktet

2. Opholdskriterium

Opholdstilladelse eller i øvrigt fast lovligt ophold i Danmark

Børn og unge, der alene har midlertidigt ophold i Danmark er ikke omfattet – f.eks.

- Børn og unge på ferieophold i Danmark
- Uledsagede mindreårige asylansøgere eller afviste asylansøgere



3. Kriminalitets- og risikokriterium

Personfarlig kriminalitet

- Strl. kapitel 25 om forbrydelser mod liv og legeme
- Strl. kapitel 26 om forbrydelse mod den personlige frihed
- § 119 om vold og trusler mod en person i offentlig tjeneste eller hverv,
- § 123 om vidnetrusler,
- § 180 om ildspåsættelse under skærpende omstændigheder,
- seksualforbrydelser omfattet af §§ 216-225,
- § 266 om trusler,
- § 281 om afpresning og
- § 288 om røveri

Anden alvorlig kriminalitet

- Kriminalitet, der ville kunne udløse en betinget eller ubetinget frihedsstraf, hvis behandlet som en straffesag mod en mindreårig
- Afgørende er enten dommen eller en vurdering af domspraksis
Strafferammen er dermed ikke afgørende
- Ofte opfyldt i sager om indbrudstyveri, brugstyveri af motorkøretøjer, bedrageri, groft hærværk, brandstiftelse, salg af euforiserende stoffer og overtrædelser af våbenlovgivningen

Risikofaktorer

- *Individuelle* – f.eks. tidligere mistænkt eller dømt for alvorlig kriminalitet, stof- eller alkoholmisbrug
- *Familiemæssige* – f.eks. forældre med misbrug eller tidligere dømt
- *Miljømæssige* – f.eks. færdes i kriminelle miljøer, anbragt uden for hjemmet

10- 14 år

Politiet henviser sagerne til Ungdomskriminalitetsnævnet



- Der udvikles et særligt screeningsværktøj
- Frist på 10 dage fra barnet eller den unge er mistænkt.
- ”Mistænkt” betyder i denne sammenhæng det tidspunkt, hvor politiet ville have sendt sagen til anklagemyndigheden med henblik på en vurdering af tiltalespørgsmålet, hvis barnet eller den unge var fyldt 15 år

15-17 år

Domstolene henviser sagerne til Ungdomskriminalitetsnævnet



- Betinget dom med vilkår om efterlevelse af en afgørelse fra nævnet
- Ubetinget dom med tillægsforanstaltning om efterlevelse af en afgørelse fra nævnet
- Endvidere muligt at knytte vilkår om efterlevelse af nævnets afgørelse til en prøveløsladelse
- Frist på 14 efter endelig dom eller 14 dage før løsladelsestidspunktet
- **OBS.** 3 måneders grænse for henvisning til nævnet. Den unge henvises således ikke, hvis vedkommende fylder 18 år mindre end 3 måneder efter domstidspunktet eller løsladelsen



Kommunen har ansvaret for at oplyse sagen

Ungefaglig undersøgelse

Helhedsvurdering af bl.a.

- Barnets eller den unges udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold



Indstilling til Ungdomskriminalitetsnævnet

Kommunen fremsender en indstilling, der beskriver konklusionerne i den ungefaglige undersøgelse og de foranstaltninger, som foreslås iværksat

Indstillingen sendes til barnet eller den unge og dennes forældre – og en evt. partsrepræsentant

Indstillingen er ikke bindende for nævnet



Der skal som udgangspunkt gennemføres en samtale med barnet eller den unge.

Barnet og forældre spørges til relevante ressourcepersoner

Akut iværksættelse af foranstaltninger

Har barnet eller den unge behov for akutte foranstaltninger påbegynder kommunen iværksættelsen heraf med det samme.

Hvis barnet eller den unge f.eks. skal tvangsmæssig anbringes straks, træffes afgørelsen af børn- og ungevalget.



- Nævnet vil herefter enten træffe afgørelse om videreførelse eller ophør af de iværksatte foranstaltninger eller fastsatte den akutte (midlertidige) foranstaltning som en mere varig foranstaltning. Dette kan ske både forud for og efter et møde i nævnet

4. Nævnets medlemmer, deltagere i nævnsmødet og ret til gratis advokatbistand Dias fra Justitsministeriet



Ungdomskriminalitetsnævnet

Tre medlemmer:

- En dommer
- En politiansat med indsigt i kriminalitetsforebyggende arbejde
- En kommunalt ansat med indsigt i sager om social støtte til børn og unge

Bistand fra en børnesagkyndig i alle sager om børn i alderen 10-14 år, og i sager om unge i alderen 15 til 17 år, hvis sagerne vedrører:

- Gennemførelse af en ugefaglig undersøgelse under ophold på en institution, indlæggelse på et sygehus eller benyttelse af et børnehus.
- Anbringelse uden for hjemmet uden samtykke.
- Anbringelse på delvist lukkede døgninstitutioner eller afdelinger.
- Anbringelse på sikrede døgninstitutioner.
- Anbringelse på særligt sikrede afdelinger.
- Tilbageholdelse under en anbringelse.
- Samvær og kontakt.
- Opretholdelse af en anbringelse uden samtykke.
- Ændring af anbringelsessted



Andre deltagere i nævnsmødet

Kommunen

Ungekriminalforsorgen

Barnet eller den unge (mødepligt)

Forældremyndighedsindehaverne (mødepligt)

Eventuelle ressourcepersoner for barnet eller den unge

Barnet eller den unge kan endvidere på ethvert tidspunkt lade sig bistå af andre (bisidder).

Herudover deltager eventuelle partsrepræsentanter

Eventuelle forurettede oplyses om, at sagen behandles i nævnet. Eventuelle forurettede kan ikke deltage i nævnsmødet. Skal ses i lyset af, at der ikke er tale om en straffesag, men en sag af social karakter.



Ret til gratis advokatbistand

Barnet, der er fyldt 12 år, eller den unge og dennes forældre har endvidere ret til gratis advokatbistand i sager vedrørende:

- Anbringelse uden for hjemmet.
- Gennemførelse af en ugefaglig undersøgelse under ophold på en institution, et sygehus eller børnehus.
- Tilbageholdelse under en anbringelse.
- Samvær og kontakt.
- Opretholdelse af en anbringelse uden samtykke.
- Ændring af anbringelsessted uden samtykke.

➤ Børn på 10-11 år har således ikke selvstændigt ret til en advokat. Børnenes forældre har ret til gratis advokatbistand, uanset at barnet er 10-11 år og ikke selvstændigt har ret hertil

Mødet

- Kommunen forelægger sagen – dvs. redegør for de væsentlige konklusioner fra den ungefaglige undersøgelse og de foranstaltninger, der foreslås iværksat
 - Sagen drøftes med barnet eller den unge og forældremyndighedsindehaverne samt eventuelle øvrige tilstedeværende
 - Nævnet kan stille uddybende spørgsmål til kommunen, barnet eller den unge, forældremyndighedsindehaverne og øvrige mødedeltagere
-
- Nævnet vil afslutte drøftelserne og herefter træffe afgørelse. Nævnet træffer afgørelse ved stemmeflertal. Nævnets formand redegør mundtligt for afgørelsen
- Nævnet afviser en sag, der ikke er omfattet af nævnets kompetence. Nævnet kan endvidere udsætte sagen med henblik på indhentelse af oplysninger



Manglende fremmøde

Afhentning ved politiet

Hvis barnet, den unge eller forældremyndighedsindehaverne udebliver uden lovligt forfald:

1. Nævnet vurderer, om det er muligt at bringe dem til stedet straks ved politiets bistand



2. Nævnet vurderer, om sagen bør udsættes, og de pågældende bør afhentes inden næste nævnsmøde

Afhentning ved politiets bistand sker efter en konkret og individuel vurdering af barnets eller den unges eller forældremyndighedsindehaverens situation, herunder ift. eventuelle psykiatriske diagnoser



Udeblivelsesafgørelser

1. Ikke lovligt forfald
Nævnet kan træffe afgørelse, hvis der foreligger særlige omstændigheder

F.eks. hvis barnet eller den unge skjuler sig, eller forhold ved barnet eller den unge – f.eks. angst – taler for, at vedkommende ikke bør afhentes af politiet

2. Lovligt forfald
Nævnet kan træffe afgørelse, hvis barnets, den unges eller forældremyndighedsindehaverens forhold taler herfor.

Dvs. det lovlige forfald har en langvarig karakter – f.eks. alvorlig psykiatrisk diagnose – og barnet og den unge har behov for, at der fastsættes foranstaltninger



Straksreaktion § 12

Straksreaktionen kan bestå i at bidrage til at genoprette forrettet skade eller andre aktiviteter med genoprettende formål, herunder samfundsnyttigt arbejde

Krav om adfærdsproblemer eller negativ adfærd af en sådan karakter, at vedkommendes udvikling er i fare

Straksreaktionen har et opdragende og genoprettende og dermed socialpædagogisk sigte og skal ses som en element i den samlede indsats over for barnet eller den unge

Der er ikke tale om et arbejde i arbejdsmiljølovgivningens forstand. Der vil dog blive taget hensyn til de gældende regler om børn og unges arbejde for en arbejdsgiver, f.eks. i forhold til reaktionens varighed og tyngde

Eksempler:

- Konfliktmægling
- Oprydning på skolen med en pædagog efter hærværk
- Vaske brandbiler
- Individuelle aftaler med forurettede

Forbedringsforløb §§ 13-14

Kan bestå af kombination af en række foranstaltninger, herunder:

- Faste hjemmetider
- Ophold i ungdomsklub, uddannelsessted mv.
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer
- Døgnoophold for forældre og barn
- Kontaktperson
- Anden hjælp for at yde praktisk og pædagogisk støtte
- Anbringelse uden for hjemmet med eller uden samtykke

Eksempel:

- Anbringelse
- Misbrugsbehandling
- Psykologforløb i forhold til vredeshåndtering
- Lektiehjælp med mål om at gennemføre folkeskolen

Anbringelse uden for hjemmet

Anbringelse uden for hjemmet kan ske:

- Som frivillig anbringelse med samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne
 - Som tvangsmæssig anbringelse trods samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne (frygt for at samtykket ikke er reelt og hurtigt trækkes tilbage)
 - Som tvangsmæssige anbringelse med samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, men uden samtykke fra forældremyndighedsindehaverne
 - Som tvangsmæssig anbringelse uden samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år, og forældremyndighedsindehaverne
- Kriterierne er de samme som kendes fra lov om social service
- Barnet eller den unge kan anbringes på de samme anbringelsessteder som efter lov om social service

Forholdene på de delvis lukkede, sikrede og særligt sikrede døgninstitutioner og afdelinger ensrettes som en del af den politiske aftale

7. Efter nævnets afgørelse – fuldbyrdelse, efterlevelse og genbehandling

Dias fra Justitsministeriet



Barnet eller den unge



Kommunen



Ungekriminalforsorgen



Ungdomskriminalitetsnævnet

Skal efterleve nævnets afgørelse

Ansvarlig for fuldbyrdelsen

Fører tilsyn med at afgørelsen efterleves

Behandle anmodninger om fornyet behandling fra den unge, der er fyldt 12 år, forældremyndighedsindehaverne, kommunen og ungekriminalforsorgen.

Kan ændre i det fastsatte forbedringsforløb og om nødvendigt skærpe

Unge, der er fyldt 12 år, kan anmode om genoptagelse (det samme kan forældremyndighedsindehaverne)

Fører løbende personrettet tilsyn

Altid en reaktion, hvis manglende efterlevelse – spænder fra at indskærpe vilkår til genindbringelse af sagen

Genoptage sager på baggrund af orienteringer fra kommunen om hjemgivelse af et frivilligt anbragt barn eller ung (med samtykke) eller om ændring af anbringelsessted (med samtykke)

Kan anmode kommunen om supplerende foranstaltninger (det samme kan forældremyndighedsindehaverne)

Ved manglende efterlevelse kan politiets bistand – ligesom i dag – anvendes til at sikre fuldbyrdelse

Underretter anklagemyndigheden ved manglende efterlevelse, hvis fastsat som vilkår til betinget dom

Genbehandle tvangsanbringelser hvert eller hvert andet år

Ved manglende efterlevelse kan kommunen indbringe sagen for nævnet

Underretter Kriminalforsorgen ved manglende efterlevelse, hvis fastsat som vilkår til prøveløsladelse

Supplerer nævnets afgørelse med yderligere foranstaltninger, hvis der foreligger samtykke (ikke anbringelse)

Træffer kommunen ikke de nødvendige foranstaltninger med henblik på at sikre fuldbyrdelsen og efterlevelsen af nævnets afgørelse, kan ungekriminalforsorgen indberette kommunen til nævnet.

Træffer kommunen ikke de nødvendige foranstaltninger for at sikre fuldbyrdelsen og efterlevelsen af nævnets afgørelse, kan nævnet pålægge kommunen en frist for at gennemføre afgørelsen, og henstille til, at dette om nødvendigt sker med politiets bistand

Træffe afgørelse om:

- Hjemgivelse af frivilligt anbragte børn og unge (med samtykke)
- Ændret anbringelsessted (med samtykke)

Nævnet kan herefter pålægge kommunen en frist for at gennemføre afgørelsen, og henstille til, at dette om nødvendigt sker med politiets bistand

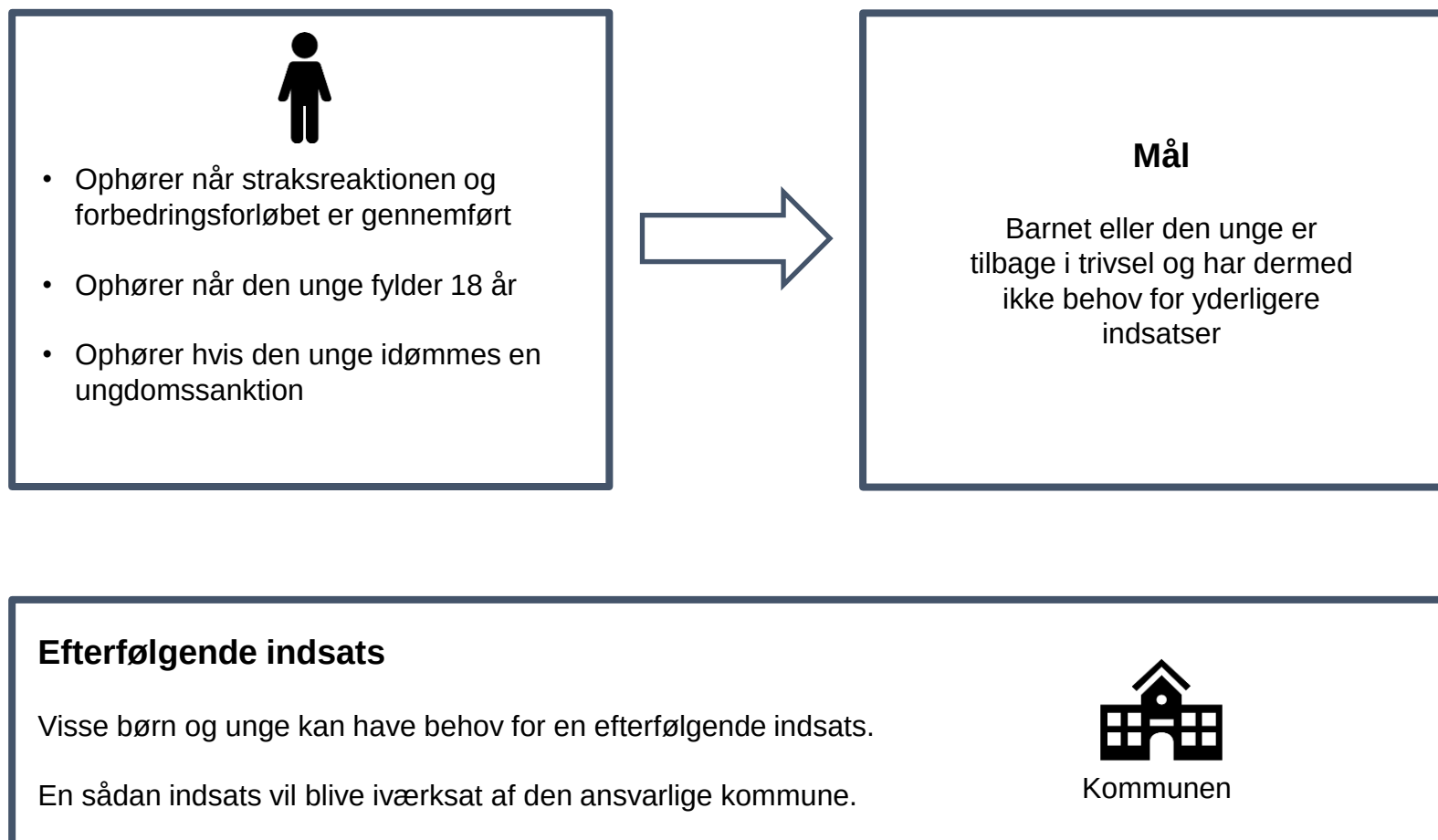
➤ Nævnet skal straks orienteres og kan genoptage sagen.

15-17 år

Manglende efterlevelse kan udløse frihedsstraffen ved en betinget dom eller betyde genindsættelse, hvis prøveløsladt



Ny kriminalitet vil medføre nyt nævnsmøde (10-14 år) eller ny straffesag (15-17 år)



Bilag 5

Dagsorden møde i Koordinationsforum den 14. november 2018

Mødet afholdes kl. 10.00-13.00 i lokale 1-01, KL-huset inklusiv frokost i KL's gæstekantine

1. Velkomst og siden sidst

Herunder:

- Status på særlige pladser i psykiatrien
- Status på analyse af køb og salg af sociale ydelser
- Forslag til Lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.
- Ny bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde

2. Analyse af styring af det specialiserede socialområde

KL igangsætter i samarbejde med interesserede kommuner et projekt, som har til formål at styrke datagrundlaget på det specialiserede voksenområde og afdække årsagerne til det udgiftspres, som mange kommuner oplever.

Det skal ske ved at skabe et datamæssigt grundlag for i højere grad at kunne forstå årsagerne til udgiftspreset. Herunder ved at skabe et bedre grundlag for, at kommunerne fremadrettet via FLIS kan tilgå valide og relevante nøgletal på tværs og bringe tilgængelige tværgående data i spil fx om borgerens diagnoser, tilknytning til arbejdsmarkedet mv. Det skal desuden ske ved at beskrive og udbrede konkrete eksempler på, hvad kommuner har gjort for at imødegå udfordringerne.

Projektet arbejder med følgende analysespørgsmål, som skal kvalificeres i samarbejde med projektkommunerne:

- Hvor stor en del af udgiftsudviklingen skyldes et stigende antal modtagere, og hvor stor en del skyldes stigende enhedsudgifter?
- Hvilken betydning har det stigende antal psykiatriske diagnoser for udgiftsudviklingen?
- Er der sket en udvikling i visitationen, så en større andel af borgere med en given diagnose modtager sociale ydelser?
- Har det betydning for udgifterne om en kommune er netto køber eller sælger af botilbudspladser?
- Har stigende levealder betydning for udgiftsudviklingen?
- Hvordan er forskellen i varigheden af botilbudsophold på tværs af kommuner?

Specialkonsulent Hans Andersen og chefkonsulent Mette Rosenbeck, KL vil på mødet give en kort præsentation af projektets indhold, efterfulgt af en drøftelse af de foreløbige analysespørgsmål.

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 7

- De opstillede analysespørgsmål, herunder om der er yderligere spørgsmål som kunne være relevante at inkludere.

3. Kofoedsminde – finansiering og visitation

Der har på de seneste møder i Koordinationsforum været en række drøftelser vedr. Kofoedsminde, hvor fokus har været på den markante tilvækst af borgere med type 2-domme på Kofoedsminde's sikrede afdeling og de heraf afledte økonomiske konsekvenser.

KL har bragt spørgsmålet vedr. objektiv finansiering op til Børne- og Socialministeriet i efteråret 2017. Børne- og Socialministeriet drøftede dette med Justitsministeriet, der ikke var åben over for en ændring af finansieringsformen. Aftalen mellem KL og BSM blev derfor en præcisering af vejledningen, så det bl.a. er tydeligt, at borgere med domstype 2 i første omgang skal anbringes på en åben afdeling. Den præciserede vejledning trådte i kraft i februar 2018 ([Vejledning nr. 4 til serviceloven](#)).

Koordinationsforum aftalte på senest møde i april 2018 at drøfte objektiv finansiering og kommunernes visitering til tilbuddet på dette møde. DASSOS Midtjylland har udarbejdet et notat om problematikken om stigende udgifter til Kofoedsminde, som input til drøftelsen. Notatet indeholder følgende bemærkninger og forslag, der ønskes inddraget i Koordinationsforums drøftelse af sagen:

- Set i lyset af at udgifterne til Kofoedsminde er steget markant gennem en årrække – og fortsat stiger - ønskes det, at KL rejser finansieringsspørgsmålet i ministeriet.
- Set i lyset af geografiske forskelle i anvendelsen af Kofoedsminde til type 2 domte, bør det overvejes, hvorvidt der bør skabes en anden finansieringsmodel på denne pladstype, så de ikke omfattes af objektiv finansiering.
- Det bør ligeledes indgå i overvejelserne, at der ikke findes alternative anbringelsessteder til borgere, med en type 2 dom, som kommunen har bestemt skal overføres til sikret afdeling.

/./ Forslag fra DASSOS til Koordinationsforum vedr. Kofoedsminde

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvordan kommunerne arbejder med den nye vejledning, og hvordan der arbejdes med opfølgning på borgere med type 2 dom.
- Udfordringerne omkring objektiv finansiering og kommunernes visitering til Kofoedsminde, herunder DASSOS Midtjyllands forslag.

4. Status på initiativer i Center for Døvblindhed og Høretab i Region Nordjylland

Center for Døvblindhed og Høretab i Region Nordjylland oplever nedgang i antallet af børn og unge med høretab og døvblindhed, der anvender undervisnings- og døgntilbud. Afdelingen for døvblindhed er landsdækkende, mens afdelingen for høretab er landsdelsdækkende.

Region Nordjylland præsenterede på Koordinationsforum den 18. april 2018 en analyse af årsagerne til den faldende søgning til det

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 7

landsdækkende undervisningstilbud til børn og unge med døvblindhed samt mulige udviklingsområder.

Der fremlægges status på initiativer.

./.
Rammeaftalesekretariatet Nordjylland eftersender status fra Region Nordjylland forud for mødet.

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum tager status til efterretning.

5. Det landsdelsdækkende tilbud Center for Høretab

Center for Høretab i Fredericia er et højtspecialiseret tilbud til børn og unge med høretab og består af et landsdelsdækkende skoletilbud for børn, et skoletilbud for unge (STU), et elevhjemstilbud for børn og unge samt en konsulentafdeling. Center for Høretabs skoletilbud for unge (STU) og elevhjemmet har de seneste år har oplevet et faldende elevtal. Det faldende elevtal udfordrer den faglige og økonomiske bæredygtighed for elevhjemmet og skoletilbuddet for unge. Center for Høretab drives af Region Syddanmark.

Der er aktuelt (oktober 2018) 35 børn (fuldtid) på skoletilbuddet, 6 unge (fuldtid) på STU tilbuddet og 7,8 børn og unge (fuldtid) på elevhjemmet.

Økonomien er løbende tilpasset de færre indtægter. Der er iværksat kapacitetstilpasninger, men elevudmeldelser i 2017 har medført et driftsunderskud på Center for Høretabs elevhjem i 2017 på ca. 1,3 mio. kr. og et akkumuleret underskud på ca. 1,9 mio. kr. (heraf udgør underskuddet over 5% i alt ca. 1,2 mio. kr.). I forhold til skolen for børn og skolen for unge (STU) var der et mindre driftsoverskud i 2017.

Underskuddet over de 5% (ca. 1,2 mio. kr.) på Center for Høretabs elevhjem vil medføre midlertidige takststigninger på elevhjemmet i 2019. Ved et elevtal på otte fuldtidsårselever vil det i gennemsnit medføre en midlertidig takststigning i 2019 på ca. 150.000 kr. pr. fuldtidsårselev.

Region Syddanmark følger udviklingen i belægningsen på elevhjemmet nøje. Ved et yderligere fald i belægningsen skal fremtiden for elevhjemmet overvejes.

En afdækning foretaget blandt de syddanske kommuner har vist, at behovet for pladser til målgruppen er uændret, tenderende mod et faldende behov. Dette gælder inden for såvel skoletilbud, STU-tilbud og botilbud/ elevhjem, og det gælder for alle tre delmålgrupper; 1) elever med et moderat høretab, 2) elever med høretab, der har behov for tegnsproglig kommunikation og 3) elever med høretab, der har andre funktionsnedsættelser.

På møde i Socialdirektørforum den 22. juni 2018 orienterede Region Syddanmark om, at der ses en svagt faldende tendens i belægningsen på skoledelen, og at elevhjemmet ikke ser ud til at være bæredygtigt fra sommeren 2019. Socialdirektørforum besluttede på mødet, at udfordringen rejses for KL på næste møde i Koordinationsforum med

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 7

forslag om at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal se på, hvordan vi tilgodeser børn- og unge med høretabs behov fremadrettet, herunder sikring af den faglige kompetence.

Socialdirektørforum følger udviklingen på Center for Høretab nøje.

./ Notat om udfordringer på Center for Høretab i Fredericia.

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter nedsættelse en arbejdsgruppe, der skal se på, hvordan børn og unge med høretabs behov tilgodeses fremadrettet, herunder sikring af den faglige kompetence.

6. Koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud – rammeaftalen for 2019-2020

Kommunalbestyrelserne og regionsrådene skal i forbindelse med fastlæggelse af udviklingsstrategien i rammeaftalen sikre indbyrdes koordinering af de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud samt den sikrede boform Kofoedsminde og de otte sikrede afdelinger til unge.

I den nuværende bekendtgørelse fremgår, at "I forbindelse med fastlæggelsen af udviklingsstrategien skal kommunalbestyrelser og regionsråd sikre indbyrdes koordination mellem de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud". Ny bekendtgørelse forventes ultimo 2018.

Rammeaftalesekretariatet Hovedstaden har hidtil varetaget den fælles koordination på vegne af rammeaftalesekretariaterne ift. at sammenfatte en samlet status for de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede institutioner, jf. kommissoriet.

Det fremgår af kommissoriet for koordinationsforum, at udarbejdelsen af den samlede status for de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede institutioner følger kadencen for udarbejdelse af den øvrige rammeaftale.

./ Opgørelse af kapacitet og belægning for lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger (april 2018) til orientering.

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Formen på samlede status, og hvorvidt den nuværende form sikrer den indbyrdes koordinering.
- Den fremtidige kadence for koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud i forhold til at rammeaftalen er toårig.

7. Status på dialog med National Koordinationsstruktur

Socialstyrelsen har i foråret 2018 haft en af sine to årlige dialogrunder; ligesom KL har holdt dialogmøde med Socialstyrelsen om National Koordinationsstruktur i juni 2018, og der har været afholdt møde mellem

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 7

Socialstyrelsen og rammeaftalesekretariatene om opfølgning på de to første centrale udmeldinger.

I dialogen har der bl.a. været fokus på:

- Politisk opfølgning på den nationale koordinationsstruktur
- Dialogrunde om forebyggelse af afspecialisering
- Opfølgning på de centrale udmeldinger for henholdsvis børn og unge med alvorlig synsnedsættelse og voksne med på kompleks erhvervet hjerneskade
- Opfølgning på den centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser
- Tydeligere beskrivelse af matrikelløse indsatser
- Fremadrettede forløbsbeskrivelser

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvorvidt dialogen giver anledning til særlige opmærksomhedspunkter, som skal håndteres i fælleskommunalt regi.
- Input til Socialstyrelsens kommende afdækning af matrikelløse indsatser

8. Opfølgning på central udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser

Socialstyrelsen er begyndt på opfølgningen på den centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser.

Opfølgningsdesignet lægger sig op ad designet for opfølgningerne på de første to centrale udmeldinger. Derudover vil styrelsen have fokus på matrikelløse indsatser til målgruppen, samarbejdsaftalerne i Nordjylland og Syddanmark samt den tværregionale koordination og samarbejde i KL's koordinationsforum.

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Opmærksomhedspunkter i forhold til opfølgning på CU for borgere med svære spiseforstyrrelser
- Om koordinationsforum er blevet brugt efter hensigten i forhold til borgere med svære spiseforstyrrelser

9. Belægningen på krisecentrene

I DAS Nordjylland er der opmærksomhed på belægningen på krisecentrene som følge af, at der er kommet flere nye tilbud indenfor det seneste år – særligt private tilbud.

Stigningen i private krisecentre medfører dels en bekymring for ledig kapacitet på de kommunale krisecentre og dels for om, det kan være udgiftsdrivende for kommunerne, eftersom ydelsen er uvisiteret og taksterne på de private krisecentre er højere end på de kommunale krisecentre. Området er underlagt statsrefusion på 50 %, men væksten i pladser og taksterne vurderes at være så markant, at det alligevel er udgiftsdrivende for kommunerne.

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 7

./ Notat vedr. udvikling og belægning for uvisiterede ydelser §109 og §110.

Dato: 1. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2547622

E-mail: kanm@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 7

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvordan det regionale billede ser ud i de øvrige regioner ift. krisecentre/forsorgshjem.
- Om der er signaler/tendenser, som gør, at der er yderligere grund til at være bekymrede for, at området bliver udgiftsdrivende for kommunerne?

10. Evt.

Mødedeltagere:

Social-, Sundheds- og Kulturdirektør Rikke Albrechtsen, Frederikshavn Kommune (via Skype)

Social- og Arbejdsmarkedsdirektør Steinar Eggen Kristensen, Randers Kommune

Socialchef Lotte Henriksen, Aarhus Kommune

Børn- og Ungedirektør Vini Lindhardt, Slagelse Kommune

Handicap- og Psykiatrichef Thomas Knudsen, Slagelse Kommune

Social-, Job- og Sundhedsdirektør Christian Harsløf, Roskilde Kommune

Borger- og Arbejdsmarkedsdirektør Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune

Voksen- og Sundhedsservicedirektør Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune

Social- og Sundhedsdirektør Henrik Abildtrup, Albertslund Kommune

Børn-, Sundhed- og Velfærdsdirektør Kristina Koch Sloth, Albertslund Kommune

Derudover deltager:

Konsulent Morten Aggerholm og specialkonsulent Charlotte

Søndergaard Andersen, Rammeaftalesekretariatet Nordjylland

Chefkonsulent Maria Eeg Smidt og AC fuldmægtig Kristine Brodam, 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 Christian Budde Opstrup, KKR Midtjylland

Konsulent Søren Sandahl, KKR Hovedstaden

Fra KL-sekretariatet:

Kontorchef Niels Arendt Nielsen

Chefkonsulent Susanne Nørslund Munk

Chefkonsulent Louise Tarp Thorgaard

Specialkonsulent Hans Andersen

Konsulent Katrine Nørtoft Magelund

Afbud:

Børne- og Kulturdirektør Henrik Aarup-Kristensen, Brønderslev Kommune

Bilag 6

Referat Koordinationsforum 14.11.18

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893

Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk

Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1 af 7

1. Velkomst og siden sidst

Status på særlige pladser i psykiatrien

- KL har sammen med Danske Regioner rejst forslag om at de særlige pladser konverteres til ordinære behandlingspsykiatriske sengepladser.
- KL er samtidig på vej til at afgive høringssvar på Sundheds- og Ældreministeriets forslag til ændrede visitationskriterier. I høringsmaterialet er der forslag om at opbløde visitationskriterierne samt at give regionerne indstillingsret til visitationsforum.
- Koordinationsforum kvitterede for, at KL har taget initiativ og lavet aftale med DR.

./ Høringssvaret er vedlagt referatet.

Status på analyse af køb og salg af sociale ydelser

- Koordinationsforum drøftede på mødet i april 2018 analysen af køb og salg af sociale ydelser, som regeringen og KL har aftalt med ØA18. Analysen er nu igangsat, og det forventes at der vil foreligge anbefalinger i marts 2018. Der vil blive afholdt en workshop med kommunal deltagelse i januar/februar.

Sundhedsindsatser på private botilbud

- KL er i dialog med styrelsen for Patientsikkerhed og Sundheds- og Ældreministeriet for at afklare de kommunale forpligtelser ift. at føre tilsyn med private botilbud, samt hjemmelsgrundlaget for sundhedsindsatser på botilbud. KL mødes i slutningen af november med Styrelsen for Patientsikkerhed og relevante kontorer i Sundheds- og Ældreministeriet og vender tilbage med yderligere information, når mødet har været afholdt.

Forslag til Lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.

- Forhandlingerne om de økonomiske konsekvenser af lovforslaget om bekæmpelse af ungdomskriminalitet pågår i øjeblikket. Der er fx ikke sat penge af til øgede udgifter til nye og dyrere indsatser besluttet af de nye Ungdomskriminalitetsnævn, sammenlignet med de indsatser kommunerne i dag iværksætter overfor målgruppen. KL har ikke kendskab til, at der er sket justeringer af lovforslaget, som er fremsat i Folketinget den 6. november 2018. Der forhandles pt DUT.
- Koordinationsforum bemærkede, at i Aarhus Kommune forventer en ekstra udgift omkring 15 mio. kr. Aarhus kommune er i gang med et samarbejde med Østjylland og vil gerne dele erfaringer med øvrige kommuner

Ny bekendtgørelse om rammeaftaler

- Børne- og Socialministeriet forventer at sende en ny bekendtgørelse om rammeaftale m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde i høring snart, og at den skal være gældende fra starten af 2019.

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 7

Rammeaftale og overtagelse af regionale tilbud

- KL har fået henvendelse fra kommune i forhold til, at tilkendegivelse af overtagelse af regionale tilbud skal meddeles regionsrådet senest den 1. januar i valgperiodens tredje år. Hvilket vil sige i 2020. Dette stemmer ikke med den toårige periode for rammeaftaler 2019-2020. BSM har oplyst, at dette kan håndteres ved, at det i servicelovens § 6, stk. 1, 2. pkt., fremgår, at kommunalbestyrelserne og regionsrådet kan aftale løbende revision og opdatering af rammeaftalen.

Opfølgning på evaluering af socialtilsynet

- KL kan oplyse, at der ikke kunne opnås enighed blandt forligspartierne bag reform af Socialtilsynet om lovændringer. Der bliver således ikke fremsat lovforslag vedr. justering socialtilsynet pt.

2. Analyse af styring af det specialiserede socialområde

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- De opstillede analysespørgsmål, herunder om der er yderligere spørgsmål som kunne være relevante at inkludere.

Koordinationsforums drøftelse:

./. Specialkonsulent Hans Andersen og chefkonsulent Mette Rosenbeck præsenterede projektet. Præsentation er vedlagt

Der er sendt invitation ud til kommuner om at deltage i projektet. Udgangspunktet er at skabe bedre datamæssigt grundlag. Eksisterende data viser stor variation mellem kommuner.

Koordinationsforum bemærkede:

- Det er vigtigt for kommunerne også at få viden om, hvordan man vedvarende kan få udgifterne ned per bruger. Ser tre spor – som vil være interessant at undersøge på tværs:
 - Visitationspraksis (på tværs af kommuner)
 - Varighed (særligt §85 og §107) – også stor variation mellem kommunerne. Hvad gør de kommuner, der får afsluttet borgere?
 - Pladspriser – forskelle mellem private og offentlige (ikke dem i rammeaftalen)
- Kan kommunerne i højere grad arbejde for at åbne pladser sammen, fremfor dyre pladskøb privat. Der er ikke oprettet mange fælleskommunale tilbud. Ingen er villige til at tage risikoen eller at tage det på anlægsrammen. I rammeaftalen Hovedstaden analyseres tilbudsviften, hvor der ses ind ad i forhold til en relevant tilbudsvifte og muligheder for fællesdrevne tilbud, abonnementsordninger mv.
- Vi skal være bedre til at anvende, at kommunerne kan bede regionen om at etablere tilbud.
- Også sættes fokus på længden. Forløbsparameteret bliver en indikator for at vi kan løfte kvaliteten.

- Tætte koblinger til beskæftigelse – data i analysen skal valideres op mod det.
- Hvordan er forløb og udgifter koblet til distriktpsychiatrien – er der noget interessevaretagelse på sigt her i forhold til det nære sundhedsvæsen.
- Fokus på væksten fra barn til voksen. Den uforudsete udgifter er særligt i forhold til socialpsykiatri. Kan forudses på handicap. Interessant om der kan kobles forskningsmæssig viden på om ex. skolevægring, angst mv.
- Der sker en stor udgiftsstigning på udviklingshæmning med dom. En udfordring når andre kan visitere til kommunale ydelser.
- Det opleves også, at på nogle områder har tilgængelighed/udbud betydning for antallet af ydelser/efterspørgslen.
- Der skal også være fokus på om, der er sket en opgaveglidning eller er der tale om, at der er flere i målgruppen.
- På handicapområdet er der et alderstema – mange af dem, der får tillægstakster.
- Der opleves også en stigning i antallet af dyre enkeltsager, så vigtigt også se på spredning.

KL orienterede om, at dette projekt vil blive koblet med et indsatspor omkring kvalitet, som vil være et længerevarende spor. Koordinationsforum opfordres til at sende tværkommunale / KKR analyser mv, der er lavet allerede. Også gerne interessante analyser i enkelte kommuner.

3. Kofoedsminde – finansiering og visitation

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvordan kommunerne arbejder med den nye vejledning, og hvordan der arbejdes med opfølgning på borgere med type 2 dom.
- Udfordringerne omkring objektiv finansiering og kommunernes visitering til Kofoedsminde, herunder DASSOS Midtjyllands forslag.

Koordinationsforums drøftelse:

KL har bragt spørgsmålet vedr. objektiv finansiering op til BSM i efteråret 2017. BSM drøftede dette med Justitsministeriet, der ikke var åben over for en ændring af finansieringsformen. Aftalen mellem KL og BSM blev derfor en præcisering af vejledningen. Den justerede vejledning præciserer bl.a., at borgere med domstype 2 i første omgang skal anbringes på en åben afdeling samt at Lolland Kommune skal høres forud for anbringelse. Det vurderes derfor ikke, at der vil være åbenhed over for en ny drøftelse af finansieringsmodellen på nuværende tidspunkt.

KKR Sjælland har eftersendt et notat med data om brugen af Kofoedsminde, der viser en aktuel belægning på pt. 64, hvoraf 36 har type 2 dom.

Det blev taget til efterretning, at der ikke er mulighed for at ændre finansieringsbekendtgørelsen pt. Udfordringen her er, at nogen visiterer og andre betaler – dilemma med fælles tilbud med objektiv finansiering.

Det blev aftalt, at problemstillingen omkring Kofoedsminde drøftes igen til mødet i marts 2019 pba. data og kommunernes oplevelser med brug af den nye vejledning. Herunder kan det være interessant at undersøge, hvad kommuner, der anvender Kofoedsminde mindre, gør i stedet. KKR Sjælland

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 7

aftaler med Region Sjælland at lave en fælles udspil om, hvad der skal være fokus på.

4. Status på initiativer i Center for Døvblindhed og Høretab i Region Nordjylland

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum tager status til efterretning.

Koordinationsforums drøftelse:

KKR Nordjylland har eftersendt status fra Region Nordjylland på de anbefalinger og handleforslag i forhold til undervisningsområdet for børn med døvblindhed, der blev præsenteret for Koordinationsforum i april 2018. Status indeholder blandt andet, at der udarbejdes informationsmateriale samt etableres netværk og sidemandsoplæring i kommuner med relevante borgere. Der etableres i første omgang ikke en satellit. Der arbejdes samtidig for at styrket samarbejde med øvrige tilbud indenfor målgruppen.

Status blev taget til efterretning.

5. Det landsdelsdækkende tilbud Center for Høretab

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter nedsættelse en arbejdsgruppe, der skal se på, hvordan børn og unge med høretabs behov tilgodeses fremadrettet, herunder sikring af den faglige kompetence.

Koordinationsforums drøftelse:

Center for Høretabs skolehjem og STU udtyndes, og der er frygt for, at det på sigt vil have betydning for skoledelen. Børnene i Center for Høretab har andre udfordringer end at være døve.

Midtjylland vurderer, at de er dækket ind med de tilbud, der er. I Nordjylland oplever CDH, jf. ovenfor også udfordringer.

Det blev aftalt, at KKR Syddanmark tager initiativ til at lave en arbejdsgruppe og afdække om der er behov for at gøre noget på tværs/landsdækkende for denne gruppe af borgere.

6. Koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud – rammeaftalen for 2019-2020

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Formen på samlede status, og hvorvidt den nuværende form sikrer den indbyrdes koordinering.
- Den fremtidige kadence for koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud i forhold til at rammeaftalen er toårig.

Koordinationsforums drøftelse:

Det er vurderingen, at der bliver brugt mange ressourcer på at lave den samlede status for de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikre de institutioner, og det skal holdes op i mod anvendelsen af opgørelsen.

Det blev aftalt, at KL tager initiativ til at beskrive en proces, der tager udgangspunkt i at udarbejdelsen af status følger rammeaftalen og bliver

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 7

toårig. Samtidig skal processen sikre, at der er fokus på, hvilke tilbud der vil være behov for at følge tættere, og hvor der er udfordringer, som der ligeledes skal følges tættere, eksempelvis i forhold til Kofoedsminde og i forhold til regionale tilbud.

7. Status på dialog med National Koordinationsstruktur

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvorvidt dialogen giver anledning til særlige opmærksomhedspunkter, som skal håndteres i fælleskommunalt regi.
- Input til Socialstyrelsens kommende afdækning af matrikelløse indsatser

Koordinationsforum drøftelse:

Dialogen med National Koordinationsstruktur har ikke givet anledning til særlige opmærksomhedspunkter.

Der er i det faglige råd fokus på matrikelløse indsatser, som National Koordinationsstruktur har i gang sat en afdækning af.

Vi kan bruge koordinationsforum på at være på forkant med de områder, hvor vi ser særlige udfordringer og gå i dialog med Socialstyrelsen.

8. Opfølgning på central udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser

Indstilling:

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Opmærksomhedspunkter i forhold til opfølgning på CU for borgere med svære spiseforstyrrelser
- Om koordinationsforum er blevet brugt efter hensigten i forhold til borgere med svære spiseforstyrrelser

Koordinationsforum drøftelse:

Det giver generelt udfordringer at skulle lave opfølgninger på de centrale udmeldinger, i forhold til forventninger til National Koordinations forventning om, hvad der igangsættes i forlængelse af CU.

I forhold til spiseforstyrrelsesområdet er det en stor udfordring, at Socialstyrelsen lægger hele ansvaret ved kommunerne, når udfordringerne går på tværs med regionerne. Det gælder også andre målgrupper under National Koordination, hvor en stor del af de udvalgte målgrupper har somatiske udfordringer.

Det blev aftalt at invitere Socialstyrelsen til det næste møde for at drøfte de faglige udfordringer for borgere med svære spiseforstyrrelser. Denne drøftelse kan tage udgangspunkt i casebeskrivelser (en-to fra hver KKR) til at belyse dilemmaer og hvorfor det er svært.

Det blev endvidere aftalt, at rammeaftalesekretariatene koordinerer et fælles til Socialstyrelsen i forhold til om koordinationsforum er brugt efter hensigten.

9. Belægningen på krisecentrene

Indstilling:

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 7

Det indstilles, at Koordinationsforum drøfter

- Hvordan det regionale billede ser ud i de øvrige regioner ift. krisecentre/forsorgshjem.
- Om der er signaler/tendenser, som gør, at der er yderligere grund til at være bekymrede for, at området bliver udgiftsdrivende for kommunerne?

Koordinationsforums drøftelse:

KL's pointerede, at det er en problemstilling, der er svært at gøre noget ved pga. selvmøderprincip. Generelt ser der ikke et problem med tomgang på krisecentre.

KL oplyste endvidere, at der på §110 området er nedsat en arbejdsgruppe, der kigger på styringen og herunder visitationen/udskrivningen. KL arbejder for, at kommunerne kan få udskrivningsretten, hvis der er et relevant tilbud i kommunen. Der er også forslag om at lave en fælles vejledning/manual i forhold til, hvad der skal løses i kommunen, og hvad der skal løses på krisecentre.

Koordinationsforum udtrykte tilslutning til at arbejde for udskrivningsretten. Der er desuden brug for at arbejde med, hvad der er det rette/relevante tilbud til kvinden.

Erfaringer fra øvrige regioner: I Hovedstaden er kvindekrisecentrene dyrere kommunalt, mens herberger er billigere kommunalt. I Midtjylland har en arbejdsgruppe undersøgt området, og her er oplevelsen, at der i høj grad er tale om kvinder med indvandrerbaggrund. Her kan være et behov for at se ud over hjemkommunen for, at kvinden kommer væk fra den voldelige mand. Erfaringer fra andre områder, f.eks. bandeexit, er at det er svært at håndtere, når en borger skal have ophold i en anden kommune.

10. Evt.

Ingen bemærkninger.

Mødedeltagere:

Social-, Sundheds- og Kulturdirektør Rikke Albrechtsen, Frederikshavn Kommune

Social- og Arbejdsmarkedsdirektør Steinar Eggen Kristensen, Randers Kommune

Socialchef Lotte Henriksen, Aarhus Kommune

Børn- og Ungedirektør Vini Lindhardt, Slagelse Kommune

Handicap- og Psykiatrichef Thomas Knudsen, Slagelse Kommune

Social-, Job- og Sundhedsdirektør Christian Harsløf, Roskilde Kommune

Voksen- og Sundhedsservicedirektør Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune

Social- og Sundhedsdirektør Henrik Abildtrup, Rødovre Kommune

Derudover deltager:

Specialkonsulent Morten Aggerholm og specialkonsulent Charlotte

Søndergaard Andersen, Rammeaftalesekretariatet Nordjylland

Chefkonsulent Maria Eeg Smidt og AC fuldmægtig Kristine Brodam,

Rammeaftalesekretariatet Midtjylland

Konsulent Camilla Fyhn Milland og konsulent Tove Tørnæs,

Rammeaftalesekretariatet Syddanmark

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 7



Chefkonsulent Povl Skov, Rammeaftalesekretariatet Sjælland
Specialkonsulent Nana Angell Hald og specialkonsulent Sine Hansen,
Rammeaftalesekretariatet Hovedstaden
Chefkonsulent Helene Lund Therkelsen, KKR Nordjylland
Konsulent Søren Sandahl, KKR Hovedstaden

Fra KL-sekretariatet:
Kontorchef Niels Arendt Nielsen
Specialkonsulent Hans Andersen
Konsulent Katrine Nørtoft Magelund

Afbud:

Sundheds- og Velfærdsdirektør Henrik Aarup-Kristensen, Brønderslev
Kommune
Børn-, Sundhed- og Velfærdsdirektør Kristina Koch Sloth, Albertslund
Kommune
Borger- og Arbejdsmarkedsdirektør Lise Plougmann Willer, Esbjerg
Kommune
Chefkonsulent Birgitte Lambrechtsen, KKR Syddanmark
Konsulent Anne Andersen, KKR-Sjælland
Chefkonsulent Christian Budde Opstrup, KKR Midtjylland
Chefkonsulent Susanne Nørlund Munk

Dato: 22. november 2018

Sags ID: SAG-2013-00893
Dok. ID: 2673724

E-mail: KANM@kl.dk
Direkte: 3370 3548

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 7

Bilag 7

Prøvehandling om genoptræningsplaner efter indlæggelse eller ambulant behandling på et psykiatrisk hospital

22. september 2018
Side 1 af 4

Baggrund

Hospitaler kan henvise borgere, der udskrives fra psykiatrisk behandling, til ambulant genoptræning i kommunerne, hvis en række kriterier er opfyldt. Hospitalet henviser patienten til ambulant genoptræning via en genoptræningsplan. Kommunerne udfører og finansierer genoptræningen. Genoptræningen sker efter Sundhedsloven.

Brug af genoptræningsplaner efter udskrivning fra en psykiatrisk afdeling eller ambulant behandling er et udviklingsområde, hvor der er behov for at sikre en fælles tilgang og arbejdsgange på tværs af Region Midtjylland og de 19 kommuner i regionen.

Der igangsættes derfor en prøvehandling, der skal understøtte brugen af genoptræningsplaner efter behandling på psykiatrisk hospital.

Formål

Formålet med prøvehandlingen er, at udvikle snitflader og arbejdsgange i forhold til genoptræning efter behandling på et psykiatrisk hospital, så borgeren oplever en sammenhængende indsats.

Forankring og rollefordeling

Sundhedsstyregruppen træffer beslutning om igangsættelse af prøvehandlingen.

Prøvehandlingen forankres i en klynge. Det påtænkes at invitere Midtklyngen til at gennemføre prøvehandlingen.

Klyngen er ansvarlig for den konkrete gennemførelse af prøvehandlingen, samt at viden og erfaringer fra prøvehandlingen opsamles og gøres tilgængelig i en form, så det kan formidles til de øvrige fire klynger. Klyngen aftaler med Sundhedsaftalesekretariatet, hvordan de øvrige klynger kan inddrages undervejs i arbejdet. Klyngen opfordres endvidere til at inddrage relevante erfaringer fra de øvrige regioner. Fx har Region Syddanmark udarbejdet en model for målgruppe og snitflader i forhold til genoptræningsplaner til patienter i psykiatrien.

Klyngen rapporterer til Sundhedsstyregruppen, der træffer beslutning om spredning af resultaterne fra prøvehandlingen til alle klyngerne.

Indhold i prøvehandling

Der udpeges en klynge, der i en tidsafgrænset periode skal have særlig fokus på brugen af genoptræningsplaner i psykiatrien.

22. september 2018
Side 2 af 4

Klyngen etablerer et tværsektorielt genoptræningsforum, der løbende følger udarbejdelsen af genoptræningsplaner i psykiatrien. Formandskabet for genoptræningsforummet skal være repræsentanter med en høj grad af ledelsesmæssig beslutningskompetence. Klyngen fastlægger den konkrete organisering af det tværsektorielle genoptræningsforum.

Der skal i forløbet være særlig fokus på

- Genoptræningsplanen er et kommunikationsredskab mellem en fysioterapeut/ergoterapeut på et hospital og en fysioterapeut/ergoterapeut i en kommune.
- Snitflader mellem sundhedsfaglige tilbud og sociale indsatser. Genoptræning gives inden for rammerne af sundhedsloven, og skal ikke stå i stedet for sociale og pædagogiske indsatser. Genoptræning er en tidsafgrænset indsats, der kan være en del af en mere omfattende indsats til en borger, men som ikke skal stå i stedet for en mere langsigtet rehabiliteringsindsats.

Det fælles forum gennemgår de konkrete genoptræningsplaner, der udarbejdes på hospitalet i klyngen med henblik på at afklare og fastlægge

- **Kvaliteten af genoptræningsplanen**

- Opfylder genoptræningsplanerne de formelle kriterier for genoptræningsplaner – hvad fungerer, og hvor kan der være behov for at styrke brugen af genoptræningsplaner?
- Er kvaliteten af genoptræningsplanen tilstrækkelig til, at der kan handles på baggrund af planen – hvad fungerer, og hvor er der evt. behov for at styrke kvaliteten?

- **Gråzoner og tvivlsspørgsmål**

- Indeholder genoptræningsplanerne elementer, hvor der ikke nødvendigvis er tale om en genoptræningsopgave (tvivlsspørgsmål, uenigheder og gråzoner mellem fx sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser)? Hvis det er tilfældet skal det

i fællesskab afklares, hvordan sådan et forløb bedst gribes an fremadrettet.

22. september 2018
Side 3 af 4

- **Kompetencer**

- Er de rette kompetencer tilstede på hospitalet i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner af den rette kvalitet?
- Er de rette kompetencer tilstede i kommunerne i forhold til de typer af genoptræningsopgaver, som genoptræningsplanerne giver anledning til?

Der arbejdes kun med anonymiserede genoptræningsplaner, og der skal fastlægges en arbejdsgang, der sikrer, at de gældende regler om adgang til personfølsomme data er overholdt.

Resultaterne sammenfattes i et forslag til snitfladekatalog, der indeholder:

- Oversigt over typer af funktionstab i forbindelse med en hospitalskontakt, der kan give anledning til en genoptræningsplan efter behandling i psykiatrien, Gerne suppleret med konkrete eksempler fra klyngen.
- anbefalinger til den gode praksis - fx arbejdsgange ved udfyldelse af genoptræningsplaner og procedure for opfølgning ved genoptræningsplaner, hvor der er tvivlsspørgsmål og/eller uenighed i forhold til planens indhold.
- Evt. behov for kompetenceudvikling

Antal genoptræningsplaner

Antallet af genoptræningsplaner i Region Midtjylland og de øvrige regioner følges som en del af prøvehandlingen. Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland (Trine Oksbjerg) står for kvartalsvist at trække data på antal genoptræningsplaner, der stilles til rådighed for klyngen.

22. september 2018
Side 4 af 4

Tids- og handleplan

Prøvehandlingen gennemføres som udgangspunkt frem til juni 2019. Dog skal det sikres, at der i forbindelsen med prøvehandlingen gennemgås 20-25 genoptræningsplaner i klyngen. For at få et tilstrækkeligt antal genoptræningsplaner at arbejde på grundlag af kan klyngen inddrage genoptræningsplaner udarbejdet i 2017 og 2018.

Okt.- nov. 2018: Design og godkendelse af prøvehandling

5. okt. - FU DASSOS
5. okt. - KOSU
23. nov. - Sundhedsstyregruppen
27. nov. - DASSOS

Dec. 2018 - juni 2019: Prøvehandling

Etablering af tværgående genoptræningsforum.
Udarbejdelse af forslag til snitfladekatalog.

Aug. - sep. 2019: Videndeling og færdiggørelse af snitfladekatalog

Vidensworkshop for alle fem klynger mhp.kvalificering af forslag til snitfladekatalog - Sundhedsstyregruppen/Sundhedsaftalesekretariatet arrangerer workshoppen.

Behandling i DASSOS
Godkendelse i Sundhedsstyregruppen

Bilag 8

Følgebrev til "Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser"



"Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser" er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe til brug for det årlige møde mellem direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse i regionen (Sydøstjyllands Politi, Østjyllands Politi og Midt- og Vestjyllands Politi).

Dato 06.11.2018

Henriette Qvist

Tlf. 2341 1223

henqvs@rm.dk

Arbejdsgruppen har primært fokuseret på at identificere årsager til stigningen i tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen har således identificeret fem målgrupper, der ifølge arbejdsgruppen udgør hovedparten af tvangsindlagte borgere, ligesom arbejdsgruppen har identificeret kendetegn ved disse målgrupper samt årsager til, at borgerne tvangsindlægges.

Side 1

Derudover har arbejdsgruppen lavet en indledende afdækning af, hvilke håndtag det kunne være relevant at gribe fat i for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Det har været arbejdsgruppens udgangspunkt, at løsninger skal findes i fællesskab mellem de involverede aktører – arbejdsgruppen peger således ikke på en enkelt aktør.

Det skal fra arbejdsgruppens side understreges, at arbejdsgruppens anbefalinger har en meget overordnet karakter og skal ses som et første spadestik. Arbejdsgruppen har således et håb om, at håndtagene kan *bidrage* til nedbringelsen af tvangsindlæggelser, men er bevidste om, at de ikke er tilstrækkelige til at kunne løse problematikken. Arbejdsgruppen finder i forlængelse heraf, at det er analysens afsnit om målgruppeidentifikation, -karakteristika og årsager, der er af størst interesse. Arbejdsgruppen peger endelig på, at det vil være nødvendigt at foretage mere dybdegående analyser af problemstillingen og at arbejde videre med, hvilke konkrete indsatser der kan nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

På vegne af arbejdsgruppen.

Henriette Qvist
Formand for arbejdsgruppen
Defactum, Koncern Kvalitet
Region Midtjylland

Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser

November 2018

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
0. Introduktion til dokumentet	3
Rammerne for arbejdsgruppen og afrapporteringen	3
Læsevejledning	4
1. Kort om arbejdsgruppen og tvangsindlæggelser	5
Baggrund og formål for arbejdsgruppen	5
Arbejdsgruppens medlemmer	5
Proces og tidsplan for arbejdsgruppens arbejde	7
Reglerne for tvangsindlæggelser	8
2. Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser	9
Hvilke grupper har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser?	11
Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger	11
Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd	17
Personer med psykotiske tilstande	20
Personer med demens	23
Personer i svær affekt på grund af livskrise	25
Bosteder	26
3. Forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser	29
1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge, som mistrives	30
2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade	32
3. Hurtig og fleksibel indsats	32
4. Alternativer til indlæggelse	33
5. Psykiatrisk bistand	35
6. Bedre indsats	36
7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs	37
8. Opsamling på forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser	39

0. Introduktion til dokumentet

Denne afrapportering er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe i perioden december 2017 – maj 2018. Arbejdsgruppen har haft til opgave at analysere, hvilke faktorer der har bidraget til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland, og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser kan nedbringes.

Rammerne for arbejdsgruppen og afrapporteringen

Der har været stor interesse fra relevante parter til at bidrage til arbejdsgruppens arbejde. Dette gælder både i forhold til at være medlem af arbejdsgruppen og i forhold til at bidrage til afdækningen af indsatserne på området.

Arbejdsgruppen peger på, at de begrænsede ressourcer i region og kommune har betydning for stigningen i antallet af tvangsindlæggelser. De begrænsede ressourcer kan blandt andet medføre for korte indlæggelser, mangel på pladser og personale i støttetilbud, mangel på aktiviteter, mangel på passende boliger og begrænsninger på behandling i både region og kommune. I resten af afrapporteringen vil denne ressourceproblematik ikke blive behandlet yderligere.

I arbejdsgruppen har der – bl.a. som følge af ovenstående – været enighed om, at de indsatser, som arbejdsgruppen har foreslået, formentligt er utilstrækkelige i forhold til at bidrage betydeligt til at halvere brugen af tvang i 2020, som det er aftalt i Finansloven for 2014¹. Forslagene til indsatser skal derfor ses som et oplæg til, hvordan man kan *bidrage* til at reducere antallet af tvangsindlæggelser.

Der er blevet afholdt tre møder i arbejdsgruppen. Tilgangen til analysen har været, at arbejdsgruppen på møderne har analyseret problemstillingen og er kommet med forslag til indsatser. Det er udkommet af disse møder, der er afrapporteret. Hvor denne tilgang kræver forholdsvist få ressourcer og er horisontudvidende og relationsskabende for deltagerne i arbejdsgruppen, betyder tilgangen samtidig, at det ikke har været muligt dybdegående at afdække årsagerne til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser og komme med detaljerede forslag til indsatser. Denne tilgang til analysen betyder endvidere, at indholdet i afrapporteringen – naturligvis – afspejler arbejdsgruppens sammensætning. Analysen af problemstillingen og anbefalingerne har derfor nærmere karakter af at være en indledende afdækning af området. Det vil således være nødvendigt at foretage mere dybdegående analyser og at arbejde videre med at konkretisere arbejdsgruppens forslag².

Såfremt der bliver gennemført en mere tilbundsående undersøgelse af problemstillingen, anbefaler arbejdsgruppen, at man blandt andet undersøger politiets rolle i forbindelse med tvangsindlæggelser yderligere. En sådan afdækning af politiets rolle kunne blandt andet belyse, hvor mange gange politiet er i kontakt med en borger

¹ Aftaler om finansloven 2014: <https://www.fm.dk/publikationer/2013/aftaler-om-finansloven-for-2014>

² Der er sat flere initiativer i gang i forhold til nedbringelse af tvang i psykiatrien og på hospitalerne i Region Midtjylland, herunder task force vedrørende tvang, audit vedrørende bæltefikseringer på hospitalerne og regionale retningslinjer vedrørende anvendelse af tvang på hospitalerne.

forud for en tvangsindlæggelse, hvornår politiet er i kontakt med borgeren, under hvilke omstændigheder samt hvor lang tid politiet bruger på en tvangsindlæggelse.

Afrapporteringen bliver afleveret til direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse på deres årlige møde i 2018.

Læsevejledning

Nedenfor fremgår en kort beskrivelse af indholdet i afrapporteringen.

I kapitel 1 bliver der redegjort for baggrunden for arbejdsgruppen, hvem der har siddet i arbejdsgruppen samt processen for arbejdsgruppens arbejde.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser bliver beskrevet i den første del af kapitel 2. Dernæst bliver der redegjort for arbejdsgruppens vurdering af, hvilke målgrupper der særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser og dermed kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. I afsnittet bliver det beskrevet, hvad der karakteriserer målgrupperne, herunder hvilke problemstillinger, der kendetegner målgrupperne. Derudover bliver det beskrevet, hvad årsagerne til stigningen i tvangsindlæggelser er for den pågældende målgruppe samt hvilke aktører, der er involveret i målgruppernes forløb.

Med udgangspunkt i de identificerede målgrupper har arbejdsgruppen peget på, hvilke typer af indsatser de vurderer, der er behov for at iværksætte overfor målgrupperne for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Disse indsatser bliver beskrevet i kapitel 3.

I afrapporteringen bliver begrebet "hospitalspsykiatrien" anvendt om de psykiatriske hospitaler. Regionen har ansvaret for hospitalspsykiatrien, hvor den behandlende psykiatri bliver udført i form af stationær og ambulant behandling. Begrebet "hospital" refererer til de somatiske hospitaler, hvor patienter bliver behandlet for fysiske sygdomme.

1. Kort om arbejdsgruppen og tvangsindlæggelser

Baggrund og formål for arbejdsgruppen

Det blev aftalt at nedsætte arbejdsgruppen på det årlige møde mellem direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse i regionen i maj 2017. Baggrunden herfor var, at der er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland, og at psykiatriske patienter fylder tiltagende meget i politiets arbejde.

Arbejdsgruppen har haft til formål at analysere, hvilke faktorer der bidrager til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland kan nedbringes. Konkret har arbejdsgruppens opgaver været at:

- 1) Analysere data om tvangsindlæggelser med henblik på at finde årsager til stigningen i tvangsindlæggelser
- 2) Komme med konkrete forslag til, hvordan de involverede parter kan nedbringe antallet af tvangsindlæggelser

Gruppen har refereret til direktionen i Region Midtjylland. Koncern Kvalitet i Region Midtjylland har været tovholdere og sekretariat for arbejdsgruppen og har udarbejdet afrapporteringen på baggrund af arbejdsgruppens input. Afrapporteringen er således udtryk for arbejdsgruppens analyse af problemstillingen og vurdering af velegnede tiltag.

Kommissoriet for arbejdsgruppen er vedlagt i bilag 1.

Arbejdsgruppens medlemmer

Arbejdsgruppen blev sammensat af deltagere fra de forskellige parter, der er involverede i og har kendskab til tvangsindlæggelser. Det vil sige, at arbejdsgruppen er tværsektoriel og består af repræsentanter fra politiet, kommunerne, hospitalspsykiatrien samt SIND. Ved udpegelsen er der blevet lagt vægt på, at deltagerne i arbejdsgruppen skulle kunne bidrage med grundig og praksisnær/"hands-on"-viden om:

- de konkrete borger-forløb op til, under og efter en tvangsindlæggelse
- misbrugsproblematikker
- overgange mellem sektorer

Konkret er arbejdsgruppen sammensat af:

- 3 repræsentanter fra politiet - 1 repræsentant fra hver af de tre politikredse
- 3 repræsentanter fra kommunerne
- 3 repræsentanter fra psykiatrien
- 1 repræsentant fra det regionale socialområde
- 1 repræsentant fra almen praksis, praksiskoordinator
- 1 repræsentant fra en brugerorganisation på psykiatriområdet

- 1 kontorchef fra Koncern Kvalitet (formand)

Udpegningen er foregået ved, at tovholderne for arbejdsgruppen har kontaktet de relevante organisationer, der efterfølgende har meldt deltagere ind til arbejdsgruppen. Udpegningen af deltagerne fra kommunerne er blevet varetaget af DASSOS (Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i den midtjyske region). Deltagerne i arbejdsgruppen fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over arbejdsgruppens medlemmer

NAVN	FUNKTION	ENHED	ORGANISATION
Kim Bro	Sagsleder	Midt- og Vestjyllands Politi	Politi
Gert Bisgaard	Vicepolitiinspektør	Østjyllands Politi	
Lars Grønlund	Vicepolitiinspektør	Sydøstjyllands Politi	
Helene Gildebroy	Sygeplejefaglig kvalitets- og udviklingskonsulent	Handicap og Psykiatri, Favrskov Kommune	Kommune
Majken Geiger	Afdelingsleder	Psykiatri og Misbrug, Samsø Kommune	
Kirsten Villumsen*	Psykolog og faglig koordinator	Myndighed, Ringkøbing-Skjern Kommune	
Erik Mønsted Pedersen	Næstformand	SIND Aarhus-Samsø	Forening
Michelle Sussie Sehested O. Kring	Afdelingslæge	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Ungdomspsykiatrisk sengeafsnit Herning-Risskov, Aarhus Universitetshospital	Region
Anja Søndergaard Blaabjerg	Sygeplejerske og souschef	Afsnit O2, Regionspsykiatrien Horsens	
Majken Hagelberg	Sygeplejerske	Pavillon/Dagtilbud, Regionspsykiatrien Randers	
Anne Tolborg	Psykolog	Specialområdet Holmstrupgård, regionale socialområde	
Henrik Nordentoft	Praksiskoordinator for psykiatrien	Midtkraft	
Henriette Qvist	Kontorchef og formand for arbejdsgruppen	DEFACTUM, Koncern Kvalitet	

* Tiltrådt arbejdsgruppen efter 1. møde.

Tovholderfunktionen og sekretariatet for arbejdsgruppen er blevet varetaget af Koncern Kvalitet, Region Midtjylland.

Tovholderne og sekretariatet for arbejdsgruppen har bestået af:

- Lise Marie Witt Udsen, DEFACTUM, Koncern Kvalitet
- Maria Bredal Petersen, Koncern Kvalitet.

Tovholdernes opgaver har overordnet været:

- Sekretariatsbetjening
- Indsamling af kvantitative og kvalitative data
- Udarbejdelse af afsluttende afrapportering

Henrik Løwe Christiansen fra Kvalitetsafdelingen i Psykiatri og Socials administration, Region Midtjylland, har desuden bidraget til sekretariatets arbejde og deltaget i arbejdsgruppens møder. Kvalitetsafdelingen har udtrukket talmateriale til arbejdsgruppen.

Proces og tidsplan for arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppens arbejde bygger på medlemmernes egen viden og erfaringer samt nedenstående materiale, som arbejdsgruppen har fået tilsendt undervejs i forløbet:

- Talmateriale i form af tabeller og grafer vedrørende tvangsindlæggelser, som er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen og analyseret på arbejdsgruppens møder. Talmaterialet er blevet udtrukket fra Region Midtjyllands database (BI-portal). Se bilag 2³.
- Oversigt over igangværende initiativer vedrørende tvangsindlæggelser. Tovholderne har via en rundringning afdækket, hvilke erfaringer der findes i de øvrige regioner i forhold til at nedbringe tvangsindlæggelser.
- Referater af interview med borgere, der har erfaringer fra psykiatrien, og aktører, der via deres arbejde har kendskab til tvangsindlæggelser (interviewene er givet til intern brug i arbejdsgruppen).

Arbejdsgruppens arbejde har været inddelt i to faser:

- 1) Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser
- 2) Udarbejdelse af forslag til tiltag

Arbejdet er forløbet fra december 2017 til og med april 2018. I perioden er der blevet afholdt tre møder af fire timers varighed. Arbejdsgruppens medlemmer har ligeledes bidraget til arbejdet mellem møderne ved eksempelvis at byde ind med relevante aktører, som tovholderne kunne kontakte, talmateriale og kommentarer til afrapporteringen.

De tre møder i arbejdsgruppen er blevet afholdt på følgende datoer:

- 11. december 2017
- 26. februar 2018
- 30. april 2018

Forud for møderne har arbejdsgruppens medlemmer fået til opgave at forberede sig på mødet ud fra tilsendt materiale. Arbejdet er foregået på følgende måde:

Forud for det første møde blev arbejdsgruppen bedt om at sætte sig ind i talmateriale om stigningen i antallet af tvangsindlæggelser fordelt på forskellige parametre, samt om at beskrive deres eget bud på årsager til stigningen ud fra deres egen viden om målgruppen.

Første møde fokuserede på at identificere de målgrupper, som har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser samt problemstillingerne for hver målgruppe.

³ Der er foretaget mindre opdateringer i beskrivelserne af talmaterialet i forbindelse med den afsluttende afrapportering.

Mellem første og andet møde foretog tovholderne for arbejdsgruppen en vidensindsamling af både kvantitativ og kvalitativ karakter, hvor supplerende talmateriale blev indhentet, centrale aktører uden for arbejdsgruppen blev interviewet og de andre regioner blev kontaktet for at afdække relevante initiativer. Dette materiale dannede sammen med arbejdsgruppens input fra det første møde grundlag for arbejdsgruppens videre drøftelser om problemstillinger og mulige tiltag.

Andet møde fokuserede på en mere dybdegående gennemgang af problemstillingerne for målgrupperne samt forslag til tiltag for at reducere antallet af tvangsindlæggelser.

Mellem andet og tredje møde udarbejdede tovholderne en afrapportering på baggrund af arbejdsgruppens arbejde. Denne foreløbige udgave af afrapporteringen blev sendt til arbejdsgruppens medlemmer til kommentering.

Tredje møde fokuserede på den endelige formulering af arbejdsgruppens forslag til videre tiltag til at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

Efter det tredje møde har arbejdsgruppen haft mulighed for at kommentere på afrapporteringen en sidste gang.

Reglerne for tvangsindlæggelser

Reglerne for tvangsindlæggelser fremgår af *bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien* ("psykiatriloven") paragraf 5⁴.

Af paragraffen fremgår det, at en patient kun må tvangsindlægges, det vil sige indlægges mod sin vilje, hvis "patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi: 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre".

En af de to forudsætninger skal således være opfyldt for, at man må tvangsindlægge en patient. Hvis man tvangsindlægger på baggrund af opfyldelse af forudsætning 1, det vil sige af helbredsmæssige årsager, anvender man gule papirer. Hvis man tvangsindlægger en patient på baggrund af opfyldelse af forudsætning 2, det vil sige på grund af farlighed, benyttes røde papirer.

⁴ *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien:*
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=174248#id825cef36-0ca7-4c08-864a-e792f4882797>

2. Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser

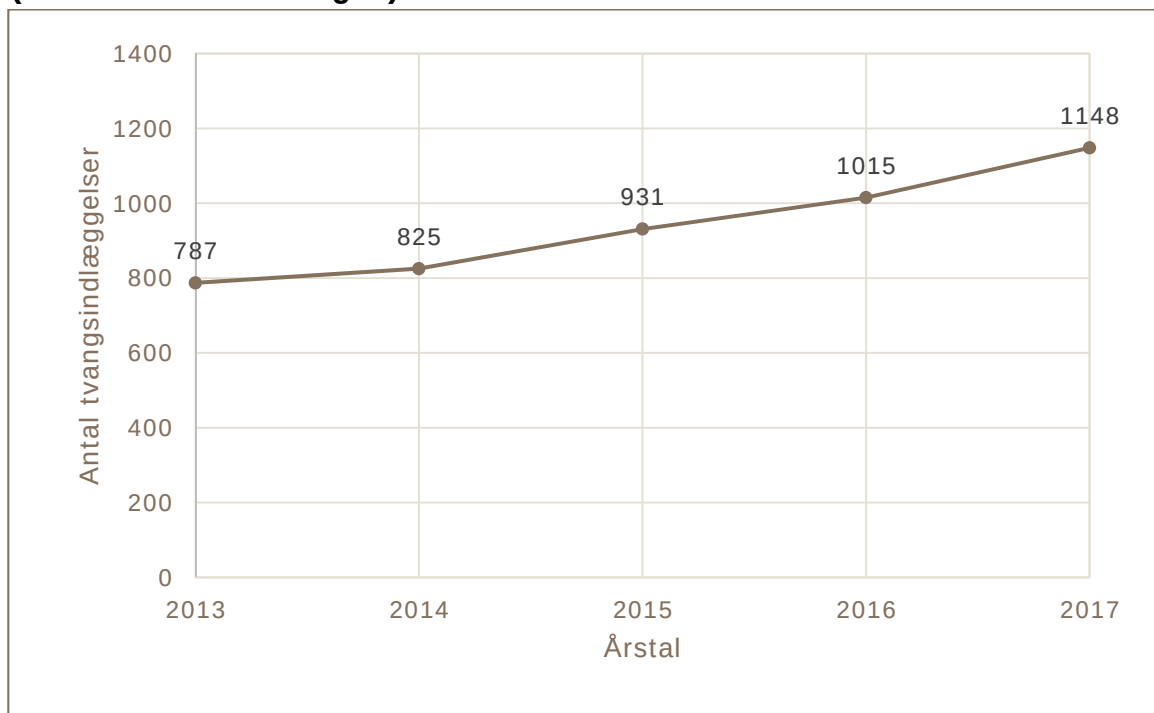
Stigningen i tvangsindlæggelser nationalt

Ifølge tal fra Sundhedsdatastyrelsen har der fra 2004 til 2016 været en vedvarende stigning i antallet af tvangsindlæggelser på nationalt niveau. Denne tendens gør sig ligeledes gældende i Region Midtjylland, hvor der fra 2004 til 2017 har været en betydelig stigning i både antallet af tvangsindlæggelser og antallet af unikke borgere, der bliver tvangsindlagt. I 2014 indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en aftale med Danske Regioner om at halvere brugen af tvang i psykiatrien inden 2020⁵. Imidlertid er stigningen i tvangsindlæggelser på nationalt niveau og i Region Midtjylland fortsat. Tallene fra Sundhedsdatastyrelsen kan ses i visning 1 i bilag 2.

Stigningen i tvangsindlæggelser i Region Midtjylland

Figur 1 viser udviklingen i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fra 2013 til 2017. Tabellen viser, at der er blevet påbegyndt 1148 tvangsindlæggelser i 2017, hvilket er 133 flere tvangsindlæggelser i 2017 sammenlignet med 2016. Det samlede antal af indlæggelser i psykiatrien i 2017 var 10.651 som det fremgår af visning 2 i bilag 2.

Figur 1: Antal tvangsindlæggelser i Region Midtjylland 2013-2017 (antal foranstaltninger)

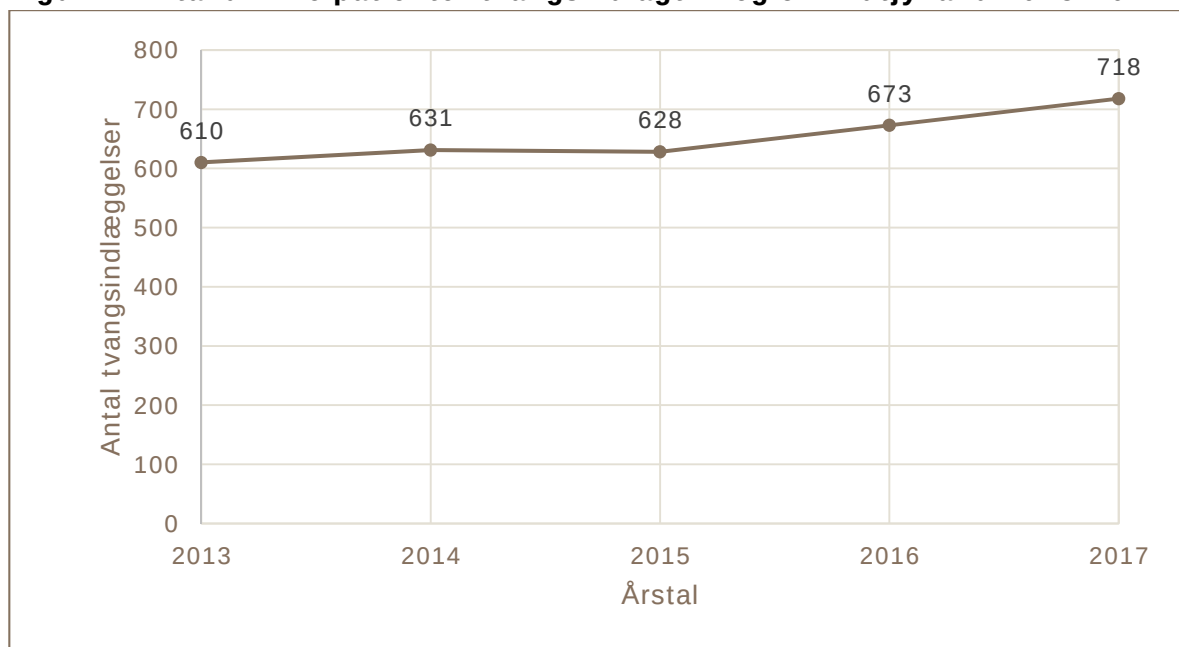


Kilde: Region Midtjyllands BI-portal.

⁵ Aftaler om finansloven 2014: <https://www.fm.dk/publikationer/2013/aftaler-om-finansloven-for-2014>

Figur 2 viser udviklingen i antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt i Region Midtjylland fra 2013 til 2017. Som tabellen viser, er der sket en stigning i antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt i perioden. Særligt fra 2015 til 2017 er der sket en stigning. I 2017 var der således knap 100 patienter mere, der blev berørt af en tvangsindlæggelse end i 2015.

Figur 2: Antal unikke patienter tvangsindlagt i Region Midtjylland 2013-2017



Kilde: Region Midtjyllands BI-portal.

Sammenlignes antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser på tværs af regionerne, så illustrerer visning 1 i bilag 2, at det kun er i Region Hovedstaden, at der blev påbegyndt flere tvangsindlæggelser i 2016 end i Region Midtjylland. Hvis man sammenholder antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser med antallet af borgere i regionen, så viser tallene, at der i 2016 blev påbegyndt 78 tvangsindlæggelser i Region Midtjylland pr. 100.000 borgere. Både i Region Hovedstaden og Region Syddanmark blev der påbegyndt flere tvangsindlæggelser pr. 100.000 borgere end i Region Midtjylland i 2016.

Visning 1 i bilag 2 illustrerer desuden, at antallet af unikke borgere, der er blevet tvangsindlagt i 2016, var højere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark end i Region Midtjylland. Hvis man sammenholder antallet af unikke borgere, der blev tvangsindlagt i 2016 med antallet af borgere i regionen, så viser tallene, at 51,7 borgere i 2016 var berørt af en tvangsindlæggelse pr. 100.000 borgere i Region Midtjylland. Dette tal var kun lavere i Region Nordjylland.

Stigningen i tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fordelt på politikredse

Danmarks Radio har i marts 2018 offentliggjort en opgørelse af antallet af tvangsindlæggelser fordelt på politikredse baseret på tal fra Rigspolitiet⁶. Opgørelsen viser, at der særligt er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Østjyllands Politikreds. Her er der sket en stigning i antallet af sager om tvangsindlæggelser fra 310 i 2007 til 625 sager i 2017, hvilket svarer til 10,6 tvangsindlæggelser pr. 10.000 borgere i politikredsen i 2017. Til sammenligning var der 371 sager om tvangsindlæggelser i Sydøstjyllands Politi i 2017 og 392 sager i Midt- og Vestjyllands Politi, hvilket svarer til henholdsvis 7,7 og 6,7 tvangsindlæggelser pr. 10.000 borgere (bemærk at tallet her er opgjort pr. 10.000 borgere, hvor tallet i sidste afsnit var opgjort pr. 100.000 borgere).

Hvilke grupper har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser?

Arbejdsgruppen har haft til opgave at analysere, hvilke årsager der har været til den stigning i antallet af tvangsindlæggelser, som er beskrevet i sidste afsnit. Analysen har taget udgangspunkt i talmateriale, interview og arbejdsgruppemedlemmernes egen viden og erfaringer. På denne baggrund har arbejdsgruppen identificeret fem målgrupper, som de vurderer særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og dermed særligt kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Disse målgrupper er:

- Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger
- Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd
- Personer med psykotiske tilstande
- Personer med demens
- Personer i svær affekt på grund af livskrise

I de følgende afsnit bliver målgruppernes karakteristika beskrevet, herunder hvilke problemstillinger der kendetegner målgrupperne, hvad årsagerne til stigningen i tvangsindlæggelser er for den pågældende målgruppe samt hvilke aktører, der er involveret i målgruppernes forløb. Beskrivelserne er baseret på arbejdsgruppens udsagn.

Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Arbejdsgruppen peger på, at det er denne målgruppe, der aktuelt har størst betydning for stigningen i antallet af tvangsindlæggelser. Det skyldes særligt, at der er mange gentagne tvangsindlæggelser for den samme unge i denne målgruppe. Målgruppen består af unge piger i alderen 15-30 år, og målgruppen bliver stadig yngre. Arbejdsgruppen har særligt haft fokus på de unge piger, der er tilknyttet ungdomspsykiatrien, hvor de kan være tilknyttet, indtil de fylder 21 år.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Det er ikke muligt at identificere målgruppen direkte i talmaterialet. Det skyldes, at diagnosekoden for selvskaade ikke er blevet brugt ret meget i hospitalspsykiatrien.

⁶ Stigning i tvangsindlæggelser sætter politikredse under pres: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/stigning-i-tvangsindlaeggelser-saetter-politikredse-under-pres-0>

Årsagen til dette er, at selvskade ofte er et symptom på en anden psykisk lidelse. Selvskade er med andre ord et af flere elementer i en anden psykisk lidelse, og det er denne bagvedliggende lidelse, der bliver registreret som patientens aktionsdiagnose. Dette kan eksempelvis være borderline personlighedsforstyrrelse. Selvskade bliver fortsat ikke anvendt som aktionsdiagnose. Imidlertid bliver selvskade nu registreret som en bidiagnose i ungdomspsykiatrien, hvorved man kan genfinde målgruppen i data. En oversigt over de registrerede bidiagnoser på tvangsindlæggelser har dog ikke været en del af det talmateriale, der er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen. Det er desuden relevant at bemærke, at selvskade ikke systematisk bliver registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien.

Visning 12 i bilag 2 viser dog, at der er sket en markant stigning i antallet af tvangsindlæggelser blandt unge kvinder fra 2013 til 2016. Det gør sig både gældende for antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser og antallet af unikke personer, der har været udsat for en tvangsindlæggelse. Dette underbygger, at det er i denne målgruppe, at der særligt er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Antallet af tvangsindlæggelser (antal foranstaltninger) for piger i alderen 0-20 år er steget fra 37 tvangsindlæggelser i 2013 til 180 tvangsindlæggelser i 2016, mens antallet af unikke patienter berørt af en tvangsindlæggelse i aldersgruppen er steget fra 22 patienter til 44 patienter i samme periode. I aldersgruppen 21-30 år er antallet af tvangsindlæggelser (antal foranstaltninger) steget fra 115 tvangsindlæggelser i 2013 til 157 tvangsindlæggelser i 2016, mens antallet af unikke patienter berørt af en tvangsindlæggelse er steget fra 50 til 78 i samme periode. I aldersgruppen 0-20 årige piger bliver der gennemsnitligt gennemført flere tvangsindlæggelser pr. unikke patient sammenlignet med de 21-30 årige.

Visning 12 illustrerer desuden, at det er personer i alderen 0-20 år og 20-30 år, der har flest gentagne tvangsindlæggelser.

Karakteristik af målgruppen

Som beskrevet ovenfor består målgruppen af unge piger i alderen 15-30 år. De unge er kendetegnet ved at være svært selvskadende og er præget af både selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmordstrusler. De indtager eksempelvis piller og udfører cutting. Arbejdsgruppen fremhæver, at svær selvskade er en relativt nyopstået problemstilling, og at eksempelvis det regionale botilbud Holmstrupgård⁷, hvor nogle i denne målgruppe bor, først de seneste 10 år og i særdeleshed de seneste 5 år har fået henvendelser om selvskade.

Det er vigtigt at sondre mellem målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger, der er omdrejningspunktet for dette afsnit, og piger med begyndende selvskade. De unge med begyndende selvskade har typisk ikke været indlagt i hospitalspsykiatrien endnu og bor ikke på et bosted. For nogle af disse piger udvikler selvskaden sig til at være svær og de bliver en del af målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger. Men dette er ikke tilfældet for alle med

⁷ Holmstrupgård er en socialpsykiatrisk behandlingsinstitution for unge i alderen 14-23 (med mulighed for forlængelse).

begyndende selvskade. Familierne til unge med begyndende selvskade kan være relativt almindelige og velfungerende.

De unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger kommer typisk ind i ungdomspsykiatrien først, hvorefter de overgår til voksenpsykiatrien som 21-årige, såfremt de fortsat har behov for behandling. Der er imidlertid en gruppe af unge, som først kommer ind i systemet, når de er over 18 år, og derfor bliver tilknyttet voksenpsykiatrien fra begyndelsen af deres forløb. Når pigerne er i behandling i voksenpsykiatrien bliver de også tilknyttet de tilbud, der er i voksenpsykiatrien, herunder eksempelvis KISS-projektet⁸.

Målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger er kendetegnet ved ofte at have haft en belastet opvækst, hvor de eksempelvis kan have været udsat for misbrug, svigt eller massiv mobning. De bor typisk på et bosted eller kommer på et bosted i forbindelse med deres forløb i ungdomspsykiatrien. Det skyldes, at behandling af svær selvskade og hyppige selvmordstrusler overstiger almindelige familiers kompetencer og kræver professionel behandling. Mange af de unge i målgruppen bor på de samme bosteder, herunder blandt andet på det regionale botilbud Holmstrupgård. Det gælder for alle specialiserede tilbud, at mennesker med vanskeligheder samles. Dette har fordele og ulemper også for denne gruppe. På den ene side er der risiko for, at pigernes selvskade forstærkes, hvilket den kan gøre, hvis eksempelvis konkurrence omkring at være bedst til at selvskade kommer i spil. På den anden side støtter de også hinanden og kan være medvirkende til at reducere hinandens selvskade. Hvis målgruppen ikke er samlet, så er der samtidig risiko for, at bostedet har svært ved at opnå ekspertise på feltet og dermed tilbyde den bedste behandling til målgruppen.

Tvangsindlæggelserne i denne målgruppe sker ofte som følge af længere tids selvskade, som det ikke er lykkedes at håndtere pædagogisk på bostedet, og hvor det ikke lykkedes at deeskalere situationen, men hvor den snarere optrappes. Den unge er til sidst præget af voldsom affekt, ude af stand til at forholde sig til og være i kontakt med personalet og afviser at stoppe selvskade. Tvangsindlæggelserne sker således sjældent på grund af selvskade i sig selv, men ofte på grund af selvmordsforsøg, akut øget selvmordsrisiko eller fordi niveauet af affekt er så højt, at det ikke er muligt at arbejde frivilligt med den unge.

I nogle tilfælde eskalerer situationen, og den unge forlader bostedet med en akut øget selvmordsrisiko. Her er der behov for hurtig ekstern indgriben fra politiet i forhold til enten en eftersøgning eller bistand i forhold til at forhindre selvmord. Den unge kan eksempelvis befinde sig på en bro og true med at springe ud.

De unge i målgruppen er kendetegnet ved at være meget ambivalente i forhold til deres ønske om hjælp. De kan således godt ønske at tage frivilligt imod hjælp den ene time og så modsætte sig hjælp den næste.

⁸ KISS står for Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter. KISS er et specialiseret behandlingskoncept i sengeafsnit Q1 i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov og er en speciel indsats for en lille gruppe patienter.

Målgruppen er kendetegnet ved mange gentagne tvangsindlæggelser. Der er mange faktorer, herunder handlemønstrene hos patienten og netværket, som resulterer i de gentagne indlæggelser. I nogle tilfælde lader det desuden til, at indlæggelse kan være en strategi til at håndtere svære følelser for disse piger. Som følge af de mange gentagne tvangsindlæggelser fylder denne målgruppe meget i politiets arbejde.

I tabel 2 er opsummeret de væsentligste forhold, der kendetegner målgruppen.

Tabel 2. Overordnet karakteristik af unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Unge piger
- 15-30 år
- De unge har ofte haft en belastet opvækst
- Bor typisk på bosted
- Svært selvskadende
- Selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøg
- Ambivalente i forhold til hjælp
- Mange gentagne tvangsindlæggelser

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Arbejdsgruppen peger på flere forhold, der bidrager til en stigning i tvangsindlæggelser for gruppen af unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger.

Tidlig opsporing og hjælp

Arbejdsgruppen peger på, at det kan være vanskeligt at opspore unge piger med begyndende selvskade på et tidligt stadie og dermed forhindre, at selvskaden udvikler sig. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt, at de voksne, der er omkring pigerne, er i stand til at opdage tegn på mistrivsel eksempelvis lærere og sundhedsplejersker. Samtidig peger arbejdsgruppen på, at der er mangel på tilbud til unge med begyndende selvskade. Det vil sige tilbud, inden pigerne bliver indlagt i hospitalspsykiatrien.

Hvis pigerne ikke bliver opsporet tidligt, er der risiko for, at de ikke når at få hjælp, før selvskaden eskalerer. Den manglende hjælp medfører, at de unge piger ikke får tilstrækkelig støtte til at udvikle mere hensigtsmæssige strategier til håndtering af såvel følelsesmæssige som generelle udfordringer i livet, hvorfor selvskade bliver en mestningsstrategi. Den hyppigste årsag til selvskade er et forsøg på affektregulering og dernæst selvstraf, og eskaleringen af selvskade kan beskrives som en form for toleransudvikling.

Data

I hospitalspsykiatrien har der været udfordringer i forhold til at genfinde pigerne i data. Det skyldes som tidligere beskrevet, at selvskade ikke bliver anvendt som aktionsdiagnose, da selvskade er et symptom og ikke en sygdom. I ungdomspsykiatrien er man nu begyndt at registrere selvskade som en bidiagnose, så data for selvskade kan genfindes. Selvskade bliver ikke systematisk registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien. På hospitalet bliver pigerne desuden ofte behandlet for

den fysiske del af deres problemstilling, eksempelvis ved at blive syet på skadestuen, uden at der gives besked herom til hospitalspsykiatrien. Denne dataproblematik er medvirkende til, at det kan være vanskeligt at identificere pigerne i målgruppen.

Samarbejde

Arbejdsgruppen peger desuden på, at det har betydning for stigningen af tvangsindlæggelser i denne målgruppe, at der ofte ikke er klare aftaler for samarbejdet om den unge imellem de forskellige aktører i den unges professionelle netværk. Arbejdsgruppen fremhæver således vigtigheden af et tæt, formaliseret samarbejde mellem aktørerne i den unges professionelle netværk – også med henblik på at optimere forståelsen og behandlingen af selvskade.

Behandlingstilbud

Arbejdsgruppen peger på, at der er mangel på tilbud i kommunalt regi, der imødekommer målgruppens behov, herunder tilbud, som kan benyttes ved affekttilstande som alternativ til tvangsindlæggelse. Det betyder, at bostederne og vagtlægerne ofte ikke har andre alternativer end at iværksætte en tvangsindlæggelse. Arbejdsgruppen fremhæver samtidig, at det også har betydning, at vagtlægerne har begrænset tid hos de enkelte patienter.

I ungdomspsykiatrisk sengeafsnit laves individuelle tilbud til de patienter, som selvskader alvorligt og har hyppige indlæggelser. Der er endvidere et behandlingstilbud på vej til unge med borderline personlighedsforstyrrelse - en del af disse er også selvskadende.

En typisk tilgang til en ung med gentagne indlæggelser på grund af svær selvskade i ungdomspsykiatrien er at etablere følgende:

- Tæt samarbejde med netværket inkl. forventningsafstemning og rollefordeling.
- Psykoedukation til netværket og patienten.
- Ugentlige samtaler med patienten.
- Elektive (planlagte) indlæggelser, hvor der arbejdes med mestringsstrategier.
- Udarbejdelse af detaljeret behandlingsplan, hvor den konkrete tilgang i forhold til patientens selvskade under indlæggelse beskrives.

Arbejdsgruppen fremhæver, at mange af pigerne ikke bliver hjulpet af indlæggelse, og der er flere eksempler på, at den selvskadende adfærd eskalerer under længerevarende indlæggelser. Behandlingstilgangen overfor denne målgruppe kan derfor betyde, at tvangsindlæggelser er svære at undgå.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at der generelt er et tæt samarbejde mellem ungdomspsykiatrien og bosteder, og at den primære behandling af denne målgruppe er den pædagogiske behandling, der særligt foregår på bostederne, da det særligt er hverdagslivet, som de unge piger har behov for at lære at mestre.

Sociale medier og kultur omkring selvskade

De sociale medier spiller en stor rolle for målgruppen. Der er forskellige fora på nettet, hvor eksempelvis selvskade og ekstremt vægttab deles og giver status. Generelt peger

arbejdsgruppen på, at flere og flere unge prøver at selvskade, og det ser ud til, at det er blevet en ny "kultur".

I tabel 3 opsummeres de centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser, som arbejdsgruppen peger på.

Tabel 3. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Vanskeligt at opspore de unge piger på et tidligt stadie
- Manglende tilbud til unge, der begynder at selvskade
- Behov for formaliseret samarbejde mellem de forskellige aktører i patientens professionelle netværk
- Tvangsindlæggelser og indlæggelser hjælper ikke
- Flere og flere unge prøver at selvskade - ny "kultur"

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Arbejdsgruppen har desuden identificeret de aktører, der ofte er involverede i de unge pigers forløb eller er i kontakt med de unge piger.

Da målgruppen typisk bor på et bosted, er det særligt medarbejderne på bostedet, som er omkring pigerne i hverdagen, men det kan også være forældre eller andre i målgruppens personlige netværk. Inden der er behov for indlæggelse eller tvangsindlæggelse, vil patienterne ofte være set ambulant i hospitalspsykiatrien, da selvskade er et symptom på et større sygdomsbillede.

Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt at få identificeret de aktører, der kan bidrage til at opdage tegn på selvskade, så pigerne bliver opsporet på et tidligere tidspunkt. Eksempelvis kunne lærere, sundhedsplejersker og UU-vejledere på uddannelsessteder spille en rolle, ligesom fritidsklubber og sportsforeninger også kunne være relevante. PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning) i kommunerne spiller ligeledes en central rolle i forhold til både den tidlige opsporing af begyndende selvskade og indsatsen overfor målgruppen.

Tabel 4 opsummerer de centrale aktører omkring de unge piger lige fra tiden med begyndende selvskade frem til alvorlig selvskade, selvmordsrisiko og indlæggelse i hospitalspsykiatrien.

Tabel 4. Aktører omkring unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Bosteder
- Uddannelsessteder (lærere og UU-vejledere)
- PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)
- Socialforvaltningen
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd

En anden gruppe, som ifølge arbejdsgruppen bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser, er personer med misbrug. Målgruppen består overvejende af mænd mellem 25 og 40 år.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Personerne i målgruppen er ofte vanskelige at diagnosticere psykiatrisk og i nogle tilfælde har de ikke en diagnose, fordi misbruget er den primære udfordring hos dem. Af denne årsag er det ikke muligt at identificere målgruppen i talmaterialet ved hjælp af en diagnose.

Visning 12 i bilag 2 illustrerer fordelingen af tvangsindlæggelser på alder og køn. Hvis man ser på tallene for mænd i aldersgrupperne 21-30 år og 31-40 år, ses der en mindre stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i aldersgruppen 31-40 år fra 2013 til 2016. Blandt de 21-30-årige ses der et mindre fald i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser. Der har desuden været et mindre fald i antallet af unikke personer, der bliver tvangsindlagt fra 2013 til 2016 i de to aldersgrupper blandt mænd. På baggrund af tallene, er det således ikke muligt at afgøre, om der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i denne målgruppe.

Karakteristik af målgruppen

Som beskrevet ovenfor er personerne i målgruppen ofte vanskelige at diagnosticere psykiatrisk. Arbejdsgruppen peger på, at det vil være godt, hvis hospitalspsykiatrien i højere grad kunne udrede borgere, der har et misbrug, men de peger samtidig på, at det er meget vanskeligt. Årsagen til dette er, at det kan være svært at adskille hvilke symptomer der skyldes en psykiatrisk lidelse hos borgeren, og hvilke der skyldes stofpåvirkning. Mange af de symptomer, et misbrug medfører, ses således også ved forskellige psykiatriske lidelser. Der er derfor risiko for at give en forkert psykiatrisk diagnose til en borger, hvis vedkommende udredes, mens han er i et misbrug.

Personerne i denne målgruppe har ofte en "dobbeltdiagnose", det vil sige, at målgruppen samtidig med et misbrug også har en psykisk lidelse. I målgruppen foregår tvangsindlæggelser oftest på gule papirer, fordi egen læge ser et behandlingsbehov. Tvangsindlæggelsen finder ofte først sted, når personerne i målgruppen er nået et "yderpunkt", hvor de er udadreagerende, psykotiske eller er i en affekttilstand, fordi de er stofpåvirkede. Udløsende årsager kan også være delir eller selvmordstrusler. I disse tilfælde sker tvangsindlæggelserne i nogle tilfælde på røde papirer.

Personerne i målgruppen bor typisk i en boligforening, men kan også være hjemløse. Hjemløsheden er blandt andet udløst af, at der ikke er passende boliger eller bosteder til denne målgruppe. Der er ofte tale om meget ressourcekrævende borgere, som er svære at rumme på både bosteder og psykiatriske hospitalsafdelinger.

Denne gruppe har svært ved at komme til lægen. Det gælder både egen læge og speciallæger, som kræver henvisning fra egen læge. Derfor kommer de typisk først i kontakt med hospitalspsykiatrien via henvendelser fra boligforeninger eller på

baggrund af kontakter med politiet. Boligforeningen kan have været nødt til at tiltvinge sig adgang til personens lejlighed i forbindelse med reparationer i ejendommen og har ud fra lejlighedens udseende vurderet, at beboeren har det dårligt. Det kan også være klager fra naboer over larm og truende adfærd i opgangen, som udløser henvendelse til politiet. Ofte har borgeren haft flere kontakter med politiet, før der sker en tvangsindlæggelse.

Misbruget har ofte funktion af en form for selvmedicinering. Misbruget er desuden ofte medvirkende til non-compliance, det vil sige, at personen ikke tager sin medicin stabilt, og derved forværres personens tilstand, ligesom adfærden ofte bliver voldsommere og mere udadreagerende ved manglende indtag af den ordinerede medicin. Der ses desuden ofte en manglende motivation til at stoppe misbrug og selvmedicinering.

Arbejdsgruppen peger på, at målgruppen typisk er i alderen 25-40 år. En af arbejdsgruppens medlemmer kender dog til en kommune, hvor det særligt er blandt de meget unge (13-årige), der er udfordringer vedrørende misbrug.

Tabel 5 opsummerer, hvad der karakteriserer målgruppen.

Tabel 5. Overordnet karakteristik af gruppen med misbrug

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Overvejende mænd
- 25-40 år
- Vanskelige at diagnosticere psykiatrisk
- Dobbelt diagnose – både misbrug og psykisk lidelse
- Misbrug bruges som selvmedicinering
- Mangler motivation til at stoppe misbrug og selvmedicinering
- Har svært ved at komme til lægen
- Svære at rumme på bosteder og psykiatriske hospitalsafdelinger
- Hjemløshed
- Ofte ikke-akutte ("gule") tvangsindlæggelser pga. behandlingsbehov
- Akutte ("røde") tvangsindlæggelser pga. f.eks. affekttilstand grundet indtag af stoffer

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en central årsag til stigningen i tvangsindlæggelser for gruppen af misbrugere er manglende indgriben i tide. Personerne i målgruppen når ofte at blive meget dårlige, før de bliver opdaget og indlagt. Det skyldes, at denne gruppe har vanskeligt ved at benytte systemets vej til lægen og både har et ben i hospitalspsykiatrien og kommunen, som det vil blive beskrevet nedenfor. Non-compliance i målgruppen har ligeledes betydning for forekomsten af tvangsindlæggelser, fordi det ofte medfører en forværring i patientens tilstand, ligesom adfærden ofte bliver voldsommere og mere udadreagerende. Misbrugsbehandlingen foregår i kommunalt regi, mens den psykiatriske behandling foregår i hospitalspsykiatrien. Det betyder i praksis, at denne gruppe borgere ofte ender som kasterbold mellem de to sektorer og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp i tide. At målgruppen ender som kasterbold hænger også i høj grad sammen med, at målgruppen er meget ressourcekrævende, og at der i begge sektorer mangler ressourcer til at håndtere denne gruppe borgere. I forhold til at imødegå denne

udfordring peger arbejdsgruppen på, at man i højere grad bør bruge nogle af de redskaber, der er aftalt i Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren, herunder eksempelvis koordinerende indsatsplaner. Udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan foregår ved, at alle aktører omkring en borger og så vidt muligt borgeren selv samles til udarbejdelsen af en plan for borgeren.

På grund af misbruget er det vanskeligt for denne gruppe personer at få hjælp til deres psykiske problemer. Det kræves ofte, at misbruget stoppes, før psykiatrisk behandling kan igangsættes. Arbejdsgruppen peger dog på, at der er sket en opblødning på dette område, og hospitalspsykiatrien er i højere grad begyndt at behandle, før borgeren er ude af sit misbrug. Imidlertid fremhæver arbejdsgruppen samtidig, at indlæggelser i hospitalspsykiatrien i mange tilfælde varer for kort tid til at give patienten den nødvendige sygdomsindsigt, og derfor opnår mange i denne gruppe ikke en bedring i deres tilstand. De vender derfor ofte tilbage til det vante liv og misbruget efter endt behandling.

Arbejdsgruppen peger på, at man i hospitalspsykiatrien i Horsens i 2017 har igangsat et projekt omkring forebyggelse af tvang ved optimering af den interne håndtering af misbrug i sengeafsnit. I projektet er der særligt fokus på uddannelse/viden om misbrugsproblematikker, kulturarbejde og den gode modtagelse af patienter med misbrugsproblematikker.

Som tidligere beskrevet er det ofte vanskeligt at finde en passende bolig eller et passende bosted til målgruppen. Arbejdsgruppen pointerer, at denne boligproblematik også er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen. Boligproblematikken hænger sammen med, at denne gruppe er meget ressourcekrævende og svær at rumme på et bosted. Derfor er det vanskeligt at finde bosteder, som reelt matcher denne gruppes behov, eftersom bostederne i mange tilfælde er lavet til målgrupper, der har det lidt bedre, og som er nemmere at arbejde med. Det er blevet bemærket, at flere tilbud som eksempelvis Tuesten Huse⁹ formentlig vil kunne bidrage til at reducere antallet af tvangsindlæggelser i denne målgruppe. Manglen på passende bosteder er medvirkende til, at mange i denne målgruppe bliver hjemløse, hvilket, arbejdsgruppen vurderer, er en vigtig årsag i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelserne og ligeledes en grund til den voksende brug af varmestuer.

De centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser er opsummeret i tabel 6.

⁹ Tuesten Huse er et bosted i Aarhus Kommune for borgere med svære psykiske og sociale vanskeligheder.

Tabel 6. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Manglende indgriben i tide
- Non-compliance (målgruppen tager ikke sin medicin som ordineret)
- Mangel på passende boliger/bosted
- Hjemløshed
- Falder mellem to stole (kommunen og regionen) pga. behov for både misbrugs- og psykiatrisk behandling
- Behandles ikke i tilstrækkelig lang tid til at opnå sygdomsindsigt

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Arbejdsgruppen har desuden identificeret de aktører, der er involverede i forløbene for borgere med misbrug.

Som beskrevet under målgruppens karakteristika sker tvangsindlæggelser for personer i denne gruppe ofte på baggrund af henvendelser fra boligforeninger eller kontakter med politiet. Målgruppen kan også have kontakt med kommunale opsøgende teams, der forsøger at skabe relationer til de mest udsatte borgere, som ikke selv opsøger hjælp fra systemet.

På grund af misbruget er denne gruppe af borgere også i kontakt med rusmiddelcentre i kommunalt regi. Det er typisk først i forbindelse med tvangsindlæggelsen, at der er kontakt med egen læge og hospitalspsykiatrien.

Som beskrevet er en del i målgruppen hjemløse og disse har ofte en kontakt til varmetuer, hvorfor dette også er en aktør i forhold til målgruppen. Dette gælder også politiet, der er involveret i tvangsindlæggelserne.

Tabel 7 opsummerer de centrale aktører omkring gruppen af mænd med misbrug.

Tabel 7. Aktører omkring personer med misbrug

Aktører omkring målgruppen:

- Boligforeninger
- Opsøgende kommunal funktion
- Rusmiddelcentre
- Varmestuer
- Kommunale sagsbehandlere i flere dele af forvaltningen
- Egen læge
- Politi
- Hospitalspsykiatri
- Hospital

Personer med psykotiske tilstande

Den tredje gruppe, som arbejdsgruppen vurderer, er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, er personer med psykotiske tilstande i form af skizofreni og affektive lidelser (eksempelvis bipolar lidelse eller depression).

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Visning 10 i bilag 2 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på registrerede diagnoser i forbindelse med tvangsindlæggelser. Tabellen illustrerer, at

skizofreni er den diagnose, der oftest fører til en tvangslæggelse. Tabellen viser desuden, at antallet af tvangslæggelser med skizofreni som diagnose er steget fra 267 tvangslæggelser i 2013 til 302 tvangslæggelser i 2016, hvilket underbygger, at der er sket en stigning i antallet af tvangslæggelser i denne målgruppe. Affektive lidelser er den diagnose, der næsthøjest fører til en tvangslæggelse, hvis man ser på årene 2013 til 2016. Antallet af tvangslæggelser med affektive lidelser er dog ikke steget fra 2013 til 2016.

Karakteristik af målgruppen

Denne gruppe består af personer af begge køn og i varierende aldersgrupper. Fordelingen af køn og alder i forhold til diagnoser på tvangslæggelserne har dog ikke været en del af det datamateriale, som er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen. Det er derfor ikke muligt at afdække den aldersmæssige og kønslige fordeling i forhold til tvangslæggelser for personer med psykotiske lidelser indenfor rammerne af denne arbejdsgruppe.

Den psykotiske tilstand opstår i forbindelse med diagnoserne skizofreni eller affektive lidelser såsom bipolar lidelse eller depression. Personer med andre diagnoser kan dog også opleve psykotiske tilstande. Der er i de fleste tilfælde tale om personer, der har fået en psykiatrisk diagnose og får medicin for den psykiske lidelse. Hvis medicinen bliver taget stabilt, er mange i denne gruppe velfungerende og bor i eget hjem, eksempelvis med bostøtte. Men der er også flere i målgruppen, som bor på bosted. De borgere i målgruppen, der bor på et bosted, er ofte meget sårbare over for skift i personalet.

Tabel 8 opsummerer målgruppens karakteristika.

Tabel 8. Overordnet karakteristik af gruppen med psykotiske tilstande

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn og varierende aldersgrupper (køns- og aldersfordelingen kendes ikke)
- Psykotisk tilstand opstår hovedsageligt i forbindelse med skizofreni eller affektive lidelser (f.eks. bipolar lidelse, depression)
- Kan leve velfungerende, hvis medicin tages stabilt og personen får hjælp
- Ofte bostøtte i eget hjem eller bosted
- Sårbare over for skift i personale på bosted

Årsager til stigningen i tvangslæggelser

Også i forhold til denne målgruppe peger arbejdsgruppen på, at en vigtig årsag til stigningen i tvangslæggelser er, at der ikke bliver grebet ind i tide, når personens tilstand forværres. Ofte forværres borgerens tilstand på grund af non-compliance og det er også typisk dette, der er årsag til tvangslæggelsen. Hvis det blev opdaget og reageret på i tide, ville borgeren formentlig kun have behov for en elektiv (planlagt) indlæggelse. Non-compliance i målgruppen kan forekomme af forskellige årsager. Det kan blandt andet skyldes manglende sygdomsindsigt, reaktioner på, at der er noget i personens forløb, der ikke fungerer, eller borgerens økonomi. Det kan også skyldes medicinens bivirkninger, ligesom den psykiske lidelse kan spille ind.

For nogle bosteder er det vanskeligt at håndtere denne målgruppe, og det er særligt en udfordring for bostederne, når patienterne bliver (for) hurtigt udskrevet fra hospitalspsykiatrien. Det skaber en uheldsmæssig spiral, fordi personen efter udskrivning kommer tilbage til det bosted, som kan have svært ved at håndtere vedkommende. Tillige er der ikke altid ressourcer til at give mulighed for en frivillig indlæggelse på det tidspunkt, hvor personen er villig til at lade sig indlægge.

Der er endvidere samspilsproblemer mellem kommune, hospitalspsykiatri og hospitaler, og derfor bliver koordineringen i forhold til borgeren vanskelig. Det betyder også, at advarsler fra eksempelvis en bostøtte om forværring i borgerens tilstand ikke altid tages alvorligt, fordi de forskellige aktører ikke har tilstrækkeligt kendskab til hinandens kerneområder og kerneopgaver eller bruger forskelligt sprog.

Internt i den enkelte kommune kan der også være udfordringer med koordinering, da borgeren ofte er i berøring med forskellige dele af den kommunale forvaltning og forskellige sagsbehandlere, hvilket betyder, at de tiltag, der bliver iværksat overfor borgeren, ikke altid er samstemte.

De centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser er opsummeret i tabel 9.

Tabel 9. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Manglende indgriben i tide
- Non-compliance af forskellige grunde
- Udfordrende at rumme målgruppe på nogle bosteder – særligt i forbindelse med hurtige udskrivelser
- Advarsler fra personer omkring borgeren overhøres
- Ikke tilstrækkelige ressourcer til at imødekomme alle ønsker om frivillige indlæggelser
- Samspilsproblemer mellem kommune, hospitalspsykiatri og hospitaler

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Der kan være mange forskellige aktører involveret i forløbene for personerne i denne målgruppe. Afhængigt af, om personen bor på bosted eller i eget hjem med eller uden bostøtte, kan det variere, om det er pårørende, en bostøtte eller personale på bostedet, som følger personens tilstand.

Personerne i denne gruppe kan også have kontakt til flere dele af den kommunale forvaltning – eksempelvis Jobcenteret samt Handicap og Psykiatri.

Hertil kommer politi, hospitalspsykiatri og hospitaler, som borgeren typisk kommer i kontakt med, når vedkommendes tilstand er forværret. Dette kan eventuelt ske gennem henvendelse fra en boligforening.

Tabel 10 opsummerer, hvilke aktører der er i berøring med gruppen af personer med psykotiske tilstande.

Tabel 10. Aktører omkring personer med psykotiske tilstande

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Bostøtte
- Bosteder
- Boligforeninger
- Kommunale sagsbehandlere i flere dele af forvaltningen
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Personer med demens

Arbejdsgruppen peger på, at borgere med demens også bidrager til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Visning 12 i bilag 2 viser, at der er sket en stigning fra 105 til 116 påbegyndte tvangsindlæggelser fra 2013 til 2016 blandt borgere, der er ældre end 70 år. Samtidig er der sket en stigning fra 79 til 86 unikke borgere, der er blevet tvangsindlagt i samme periode i aldersgruppen. Dette underbygger, at der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i denne målgruppe. Demens ses dog ikke som en af de 18 hyppigste diagnoser på en tvangsindlæggelse, der er illustreret i visning 10 i bilag 2.

Karakteristik af målgruppen

Personer med demens tilhører oftest den ældre del af befolkningen og rammer personer af begge køn. Adfærden hos de demente borgere kan i nogle tilfælde være udadreagerende, og fysiske forhold kan påvirke personens tilstand og adfærd, herunder særligt delir.

I mange tilfælde bor personerne i denne gruppe i en ældrebolig, men de kan også bo i eget hjem. Den demente borger har behov for at være i vante omgivelser, og både kommunikationen med borgeren og medicingivningen kan være vanskelig. Den vanskelige kommunikation kan føre til opkørte situationer, hvor det er svært at få den ældre person med demens til at falde til ro.

Udfordringerne vedrørende kommunikation er desuden med til at gøre det svært for politiet at håndtere tvangsindlæggelser med demente borgere. Det hænger også sammen med, at det ofte er en særlig svær situation for eksempelvis unge betjente at bruge tvang over for et sårbart ældre menneske.

Tabel 11 opsummerer målgruppens karakteristika.

Tabel 11. Overordnet karakteristik af personer med demens

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn
- Oftest ældre personer
- Kan være udadreagerende
- Fysiske forhold kan påvirke adfærd og tilstand (f.eks. delir)
- Bor i ældrebolig eller eget hjem
- Bostøtte i nogle tilfælde
- Har brug for vante omgivelser
- Medicinering kan være vanskelig
- Kommunikation er vanskelig

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Den centrale årsag til tvangsindlæggelser for denne gruppe er, at det er vanskeligt for plejepersonalet i ældreboligerne at håndtere målgruppens udadreagerende adfærd. Arbejdsgruppen peger på, at der er et stort behov for efteruddannelse af plejepersonalet for at kunne håndtere borgernes adfærd. Samtidig betyder den demografiske udvikling, at der bliver flere ældre med demens.

De nævnte årsager er opsummeret i tabel 12.

Tabel 12. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Plejepersonale har svært ved at håndtere den ældres udadreagerende adfærd
- Der bliver flere ældre

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Aktørerne omkring personer med demens er både at finde i den kommunale ældrepleje (ældrebolig) og i den regionale socialpsykiatri (bostøtte). De pårørende spiller også en stor rolle, og der kan både være tale om børn og ægtefælle.

Endvidere er der begyndt at komme flere frivillige organisationer indenfor dette område, eksempelvis Center for Livskvalitet, der er et tilbud i Aarhus Kommune, som tilbyder psykologsamtaler til borgere i blandt andet ældreboliger.

Egen læge er typisk også meget involveret i ældre borgeres forløb, ligesom der også ofte er stor kontakt med hospitaler. Politiet og psykiatrisk hospital kommer for nogens vedkommende først ind i billedet, når der sker en tvangsindlæggelse.

Aktørerne er opsummeret i tabel 13.

Tabel 13. Aktører omkring personer med demens

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Ældreboliger
- Bostøtte
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- politi
- Frivillige organisationer

Personer i svær affekt på grund af livskrise

Personer i svær affekt på grund af livskrise er også en målgruppe, der er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Der er dog enighed i arbejdsgruppen om, at det er vanskeligt at forebygge tvangsindlæggelser for netop denne gruppe, fordi der ofte vil være tale om en enkeltstående begivenheder for personer, der ellers har et velfungerende liv. Arbejdsgruppen vurderer desuden, at denne gruppe ikke er den, der fylder mest i stigningen i tvangsindlæggelser.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Da målgruppen består af personer i alle aldre, der ofte ikke har en psykiatrisk diagnose, men som kommer i svær affekt grundet en livskrise, findes der ikke talmateriale, der kan bidrage til at be- eller afkræfte, om der er sket en stigning for målgruppen.

Karakteristik af målgruppen

Målgruppen består af personer i alle aldre af begge køn. Livskrisen kan opstå som følge af store begivenheder i livet såsom skilsmisse, firing eller akut sygdom. Det kan være kombineret med en psykisk sårbarhed, som det hidtil har været muligt at håndtere. For nogle udløser livskrisen desuden et misbrug.

For det meste har denne gruppe af personer ikke tidligere haft kontakt til psykiatrien og har levet et normalt og velfungerende liv. Det betyder også, at det er vanskeligt at forebygge tvangsindlæggelser for denne gruppe.

Gruppen fylder i vagtlægernes konsultationstid, og de har vanskeligt ved selv at finde frem til relevante tilbud i kommunalt eller regionalt regi. Arbejdsgruppen fremhæver, at der er en tendens til, at disse personer isolerer sig og gør noget uhensigtsmæssigt som følge af deres livskrise. Dette kan eksempelvis være at gå hjemmefra, hvilket kræver en eftersøgning fra politiet. Der sker også mange selvmord i denne gruppe. Imidlertid er det også en gruppe, hvor der er frivillige indlæggelser.

Tabel 14 opsummerer karakteristika for personer i livskrise.

Tabel 14. Overordnet karakteristik af personer i livskrise

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn
- Alle aldre
- Spontan livslede udløst af livskrise, f.eks. firing, skilsmisse, akut sygdom
- Misbrug kan være en del af problematikken
- Ikke tidligere i kontakt med psykiatrien – men har måske været psykisk sårbar
- Har svært ved at finde frem til tilbud i kommunalt og regionalt regi
- Fylder i vagtlægernes konsultationstid
- Også frivillige indlæggelser
- Isolerer sig og gør noget uhensigtsmæssigt
- Mange selvmord

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Af mulige årsager til tvangsindlæggelser for denne gruppe peger arbejdsgruppen på en generel samfundsudvikling, som skaber større psykisk sårbarhed. Det kan desuden

have betydning, at målgruppen ofte ikke har kendskab til de tilbud, som de kan gøre brug af, inden deres tilstand forværres alvorligt, eksempelvis telefonisk rådgivning. Antallet af denne type tilbud er dog begrænset. Se tabel 15 for en opsummering af årsagerne.

Tabel 15. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Generel samfundsudvikling skaber større psykisk sårbarhed
- Mangel på og manglende kendskab til nemt tilgængelige tilbud inden alvorlig forværring i tilstanden

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Der er flere aktører omkring personerne i denne gruppe, herunder pårørende og arbejdspladsen. En kommunal sagsbehandler kan også være tilknyttet borgeren, men det afhænger blandt andet af borgerens beskæftigelsesmæssige status. I nogle enkelte tilfælde kan der også være en bostøtte tilknyttet personen.

Hospitalet kan være en aktør i forbindelse med sygdom hos personen selv eller i den nære familie. Egen læge vil formentlig være den første, som personerne i denne gruppe opsøger, men grundet fraværet af risikoadfærd tidligere i livet kan det være vanskeligt for egen læge at opfange personens aktuelle kritiske tilstand. Politiet kan komme i spil i forbindelse med eftersøgninger eller lignende uhensigtsmæssige handlinger. Kontakt til hospitalspsykiatrien sker ofte først ved tvangsindlæggelsen.

Tabel 16 viser aktørerne omkring målgruppen.

Tabel 16. Aktører omkring personer i livskrise

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Arbejdsplads
- Evt. bostøtte
- Evt. kommunal sagsbehandler
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Bosteder

Flere af borgerne i de identificerede målgrupper bor på bosteder. Arbejdsgruppen har derfor haft fokus på bostedernes rolle i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser, herunder samspillet med hospitalspsykiatrien.

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er en udfordring, at hospitalspsykiatrien og bostederne ofte har en begrænset forståelse for hinandens hverdag, kerneopgaver og rammevilkår. Hospitalspsykiatrien kan ofte komme til at udskrive en borger med en opgave eller forventning til bostedet, som bostedet ikke har forståelse for. Omvendt kan bostedet forvente, at hospitalspsykiatrien kan løse en problemstilling, som den ikke normalt håndterer. Begge dele kan således falde udenfor kerneopgaven i de to systemer. Derfor er der et stort behov for at arbejde på en bedre forståelse af hinanden.

Terapi er et eksempel på et område, der falder udenfor begge systemers kerneopgaver. Behandling på psykiatrisk afdeling består mestendels af medicinsk behandling. Der er således et behov for at afklare, hvem der har ansvar for denne opgave. Dette kunne eksempelvis være i tværgående planer, så der skabes et kontinuerligt forløb.

Samtidig fremhæver arbejdsgruppen, at det eventuelt vil kunne bidrage til at forebygge nogle tvangsindlæggelser, hvis personalet på bosteder efteruddannes i forhold til målgruppen, herunder i deeskalering, miljøterapi, faglig tilgang og psykiatri. Arbejdsgruppen peger dog på, at efteruddannelse også vil være relevant for andre personalegrupper, herunder eksempelvis plejepersonale i ældreboliger i forhold til målgruppen af demente, præhospitalets personale og politiet. Samtidig fremhæver arbejdsgruppen, at bosteder naturligvis specialiserer sig indenfor den målgruppe, der bor på bostederne. Det regionale botilbud Holmstrupgård har eksempelvis specialiseret sig indenfor selvskade i forbindelse med, at de begyndte at få flere borgere med denne problemstilling.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at det er en udfordring, at det ofte tager lang tid at blive visiteret til en bostedsplads. Samtidig er det ikke altid muligt at få en plads på et bosted til den rette målgruppe, og i nogle tilfælde findes der ikke et bosted, der passer til målgruppens behov. Sidstnævnte gør sig særligt gældende i forhold til de mest udsatte borgere, herunder særligt gruppen af misbrugere, som arbejdsgruppen har identificeret.

Hvis borgeren er matchet forkert i forhold til et bosted, eller hvis borgerens udfordringer har forandret sig siden tidspunktet for visitationen, kan det desuden være svært at omvisitere borgeren til et andet bosted. Dette skyldes, at man ifølge lovgivningen på området ikke må visitere en borger væk fra et bosted imod borgerens ønske.

Et vilkår for arbejdet på bostederne er samtidig, at regler for borgernes retssikkerhed og personalesikkerhed sætter rammerne for, i hvilken udstrækning personalet på bostederne kan udøve magt. Politiet bliver ofte involveret, når det er nødvendigt at anvende tvang på bostederne. Det betyder imidlertid, at politiet bliver gjort til en aktør i det sociale arbejde. Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt at have kendskab til hinandens rammer og betingelser, hvilket kendskabet til vilkårene for anvendelse af magt på bosteder er et eksempel på.

Tabel 17 opsummerer afsnittet om bostedernes rolle i forhold til tvangsindlæggelser.

Tabel 17. Opsummering i forhold til bosteder

Problematikker der særligt knytter sig til bosteder:

- Begrænset gensidig forståelse af hinandens hverdag fra bostedernes og hospitalspsykiatriens side
- Behov for efteruddannelse
- Mangel på pladser generelt
- Mangel på bosteder til de mest krævende borgere
- Mismatch mellem borger og bosted
- Svært at rette op på visitering til en forkert bostedsplads på grund af lovgivning
- Begrænsede handlemuligheder for bosteder i opkørte situationer

Udfordringer på bosteder

Bostederne er udfordret på flere måder. Arbejdsgruppen peger på, at et økonomisk pres afføder krav om høje belægningstal, hvilket bevirker, at der er mange løst ansatte medarbejdere på bostederne for hele tiden at kunne justere bemanningen til belægningen.

Nogle bosteder er også udfordret ved høj personalegennemstrømning, hvilket kan hænge sammen med det økonomiske pres. Det har betydning for beboernes muligheder for at opbygge varige relationer til personalet. Arbejdsgruppen fremhæver, at relationer er afgørende for mange af målgrupperne, herunder de unge piger med svær selvskade, der fylder meget i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser.

Endvidere har nogle bosteder en lav personaledekning, hvilket betyder, at der er mindre tid til kontakt mellem beboer og personale. I flere tilfælde er sociale aktiviteter skåret væk, og dermed har beboerne ikke så gode muligheder for at få hjælp til at udfolde sig socialt, hvilket kan have betydning for deres bedring.

Kombineret med opbrud og omorganiseringer i tilbud er der således flere forhold, der udfordrer bostederne, og som gør det vanskeligere for beboerne at få et udbytterigt ophold, der kan bringe dem videre i deres liv.

Tabel 18 opsummerer udfordringerne på bosteder.

Tabel 18. Udfordringer på bosteder

Forhold der skaber udfordringer på bosteder:

- Økonomisk pres med høje belægningstal skaber mange løst ansatte
- Høj personalegennemstrømning
- Lav personaledekning og dermed mindre kontakt ml. beboer og personale
- Sociale aktiviteter er flere steder skåret væk
- Opbrud og omorganisering

3. Forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser

I kapitel 2 er der blevet redegjort for, hvilke målgrupper arbejdsgruppen vurderer særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og dermed kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen har også haft til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland kan nedbringes, hvilket er omdrejningspunktet for dette kapitel. Det primære fokus i arbejdsgruppen har dog været på at identificere årsager til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser, hvorfor denne del af afrapporteringen ikke fylder så meget som afrapporteringen i kapitel 2.

Med udgangspunkt i de identificerede målgrupper har arbejdsgruppen på deres møder arbejdet med at kortlægge, hvilken type indsatser der er behov for at iværksætte eller udbygge for at reducere antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland. Anbefalingerne er baseret på arbejdsgruppens egen viden og erfaringer samt det materiale, der er blevet udarbejdet til arbejdsgruppens møder. Der er således ikke tale om en tilbundsående afdækning af, hvilke initiativer der vil kunne reducere antallet af tvangsindlæggelser. Anbefalingerne har nærmere karakter af at være en indledende afdækning af, hvilke håndtag, arbejdsgruppen vurderer, det vil være relevant at gribe fat i for at reducere antallet af tvangsindlæggelser blandt de identificerede målgrupper. Det vil således være nødvendigt at arbejde videre med at konkretisere arbejdsgruppens forslag yderligere.

I kapitlet bliver arbejdsgruppens forslag til indsatser for at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser præsenteret. Nogle af forslagene er målrettet mod enkelte af målgrupperne, mens andre er rettet mod alle målgrupper. Dette fremgår i afsnittene. Anbefalingerne er grupperet i følgende syv temaer:

- Tidlig opsporing og indsats over for unge, som mistrives
- Forbedre registrering og anvendelse af data om selvskade
- Hurtig og fleksibel indsats
- Alternativer til indlæggelse
- Psykiatrisk bistand
- Bedre indsats
- Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs

I forbindelse med hvert tema bliver arbejdsgruppens generelle anbefaling præsenteret, hvorefter der bliver givet nogle mere konkrete eksempler på, hvordan man kan omsætte anbefalingen. Sidst i kapitlet er der indsat en oversigt over anbefalingerne og eksemplerne.

Arbejdsgruppen har bemærket, at anbefalingerne kun har et begrænset fokus på de ledelsesmæssige udfordringer i forhold til eksempelvis efteruddannelse, koordinering af indsatser og tilbud på tværs af sektorer og tilbud.

1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge, som mistrives

Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt, at unge, der mistrives, bliver opdaget tidligt for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Samtidig fremhæver de, at det er centralt, at der findes tilbud, som de unge kan henvises til med henblik på at forebygge, at mistrivslsen udvikler sig til en psykiatrisk problemstilling. Arbejdsgruppen understreger, at det er afgørende, at der er let og hurtig adgang til tilbuddet. Desuden er det vigtigt, at der er tilbud til den unges forældre, så de kan få redskaber til at støtte den unge. Arbejdsgruppen pointerer, at det generelt er vigtigt at skabe et netværk omkring de unge, som kan støtte dem i at håndtere svære følelser.

Denne anbefaling gør sig særligt gældende for unge med begyndende selvskade, der er i risiko for at blive en del af målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger. Arbejdsgruppen understreger således, at hvis pigerne først er blevet svært selvskadende og selvmordstruede, så er de typisk i behandling i en årrække i hospitalspsykiatrien, hvor de ofte har gentagne tvangsindlæggelser. Selvskaden klinger for nogle først af, når pigerne er i 30-års alderen eller senere. Anbefalingen gør sig dog også gældende for unge, der mistrives på grund af andre udfordringer end selvskade.

Nedenfor beskrives de eksempler på mulige tiltag, som arbejdsgruppen har givet i forhold til den generelle anbefaling om tidlig opsporing og indsats overfor unge, der mistrives.

Uddannelse i at opdage mistrivsel hos unge

Arbejdsgruppen foreslår, at de personer, der er omkring de unge, skal uddannes i at opdage tegn på mistrivsel, så der kan sættes ind på et tidligt stadie i forhold til mistrivsel, der kan udvikle sig til psykiske problemstillinger. Personerne skal samtidig være bekendt med hvilke tilbud, der findes til de unge, så de hurtigt kan henvises til et tilbud. De personer, det vil være relevant at uddanne, er blandt andet lærere i folkeskolen og på ungdomsuddannelserne, sundhedsplejersker i folkeskolen, studievejledere på gymnasier, socialrådgivere, personer i fritidsklubber og foreninger. For folkeskolelærernes vedkommende foreslås det, at man allerede på seminarier lærer, hvordan man spotter tegn på mistrivsel blandt unge.

Samtalegrupper for unge, der mistrives

Når unge i mistrivsel er blevet opdaget, er det vigtigt, at der er tilbud, som de unge let og hurtigt kan henvises til udenfor hospitalspsykiatrien. Arbejdsgruppen foreslår konkret, at der bliver oprettet samtalegrupper for unge i eksempelvis alderen 13-17 år. Fællesnævneren for grupperne skal være, hvordan man håndterer svære følelser. Unge med selvskade ønsker eksempelvis sjældent at tale om denne udfordring.

Arbejdsgruppen anbefaler, at grupperne bliver oprettet som et samskabelsesprojekt mellem socialforvaltningen i kommunerne i regionen og Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS). Projektet bør forankres i kommunen med henblik på at fastholde kompetence i forhold til at håndtere de unges udfordringer i kommunen. Samtidig vil forankringen af grupperne i kommunen sikre, at der vil være kontinuitet i tilbuddet. Arbejdsgruppen peger dog på, at det samtidig er vigtigt, at LMS

er involveret i grupperne, da det giver en ligeværdighed, at det er en frivillig, der sidder overfor den unge fremfor en behandler fra kommunen. Der har tidligere været gode erfaringer med at oprette grupper som et samskabelsesprojekt mellem kommunen og en privat organisation med frivillige. Dette var grupper for børn af psykisk syge forældre.

Arbejdsgruppen peger på, at man eventuelt kan oprette grupper i regi af socialforvaltningen for de helt unge, mens man kan oprette grupper i regi af ungdomsuddannelserne for de lidt ældre.

LMS har tidligere forsøgt at tilbyde behandling til begyndende selvskade i de større byer, men erfaringerne viste, at tilbuddet kun benyttes meget lokalt. Geografisk afstand er således en barriere for at gøre brug af tilbuddet, og arbejdsgruppen peger derfor på, at det er vigtigt, at grupperne bliver oprettet som lokale tilbud.

Tilbud til familier

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt, at der er tilbud til de unges forældre, så de kan få redskaber til at støtte den unge. Forældrene kunne eksempelvis tilbydes at deltage i et kursus eller en workshop, hvis den unge bliver tilknyttet en gruppe eller får tilbudt psykologbehandling som beskrevet ovenfor. Arbejdsgruppen understreger, at det er vigtigt, at der bliver skabt et netværk om de unge.

Psykologtimer til unge med begyndende selvskade

En væsentlig udfordring for at yde hjælp i forbindelse med begyndende selvskade i kommunalt regi er, at socialforvaltningen traditionelt har haft til opgave at støtte *socialt* udsatte familier. Mange børn og unge i dag præsenterer sig med imidlertid med psykiatriske/sundhedsfaglige problemstillinger, som socialforvaltningen vurderer hører til i sundhedsvæsenet og samtidig kan have svært ved at sætte relevant ind overfor. Familierne til unge med begyndende selvskade kan desuden være relativt almindelige og velfungerende, hvorfor socialforvaltningen ikke vurderer, at de har brug for eller er berettiget til hjælp under lov om social service. Børn og unge under 18 år med psykiske lidelser kan ikke henvises til en psykolog via egen læge eller sygesikringen på nuværende tidspunkt. Arbejdsgruppen foreslår alligevel, at unge piger med begyndende selvskade, og særligt piger i risiko for at udvikle svær selvskade og andre psykiske lidelser skal tilbydes psykologbistand.

IT-værktøjer til at opdage mistrivsel

Hos politiet er der netop blevet introduceret et nyt IT værktøj, kaldet "Socialsøg", der på et tidligt stadie kan bidrage til at identificere problemstillinger i børnefamilier. Det primære formål med Socialsøg er at forebygge mistrivsel og overgreb mod børn, men hvor andre forebyggende tiltag typisk har fokus på *barnets* risikoadfærd, har Socialsøg fokus på *forældrenes* risikoadfærd. Med Socialsøg er det muligt at indsamle, systematisere og kvalificere oplysninger om forældres risikoadfærd, på tværs af landets politikredse. Er der en bekymring for et barns trivsel eller udvikling, kan en underretning videregives til sagsbehandlere i landets kommuner. Med Socialsøg kan politiet medvirke til en tidlig, helhedsorienteret og tværsektoriel indsats overfor udsatte børn og unge under 18 år, de sociale myndigheder hurtigt kan sætte ind med

den rette hjælp og støtte. Socialsøg har vist lovende resultater, og værktøjet er derfor nu et tilbud, som alle politikredse kan anvende som led i det forebyggende arbejde. I forlængelse heraf kan det overvejes, om kommuner, regioner og politi i samarbejde kan udvikle et IT-værktøj, der på et tidligt stadie kan bidrage til at identificere problemstillinger hos særligt målgrupperne selvskadende piger og mænd med misbrug i 25-40 års alderen.

2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade

I forhold til målgruppen af unge svært selvskadende og selvmordstruede piger foreslår arbejdsgruppen, at man arbejder med at forbedre registreringen i forhold til denne målgruppe samt i højere grad anvende og dele data om målgruppen. I hospitalspsykiatrien er udfordringen, at selvskade ikke har været anvendt som en aktionsdiagnose, da selvskade er et symptom og ikke en sygdom. Selvskade bliver heller ikke registreret som en aktionsdiagnose på nuværende tidspunkt i ungdomspsykiatrien, men i stedet som en bidiagnose, så data i forhold til selvskade kan findes. Selvskade bliver ikke systematisk registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien. På hospitalerne sker der desuden ofte det, at pigerne bliver behandlet for den fysiske del af deres problemstilling, eksempelvis ved at blive syet på skadestuen, uden at der gives besked herom til psykiatrien.

3. Hurtig og fleksibel indsats

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er afgørende, at der kan tilbydes en hurtig og fleksibel indsats til alle målgrupper i afrapporteringen med henblik på at forebygge tvangsindlæggelser. Hvis målgrupperne har mulighed for at få en hurtig indsats, når de har behov for det, forventer arbejdsgruppen, at det vil kunne bidrage til at forebygge tvangsindlæggelser. Det gør sig eksempelvis gældende, hvis en borger har mulighed for at blive indlagt direkte, når vedkommende oplever en forværring i stedet for at skulle anvende den traditionelle vej til indlæggelse, der er mere langvarig.

Arbejdsgruppen fremhæver, at egen læge allerede nu har mulighed for at henvise borgere til en halvaktid i hospitalspsykiatrien. Ordningen bliver varetaget af modtagelsen i hospitalspsykiatrien og betyder, at egen læge hurtigt har mulighed for at få en vurdering af borgeren.

Nedenfor beskrives de eksempler på mulige tiltag, som arbejdsgruppen har givet i forhold til den generelle anbefaling om hurtig og fleksibel indsats.

Skabe mulighed for hurtig iværksættelse af indsats og hurtig visitering

Arbejdsgruppen påpeger, at visiteringen til tilbud, eksempelvis psykologsamtaler, i regi af kommunen kan være langvarig og derfor nogle gange skaber en barriere for en hurtig indsats. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at man skaber modeller for iværksættelse af hurtig hjælp. Det kan være forskellige typer af hurtig visitering eller hjælp.

Patientstyrede indlæggelser

Arbejdsgruppen anbefaler, at man fortsætter med at udbrede ordningen med patientstyrede indlæggelser. Ved en patientstyret indlæggelse får patienten en kontrakt, der giver patienten ret til at indlægge sig selv. Når patienten har behov for at blive indlagt, tager vedkommende kontakt til det sengeafsnit vedkommende er tilknyttet, der hurtigst muligt stiller en seng til rådighed. En patientstyret indlæggelse kan maksimalt vare fem døgn, og genindlæggelse kan først ske efter 14 dage. Patientstyrede indlæggelser er at betragte som planlagte indlæggelser. Arbejdsgruppen har bemærket, at man skal være opmærksom på, at dette tilbud ofte ikke virker for de mest syge.

Greencard-ordning

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udvider den eksisterende såkaldte Greencard-ordning. Greencard-ordningen betyder, at enkelte patienter har mulighed for at henvende sig direkte i modtagelsen i hospitalspsykiatrien uden forudgående visitering fra egen læge/vagtlæge ved behov for akut hjælp. Ved henvendelsen vil der blive lavet en lægefaglig vurdering af patienten. Arbejdsgruppen har udtrykt bekymring for, hvorvidt det er muligt at fastholde denne ordning, når den psykiatriske og somatiske skadestue samles i fælles akutmodtagelse.

Klippekort

Arbejdsgruppen anbefaler, at man opretter mulighed for klippekortsordninger i forbindelse med udskrivning. En klippekortsordning vil sige, at den udskrevne borger har mulighed for at henvende sig et bestemt sted i hospitalspsykiatrien, hvis vedkommende oplever en forværring efter udskrivning med henblik på eksempelvis at få en ambulant samtale. På den måde skabes et sikkerhedsnet, hvilket kan give borgeren større tryghed efter udskrivning. I nogle tilfælde kan viden om, at der er et sikkerhedsnet, være tilstrækkeligt for borgeren til at føle sig tryk ved at blive udskrevet.

Politiet fremhæver, at Greencard-ordningen bidrager til at lette deres arbejde, og de forventer at det samme vil gøre sig gældende for en klippekorts-ordning. En af politiets store udfordringer er, når de møder borgere, der endnu ikke er visiteret til hospitalspsykiatrien, men som er aggressive eller reagerer på en måde, der forstyrrer den offentlige orden på grund af en permanent eller forbigående psykisk lidelse. Når borgeren ikke er visiteret til behandling, er det svært for politiet at aflevere borgeren i hospitalspsykiatrien. Med Greencard-ordningen – og forventeligt en klippekortsordning – er det nemmere for politiet at få afleveret borgeren uden at skulle "forhandle" med hospitalspsykiatrien om, hvorvidt borgeren skal tages ind.

4. Alternativer til indlæggelse

For at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser pointerer arbejdsgruppen, at det er vigtigt, at der findes forskellige typer af alternativer til indlæggelser, der kan benyttes, når det ellers ville være nødvendigt at indlægge borgeren. Arbejdsgruppen peger på, at det forventeligt vil kunne bidrage til at forebygge tvangsindlæggelser, hvis der fandtes flere tilbud, som man kunne anvende som alternativ til indlæggelser og tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen fremhæver, at der allerede findes forskellige gode

alternativer til indlæggelse, eksempelvis Psykiatriens Hus i Silkeborg. Der findes desuden et Psykiatriens Hus i Randers¹⁰ og i Nordvestjylland. Huset i Nordvestjylland åbnede den 1. juni 2018. Derudover er man i gang med at etablere et hus i Aarhus.

Ambitionen i Psykiatriens Hus i Silkeborg er at samle regionale og kommunale psykiatriske behandlingstilbud i den samme bygning for, at borgere i Silkeborg Kommune oplever en mere sammenhængende indsats. I huset er der forskellige behandlingstilbud, hvor Akut Døgntilbud er det primære. Tilbuddet har åbent hele døgnet, og der arbejder både kommunale og regionale medarbejdere. Når en borger henvender sig til tilbuddet, vurderer medarbejderen borgerens behov. Borgeren kan få en midlertidig seng at sove i, en telefonsamtale eller et hjemmebesøg. Intentionen er at tilbyde et alternativ til indlæggelse og er dermed en mindre indgribende indsats i borgerens liv. For at modtage behandling i Akut Døgntilbud skal borgeren opfylde nogle bestemte kriterier. Et vigtigt element er desuden at sikre en hurtig indsats¹¹.

Nedenfor beskrives eksempler på de konkrete indsatser, som arbejdsgruppen anbefaler, at man enten udvider eller opprioriterer. Flere af tiltagene kan tænkes sammen med psykiatriens huse.

Akutte ambulante tilbud

Arbejdsgruppen fremhæver, at der er mangel på akutte ambulante tilbud, der kan anvendes som alternativ til en indlæggelse eller tvangsindlæggelse. Dette kunne eksempelvis være en ambulant samtale i hospitalspsykiatrien. Når en læge og politiet er blevet kaldt ud til en oprevet borger, oplever arbejdsgruppen, at der ofte ikke er andre muligheder end at tvangsindlægge borgeren. Arbejdsgruppen vurderer, at nogle tvangsindlæggelser muligvis vil kunne afværges, hvis borgeren havde mulighed for at få eksempelvis en akut ambulant samtale.

Modtagepladser og akutpladser

Arbejdsgruppen anbefaler, at man opretter modtagepladser i kommunerne. Disse pladser skal bruges til borgere, som ikke længere har behov for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, men som samtidig er for dårlige til at komme tilbage i eget hjem eller på bosted. Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at man etablerer flere pladser, der kan fungere som en mellemtid mellem indlæggelse og eget hjem/bosted med inspiration fra de pladser, der findes i Psykiatriens Hus i Silkeborg. Denne type tilbud minder om modtagepladser og kan eventuelt betegnes som akutpladser. Pladserne skal kunne bruges til borgere, som ikke længere har behov for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, men også anvendes som alternativ til at påbegynde en indlæggelse.

Formålet med at stille pladser til rådighed, når en borger ikke længere har brug for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, skal blandt andet være, at borgerens indlæggelse bliver kortere, da mange borgere ikke har gavn af lange indlæggelser. Samtidig skal det bidrage til at skabe en mindre brat overgang fra indlæggelse til eget hjem/bosted.

¹⁰ i Psykiatriens Hus i Randers er der ingen sengepladser.

¹¹ Psykiatriens Hus: <https://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/>

Det kan således være svært at håndtere hverdagen efter en indlæggelse og eventuelt resultere i, at borgeren får behov for at blive indlagt igen.

Arbejdsgruppen oplyser, at man i kommunalt regi nogle gange har en oplevelse af, at det er vanskeligt at få bistand af hospitalspsykiatrien vedrørende en borger, når borgeren ikke er indlagt. Det betyder i mange tilfælde, at man er nødt til at få borgeren indlagt igen, hvis vedkommende eksempelvis ikke kan tage sin medicin stabilt. Et element i disse pladser bør derfor også være, at kommunen har let adgang til at komme i kontakt med hospitalspsykiatrien, mens borgeren befinder sig på modtage- eller akutpladser. Imidlertid bør man også overveje, om denne rådgivning til kommunen kan stilles til rådighed på andre måder.

Opprioritering af distriktssygepleje

Arbejdsgruppen fremhæver, at de oplever, at det har negative konsekvenser, at den psykiatriske distriktssygepleje inden for de senere år er blevet udfaset eller skåret meget ned. Dette gør sig særligt gældende for de voksne borgere. Udfasningen af distriktssygeplejersken betyder blandt andet, at der ikke er mulighed for at lave forløb for borgerne, fordi distriktssygeplejersken kun sjældent har mulighed for at have kontakt med borgerne. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at man opprioriterer og dermed udvider den ordning, som allerede eksisterer. Ordningen kunne med fordel tilknyttes psykiatriens huse, hvor region og kommune samarbejder.

Udbrede kendskab til telefonisk rådgivning

Arbejdsgruppen peger på, at telefonisk rådgivning er et velegnet tilbud til målgruppen af personer i livskrise. Der findes allerede muligheder for telefonisk rådgivning, herunder eksempelvis "Psykiatrisk Rådgivningstelefon". Imidlertid har målgruppen ikke altid kendskab til tilbuddene, når de står i den akutte psykiatriske krise. Arbejdsgruppen fremhæver derfor, at det er vigtigt at udbrede kendskabet til denne type tilbud, så denne målgruppe ved, hvor de har mulighed for at få hjælp. Udbredelsen af kendskabet kunne eksempelvis ske ved at opstille foldere på biblioteker og andre offentlige steder. Det skal bemærkes, at Psykiatrisk Rådgivningstelefon kan anvendes af alle patienter og pårørende, der står i akutte problematikker.

Regionen har netop varslet, at man vil omdanne rådgivningstelefonen, så man ikke længere kan give individuel konkret rådgivning (en form for behandling), men kun anonym rådgivning, hvilket ikke vil være i tråd med arbejdsgruppens anbefaling om hjælp via telefonisk rådgivning.

5. Psykiatrisk bistand

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udvider kendskabet til de muligheder, praktiserende læger og speciallæger har for at få rådgivning af en psykiatrisk speciallæge. Samtidig anbefaler arbejdsgruppen, at man også gør det muligt for sygeplejersker fra kommunale akutteams at anvende denne type ordninger. Der er følgende eksisterende muligheder for at få sparring fra en psykiatrisk speciallæge:

- Psykiatrisk Rådgivningstelefon til praktiserende læger og speciallæger pr. telefon 7847 0471 (døgntåben).

- Praktiserende læger samt læger på hospitaler kan kontakte psykiatrisk forvagt for sparring angående konkrete situationer.

Arbejdsgruppen har ikke kendskab til, hvor meget praktiserende læger og speciallæger anvender den første mulighed. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center får til gengæld relativt ofte telefonopringninger fra praktiserende læger i vagten, som ønsker at drøfte en akut situation i forhold til tvangsindlæggelse.

6. Bedre indsats

Arbejdsgruppen anbefaler, at man arbejder med at skabe endnu mere kvalitet i indsatsen overfor målgrupperne. Dette gælder i forhold til de kontakter, de har med både sundhedsvæsenet, socialområdet og politiet. Anbefalingen gør sig særligt gældende for hospitalspsykiatrien og for bosteder og ældreboliger, hvor nogle af borgerne i målgrupperne bor.

Kompetenceudvikling

Arbejdsgruppen anbefaler, at man efteruddanner personale særligt på bosteder og ældreboliger i forhold til blandt andet deeskalering, psykiatri, miljøterapi og faglig tilgang. For personalet i ældreboliger er det særligt relevant at udvikle personalets kompetencer i forhold til at håndtere demente personer med udadreagerende adfærd. Der er gjort erfaringer med at undervise i deeskalering på bosteder i Region Sjælland, som man vil kunne hente inspiration fra.

Arbejdsgruppen peger på, at det forventeligt vil kunne begrænse antallet af tvangsindlæggelser, hvis de demente personer kan håndteres i ældreboligerne i stedet for at skulle indlægges, og det vil samtidig gøre det mere trygt for den demente borger, at vedkommende kan blive i sine velkendte rammer.

Arbejdsgruppen fremhæver imidlertid, at det er særligt vigtigt at lave en kompetenceudviklingsindsats på bostederne, da mange borgere på bostederne oplever gentagne tvangsindlæggelser. Det vil eventuelt også være relevant at sætte ind overfor andre personalegrupper, herunder medarbejdere fra præhospitalet og politiet.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at vellykket kompetenceudvikling kræver ledelsesmæssig opbakning og fokus.

Skabe bedre kvalitet i indlæggelser

Arbejdsgruppen peger på, at der bør arbejdes med at skabe endnu mere kvalitet i indlæggelser og udskrivninger. Arbejdsgruppen anbefaler blandt andet, at man arbejder endnu mere forløbsorienteret. Borgerens liv bør så vidt muligt være det samme under indlæggelsen som i hverdagen, og der skal arbejdes med de samme ting under indlæggelsen som i hverdagen, herunder eksempelvis mestringsplaner. Dette skal blandt andet bidrage til at opretholde patienternes hverdagskompetencer. Udfordringen ved indlæggelser kan være, at der ikke er nogen krav, og det kan derfor være svært at håndtere hverdagen efter indlæggelsen. Samtidig peger arbejdsgruppen på, at nogle patienter bruger indlæggelsen som en mulighed for at undslippe hverdagens udfordringer. Forventningen i arbejdsgruppen er, at en højere grad af kvalitet i indlæggelser og udskrivninger kan bidrage til at reducere behovet for

genindlæggelse kort tid efter udskrivning. Et muligt bud på, hvordan der konkret kan arbejdes med denne anbefaling, kunne være at udvikle et koncept for den gode indlæggelse og den gode udskrivning.

7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt at skabe et mere formaliseret og forpligtende samarbejde omkring den enkelte borger på tværs af de sektorer og aktører, der er involveret i målgruppernes forløb, herunder hospitalspsykiatrien, bosteder, bostøtte, egen læge, politiet, hospitaler og socialforvaltningen i kommunerne. Arbejdsgruppen peger på, at man ikke bør oprette nye samarbejdsfora, men derimod styrke samarbejdet med udgangspunkt i de eksisterende fora og aftaler. Det er afgørende, at samarbejdet tager udgangspunkt i den enkelte borger og dennes behov. Det er dog blevet fremhævet, at der ikke eksisterer ret mange samarbejdsfora på voksenområdet.

Arbejdsgruppen foreslår, at man i regi af PSP-samarbejdet kunne etablere et stærkere samarbejde omkring den enkelte borger. PSP-samarbejdet er et samarbejde mellem politiet, de sociale myndigheder i kommunerne, hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland samt Kriminalforsorgen¹². Udfordringen ved PSP-samarbejdet er, at det på nuværende tidspunkt er et overordnet samarbejde, hvor det ikke er behandleren for den enkelte borger, der sidder med til møderne, men derimod en repræsentant fra områderne. Dette betyder, at det kan være vanskeligt at lave konkrete og forpligtende aftaler om den enkelte borger i dette regi. Arbejdsgruppen lægger op til, at man eksempelvis kan bruge PSP-samarbejdet som et overordnet samarbejdsforum, hvor man koordinerer det konkrete samarbejde om den individuelle borger. Det er eksempelvis blevet fremhævet, at man i Herning Kommune, med udgangspunkt i PSP-samarbejdet, beslutter, at der skal holdes et møde om den individuelle borger med deltagelse af borgerens behandlere.

Nedenfor beskrives eksempler på de konkrete indsatser vedrørende formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs, som arbejdsgruppen foreslår, at man kan iværksætte.

Koordinerende indsatsplaner

Arbejdsgruppen fremhæver, at man i højere grad bør bruge nogle af de eksisterende redskaber, der er aftalt i Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren. Der er eksempelvis gode erfaringer med at bruge koordinerende indsatsplaner for borgere med misbrug og psykiske lidelser samtidig¹³. Arbejdet med koordinerende indsatsplaner for at styrke behandlingen af denne gruppe borgere er en af de indsatser, der er prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015 til 2018.

¹² PSP-samarbejdet i Region Midtjylland: <http://www.psykiatrien.rm.dk/om-os/sadan-fungerer-psykiatrien/retspsykiatri-i-region-midtjylland/psp-samarbejdet/>

¹³ Sundhedsaftalen 2015-2018 side 45-46: http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/forside/sundhedsaftale_tryk.pdf

Bedre kendskab til hinanden på tværs af sektorer

Arbejdsgruppen ser et behov for, at medarbejderne i de forskellige sektorer, der er involverede i tvangsindlæggelser, får et bedre kendskab til hinanden og hinandens handlemuligheder for på den måde at skabe et bedre samarbejde om borgernes forløb. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har via PSP-samarbejdet undervist vagtcheferne i Aarhus Politi omkring patientgruppen med selvskade. Arbejdsgruppen peger på, at denne type oplæg kunne være en tilgang til blandt andet at øge kendskabet mellem hospitalspsykiatrien og politiet samt styrke forståelsen for målgrupperne.

Fælles aftaler om arbejdsdeling i forhold til indsatsen overfor selvskade

Arbejdsgruppen anbefaler, at der laves tydelige aftaler mellem aktører om strategien og ansvarsfordelingen i forhold til unge piger med selvskade. Dette gælder både i forhold til opsporing og tidlig indsats overfor piger med begyndende selvskade og for målgruppen af svært selvskadende og selvmordstruede piger, hvor tvangsindlæggelser kan forekomme. Der er derfor behov for, at der bliver lavet et endnu mere formaliseret samarbejde med konkrete aftaler mellem blandt andet bosted, kommune, hospitalspsykiatrien og eventuelt politiet om, hvem der har ansvaret for at gøre hvad, så alle aktører har et klart billede af og er indforståede med strategien i forhold til målgruppen.

Samarbejds møder

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udbreder den model, som Regionspsykiatrien Midt har udviklet i samarbejde med bosteder. Ved at holde samarbejds møder mellem de involverede fagpersoner fra både kommunalt og regionalt regi sammen med borgeren, ser det ud til, at behovet for tvang generelt, herunder tvangsindlæggelser, kan reduceres. Arbejdsgruppen peger på, at politiet også kunne deltage på disse møder. Udfordringen ved denne model er dog, at man ikke har mulighed for at sætte indsatsen i gang, før borgeren har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Det blev fremhævet, at møderne eventuelt også kan sammentænkes med PSP-samarbejdet.

Overlap mellem sektorer

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes med at skabe overlap mellem forskellige sektorer. En mulig model, som allerede er igangsat i hospitalspsykiatrien i Randers, er, at den kommunale bostøtte lægger sine første timer hos borgeren, mens denne stadig er indlagt i hospitalspsykiatrien. På denne måde sker der dels en overførsel af viden til bostøtten om behandlingstilgangen, og der skabes tryghed for borgeren i forhold til den kommende udskrivning.

8. Opsamling på forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser

I dette kapitel er arbejdsgruppens forslag til indsatser for at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser blevet præsenteret. Nedenfor er der indsat en samlet oversigt over anbefalingerne og de konkrete eksempler på, hvordan anbefalingerne kan udmøntes.

Tabel 19. Oversigt over anbefalinger og eksempler på tiltag

1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge som mistrives
Uddannelse i at opdage mistrivsel hos unge
Samtalegrupper for unge, der mistrives
Tilbud til familier
Psykologtimer til begyndende selvskade
IT-værktøjer til at opdage mistrivsel
2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade
Registrere selvskade og dele data mellem hospitalet og hospitalspsykiatrien
3. Hurtig og fleksibel indsats
Skabe mulighed for hurtig iværksættelse af indsats og hurtig visitering
Patientstyrede indlæggelser
Greencard-ordning
Klippekort
4. Alternativer til indlæggelse
Akutte ambulante tilbud
Modtagepladser og akutpladser
Oprioritering af distriktssygepleje
Udbrede kendskab til telefonisk rådgivning
5. Psykiatrisk bistand
Psykiatrisk lægefaglig rådgivningstelefon
6. Bedre indsats
Kompetenceudvikling
Skabe bedre kvalitet i indlæggelser
7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs
Koordinerende indsatsplaner
Bedre kendskab til hinanden på tværs af sektorer
Fælles aftaler om arbejdsdeling i forhold til indsatsen overfor selvskade
Samarbejds møder
Overlap mellem sektorer

Bilag 9

Anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger



September 2018

Anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger

©DEFACTUM®, september 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM
Koncern Kvalitet
Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Konsulent Marianne Sigaard Balleby, marbal@rm.dk, tlf. 2475 9006

Konsulent Stina Juel Lanken, stilan@rm.dk, tlf. 2516 3290

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	1
Baggrund og formål	1
Fokus på selvskade	1
Fremgangsmåden for casebaseret audit	1
Denne rapport	2
ANBEFALINGER	3
DRØFTELSE OG VURDERINGER	5
Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade	5
Samarbejde om patienten	10
Kompetencer hos fagpersoner	14
Panelernes supplerende bemærkninger om forebyggelse	16
METODE	17
Panelsammensætning	17
Patientcases til casebaseret audit	18
Sagsmateriale	19
Vurderingsspørgsmål	19
Mødeform	20
Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode	20

Indledning

Baggrund og formål

I 2017 konstateredes en stigning i antallet af bæltefikseringer i Region Midtjylland. Psykiatri- og Socialledelsen og Direktionen satte derfor et øget fokus på at nedbringe anvendelsen af tvang, herunder bæltefikseringer. I den forbindelse blev det blevet tydeligt, at bæltefikseringer ikke kun var en udfordring i psykiatrien, men at der også i somatikken var sket en markant stigning i løbet af de forudgående 1-2 år. I lyset af nedbringelsen af tvang som en fælles udfordring, besluttede Klinikforum på møde den 27. oktober 2017, at der skulle gennemføres audit af patientforløb, hvor der i somatikkenes akutafdelinger i 2017 var anvendt bæltefiksering efter psykiatriloven.

Formålet var 1) at afdække årsager til anvendelse af bæltefiksering i de konkrete tilfælde og 2) at bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

Auditundersøgelsen har bestået af tre trin: I første omgang blev etableret overblik over data om bæltefikseringer i 2017 i somatikken i Region Midtjylland via BI-portalen, hvorefter der blev foretaget opslag af 70 patienters første bæltefiksering i en somatisk akutafdeling i 2017. Journalopslagene viste, at den største gruppe af patienter, der var berørt af bæltefiksering i en somatisk akutafdeling i 2017, var unge piger og kvinder, der var blevet behandlet på grund af forgiftning med paracetamol eller andre former for selvskade. Næsten alle disse patienter med selvskadeproblematikker var kendt i psykiatrien i forvejen og omkring tre fjerdedele boede på bosteder.¹ De første trin af undersøgelsen er siden fulgt op af casebaseret audit af udvalgte patientforløb med henblik på at opfylde formål 2) i ovenstående, nemlig bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i akutafdelinger.

Fokus på selvskade

Resultaterne af journalopslagene blev gennemgået af kontaktpersoner fra akutafdelinger og behandlingspsykiatrien. Det blev prioriteret at den kvalitative del af auditundersøgelsen, den casebaserede audit, skulle omhandle bæltefikseringer i forbindelse med behandling af selvskade hos unge piger og kvinder. Argumenterne herfor var, at der på området med selvskadeproblematikker er behov for nytænkning, ligesom området vurderedes at være stigende i omfang.

Fremgangsmåden for casebaseret audit

Casebaseret audit kan kort beskrives som en metode til struktureret vurdering og drøftelse af faglig praksis. Metoden indebærer, at et panel af videnspersoner på området vurderer udvalgte patientforløb ud fra på forhånd definerede vurderingsspørgsmål. I denne casebaserede audit er seks patientsager auditeret på to auditmøder, som blev holdt den 7. og 19. juni 2018.

¹ Der henvises i øvrigt til rapporten "Bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i 2017: Resultater af journalaudit", april 2018. Rapporten blev behandlet på møde i Lederforum for Kvalitet i Region Midtjylland den 20. april 2018.

Auditpanelerne har været sammensat af fagpersoner fra somatiske akutafdelinger, psykiatriske afdelinger, almen praksis, bosteder og politiet. Desuden har der i hvert panel været en repræsentant med brugererfaring. I metodeafsnittet findes yderligere beskrivelse af deltagerne i auditpanelerne, de auditerede patientcases, sagsmaterialet, vurderingsspørgsmålene og auditmødets form.

Denne rapport

Denne rapport er udarbejdet af DEFACTUM på baggrund af referaterne fra de to auditmøder. Rapporten formidles til relevante lederfora i Region Midtjylland. Opbygningen er således, at læseren først præsenteres for en sammenfatning af de anbefalinger, som de to auditpaneler er nået frem til. Herefter følger en gengivelse af udvalgte vurderinger og drøftelser i de to paneler, som ligger til grund for anbefalingerne. Panelerne havde desuden en række bemærkninger om forebyggelse af bæltefikseringer på et mere generelt plan; disse er medtaget i et selvstændigt afsnit. Rapporten afsluttes med det nævnte metodeafsnit.

Anbefalinger

Nedenstående er en sammenfatning af de anbefalinger, som er udledt af de to auditpanelers drøftelser om forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i forbindelse med behandling af selvskade. Anbefalingerne vedrører akutafdelingernes tilgang til patienter med selvskade, samarbejde omkring patienten og fagpersoners kompetencer. Anbefalingerne retter sig mod beslutningsfora i Region Midtjylland og de faglige miljøer i somatiske akutafdelinger og psykiatrien. Da anbefalingerne kredser om temaer som samarbejde, videndeling og fælles forståelse, har de også relevans for bosteder, politi og andre, som har med piger og kvinder med selvskade at gøre.

På baggrund af auditpanelernes drøftelser anbefales:

Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade

1. at akutafdelingen får en bedre overlevering fra bosted, politi eller indlæggende læge om, hvad der er gået forud for den selvskadende handling
2. at akutafdelingerne hurtigt kan få overblik i den elektroniske patientjournal (EPJ) over, om der tidligere har været tvangsforanstaltninger, hvad der tidligere har virket deeskalerende for patienten og aftaler, der er indgået med patienten på for eksempel samarbejds møder eller lignende
3. at personale på bostedet følger med patienten ind på akutafdelingen som tryghedsperson for patienten, med mindre der er en strategi om ikke at deltage i indlæggelsen. Akutafdelingen bør orienteres (eller skaffe viden) om, hvilken strategi bostedet har i forhold til patienten
4. at den faste vagt fra psykiatri eller somatik har faglig viden om selvskadeområdet og kan benytte den tilgang, man har erfaring med virker bedst i det pågældende tilfælde. Personale fra somatisk akutafdeling og fast vagt fra psykiatrisk stamafdeling, som kender patienten, er at foretrække. Det er ønskværdigt, at den faste vagt fra psykiatrien inddrages forebyggende ved alle tvangsindlæggelser
5. at der opnås større viden om mulighederne for at gennemføre den nødvendige somatiske behandling med afsæt i sundhedsloven frem for brug af psykiatrilovens bestemmelser vedrørende bæltefiksering

**Samarbejde om
patienten med
selvskade**

6. at der for hver patient med gentagen selvskade, der kræver behandling i en akutafdeling, holdes forebyggende samarbejds møder og evaluering af de bæltefikseringer, der måtte have fundet sted. På møderne skal akutafdeling sammen med bosted, psykiatri, politi og evt. andre involverede, herunder patienten selv, gennemgå forløbet med henblik på læring og fremadrettet forebyggelse
7. at der på ovennævnte samarbejds møder udarbejdes en tværgående plan i samarbejde med patienten
8. at det for hvert patientforløb afklares, hvilken af aktørerne der indkalder til samarbejds- og evalueringsmøde. Der bør for patienter med hyppig selvskade og suicidalforsøg udpeges en patientansvarlig læge (PAL) i psykiatrien, som kan have til opgave at indkalde til samarbejds møde. Det anbefales at afsøge muligheder for brug af BI-udtræk til identifikation af patienter i målgruppen for PAL

**Kompetencer hos
fagpersoner**

9. at der afholdes fælles temadage om selvskadeproblematikker, hvor patienters oplevelser med selvskade og behandling i somatiske akutafdelinger inddrages, og hvor de involverede aktører får indblik i området og øget forståelse af hinandens perspektiver

Drøftelser og vurderinger

Under hvert af de tre temaer, akutafdelingens tilgang, samarbejde og kompetencer, beskrives i dette afsnit de drøftelser og vurderinger, der har været på de to auditmøder.

Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade

Dette tema er det mest omfattende af de tre. Panelernes gennemgang af patientforløbene affødte en lang række drøftelser af, hvad der sker i en akutafdeling, når en pige eller ung kvinde indlægges for at få behandling for en selvskade. Auditdeltagerne havde mange bud på faktorer, der kan være med til at forebygge, at en indlæggelse af disse patienter kommer til at omfatte en bæltefiksering. Generelt udtrykte deltagerne respekt for beslutningerne i akutafdelingerne i forbindelse med de konkrete bæltefikseringer. Overordnet pegede de på, at forebyggelse kræver viden, samarbejde og en individuel tilgang til patienten med selvskadeproblematikker.

Hvordan patienten bliver mødt i akutafdelingen

Det blev på auditmøderne drøftet, hvorvidt det er muligt at undgå bæltefiksering i en situation, som er så opkørt, at der er tale om rød tvang. "Kører vi bare videre på den røde tvang i stedet for at forsøge at gøre noget andet?", spurgte en deltager fra en akutafdeling. Når en patient kommer ind på røde papirer i en meget opkørt situation, kan det være svært at ændre "mindsettet". Særligt i en patientcase vurderede auditpanelet, at bæltefikseringen kunne være undgået, hvis man havde mødt patienten på en anden måde i selve situationen. Det blev anset for vigtigt, at personalet i akutafdelingen undgår automatik i måden, de møder de selvskadende patienter. Der skal være plads til individuelt tilpassede forsøg på at berolige patienten. En ambassadør fra EN AF OS beskrev, hvordan det kan være af stor betydning, at der for eksempel er en, der tager en i hånden. Formuleringer som "relationel omsorg" og "relation frem for rutine" blev brugt. Patientens behov for omsorg skal ses i lyset af, hvordan en piges eller ung kvindes affekttilstand og frygt i den opkørte situation under indlæggelse kan betyde, at hendes kognitive niveau er som et barns.

Sprogbrug og attitude

Sprogbrugen og attituden over for patienterne blev drøftet på begge auditmøder. De fagprofessionelle kan blive trætte, frustrerede og irritable på patienter med selvskadende adfærd. Selv om personalet har svært ved at forstå patientens adfærd, bør dette ikke afspejle sig i sproget. På et møde blev fremhævet et eksempel fra en af journalerne, hvor en læge indleder lægenotatet med "xx-årig selvskader". Der var enighed om, at sådan et eksempel giver indtryk af, at man i højere grad ser diagnosen end mennesket. En paneldeltager udtalte: "Det virker opgivende". Det blev påpeget, at en dårlig attitude hos fagpersonerne kan forstærke selvhadet hos patienten. I den sammenhæng blev nævnt den "forråelse", der kan ske i mødet med disse patienter med svær selvskadende adfærd.² En deltager fra psykiatrien pointerede, at der krydses en grænse første gang, der udføres tvang mod en patient.

² Der blev henvist til psykolog Dorte Birkmose, som har arbejdet med begrebet "forråelse", og hvad der kan ske, når de fagprofessionelle ikke forstår og rummer patienten. Se for eksempel: <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/18857.pdf>

Vidensperson om selvskade

Det er vigtigt med generel viden om selvskade i akutafdelingerne, lød det på auditmøderne. I en af de deltagende akutafdelinger havde man en nøgleperson i forhold til psykiatri og samarbejdet om patienterne med selvskade. Der blev også peget på inspiration fra socialsygeplejerskeordningen (blandt andet i Aarhus og Horsens). Det fremgik således, at en vidensperson vedrørende selvskade kan bidrage til en øget forståelse hos personalet og til en helhedsorienteret behandling af de unge piger og kvinder i akutafdelingerne.

Viden om patienten i akutafdelingen via patientjournalen

I akutafdelingen kan viden om den enkelte patient være af relevans for behandlings-samarbejdet med patienten – og for at der kan afsøges andre muligheder end bæltefiksering. Der mangler overblik i patientjournalen, så individuelle hensyn og tilgange til patienten hurtigt kan findes ved en akut indlæggelse af en affektpræget patient. Viden om de selvskadende patienters kognitive niveau blev nævnt som vigtig for kommunikationen med patienten, men at personalet i akutafdelingen ofte ikke er bekendt med patientens kognitive niveau. En deltager fra et bosted supplerede med, at for de patienter, som er i kontakt med psykiatrien, vil patientens kognitive niveau typisk være diagnosticeret og tilgængelig via patientjournalen, men udfordringen er, at den somatiske akutafdeling ikke hurtigt nok kan få oplysninger, som kan danne overblik over patientens situation.

Videregivelse af oplysninger om, hvad der er gået forud for indlæggelsen

Fra akutafdelingerne blev efterspurgt viden om, hvad der er gået forud for indlæggelsen i afdelingen. Der var hos panelerne ikke klarhed om, hvorvidt det vil kræve et samtykke fra patienten, eller om bostedet inden for de givne rammer kan ringe og fortælle akutafdelingen, hvad der er gået forud for indlæggelsen. En deltager fra et bosted fandt det vigtigt at pointere, at akutafdelingen også kan kontakte bostedet for oplysninger om, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Politiet nævnte, at de også kan viderebringe deres oplevelser og skøn af situationen ud fra, hvad de har fået fortalt og selv oplevet. Hvis der er tilgængelige oplysninger fra bostedet eller psykiatrisk afdeling vil politiet således kunne overgive disse.

Det blev drøftet, hvorvidt den indlæggende læge kan pålægges at formidle viden om optakten til indlæggelsen. Flere pegede på, at det allerede er vagtlægens opgave, men at akutafdelingen som regel får meget lidt information herfra. Det blev på et af auditmøderne nævnt, at den indlæggende læge benytter de samme "fraser", som ikke beskriver situationen ret godt, og dermed ikke giver akutafdelingen de korrekte informationer at arbejde ud fra. Det er for eksempel ikke nok til at indlægge på røde papirer, at man ikke kan "rumme" patienten på et bosted. Det skal, mente dette panel, dokumenteres korrekt, hvad den reelle årsag til tvangsforanstaltningen er. Samme panel pegede på, at dokumentationen i de tre patientcases var af varierende kvalitet. I en patientcase var tvangspapirerne ikke udfyldt korrekt og i en anden sag var behandlingsplanen flere år gammel. Panelet drøftede erfaringer, de hver i sær havde fra situationer, hvor de røde papirer ikke var udfyldt korrekt.

Hvad har tidligere virket beroligende

For de piger og kvinder, som har en historik med tilbagevendende selvskade og behandling i akutafdelingen, vil det være gavnligt for akutafdelingen at kunne se, hvilken tilgang der tidligere har virket beroligende, hvilke ønsker patienten har haft til behandling med videre. Fra akutafdelingerne blev fremsat ønske om, at de fagpersoner, som patienten kender bedst i psykiatrien eller på bostedet i "fredstid", aftaler med patienten, hvordan patienten gerne vil behandles i tilfælde af selvskade, og at akutafdelingen får adgang til disse aftaler gennem patientjournalen. Det blev på et af auditmøderne drøftet, om den nye funktionalitet i EPJ, som hedder POP (Problem Orienteret Plan) vil kunne give hurtigt indblik i, om tvang er en del af patientens problemstilling, og hvad der før har virket konstruktivt for patienten; kædedyne, en hånd på armen eller andet.

Det fremgår således, at akutafdelingen vurderer, at de vil kunne bruge viden om patienten og om det aktuelle hændelsesforløb til at deeskalere en tilspidset situation og måske derigennem undgå en bæltefiksering af patienten. Der fremstår imidlertid uklarhed omkring, hvorfra og hvordan akutafdelingen får denne viden i den akutte situation.

Bostedets rolle under indlæggelsen

I begge paneler blev det efterspurgt, at bostedspersonale kommer med patienten ind på akutafdelingen. Panelerne vurderede, at bostedspersonalets tilstedeværelse kan være vigtig for at skabe tryghed for patienten, og at bostedspersonalet er ressourcepersoner for akutafdelingen, fordi de kender patienterne og deres handlemønstre. Det blev nævnt, at de i akutafdelingen kan lære meget om at tilgå patienten ved at se, hvordan bostedsmedarbejderne kommunikerer med patienten.

Begge paneldeltagere fra to forskellige bosteder gjorde opmærksom på, at der er tilfælde, hvor det er en bagvedliggende strategi fra bostedets side, at personalet *ikke* tager med patienten på akutafdelingen. Forklaringen er, at det kan få negativ betydning i forhold til relationen mellem patient og bostedspersonalet. I et af bostederne var det beskrevet i deres retningslinje, at beboeren som hovedregel følges af personale fra egen afdeling, mens det fra det andet bosted blev beskrevet, at de har stor opmærksomhed på, hvornår kontakt og omsorg bedst gives.

Det blev af paneldeltagerne påpeget, at de øvrige parter omkring patienten har brug for at kende strategien i bostedet, da det for dem kan virke uhensigtsmæssigt, at bostedet er fraværende under indlæggelsen.

Forskellige syn på somatikken vidensbehov

Hvor akutafdelingerne efterspurgte flere oplysninger og et tættere samarbejde om patienten, lød det fra en af deltagerne fra et bosted, at de nok ofte ser somatikken som et delelement, der kun skal tage sig af det somatiske. Denne deltagers perspektiv var, at nogle af disse sager er ekstremt svære og komplicerede, og at akutafdelingen nogle gange må acceptere dette og behandle patienten uden at vide alt om dem. De øvrige deltageres generelle budskab var, at mere omfattende videndeling vil styrke akutafdelingens tilgang til patienten og øge mulighederne for forebyggelse af bæltefikseringer.

Fast vagt med kendskab til patienten

Der var enighed i panelerne om, at en fast vagt i nogle tilfælde vil kunne deeskalere en opkørt situation. Det kræver dog en vagt med de rette kompetencer til deeskalering, hvilket kan mangle hos de vikarer eller studerende, som ofte bruges som fast vagt. Uanset om den faste vagt er fra somatikken eller psykiatrien, bør overvejes, hvem der vil være bedst til opgaven. Kendskabet til patienten har betydning for, at akutafdelingen kan modvirke, at en situation eskaleres, vurderede panelerne. For patienter, der ofte kommer i akutafdelingen, kan det være en fordel, hvis de samme medarbejdere møder patienten i akutafdelingen. En deltager fra psykiatrien sagde om en af patientsagerne, hvor den aktuelle bæltefiksering formentlig ikke kunne være undgået, at med en fast vagt og ensartet tilgang til patienten, vil bæltet måske kunne undgås "den tiende gang", patienten indlægges i akutafdelingen. Repræsentanterne fra EN AF OS fremhævede begge, at patienter med gentagne indlæggelser har brug for at blive mødt af kendt personale, idet det kan være med til at skabe tryghed for patienten.

Psykiatriens rolle i forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger

Ifølge auditdeltagerne er det desuden ønskværdigt, at den faste vagt fra psykiatrien kender patienten. Repræsentanten fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Risskov gjorde opmærksom på, at BUC stiller med fast vagt i de tilfælde, hvor unge under 18 år tvangsindlægges. Vagten fra BUC vil oftest være kendt personale fra stamafdelingen og har til formål at deeskalere og forsøge at undgå, at tvangen også kommer til at omfatte brug af bælte. En overlæge fra BUC nævnte en episode fra psykiatrisk afdeling, hvor personalet bevidst undlod at tage bælte med til somatisk afdeling - og i situationen undgik at benytte bæltet. Der fremkom ønske om, at psykiatrien bidrager med personale ved alle tvangsindlæggelser, så psykiatrien kan bidrage til at forebygge, at en opkørt situation eskaleres og en bæltefiksering bliver nødvendig. Det fremgik imidlertid, at kendskabet til patienten bedre kan bringes i spil i børne- og ungdomspsykiatrien og i de mindre hospitalsenheder. Det blev beskrevet, hvordan det i psykiatrien AUH Risskov ofte er den, man bedst kan undvære, der kører til somatikken fra et mere eller mindre tilfældigt afsnit ud af psykiatriens otte akutte modtageafsnit. Så sandsynligheden for godt kendskab vil derfor naturligt være lavere.

Der blev således peget på psykiatriens rolle i forhold til, at erfarne medarbejdere kan bidrage til forebyggelse af bæltefikseringer i akutafdelingerne. Psykiatriens rolle blev også fremhævet i forbindelse med den mere langsigtede forebyggelse i form af at sikre samarbejde og videndeling om de patienter, som er kendte i psykiatrien og som ofte behandles i akutafdelingerne for selvskaade. Der henvises til afsnittet om samarbejde, som blandt andet omhandler psykiatriens koordinerende rolle.

Samtykke til behandling

I forhold til akutafdelingens tilgang til patienterne med selvskaade drøftede begge paneler flere gange spørgsmålet om patientens samtykke til behandlingen. Samtykket til behandling tages ofte meget bogstaveligt, og patienten spørges til alle delelementer af behandlingen. Det blev beskrevet, hvordan dialogen med patienten i nogle tilfælde forværres, når patienten bliver bedt om samtykke. Nogle gange drejer det sig om at tilgå patienten anderledes; igangsætte den livsnødvendige behandling "uden at spørge for

meget", som det blev formuleret i et af panelerne. Hvis patienten gør modstand og for eksempel vil seponere NAC-droppet³ kan man nogle gange fastholde patienten i behandlingen uden brug af tvang ved at holde roligt på patientens hånd. Flere deltagere vurderede, at det kan være vanskeligt for patienten at tage behandlingsmæssige beslutninger i den svære situation, hvor patienten befinder sig i affektpræget tilstand. En ambassadør fra EN AF OS havde også oplevet, at det kan være vanskeligt at få mange spørgsmål i den opkørte situation og sagde: "Man har allerede taget stilling til mange forskellige ting, når man indlægges. Hvis man også skal beslutte, om man vil modtage behandling, bliver det for meget". Ambassadøren anbefalede, at behandlingen igangsættes så hurtigt som muligt, så man ikke når at tænke for meget over behandlingen.

Begge paneler drøftede muligheden for at anvende sundhedsloven⁴ i stedet for psykiatriloven i de situationer, hvor en situation er ved at eskalere og bæltefikseringen finder sted. Der blev efterspurgt viden om, at nødvendig behandling kan iværksættes med hjemmel i sundhedsloven. En deltager bemærkede, at der vil være tilfælde, hvor patienten gør modstand og vil forlade afdelingen, hvorved bæltefiksering efter psykiatriloven kan være umulig at undgå.

Spørgsmål om samtykke optog således deltagerne. Det fremgik, at fasthed og beslutsomhed kan være virkningsfuldt i nogle tilfælde, mens det for andre patienter kan være en trigger, der forværrer samarbejdet. Her vil en dialog om forskellige muligheder for behandling kunne skabe samarbejde om behandlingen. I den forbindelse blev mindre indgribende behandling mod paracetamolforgiftning end NAC-droppet drøftet. Behandlingen skaber i mange tilfælde nogle opkørte situationer, både ved opstart og undervejs, hvor patienten kan finde på at ville tage droppet ud under den langvarige behandling. Behandlingen kan derfor føre til bæltefiksering. Der var forskellige holdninger på auditmødet til mulighederne for at afvige fra retningslinjerne vedrørende behandling af paracetamolforgiftning. Det blev også drøftet, hvorvidt NAC-droppet kan gives i psykiatrisk afdeling, hvis det øger patientens tryghed i forbindelse med behandlingen; om denne mulighed var der også varierende perspektiver (se mere herom i afsnittet om samarbejde). Et panel drøftede desuden muligheden for brug af beroligende medicin. Hvor nogle så det som et muligt alternativ bæltefiksering, forholdt andre sig kritisk til at anvende beroligende medicin som led i tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Uenigheder og forskelle til trods blev slået fast, at det handler om, hvad der virker i den enkelte patients tilfælde, og at der bør tages hensyn til, hvad patienten udtrykker eller

³ NAC-drop er den medicinske behandling, som gives intravenøst ved paracetamolforgiftninger. Behandlingen gives de patienter, som indlægges og anfører, at de har indtaget paracetamol. Det anbefales, at NAC-drop gives over mindst 20 timer.

<http://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=XFD2E32DBF2A49C19C12574430045EC52&dbpath=/edok/editor/AAUHBO.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

⁴ Sundhedslovens § 19: Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

tidligere har udtrykt ønske om. De konkluderende betragtninger i begge auditpaneler var, at det er yderst individuelt, hvad der kan berolige og skabe mulighed for behandling i forbindelse med selvskade.

Opsummering: Akutafdelingens tilgang til patienter med selvskade

Viden om patienten og en individuel tilgang har betydning for behandlingssamarbejdet – og for at der kan afsøges andre muligheder end bæltefiksering. Der efterspørges bedre overlevering fra indlæggende læge, bosted, politi eller andre om, hvad der er gået forud for indlæggelsen. Et bedre overblik i patientjournalen vil desuden betyde, at der hurtigt kan etableres viden om patienten.

Det efterspørges, at personale fra en patients bosted deltager under indlæggelsen som tryghed for patienten, ligesom de kan være ressourcepersoner for personalet i akutafdelingen.

En fast vagt vil ofte kunne deeskalere en opkørt situation, og en tidlig inddragelse af erfarent personale fra psykiatrien kan bidrage.

Der efterspørges mere viden om behandling for selvskade med afsæt i sundhedsloven.

Samarbejde om patienten

Som det fremgår af ovenstående, var videndeling og samarbejde et vigtigt tema hos auditdeltagerne i forhold til akutafdelingernes indsats over for patienterne. Begge paneler vurderede, at den tværfaglige koordinerede indsats kan forbedres for denne patientgruppe. Mere videndeling og samarbejde om patienterne på den lange bane vurderedes at kunne bidrage til bedre forløb for patienterne, og dermed være med til at nedbringe bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

Tværgående samarbejds møder og handleplan med patienten

Deltagerne vendte flere gange tilbage til behovet for samarbejds møder mellem klinikere, bosted, politi eller andre relevante aktører, herunder gerne med deltagelse af patienten, hvor der kan laves en individuel behandlings- eller handleplan.

Bostedets og psykiatriens samarbejde blev fremhævet som relevant for mange af patienterne med selvskade. Det blev nævnt, at samarbejdet mellem bosted og psykiatri især fungerer godt i de tilfælde, hvor der er afholdt samarbejds møder og udarbejdet en fælles handleplan om og sammen med den enkelte patient. Her blev bemærket, at handleplanen skal skrives i et for patienten forståeligt sprog og skrives i samarbejde med patienten. Det fremgik, at børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien i Horsens har et udbygget samarbejde med deres lokale bosteder om de svært stillede patienter, og herunder patienterne med selvskadeproblematikker.

Forskellige vilkår i regionen for samarbejde mellem psykiatri og bosted

I forbindelse med audit af patientforløbene kom frem, at voksenpsykiatrien AUH Risskov har sværere ved at etablere et udbygget samarbejde mellem psykiatri og bosted i en ofte

kaotisk hverdag med mange forskellige behandlingsafsnit, hvor adskillige fagpersoner kan være involveret i en patients behandling. Deltageren fra Regionspsykiatrien Horsens anerkendte problematikken. Hos dem har det tætte samarbejde for eksempel betydet, at de i enkelte tilfælde har planlagt en indlæggelse, hvis det faste personale har haft fri på grund af en personaledag eller andet. Erfaringen i Horsens er, at en kortvarig indlæggelse kan forebygge en krise hos de mest sårbare patienter - og dermed undgå en længerevarende indlæggelse.

Evaluerings af bæltefikseringer

Panelerne fremhævede, at der som med andre bæltefikseringer bør følges op på en bæltefiksering i somatisk akutafdeling. Evalueringen af en bæltefiksering kan bidrage til fælles læring og fremadrettet forebyggelse. Holdningen i panelerne var, at det er vigtigt at have et kritisk blik på sig selv. Alle involverede kan bidrage til evalueringen: akutafdelingen, bostedet, psykiatrien, vagtlæge, politi og eventuelle andre. Hvis det er muligt, skal patienten selv bidrage til evalueringen.

Det blev beskrevet som en fordel, at man i "fredstid" evaluerer et hændelsesforløb sammen med patienten og får lagt en fremadrettet handleplan. Blandt andre repræsentanten fra EN AF OS opfordrede til, at patienten selv er med til at definere, hvordan patienten gerne vil mødes i akutafdelingen en anden gang - og hvad der skal stå herom i patientjournalen. Akutafdelingerne så som tidligere nævnt gerne, at de via journalen kan få indblik i patientens erfaringer og ønsker til behandling i forbindelse med selvskade.

En paneldeltager fortalte, at de i Regionspsykiatrien Viborg har gode erfaringer med at afholde et "review" efter en bæltefiksering.⁵ Formålet er at analysere forløbet op til og i forbindelse med bæltefikseringen med henblik på at finde frem til aftaler og handlinger, som kan forebygge ny fiksering eller, hvis det ikke er muligt, så gøre forløbet så mildt og kortvarigt som muligt. De er i gang med at inddrage somatikken i disse reviews af bæltefikseringer.

På begge auditmøder blev den lovpligtige eftersamtale berørt. Det blev konstateret, at patienterne i de gennemgåede eksempler nogle gange ikke ønskede at medvirke og i andre tilfælde havde meget lidt at sige. En af repræsentanterne fra psykiatrien nævnte, at eftersamtalen ikke skal varetages alene af personalet på somatisk akutafdeling, men eventuelt sammen med psykiatrien og det tilstedeværende personale herfra, som kender patienten og ved noget om afholdelse af eftersamtaler. Panelernes drøftelser af eftersamtalerne var korte; der sås i højere grad en efterspørgsel efter samarbejds-møder og evaluering af de bæltefikseringer, der måtte finde sted. Forebyggelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger blev således koblet med generelt samarbejde om og med patienten og videndeling i forhold til den enkelte patients individuelle situation. Der blev efterspurgt klarhed over, hvem der sikrer samarbejds-møder og evaluering af de hændelsesforløb, der omfatter gentagne indlæggelser og til tider bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

⁵ Deltagere i dette "review" er personale, der har været involveret i bæltefikseringen, og afsnitsledelsen. Patienten selv og ambulante behandlere kan også deltage. Der er eksempler på, at disse møder kan foregå på patientens bosted efter udskrivelse.

Behov for en tovholder

Et tilbagevendende tema var manglende koordinering og behovet for en tovholder. I en af patientcasene havde en paneldeltager talt, at 86 forskellige sundhedsprofessionelle var involveret i patientens forløb i den fire-ugers periode, som journalmaterialet omfattede.

Der blev efterspurgt en tovholder, som kan være bindeled, overordnet ansvarlig for patientens forløb og sikre en individuel tilgang til patienten. Det blev drøftet, hvem der er den rette til at være tovholder for de selvskadende patienter, som er i risiko for at blive bæltefikseret i forbindelse med behandling i en somatisk akutafdeling. Det blev i et panel foreslået, at et BI-udtræk⁶ muligvis vil gøre det muligt at finde frem til de patienter, som indlægges gentagne gange i akutafdelingen, såkaldte "Frequent Flyers". Frequent Flyers er endnu kun et udviklingsprojekt, men det blev drøftet, om dette redskab ville kunne benyttes til at finde frem til de patienter, som har brug for en særlig koordineret indsats. Panelet udtrykte endvidere håb om, at indførelse af patientansvarlig læge (PAL)⁷ kan blive løsningen på den manglende koordinering og samarbejde mellem aktører.

Tovholder i psykiatrien eller i bostedet

Det blev i et panel således set som en mulighed, at den patientansvarlige læge i psykiatrien er tovholder og er den der indkalder til samarbejds- og evalueringsmøder. Det andet panel fandt, at samarbejds- og evaluering af bæltefikseringer bør iværksættes af den aktør, hvor patienten har den tætteste kontakt, og at det såvel kan være psykiatrien som bostedet.

I forbindelse med drøftelserne vedrørende en tovholder blev nævnt, at en tovholder kan blive udfordret af problemstillingerne hos en patient. En tovholder kan derfor have brug for sparring og måske en "second opinion" hospitaler imellem.

Fleksible indlæggelser i psykiatrien

Hvor en patients situation bliver ustabil og en krise og selvskade kan være under opsejling, kan det være stærkt forebyggende med en åben adgang til psykiatrien. Som beskrevet ovenfor, har man i Regionspsykiatrien Horsens eksempelvis haft gode erfaringer med korte, forebyggende indlæggelser af patienter med selvskadeproblematikker. Panelerne efterspurgt fleksibel brug af indlæggelser i psykiatrien, også ud fra patientens egne ønsker, á la det, der har været betegnet green card. Der blev desuden henvist til erfaringerne med konceptet KISS⁸ i afdeling Q i psykiatrien i Risskov, hvor man har individuelle aftaler med patienten om behandling og indlæggelser.

⁶ BI-portalen er Region Midtjyllands datavarehus. I BI-portalen kan man finde information om alt fra sygefravær til behandlingskvalitet. Læs mere her:

<https://www.rm.dk/om-os/organisation/it/business-intelligence/>

⁷ Patientansvarlige læge (PAL) defineres som: Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Læs mere i Hvidbog for den patientansvarlige læge her: <http://regioner.dk/media/4727/hvidbog-for-den-patientansvarlige-laege-2017.pdf>

⁸ KISS (Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter) er et team for selvskadende og suicidale patienter, som er et specialiseret behandlingskoncept i [sengeafsnit Q1](#) i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov.

Økonomiske hensyn

På begge auditmøder blev det fremhævet, at de økonomiske hensyn kan stå i vejen for samarbejdet mellem de aktører, som har med de unge kvinder med selvskade-problematikker at gøre. Der blev efterspurgt ledelsesmæssig bevågenhed på samarbejde mellem myndighederne, så aktørerne ikke modarbejder hinanden for at få patienten sendt videre.

I forhold til samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken blev finansieringen af den faste vagt i den somatiske akutafdeling også drøftet. Deltagere fra akutafdelingerne pegede på behovet for en fælles løsning, hvor økonomien følger patienten, så man undgår de til tider "tåbelige" diskussioner om, hvem der skal betale for den faste vagt.

Samarbejde om den somatiske behandling

I enkelte tilfælde har man i Horsens haft mulighed for at behandle en patient med NAC-drop på den psykiatriske afdeling, fremgik det. En ambassadør fra EN AF OS vurderede, at det ofte kan være en hjælp at få behandlingen hos medarbejdere, som man kender. Denne ambassadør fortalte, at hun engang havde fremsat ønske om at få den somatiske behandling på psykiatrisk afdeling, men at dette ikke var blevet imødekommet. Det kræver et særligt set-up at kunne tilbyde patienterne NAC-drop i psykiatrien. I Aarhus vil det ikke være muligt, sagde repræsentanten fra psykiatrien AUH Risskov, men efter flytning til Skejby og somatisk assistance kan det potentielt være en overvejelse. Denne form for samarbejde fandt andre deltagere dog ikke ønskværdig ud fra den betragtning, at psykiatrien ikke er gearet til at håndtere eventuelle somatiske komplikationer, og at en sådan opgaveglidning fra somatik til psykiatri, vil forringe den somatiske behandling af patienten.

Opsummering: Samarbejde om patienten

Den tværfaglige koordinerede indsats kan blive bedre for denne patientgruppe. De selvskadende patienters forløb kan forbedres gennem samarbejds møder og evalueringer af bæltefikseringer med deltagelse af somatisk akutafdeling, psykiatri, bosted, politi eller andre relevante aktører, herunder gerne patienten selv, hvor der kan laves en individuel behandlings- eller handleplan. Der bør være en tovholder i psykiatrien (gerne den patientansvarlige læge) eller i bostedet, som sikrer videndelingen og indkalder til samarbejds møder.

Samarbejde mellem psykiatri og bosteder kan skabe bedre forløb for patienterne, gerne med brug af fleksible indlæggelser i kritiske situationer.

Kompetencer hos fagpersoner

Afsnittet om kompetencer hos fagpersoner er medtaget, da flere drøftelser handlede om behovet for viden og forståelse for de behandlingsmæssige vilkår i forhold til de selvskadende piger og unge kvinder.

Fælles forståelse

Panelerne var inde på, at videndeling kan bibringe en vigtig gensidig forståelse af patientgruppen, så andre aktører ikke i bedste mening kommer til at handle mod de strategier, der arbejdes med andre steder. Det blev i den forbindelse understreget, at det er vigtigt at holde sig for øje, at selvskade for disse patienter er et symptom og en del af deres psykopatologi. Selvskaden er et nødvendigt middel for patienten for at lindre dennes psykiske smerte.

Selvskade på vejen mod bedring

Auditdeltagerne fra bosteder og psykiatrien var inde på, at der vil være patienter med selvskadeproblematikker, hvis forløb umiddelbart kan fremstå fragmenteret. I nogle af disse tilfælde er den hyppige selvskade med behandling og måske bæltefiksering i den forbindelse et alternativ til langvarige indlæggelser i psykiatrien. Det blev forklaret, at den overordnede behandlingsstrategi på bostederne typisk er at støtte beboernes psykiske udvikling og evne til at kunne fungere i det omkringliggende samfund. Beboerne skal skærmes og indlægges, når der er indikation og grundlag for det, men de må nødvendigvis støttes i at kunne fungere i samfundet, herunder at kunne udholde svære tanker og følelser uden at gribe til selvskade og overdosis, også selvom piller eller remedier til cutting er tilgængelige. Et fragmenteret og umiddelbart pinefuldt forløb kan være et bedre alternativ, da patienten selv mestrer dele af sit liv, lød det endvidere. Der blev således peget på, at det i forhold til patientgruppen med svær selvskade og suicidalforsøg, skal forstås, at der er tale om kompliceret psykopatologi, herunder hyppige svingninger i tilstand, og at det selv med tæt kontakt og opfølgning kan være umuligt at forebygge alle svære episoder.

I forhold til forståelsen af disse patienters problemstillinger blev "kontrolleret selvskade" drøftet på begge auditmøder. Det vil sige, at der indgås aftaler med patienten om, hvilke redskaber patienten kan skære sig med, ugedage hvor patienten kan selvskade, at patienten kun skærer sig i lårene eller andet – med det formål at undgå at selvskaden går for vidt og bliver livstruende. Repræsentanterne fra bostederne påpegede, at kontrolleret og planlagt selvskade er en del af deres hverdag. Fra psykiatrien blev også beskrevet, at kontrolleret selvskade kan finde sted i psykiatrien som et led i behandlingen af en indlagt patient, dog altid med det fokus at støtte patienten i at finde og anvende andre mere hensigtsmæssige mestringsstrategier end selvskade. At lade patienter selvskade under kontrollerede forhold blev af nogle auditdeltagere anset for kontroversielt. Repræsentanter fra de somatiske akutafdelinger efterspurgte imidlertid mere viden om sådanne tilgange til at samarbejde med patienten.⁹ En repræsentant fra en akutafdeling

⁹ Flere paneldeltagere nævnte, at KISS-teamet i afdeling Q i Regionspsykiatrien i Risskov har en viden på området, som er relevant at få udbredt. Det skal nævnes, at det desværre ikke var muligt at få en repræsentant fra afdelingen med på auditmødet.

sagde, "vi har en kulturbegrænset værktøjskasse" om akutafdelingens kompetencer til håndtering af patientgruppen.

Politiets efterspørgsel efter tættere opfølgning af patienterne

Repræsentanten fra politiet beskrev, hvordan det kræver mange ressourcer hos dem at skulle lede efter og over mange timer følge en patient til akutafdeling og psykiatrisk afdeling. Nogle gange er de adskillige betjente om at håndtere patienten under indlæggelsesforløbet. At det for nogle af disse piger og kvinder gentager sig med få dage eller timers mellemrum afføder undren hos politiet. Politiet og andre paneldeltagere efterspurgte, at bostederne spiller en større forebyggende rolle op til, at selvskaden sker – og skærmer beboerne fra risikoen for selvskade. En deltager fra et bosted forklarede, at de fleste bosteder er åbne og beboerne kan frit komme og gå, selvfølgelig oftest med aftaler med personalet. Det betyder samtidig, at beboerne har mulighed for at købe for eksempel paracetamol eller andre remedier til selvskade. Ransagning og visitation, som det for eksempel kan foregå på en psykiatrisk sengeafdeling, giver sjældent mening på et socialpsykiatrisk bosted, hvor beboeren har adgang til genindkøbe den håndkøbsmedicin eller de genstande, som i givet fald er blevet inddraget. Bostedsrepræsentanten forklarede endvidere, at de som personale indgår i dialog omkring det hensigtsmæssige i for eksempel at have indkøbt paracetamol, men at behandlingen må tage udgangspunkt i, at håndkøbsmedicin og remedier til selvskade altid vil være tilgængelige for beboeren. At tilbageholde en beboer, som for eksempel i opkørt tilstand ønsker at forlade afdelingen, er af forskellige årsager vanskeligt og ikke ønskeligt, fremførte bostedsrepræsentanten. Politiet har derfor en væsentlig betydning i arbejdet med de svært selvskadende og suicidaltruede beboere, og repræsentanten fra bostedet forklarede, at bostederne er bevidste om, at det er en ressourcekrævende og vanskelig opgave for politiet.

Deltageren fra politiet slog fast, at eftersom politiet ofte spiller en rolle i forløbet op til og ved indlæggelse af patienterne, er det vigtigt at politiet inddrages i de forskellige videndelingsinitiativer om disse patienter.

Fælles temadage

For at forbedre tilgangen hos de involverede aktører, øge forståelsen og modvirke eventuel berøringsangst over for målgruppen blev foreslået fælles temadage om selvskade. Bosted, politi, psykiatri og somatik kan her sammen lære om særlige problemstillinger ved patientgruppen og drøfte deres forskellige handlemuligheder og tilgange til patienterne. Der blev fremsat forslag om, at patienter med egne erfaringer med selvskade og behandling bidrager til sådanne temadage.

Hvad angår politiets rolle i patienternes forløb blev fremhævet et eksempel, hvor psykiatrien og et bosted sammen underviste det lokale politi i forståelse af og tilgange til patientgruppen. Auditdeltagerne så positivt på i højere grad at bruge og lære af hinanden for at sikre høj faglighed om tilgange og strategier for denne patientgruppe.

Opsummering: Kompetencer hos fagpersoner

Videndeling og forståelse af patientgruppen skal sikre, at nogle aktører i bedste mening ikke kommer til at handle mod de strategier, der arbejdes med andre steder. Der efterspørges fælles temadage med inddragelse af patienters egne fortællinger for at øge viden om patienterne og de forskellige aktørers perspektiver.

Panelernes supplerende bemærkninger om forebyggelse

De to auditpaneler havde forskellige supplerende kommentarer til formålet med audit, som var at bidrage med anbefalinger til nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger.

Bæltefikseringer der ikke kan undgås

Auditdeltagerne påpegede at det er vigtigt at forstå, at ikke alle bæltefikseringer i de somatiske akutafdelinger kan undgås.

Det blev vurderet, at patientgruppen med svær selvskade kalder på en meget tidlig indsats. De unge kvinder/piger starter deres selvskadende adfærd i en tidlig alder. Der bør derfor fokuseres på forebyggelse i eksempelvis PPR, så man har mulighed for at opdage og tage hånd om problemerne tidligere.

Panelerne forholdt sig kritisk til det store fokus på bæltefikseringstal, og pegede blandt andet på, at Region Midtjylland i kraft af de specialiserede behandlingstilbud og sociale tilbud formentlig har mange svært stillede psykiatriske patienter. Tallene for bæltefikseringer bør ses i dette lys.

Magtanvendelser i bosteder

Et panel gjorde opmærksom på de sammenhænge, der er mellem tvang i somatikken og brugen af magtanvendelse på bostederne. Hvis der anvendes magt på bosted, kan tvang nogle gange undgås i somatikken, men det ene er ikke nødvendigvis bedre end det andet. Det viser, mente panelet, at somatiske tvangstal bør ses i en sammenhæng med indrapporterede magtanvendelser.

Bedre forløb for de sværest stillede patienter med selvskade

Vurderingen var, at der kan skabes generel forebyggelse på selvskadeområdet ved at forbedre forløbene for de patienter, som har det sværest, og ofte ses i de somatiske akutafdelinger på grund af selvskade.

Forebyggelse gennem den regionale retningslinje "somatisk behandling uden samtykke" (maj 2018)

Den regionale retningslinjes betydning for forebyggelse af bæltefikseringer i de somatiske akutafdelinger blev betragtet som minimal. Kun få af paneldeltagerne kunne forholde sig til den nye retningslinjes betydning. I stedet pegede panelerne som beskrevet i det ovenstående på, at forebyggelse hænger sammen med viden og samarbejde blandt de involverede aktører, en individuel tilgang og aftaler med patienten.

Metode

Designet af den casebaserede audit er blevet til i et samarbejde mellem DEFACTUM og en række kontaktpersoner fra psykiatrien og somatiske akutafdelinger.¹⁰

Panelsammensætning

For at se årsager og muligheder for nedbringelse af bæltefikseringer i somatiske akutafdelinger i et bredere perspektiv var flere parter inviteret med på de to auditmøder. I alt 18 personer deltog i auditpanelerne. To personer var med i begge auditpaneler. S sammensætningen af panelerne præsenteres nedenfor.

Auditpanelet den 7. juni 2018 bestod af følgende ni personer:

- Udviklingssygeplejerske Tina Grodt Messerschmidt, Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers
- Overlæge Dilek Cakar, Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Koordinerende overlæge Poul Petersen, Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest
- Sygeplejerske Louise Sølvsten Mikkelsen, Akutafdelingen, Regionshospitalet Horsens
- Overlæge Jonas Gildebrog, Afd. P, Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Social- og sundhedsassistent Trine Nedergaard Frandsen, Regionspsykiatrien Horsens
- Afdelingspsykolog Anne Tolborg, Døgntilbuddet Fyrretoppen, Holmstruppgård
- Ambassadør for EN AF OS¹¹ Sofie Bøgeskov
- Politikommissær Lars Grønlund, Sydøstjyllands politi

På mødet deltog to observatører: Sara Munk Nielsen, regional projektleder for EN AF OS-indsatsen samt Henriette Qvist, kontorchef i DEFACTUM. Stina Juel Lanken og Marianne S. Balleby fra DEFACTUM var mødeledere. Praktikant ved DEFACTUM Josefine Kirstine Schou Jakobsen var referent.

Auditpanelet den 19. juni 2018 bestod af følgende 11 personer:

- Udviklingssygeplejerske Inge Trelborg Møller, Akutafdelingen, Hospitalsenhed Midt
- Overlæge Dilek Cakar, Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Overlæge Ulf Grue Hørlyk, Akutafdelingen, Regionshospitalet Horsens
- Overlæge Linda Hardisty Bramsen, BUC, Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Praksiskonsulent og alment praktiserende læge Jesper Bernt Madsen
- Projektleder, sygeplejerske Sune Hjertmann Frederiksen, Regionspsykiatrien Viborg
- Teamleder, sygeplejerske Hanne-Lone Gerdes, Regionspsykiatrien Randers

¹⁰ Designet af casebaseret audit blev blandt andet drøftet med kontaktpersoner fra psykiatrien og somatikken på et indledende auditmøde den 20. marts 2018 om resultaterne af journalopslag af bæltefikseringerne i de somatiske akutafdelinger i 2017.

¹¹ Landskampagnen 'EN AF OS' har til formål at afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark, blandt andet gennem uddannelse af en række ambassadører, som skal fungere som lokale repræsentanter for kampagnen, således også i Region Midtjylland. Se mere her: <http://www.en-af-os.dk/Regioner/Region%20Midtjylland.aspx>

- Overlæge Vecheslav Bedulin, Lokalpsykiatrisk Center, Regionspsykiatrien Randers
- Souschef Christina Rosby Løwenstein, bo- og behandlingstilbud OK-Centret Enghaven
- Ambassadør for EN AF OS Regitze Futterup
- Politikommissær Lars Grønlund, Sydøstjyllands politi

Sara Munk Nielsen, regional projektleder for EN AF OS-indsatsen, deltog igen som observatør på mødet. Mødeledere og referenter var de samme som på mødet den 7. juni 2018.

Patientcases til casebaseret audit

Patientforløbene til casebaseret audit blev i første omgang udvalgt af kontaktpersonerne i akutafdelingerne blandt de patientforløb, der var udpeget i forbindelse med journalopslagene i første del af auditundersøgelsen. Journalopslag og casebaseret audit har omfattet patientforløb i 2017 fra fire af regionens fem akutafdelinger: Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitetshospital (AUH). Hospitalsenheden Vest bidrog ikke med patientforløb til auditundersøgelsen, men havde en repræsentant med i det ene auditpanel.

Der blev udvalgt 12 patientforløb ud fra, at de illustrerede gængse processer og problemer i forbindelse med bæltefiksering. Der blev udpeget forløb, der omhandlede NAC-drop såvel som andre typer af behandling på grund af selvskade. DEFACTUM forestod den endelige udvælgelse strategisk ud fra, at sagerne repræsenterede de forskellige hospitaler; det vil sige, at der blev udvalgt tre sager fra akutafdelingen på AUH og en sag fra hver af de tre øvrige akutafdelinger (Regionshospitalet Horsens, Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers).

De seks sager blev tilfældigt fordelt på de to auditmøder, der blev afholdt. Der blev anvendt en kombination af intern og ekstern audit, forstået således, at nogle af paneldeltagerne havde været involveret i eller kendte til patienternes forløb, mens andre ikke kendte til patienternes forløb.

Om de tre patientsager på auditmødet den 7. juni 2018:

- Af de tre unge piger og kvinder var en under 18 år, en var i 20'erne og en i 30'erne
- Alle tre patienter havde kontakt til psykiatrien, to havde et ambulant forløb, en af patienterne var tilknyttet det specialiserede behandlingstilbud KISS¹²
- En patient havde kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien, de to andre voksenpsykiatrien
- To patienter boede på et bosted, en boede i eget hjem og havde kontakt til bostøtte og hjemmesygepleje
- Hos en patient blev nævnt en skizofrenidiagnose og andre diagnoser var under overvejelse, to patienter var beskrevet med personlighedsforstyrrelse

¹² KISS (Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter) er et team for selvskadende og suicidale patienter, som er et specialiseret behandlingskoncept i [sengeafsnit Q1](#) i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov.

- En patient blev bæltefikseret én gang i den periode på fire uger, som var beskrevet i sagsmaterialet, de to andre var bæltefikseret flere gange i perioden
- Selvskaden, som patienterne blev behandlet for, var i to tilfælde paracetamolforgiftning, og i det sidste tilfælde anden livstruende selvskade. Det fremgik, at de tre patienter foretog flere former for selvskade i perioden, blandt andet tog de overdosis af medicinske præparater, skar sig eller sultede sig

Om de tre patientsager, som indgik i auditmødet den 19. juni 2018:

- En kvinde under 18 år samt to kvinder i 20'erne
- Alle tre patienter var tidligere kendt i psykiatrien, hvoraf den ene patient var tilknyttet børne- ungdomspsykiatrien
- Alle tre patienter var i ambulant psykiatrisk behandling
- To patienter var diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse
- Selvskaden, patienterne var blevet behandlet for, var for to patienters vedkommende paracetamolforgiftning og i den tredje sag anden livstruende selvskade
- Alle tre patienter var beskrevet med flere typer af selvskadende adfærd, herunder at sulte sig, skære sig eller tage overdosis af medicin
- To patienter havde en historik med spiseforstyrrelse
- En af de tre patienter blev bæltefikseret for første gang i sit liv
- En patient blev beskrevet som havende lav IQ

Sagsmateriale

Journalmaterialet var indhentet og anonymiseret af kontaktpersoner fra de fire akutafdelinger, som også forestod de indledende journalopslag. Der blev igen taget afsæt i den første bæltefiksering, patienten var berørt af i en somatisk akutafdeling i 2017. Journalmaterialet bestod af:

- 1) Sygdomshistorik
- 2) Behandlingsplaner
- 3) Journalnotater to uger før og to uger efter bæltefikseringen
- 4) Kontaktoversigt et år forud for bæltefikseringen
- 5) Medicinliste på dagen for bæltefikseringen
- 6) Henvisninger på dagen og i ugen op til bæltefikseringen

Således bestod materialet udelukkende af det journalmateriale, som de autoriserede sundhedspersoner i akutafdelingerne havde adgang til. Der indgik ikke notater fra almen praksis, kommune, politi eller andre.

Vurderingsspørgsmål

Der blev stillet fire vurderingsspørgsmål til hver sag:

1. *Vurder hjælpen til patienten forud for indlæggelsen i den somatiske akutafdeling*
2. *Vurder den faglige indsats fra patienten ankommer til den somatiske akutafdeling til bæltefikseringen finder sted*
3. *Vurder samarbejdet og videndelingen om patienten*
4. *Kunne bæltefikseringen være undgået?*

Herudover blev der stillet et udviklingsspørgsmål for alle de gennemgåede sager:

5. *Med dette åbne spørgsmål bedes du forholde dig til, hvorvidt målgruppen, som disse patienter tilhører, stiller krav om udvikling af behandlingsmetoder og organisering af de faglige indsatser. Beskriv eventuelle forslag til forbedringer. Spørgsmålet omhandler også de lovgivningsmæssige rammer og retningslinjer, herunder om den nye retningslinje "Somatisk tvang uden samtykke" vil kunne gøre en positiv forskel*

For at skabe tydelighed omkring de forskellige perspektiver og skærpe drøftelserne på auditmøderne blev paneldeltagerne bedt om at foretage deres vurderinger på forhånd og fremlægge dem på mødet.

Mødeform

Auditmøderne blev afholdt efter en tydelig struktur, hvor alle kom til orde:

1. En runde, hvor hver deltager kort præsenterede sin vurdering på vurderingsspørgsmålet og gav en kort begrundelse herfor.
2. Uddybning af deltagernes vurderinger og argumentationer og en fælles faglig drøftelse. Her blev udforsket og afklaret begreber og perspektiver på spørgsmålet.
3. Til sidst blev der konkluderet på den faglige drøftelse i gruppen. Det var ikke et krav, at gruppen nåede til konsensus.

Strukturen gik igen sag for sag, spørgsmål for spørgsmål.

Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode

Repræsentativiteten af de udvalgte patientforløb vil altid kunne diskuteres ved casebaseret audit af få patientforløb. De involverede fagpersoner og patientrepræsentanter vurderede imidlertid, at forløbene illustrerede genkendelige problemstillinger og gav et godt afsæt for drøftelserne i panelerne.

Der er i nærværende afrapportering ikke medtaget konkrete eksempler fra patientforløbene, hvilket kan få rapportens konklusioner til at fremstå løsrevne fra de konkrete forløb. Anonymiseringen af casene er sket af fortrolighedshensyn, samt fordi opdraget om at anbefale forebyggelsesmuligheder på baggrund af caseanalyserne skabte drøftelser på auditmødet, som var af generel karakter og baseret på auditdeltagernes omfattende viden og erfaringer med lignende forløb.

Nogle områder har ikke eller i mindre grad været genstand for drøftelser på auditmøderne. Drøftelserne formes dels af de temaer, der optræder i patientforløbene, dels af den viden og de interesser, der har været til stede i auditpanelerne. For eksempel blev patientansvarlig læge (PAL) drøftet indgående i et panel, men ikke i det andet.

Det var et vilkår for denne audit, at sagsmaterialet var afgrænset til journalmateriale fra akutafdelingen. Den casebaserede audit har således ikke omfattet materiale fra øvrige aktører, for eksempel kommunal myndighed, bosted eller politi. Et udvidet materiale kan have relevans for vurderingen af den samlede indsats over for en patient. Helhedsorienteringen på mødet blev søgt opvejet gennem den brede repræsentation af aktører i auditpanelerne. I tråd med anbefalingerne om vidensudveksling og fælles temadage, fandt deltagerne det givende at gennemgå patientcasene sammen på auditmøderne og derigennem få indblik i hinandens perspektiver.



Bilag 10

Den 10.10.2018

Behov for tilpasning af kapacitet på de særlige pladser i psykiatrien

Til formandskabet i Kommunernes Landsforening, Jacob Bundsgaard og Martin Damm

Kære Jacob Bundsgaard og Martin Damm

Vi er blevet bekendt med, at KKR hovedstaden har henvendt sig til jer omkring de særlige psykiatripladser.

Fra KKR Midtjylland vil vi gerne tilslutte os denne henvendelse, idet vi ligesom Hovedstaden oplever, at der er åbnet for mange af de særlige pladser i psykiatrien i Region Midtjylland sammenholdt med kommunernes behov.

Vi ønsker på denne baggrund at KL fastholder presset overfor ministeren ift. behovet for ændring af finansieringsmodellen, ligesom KL opfordres til at presse på for en løsning, hvor kommuner og region gives mulighed for at fastsætte antallet af pladser i årlige rammeaftaler ud fra en behovsbetragtning.

Ligesom i Hovedstaden vurderer vi, at det vil få store konsekvenser for borgerne, at vi som kommuner skal finansiere tomgang og overkapacitet på de særlige pladser. Kommunerne oplever stigende udgifter til at dække borgernes faktiske behov på det specialiserede område. Når vi også skal afholde udgifter til pladser, vi ikke har brug for, vil det alt andet lige fragå nødvendige indsatser til udsatte borgere. Dertil kommer, at kommunen ofte kan have udgiften til den plads borgeren kommer fra.

Den aktuelle situation i Midtjylland

Det er fastsat af ministeren, at der skal etableres 32 særlige pladser i Midtjylland. Dette antal er *ikke* fastsat med udgangspunkt i kommunernes behov, hvilket allerede inden fuld indfasning af pladserne medfører overkapacitet og hermed pladser, der står tomme, medarbejderressourcer der ikke bliver brugt m.v.

De første 21 særlige pladser i Midtjylland åbnede den 1. maj 2018. 7 af disse pladser er etableret med midlertidig placering i AUH afdeling P med henblik på permanent placering af 16 pladser i Psykiatrisk Center i Skejby i december 2018. I Regionspsykiatrien Midt er der etableret 14 pladser midlertidigt med henblik på permanent placering af 16 pladser i det kommende Psykiatriske Center i Gødstrup i 2020.

Status på anvendelsen af pladserne er, at der pt. er indskrevet 8 borgere på de særlige pladser, og at der i alt har været 15 anmodninger. Det vil sige, at der aktuelt er 13 af de etablerede pladser, der ikke anvendes. Kommunerne finansierer dette gennem en objektiv finansieringsnøgle, og de tomme pladser forventes at medføre en estimeret ekstraregning til kommunerne i Midtjylland på samlet set 14. mio. kr. i 2018, hvis efterspørgslen ikke ændrer sig året ud.

Initiativer fra kommunal side

På den baggrund er vi fra kommunal side gået i dialog med Region Midtjylland om, hvordan de overkydende ressourcer kan anvendes bedst muligt. Der er aftalt en besøgsrunde fra de særlige pladser ud på de kommunale botilbud for at skabe opmærksomhed om tilbuddet. Desuden overvejes det, om der kan følge medarbejderressourcer fra de særlige pladser med ud på borgerens tilbud/bopæl, når borgeren udskrives.

Disse initiativer skal være med til at sikre, at de mange penge, der finansieres af kommunerne – uanset om der er borgere til pladserne eller ej – kan gøre gavn for borgerne. Men løsningen er langt fra optimal, set i forhold til at kommunerne hver eneste måned betaler store summer for pladser, der står tomme hen.

De mange ressourcer der i dag går til tomgang bør anvendes på et udfordret område, hvor der samlet set er mangel på ressourcer - f.eks. ved et styrket fokus på efterværn fra de særlige pladser - og at de gode psykiatrfaglige kompetencer på de særlige pladser også anvendes til at arbejde forebyggende ud på de bosteder, hvor målgruppen i dag allerede har pladser.

Der skal mere til end justering af visitationskriterier

Af kommunernes økonomiaftale for 2019 fremgår problematikken omkring antallet af særlige pladser i psykiatrien og muligheden for opblødning af visitationskriterierne. Regeringen vil drøfte justeringer af visitationskriterier til de særlige pladser i psykiatrien med henblik på at ændre disse.

Den pågående justering af visitationskriterierne er et relevant og kærdokument initiativ, som vi fra KKR Midtjylland bakker op om. Det pågår en god dialog herom i det tværregionale forum om de særlige pladser.

Men ligesom i KKR Hovedstaden er opfattelsen i Midtjylland, at dette er utilstrækkeligt, da udfordringerne med de særlige pladser kun i begrænset omfang drejer sig om for stramme visitationskriterier. Hovedudfordringen er, at det fra centralt hold er besluttet at oprette et alt for højt antal pladser i psykiatrien med en fast pris uden hensyntagen til, hvor stort behovet er.

I kommunerne skal vi visitere borgerne til de pladser/botilbud, der bedst imødekommer borgernes behov. Det kan i nogle tilfælde være de særlige pladser, der kan være behov for, fx når der er tale om borgere, vi har svært ved at rumme og hjælpe på kommunale botilbud. Vi kan ikke tvinge borgerne ind på de særlige pladser og det er klart vores vurdering, at langt fra alle borgere i målgruppen vil tage imod det tilbud, der er.

Vi har som kommuner intet ønske om at skulle henvise borgere, vi som udgangspunkt selv kan hjælpe i kommunale tilbud i borgerens nærmiljø, til de særlige pladser i psykiatrien for at sikre, at de bliver fyldt op.

Men omvendt vil det være økonomisk uforvarligt at betale millioner af kroner til at finansiere tomme pladser, der ikke kommer nogle borgere til gavn. Desuden kan vi som kommuner frygte, at hvis pladsernes kapacitet ikke ændres, vil kommunerne komme til at finansiere en udvidelse af kapaciteten i den regionale behandlingspsykiatri.

KKR Midtjylland foreslår derfor - på linje med det fremsendte forslag fra KKR Hovedstaden - at de planlagte 32 særlige pladser i psykiatrien i Region Midtjylland revurderes med udgangspunkt i kommunernes behov, herunder at kommunerne og Region Midtjylland i samarbejde løbende kan tilpasse antallet af særlige pladser i psykiatrien til behovet for særlige pladser.

Med venlig hilsen

Torben Hansen

Formand for KKR Midtjylland

Steen Vindum

Næstformand for KKR Midtjylland

Bilag 11



**Til formand Torben Hansen og næstformand Steen Vindum,
KKR Midtjylland**

Kære Torben og Steen

Tak for jeres henvendelse om de store økonomiske konsekvenser forbundet med kommunernes manglende mulighed for at fastlægge kapaciteten for de særlige pladser i psykiatrien samt jeres ønske om, at modellen for planlægning af antallet af særlige pladser ændres.

Det er desværre en generel problemstilling omkring de særlige pladser, at kapaciteten de fleste steder i landet forventes at overstige det aktuelle behov, som KL har rejst flere gange. Vi rejste senest sagen i forbindelse med forhandlingerne om økonomiaftalen for 2019 og kunne mødes med regeringen om, at visiteringen til de særlige pladser skulle revideres.

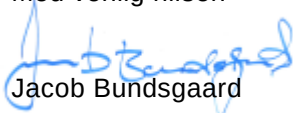
KL's sekretariat har på den baggrund været i dialog med de kommunale repræsentanter fra alle 5 kommunekontaktråd, som er involveret i de særlige pladser, og har sammenfattet en række forslag til ændring af visitationskriterierne samt forslag til præciseringer.

Under efterfølgende dialog med Sundhedsministeriet har KL's sekretariat præsenteret kommunernes ønsker til ændringer af visitationskriterierne for ophold på de særlige pladser, forklaret ministeriet, hvor kommunerne oplever behov for præciseringer i lovgivningen samt endnu engang påpeget de store økonomiske konsekvenser ved den aktuelle finansieringsmodel. På den baggrund har ministeriet sendt et forslag til lovændring i høring, som desværre kun delvist imødekommer vores indvendinger. KL vil også i vores høringssvar fortsat arbejde for vores synspunkter.

Parallelt med arbejdet med at revidere visitationskriterierne, har KL sammen med Danske Regioner stillet forslag om, at modellen for de særlige pladser grundlæggende bør ændres, da den har så store økonomiske konsekvenser for kommunerne uden til fulde at løse den grundlæggende udfordring. I forslaget, som blev offentliggjort i pressen søndag den 28. oktober 2018, foreslog KL og Danske Regioner med fælles stemme, at de særlige pladser omdannes til ordinære sengepladser med statslig finansiering.

KL vil følge udviklingen tæt og fortsat drøfte behovet for ændring af modellen for de særlige pladser med relevante parter.

Med venlig hilsen


Jacob Bundsgaard


Kristian Wendelboe

Dato: 5. november 2018

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Bilag 12

Danske Regioner og KL i fælles forslag til regeringen: Omlæg de særlige pladser i psykiatrien til ordinære sengepladser

Mere end halvdelen af de særlige pladser i psykiatrien, som etableres i 2018, står tomme og kommer ikke borgerne til gode. Det betyder, at penge, som kommuner og regioner må tage fra andre områder, spildes

Danske Regioner og KL opfordrer nu regeringen til at afsætte godt 220 mio. kr., for at de mest udsatte borgere kan få et sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb i den ordinære psykiatri. De særlige pladser bør omgøres til sengepladser på ordinære vilkår men reserveret til den oprindelige målgruppe.

Behov for en ny model med fokus på behandling og rehabilitering

Der er brug for en anden model, hvor både psykiatriens og socialpsykiatriens tilbud til de borgere med de sværeste psykiske sygdomme styrkes, og hvor de samlede ressourcer til området bringes bedre i spil. Det vil både give bedre behandling, bedre langsigtet rehabilitering og større tryk for både borgere og medarbejdere i den samlede psykiatri.

Danske Regioner og KL foreslår derfor nu, at

- Regionerne som forudsat etablerer 150 nye pladser i psykiatrien primært til en mindre gruppe af særligt udsatte patienter
- De 150 særlige pladser omdannes til ordinære psykiatriske sengepladser med samme geografiske fordeling som nu. Det betyder, at pladserne finansieres af regionerne som al øvrig sygehusdrift og med vanlig kommunal medfinansiering
- Visitation skal foretages af en læge som til øvrige psykiatriske behandlingstilbud, men så vidt muligt i en planlagt proces og i samarbejde med borger, eventuelt borgerens netværk samt de kommunale samarbejdspartnere
- Pladserne reserveres og målrettes som udgangspunkt samme målgruppe som nu – altså en mindre gruppe særligt udsatte borgere med svær psykisk sygdom, udadreagerende/ uforudsigelig adfærd, behandlingsbrud, eventuelt misbrug og eventuel dom til behandling
- På pladserne skal der med afsæt i en tværfaglig vifte af kompetencer som nu ydes længerevarende behandling og rehabilitering

- Et primært sigte er fortsat at medvirke til at nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter, bidrage til bedre sikkerhed for andre borgere og medarbejdere samt nedbringe anvendelsen af tvang over for målgruppen
- Indlæggelse bør som udgangspunkt basere sig på motivation og ske med samtykke og være planlagt, men tvangsindlæggelse vil kunne forekomme, hvis de gældende kriterier for tvangsindlæggelse er opfyldt
- Udslusning fra pladserne bør ske planlagt og i et tæt samarbejde mellem behandlingspsykiatri og kommune
- De kommunale midler, som skulle bidrage til finansieringen af de særlige pladser, anvendes til at fastholde og styrke de kommunale socialpsykiatriske tilbud til borgerne for at sikre et stærkt aftagesystem, når adfærden ikke længere udgør en sikkerhedsrisiko, og når behandlingen for både psykisk sygdom og et eventuelt misbrug har ført til en stabil situation for borgeren
- Regeringen – eventuelt i forhandlingerne om satspuljen – prioriterer en styrket indsats for de mest udsatte psykisk syge, og på tværs af social- og sundhedsområdet finder godt 220 mio. kr. til en omlægning af de særlige pladser samt en styrkelse af socialpsykiatrien. Derved kompenseres regionerne for indtægtstab ved omlægning af pladserne.

Den nye løsning indebærer et tættere samspil med psykiatriens øvrige sengekapacitet, og vil bidrage til en mere fleksibel og effektiv kapacitetsanvendelse i behandlingspsykiatrien, samtidig med at målgruppens særlige behov kan tilgodeses. Samtidig vil det lette adgangen til pladserne for den oprindeligt tiltænkte gruppe af borgere. Det indebærer også bedre overgange og sammenhæng til samt et stærkt kommunalt aftagesystem. Derfor indgår det som en del af forslaget, at kommunernes besparelse som udgangspunkt investeres målrettet i at styrke den kommunale socialpsykiatrien.

Det bør i den forbindelse tilstræbes, at omlægningen af pladserne og fastholdelsen af midler i den kommunale socialpsykiatri resulterer i færre tvangs- og genindlæggelser samt færre færdigbehandlingsdage i psykiatrien på tværs af sektorer.

KL og Danske Regioner vurderer dermed, at de nye pladser kan komme flere borgere til gode og medvirke til et reelt og samlet løft af psykiatrien.

Baggrund og fakta

For at skabe bedre tryghed og sikkerhed for medarbejdere og beboere på bosteder for mennesker med svære psykiske lidelser er regionerne i gang med at udmønte Folketingets beslutning om at etablere 150 særlige pladser i psykiatrien inden udgangen af 2018. De 150 særlige pladser er et nyt intensivt og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringstilbud til en mindre gruppe særligt udsatte patienter med udadreagerende/ uforudsigelig adfærd, hyppige behandlingsbrud og misbrug. Imidlertid har det i etableringsfasen vist sig svært at få visiteret borgere til pladserne og medio oktober 2018 er 40 ud af 83 pladser i brug. Inden udgangen af januar åbner de sidste pladser og meget tyder på, at de kommer til at stå tomme til en pladspris på 1,9 mio. kr. Penge, der burde komme de mest udsatte borgere

med psykiske lidelser til gode, men som lige nu grundet finansieringsmodellen går til finansiering af tomme pladser.

Økonomiske konsekvenser for regioner, kommuner og stat ved omlægningen fra særlige pladser i psykiatrien til ordinære sygehuspladser

Hvis de særlige pladser omlægges til ordinære sygehuspladser, vil de skulle finansieres som al øvrig sygehuskapacitet, hvorved regionerne overtager de samlede driftsudgifter. Regionerne fastholder deres nuværende statslige bloktilskud. Kommunerne skal fremover bidrage jf. reglerne om kommunal medfinansiering. Med et forudsat samlet udgiftsniveau på godt 300 mio. kr. svarer den kommunale medfinansiering til knap 33 mio. kr. Regionerne vil herefter have en manko på knap 190 mio. kr.

Udfordringer med den nuværende finansieringsmodel

Broderparten af pladsernes samlede driftsudgifter betales af kommunerne. Hertil kommer et regionalt bidrag og et statsligt bloktilskud. Kommunernes betaling kommer i form af en takstbetaling pr. anvendt plads. Samtidig skal kommunerne i fællesskab betale for tomgang. Dertil kommer, at kommunerne af hensyn til borgernes retssikkerhed ikke kan udvisitere borgere fra deres eksisterende sociale tilbud, mens de er indlagt på en særlig plads, hvorfor finansieringsmodellen giver kommunerne dobbeltudgifter til samme borger. For det første er det dyrt både at benytte og ikke benytte pladserne, og for det andet skal kommunerne fortsat afholde udgifter til tilbud efter serviceloven, selvom borgeren under indlæggelse ikke modtager disse.

Status på antal åbne og belagte særlige pladser i psykiatrien

Tabel 1. Antal åbne, belagte og ledige pladser pr. 15. oktober 2018

Region	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midt	Nord	I alt
Åbnede pladser	32	7	15	21	8	83
Pladser i brug	12	7	8	9	4	40
Ledige pladser	20	0	7	12	4	43