

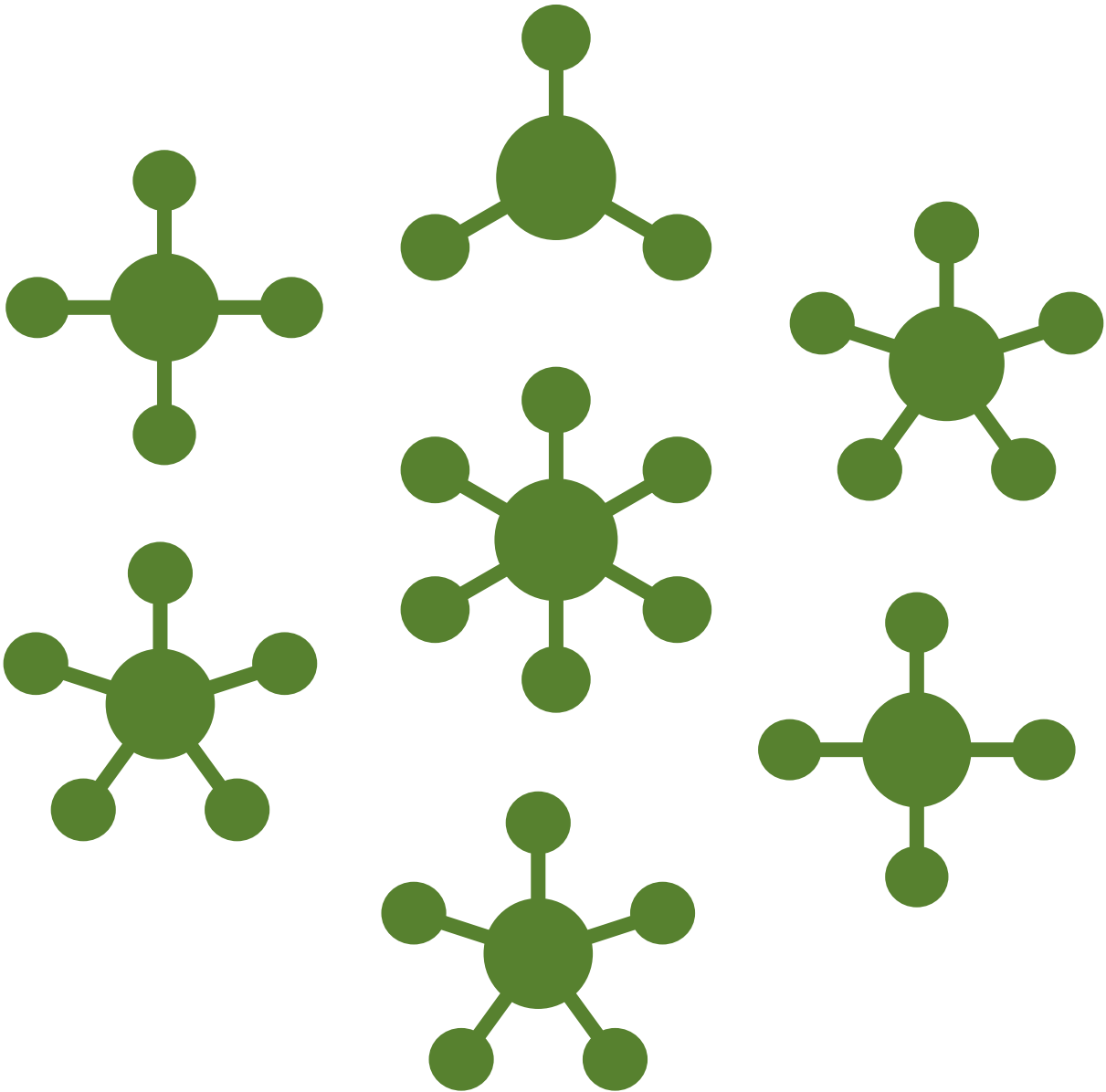
## Indholdsfortegnelse - Bilag

<b>Indholdsfortegnelse - Bilag</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1 Sundhedsklynger</b> .....	<b>2</b>
Bilag 1: haandbog-om-sundhedsklynger-opdateret-14-marts-2022 .....	2
<b>2.3 Etablering af døgntilbud for børn og unge med selvskadende adfærd</b> .....	<b>24</b>
Bilag 1: Bilag 1 Analyse Selvskadende unge.....	24
Bilag 2: Bilag 2 Beskrivelse af nyt botilbud til unge med svær selvskadende adfærd .....	36
Bilag 3: Bilag 3 Finansieringsmodeller .....	48
<b>2.6 Samarbejdsaftale om grøn omstilling</b> .....	<b>51</b>
Bilag 1: Bilag Samarbejdsaftale mellem ift. grøn omstilling .....	51
<b>2.7 Pædagogdimensionering 2022/2023</b> .....	<b>56</b>
Bilag 1: Sparringsgruppe på pædagogområdet - notat ift. dimensioneringen af pædagoguddannelsen på UCN 2022-2023 v.3 .....	56
<b>2.8 Regnskab og budget – fællessekretariater</b> .....	<b>62</b>
Bilag 1: Bilag - Regnskab 2021 og budget 2022 Sundhed.....	62
Bilag 2: Bilag - Regnskab 2021 og budget 2022 Social.....	64

**2.1**

**Sundhedsklynger**

# Håndbog om sundhedsklynger





## Indhold

1. Hvad er sundhedsklynger?.....	3
2. Hvorfor skal vi have sundhedsklynger og hvem har besluttet det? .....	3
3. Hvem er repræsenteret i sundhedsklyngerne og hvor ofte mødes de? .....	5
4. Hvilke opgaver skal sundhedsklyngerne løse?.....	6
5. Har sundhedsklyngerne nogen penge?.....	8
6. Hvad er sundhedssamarbejdsudvalg? .....	9
7. Hvem er repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalgene og hvor ofte mødes de? .....	9
8. Hvad skal sundhedssamarbejdsudvalgene lave?.....	10
9. Hvordan ser den nye struktur på sundhedsområdet ud? .....	11
10. Hvad ved vi om ”de fælles patienter”? .....	12
11. Hvilke kommuner er med i hvilke klynger? .....	13
12. Hvad sker der med de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner indgår hvert 4 år? .....	16
13. Hvad sker der med praksisplanerne?.....	16
14. Hvad sker der med de eksisterende udvalg? .....	17
15. Hvem sekretariatsbetjener klyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene? .....	18
16. Hvornår skal klyngerne holde møder og hvad skal på dagsordenen? .....	19
17. Hvilke data har klyngerne adgang til? .....	20



## 1. Hvad er sundhedsklynger?

**Sundhedsklynger** er et samarbejde mellem kommuner, hospital og almen praksis, som pr. 1. juli 2022 skal etableres omkring hvert akuthospital.

**Sundhedsklyngerne** skal først og fremmest samarbejde om de borgere/patienter, som kommuner, almen praksis og hospitaler er fælles om. Det vil især sige:

- ældre medicinske borgere
- borgere med kronisk sygdom
- borgere med psykiske lidelser

Der vil være 4-5 klynger i hver region.

Myndighedsansvaret på sundhedsområdet ligger som hidtil i regioner og kommuner. **Sundhedsklyngerne** er ikke nye myndigheder.

## 2. Hvorfor skal vi have sundhedsklynger og hvem har besluttet det?

Regeringen, KL og Danske Regioner har d. 11. juni 2021 indgået en politisk aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger), som bl.a. indebærer etablering af **sundhedsklynger** og **sundhedssamarbejdsudvalg**.

Sundhedsministeriet har fredag den 18. februar 2022 udsendt et lovforslag om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i høring. Loven forventes fremsat i april og forventes at træde i kraft 1. juli 2022. Det betyder, at denne publikation, skal læses med forbehold for den endelige lovgivning, men er tilrettet ift. høringsversionen af lovforslaget.

Nedenstående tekst er klippet fra den politiske aftale om sundhedsklynger:

---

*”Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere ældre og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat, gradvis omstilling, så flere borgere kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet i stedet for at skulle på et af de specialiserede sygehuse, når det ikke er nødvendigt.*

*Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel understøttet sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for patienten og samtidig aflaste sygehusene.*

*Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at en del af løsningen er forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede ‘Sundhedsklynger’ omkring hvert af de 21 akuthospitaler.”*

---

Som det fremgår af citatet, så er parterne enige om, at etablering af sundhedsklynger er *en del af løsningen*, på sundhedsvæsenets udfordringer.

Hvis vi laver en voldsom forenkling og siger at sundhedsvæsenet har følgende to hovedudfordringer:

- 1) Demografi, herunder mangel på arbejdskraft og
- 2) Sammenhæng,

så skal sundhedsklyngerne især bidrage til at løse nr. 2) Sammenhæng.

KL lægger i sin interessevaretagelse overfor Christiansborg meget vægt på, at **sundhedsklyngerne ikke er hele løsningen** på sundhedsvæsenets udfordringer. Derfor er der fortsat behov for en sundhedsreform, som forholder sig til det store demografiske pres, som flere ældre, flere kronisk syge borgere betyder, samtidig med at der er et begrænset arbejdsudbud på området.

Når det er sagt er forventningen til **sundhedsklyngerne**, at de skal sætte ekstra skub i det i forvejen tætte samarbejde, der flere steder eksisterer mellem kommuner, hospital og almen praksis. Der findes i forvejen mange klyngesamarbejder på fagligt niveau, og disse samarbejder bliver nu formaliseret. Der hvor samarbejderne ikke findes endnu, bliver de skabt.



Den politiske overbygning med borgmestre i front fra kommunernes side og regionsrådsformanden mfl. i front fra regionernes side skal skabe et mere forpligtende og højere prioriteret samarbejde mellem parterne og internt i organisationerne.

KL har en ambition om, at **sundhedsklyngerne** får et manøvrerum, der giver et reelt lokalpolitisk ejerskab og en reel prioritering af sundhedsvæsenet kommunalt, hvilket sammen med nationale initiativer skal skabe en samlet reformering af sundhedsvæsenet.

Etablering af **sundhedsklyngerne** og den nye organisering skal fra et kommunalt perspektiv bl.a. bidrage med:

- En organisering, hvor regioner, hospitaler, kommuner og almen praksis i fællesskab skal samarbejde om at sikre den bedste mulige behandling af de patienter, man er fælles om.
- Give kommunerne bedre muligheder for at øve indflydelse på udviklingen af sundhedsområdet og de opgaver, som skal varetages fremadrettet.

Når **sundhedsklyngerne** har eksisteret i 1 år, kunne en kommunal ambition fx være at:

- borgerne kan mærke, at deres samlede forløb er mere sammenhængende.
- hospitaler, kommuner og almen praksis er blevet bedre til at løse problemer sammen
- medarbejdere oplever bedre rammer for at skabe sammenhæng for borgerne
- politikere har taget ejerskab til og skabt sig indflydelse på samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet.

### 3. Hvem er repræsenteret i sundhedsklyngerne og hvor ofte mødes de?

**Sundhedsklyngerne** har to niveauer; et politisk og et fagligt/strategisk niveau. Figuren neden for viser, hvem der er repræsenteret på de to niveauer. Dog er nedenstående med forbehold for den endelige lovgivning.

## Politisk niveau

Regionsrådsformand og 1-2 regionsrådsmedlemmer\*

Borgmestrene\*\* fra klyngens kommuner

## Fagligt / strategisk niveau

3 repræsentanter fra region/sygehus, herunder det psykiatriske område

Én repræsentant for hver af de deltagende kommuner

2 repræsentanter for almen praksis\*\*\*

2 repræsentanter for patient- og pårørendeorganisationer\*\*\*\*

\* Lovforslaget lægger op til, at den nærmere sammensætning på det politiske niveau kan aftales lokalt mellem regionsrådet og borgmestrene i klyngen. KL forudsætter at muligheden for at supplere op med kommunale eller regionale repræsentanter gælder begge veje, med det formål at opnå balance i antallet af regionale og kommunale medlemmer.

\*\* I Aalborg, Aarhus, Odense og København, kan rådmand eller fagborgmester ifølge lovforslaget repræsentere kommunen i klyngen.

\*\*\* Almen praksis er repræsenteret på fagligt / strategisk niveau samt skal inddrages i arbejdet på det politiske niveau i relevant omfang.

\*\*\*\* Patient- og pårørendeorganisationer er repræsenteret på fagligt / strategisk niveau samt skal inddrages i arbejdet på det politiske niveau i relevant omfang. Patientinddragelsesudvalget udpeger ifølge lovforslaget de to repræsentanter, men KL overvejer mulighederne for at tænke mere fleksibelt ift. én af pladserne.

Ifølge aftalen mødes **Sundhedsklyngerne** på *politisk niveau* som to gange årligt, med mulighed for flere møder efter behov. Ifølge lovforslaget mødes de som udgangspunkt kvartalsvist. KL vil arbejde for at der bliver frihed til at fastsætte mødekadencen, som forudsat i aftalen. *Formandskabet* er delt mellem region og kommuner. Der udpeges én medformand blandt regionens medlemmer og én medformand blandt borgmestrene.

Det politiske niveau kan opstille selvstændige mål for deres arbejde med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, fx ift. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population og evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer eller sygdomsbyrder.

**Sundhedsklyngerne** fastsætter selv mødekadencen på *fagligt / strategisk niveau*, dvs. det er ikke fastsat i lovgivningen. Forventningen er en relativt hyppig mødekadence, idet ønsket er, at det strategiske/faglige niveau kan være operationelt og handlekraftigt.

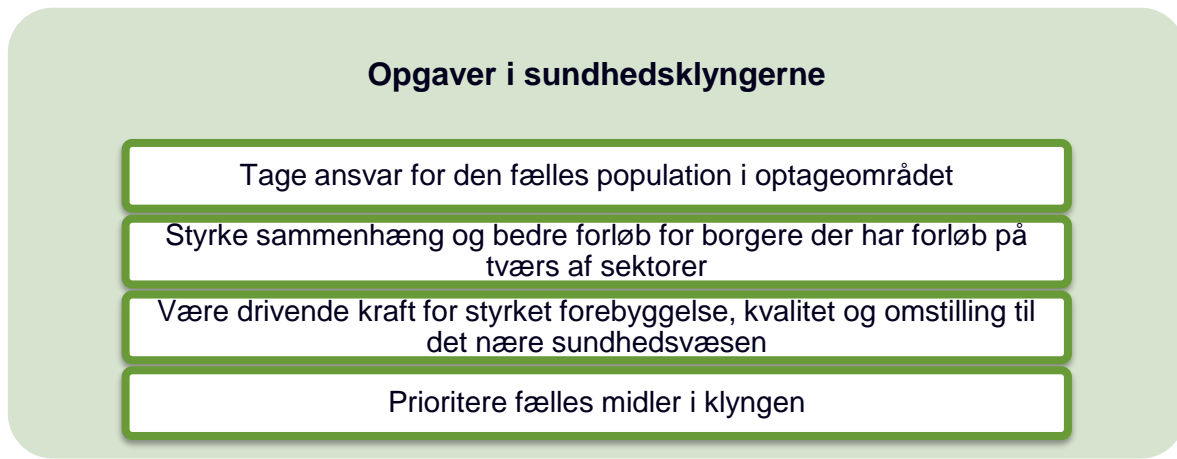
## 4. Hvilke opgaver skal sundhedsklyngerne løse?

**Sundhedsklyngerne** skal være drivkraft og "motor" for nogle af de forandringer i sundhedsvæsenet, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. **Sundhedsklyngerne** skal bl.a. igangsætte konkrete samarbejdsprojekter om de fælles borgere, implementere og følge op på lokalt og nationale aftalte initiativer, aftale modeller for bedre patientforløb med fokus på kvalitet,



omkostningseffektivitet og nærhed for borgeren samt følge nøgletal og data for borgerne i sundhedsklyngen, herunder ved at sætte mål for udviklingen.

Figuren neden for beskriver **sundhedsklyngernes** opgaver i helt kort form.



Lovforslaget beskriver opgaverne således:

- **Løfte det fælles populationsansvar** og prioritere indsatser, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb.
- Varetagelse af det fælles populationsansvar sker gennem løbende drøftelse og **bedre indsigt i hinandens udfordringer og behov**, fx ved at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.
- Sætte fælles retning for og sikre **lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer**, fx kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer mv.
- Drøfte initiativer, herunder **omstilling af behandling** til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning.
- Beslutte **udmøntning af fælles midler** til udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer og indsatser.
- Drøfte og aftale **lokale modeller** for bedre patientforløb, med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed (omstilling), fx for udvalgte patientgrupper.
- Igangsætte relevante **samarbejdsprojekter**, fx samarbejde om akutpladser, forløb for patienter med psykiske lidelser eller kronisk sygdom og fælles forebyggelsesindsatser.

- Bidrage med klyngens **indspil til sundhedsaftalen og praksisplanen** for almen praksis.
- Bidrage til retning for Sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. **implementering af nationale handleplaner**.

## 5. Har sundhedsklyngerne nogen penge?

Ja. Der er prioriteret **80 mio. kr. som fælles midler i 2022** til understøtte opstart af sundhedsklyngernes arbejde i anden halvdel af 2022(halvårseffekt). KL og Danske Regioner arbejder for, at der fremadrettet afsættes permanente midler til klyngerne.

Midlerne skal finansiere tværsektorielle indsatser, som skal hjælpe samarbejdet i gang med konkrete indsatser målrettet klyngens population/borgere. Konkrete forsøg med tværsektorielle indsatser og omstilling til det nære sundhedsvæsen i de enkelte klynger finansieres med fælles midler, mens drift og/eller implementering ikke skal finansieres med fælles midler. KL arbejder for, at generelle opgaveflytninger og/eller udmøntning af nationale aftaler derimod finansieres med nationale midler.

Midlerne fordeles med halvdelen til regionerne og halvdelen til kommunerne. De fælles midler er "ægte fælles", og det er derfor **klyngen som helhed, der disponerer over de fælles midler** – ikke sygehus/region eller de enkelte kommuner i klyngen.

Kommuner og region i den enkelte klynge forventes at kunne aftale at tilføre yderligere lokale midler til de fælles midler, hvis der måtte være enighed om det. KL arbejder for, at klyngerne skal kunne anvende de fælles midler til at løse opgaver, uden at tage hensyn til, om betalingen går fra kommune til kommune, kommune til regioner eller region til kommune.

Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL arbejder på at få fastlagt en **nærmere model for hvordan eksisterende og eventuelt fremtidige midler til sundhedsklyngerne udmøntes og fordeles**. Det er afgørende for KL, at modellen ikke medfører betydelige byrdemæssige konsekvenser for kommunerne.

Ovenstående skal derfor læses med det forbehold for den endelige model for udmøntning af midlerne.

## 6. Hvad er sundhedssamarbejdsudvalg?

[Sundhedssamarbejdsudvalg](#) erstatter de nuværende Sundhedskoordinationsudvalg og Praksisplanudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalg skal etableres pr. 1. juli 2022, hvorved den nuværende politiske struktur forenkles. Sundhedssamarbejdsudvalg forkortes ofte som "SSU".

Der vil være ét [sundhedssamarbejdsudvalg](#) i hver region. Udvalget drøfter forhold, som går på tværs af sundhedsklyngerne, og udarbejder bl.a. hvert fjerde år en sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen. Derudover vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle forelægges en praksisplan inden denne vedtages. Drøftelser omkring almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vil skulle foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler.

## 7. Hvem er repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalgene og hvor ofte mødes de?

[Sundhedssamarbejdsudvalgene](#) er i lovforslaget beskrevet med et politisk niveau. Imidlertid vil det være oplagt at etablere/opretholde et forberedende administrativt niveau, som det også kendes i dag under sundhedskoordinations- og praksisplanudvalgene.

[Sundhedssamarbejdsudvalget](#) (SSU) mødes på *politisk niveau* 4 gange årligt og efter behov.

Formanden udpeges blandt regionsrådets repræsentanter, mens næstformanden udpeges blandt de borgmestre der er repræsenteret i SSU. Lovforslaget fastlægger, at kommunernes medlemmer i [Sundhedssamarbejdet](#) udgøres af medformændene fra de respektive klynger. Således vil næstformanden for sundhedssamarbejdsudvalget skulle være én af de borgmestre, som er medformand i en [sundhedsklynge](#).

Der vil være frihed til at tilrettelægge en administrativ gruppe og sekretariatsbetjening i fællesskab.

[Sundhedssamarbejdsudvalgene](#) nedsættes i et samarbejde mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

## Politisk niveau

- Regionsrådsformanden og 2 regionsrådsmedlemmer\*
- De borgmestre, som er medformænd i klyngerne i regionen

## Administrativt niveau

- Regionale medlemmer
- Kommunale medlemmer
- Repræsentanter for almen praksis\*\*
- Repræsentanter for patienter og pårørende\*\*

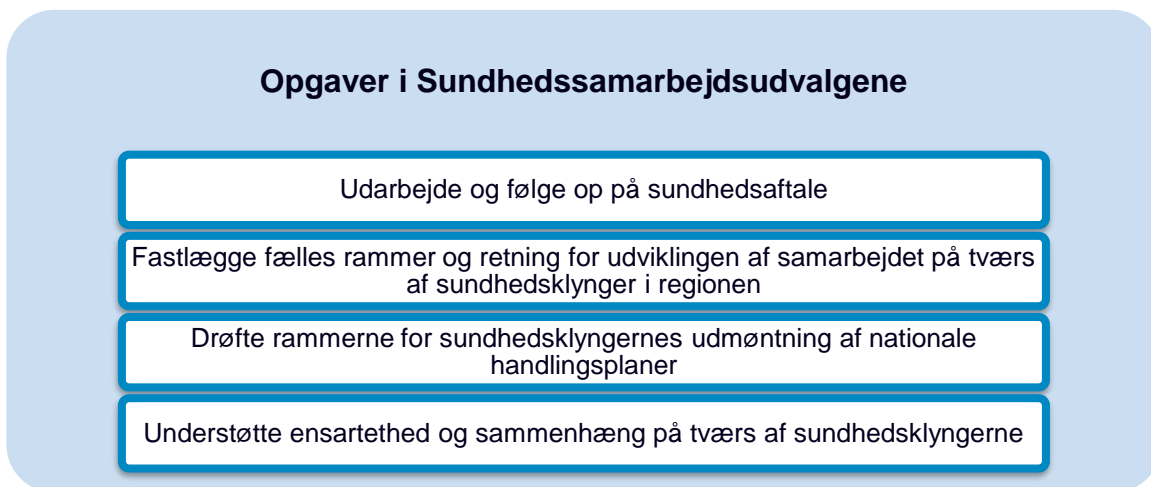
\* Lovforslaget lægger op til, at den nærmere sammensætning på det politiske niveau kan aftales lokalt mellem regionsrådet og kommunekontakttrådet. KL forudsætter at muligheden for at supplere op med kommunale eller regionale repræsentanter gælder begge veje, med det formål at opnå balance i antallet af regionale og kommunale medlemmer.

\*\* Almen praksis er repræsenteret på administrativt niveau samt forventes at skulle inddrages i arbejdet på det politisk niveau i relevant omfang. Det regionale patientinddragelsesudvalg skal inddrages, det vil også være muligt at inddrage andre repræsentanter for patienter og pårørende i drøftelserne.

Sundhedssamarbejdsudvalget skal inddrage repræsentanter for almen praksis og repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser, når det er relevant.

## 8. Hvad skal sundhedssamarbejdsudvalgene lave?

Figuren neden for beskriver [sundhedssamarbejdsudvalgenes](#) opgaver i helt kort form



Lovforslaget beskriver opgaverne således:

- Udarbejde udkast til [sundhedsaftale](#) (regionsråd og kommunalbestyrelser godkender efterfølgende aftalen) og følge op på sundhedsaftalens mål.
- Opstille principper for prioritering af indsatser/målgrupper/temaer mv. i forbindelse med implementering af nationale handleplaner og -aftaler [på tværs af regionens sundhedsklynger](#).
- Erfaringsudveksle, drøfte og beslutte rammer til at forbedre forløb for [patienter, der går på tværs af sundhedsklynger](#).
- Drøfte [samarbejdsaftaler](#) mellem kommuner og regioner, fx om hjemmebehandling, som [går på tværs af klynger](#). Vil ofte være på baggrund af afprøvede indsatser i én eller flere klynger og kan være foranlediget af nationale handleplaner og aftaler.
- Drøfte klyngernes udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til [udbredelse på tværs af klynger](#) eller på nationalt niveau.
- Drøfte [praksisplan](#) forud for vedtagelse og drøfte [almen praksis' rolle](#) i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen, herunder med inddragelse af repræsentanter fra almen praksis.

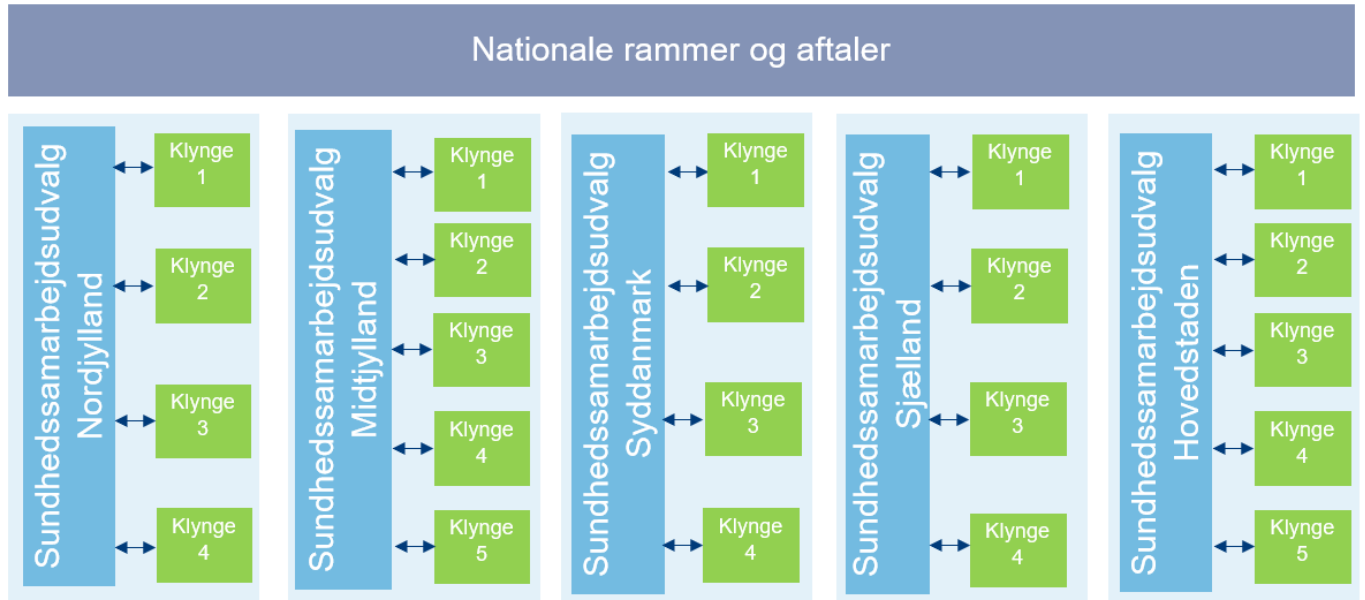
## 9. Hvordan ser den nye struktur på sundhedsområdet ud?

Den nye tværsektorielle samarbejdsstruktur på sundhedsområdet er tegnet op i figuren neden for.

Som det ses, etableres et antal [sundhedsklynger](#) i hver region samt ét [sundhedssamarbejdsudvalg](#) i hver region. Desuden er der en række nationale rammer og aftaler, som har betydning for sundhedsklyngernes og sundhedssamarbejdsudvalgenes arbejde.

Endvidere består KKR naturligvis også og vil have de samme opgaver som hidtil bort set fra udpegningen, idet borgmestrene nu er fødte medlemmer. KKR er ikke tegnet ind i figuren, idet det er tværkommunalt og ikke tværsektorielt. Kommuner og regioner vil fortsat have myndighedsansvaret på deres respektive områder.

Figur: Den nye struktur på sundhedsområdet



## 10. Hvad ved vi om "de fælles patienter"?

Neden for fremstilles en række facts om, hvem de fælles patienter er - altså de borgere, som både har kontakt med hospital og kommune. Det vil være relevant, at der opnås en fælles forståelse af dette i klyngesamarbejdet. Den fulde analyse kan læses her: [De fælles patienter \(kl.dk\)](#)

- Knap halvdelen af *alle borgere* var i 2018 i kontakt med **hospitalet** i løbet af et år (47 pct.), mens 8 pct. fik en kommunal sundheds- og plejeindsats (hjemmehjælp, hjemmesygepleje, plejebolig, forebyggende hjemmebesøg, rehabilitering eller genoptræning).
- De **kommunale indsatser** er koncentreret omkring de *ældre borgere*. Hver tredje ældre på 65 år eller derover (31 pct.) fik mindst én kommunal pleje- og omsorgsindsats i løbet af et år. Blandt 80+ årige er andelen 70 pct.
- Nogle borgere får både kommunale omsorgs- og plejeindsatser og er i kontakt med hospitalet, men **omfanget af overlappet** afhænger af hvilken population man tager udgangspunkt i.
- Fra en **regional vinkel** – med udgangspunkt i alle hospitalspatienter – er det kun 13 pct. af patienterne, som også får en kommunal indsats. Men fra en **kommunal vinkel** – med udgangspunkt i borgere med kommunale indsatser – er det 78 pct. som også har en hospitalskontakt.

- Blandt de ældste på 80 år eller derover er overlappet mellem hospitalspatienter og borgere med kommunal indsats **det samme uanset vinkel**: Tre ud af fire 80+ årige med hospitalskontakt, får også kommunal indsats – og omvendt (hhv. 74 og 73 pct.).
- Blandt borgere med rehabilitering og hjemmesygepleje specifikt, er andelen, som også har hospitalskontakt, endnu højere (hhv. 90 og 85 pct.) end blandt borgere med andre kommunale indsatser som fx plejebolig (67 pct.) eller forebyggende hjemmebesøg (72 pct.).
- Blandt indlagte hospitalspatienter på 80 år eller derover får **næsten ni ud af ti** også en kommunal indsats i løbet af et år.

## 11. Hvilke kommuner er med i hvilke klynger?

Aftalen om etablering af **sundhedsklynger** fastsætter, at der skal etableres sundhedsklynger rundt om landets akuthospitaler. Det fremgår af lovforslaget, at det er regionerne og kommunerne selv, der vil skulle stå for oprettelse af sundhedsklyngerne omkring akutsygehuse.

De nye sundhedsklynger bygger i høj grad på de eksisterende klyngesamarbejder, der mange steder allerede findes rundt om i landet. Det er således akuthospitalernes optageområder, der som udgangspunkt afgør, hvilken sundhedsklynge kommunerne er med i.

KL har i november og december 2021 holdt møder med alle kommuner, som har haft en bekymring ift. sit klyngetilhørsforhold. De bekymringer kan opdeles i tre kategorier:

- **50/50**: Udfordringer som følger af, at nogle kommuners borgeres sygehuskontakt er ligeligt eller næsten ligeligt fordelt mellem to eller flere akutsygehuse.
- **Uoverensstemmelse mellem somatiske og psykiatriske optageområder**: Psykiatrien har ofte et større/anderledes optageområde end somatikken, hvilket betyder, at nogle kommuners borgere har primær kontakt til ét sygehus på det somatiske og et andet på det psykiatriske område.
- **Primær tilknytning til mindre hospital**: Udfordringer som følger af, at kommunens primære tilknytning er til et akuthospital med få specialiserede funktioner (modificeret akuthospital som Thisted, Nykøbing Falster og Bornholm).

KL har som led i afklaringen af kommunernes klyngetilhørsforhold arbejdet efter følgende typer løsninger på de skitserede problemstillinger:

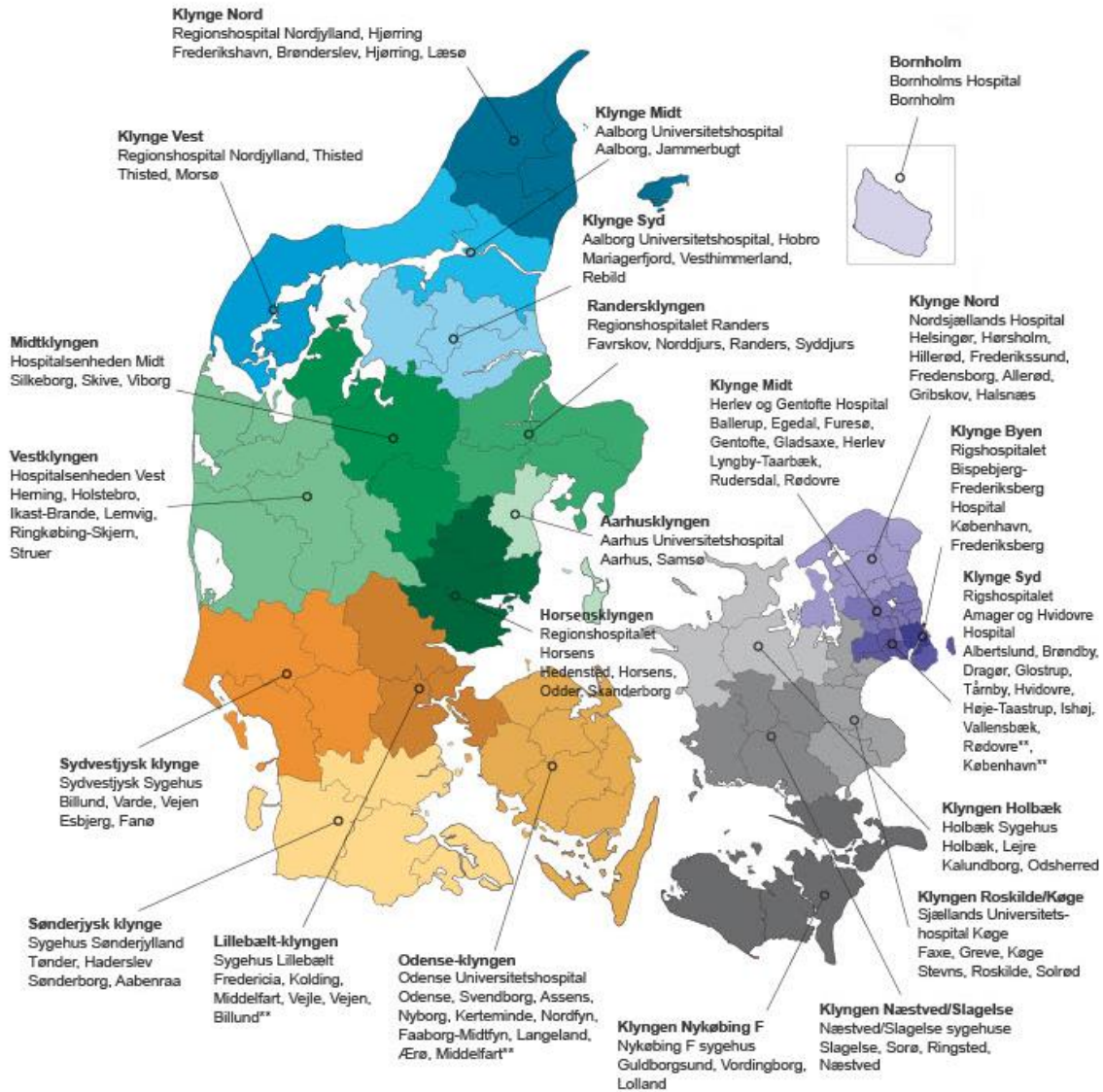
- **50/50:** Kommunen er som udgangspunkt politisk repræsenteret i én klynge, men har mulighed for repræsentation i flere klynger. Dette kan sikre en vis koordination, om end kommunerne også i dag oplever udfordringer med forskellige hospitalers forskellige praksis.
- **Uoverensstemmelse mellem somatiske og psykiatriske optageområder:** Psykiatrien repræsenteres i flere klynger på det administrative niveau. Psykiatrien vil således skulle at tilpasse sig de politiske ønsker i de forskellige klynger.
- **Primær tilknytning til mindre hospital:** Det skal sikres, at kommunerne med primær tilknytning til et mindre specialiseret hospital får adgang til specialiseret behandling inden for en vis geografisk afstand.

I skrivende stund er **næsten alle klyngedannelser faldet på plads**, og KL har løbende dialog med Danske Regioner og Sundhedsministeriet om den endelige fastlæggelse af sundhedsklyngerne. Bl.a. klyngestrukturen omkring Københavns Kommune afventer dog fortsat afklaring. Desuden er der også enkelte udeståender i Sjælland, hvor KL bl.a. har efterspurgt en opdateret patientstrømsanalyse fra Sundhedsministeriet. Ministeriet har grundet andre presserende opgaver endnu ikke kunnet levere en opdateret patientstrømsanalyse.

Figuren neden for viser KL's billede af de nye sundhedsklynger, hvor det er markeret, hvilke kommuner der er med i hvilke klynger. KL afventer regionernes bud på, hvordan psykiatrien deltager i de enkelte klynger. Se desuden forbehold ovenfor.



Figur: Foreløbig oversigt over de kommende sundhedsklynger



\*Oversigten forholder sig udelukkende til de somatiske akuthospitaler. Det overordnede princip for deltagelse af de psykiatriske hospitaler er, at de psykiatriske hospitaler deltager i flere klynger, hvor det er relevant.

\*\*Kommunen deltager udelukkende i det administrative niveau for den pågældende klynge.

## 12. Hvad sker der med de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner indgår hvert 4 år?

De nye [sundhedssamarbejdsudvalg](#) får ansvar for at udarbejde en sundhedsaftale hvert fjerde år. Det er en opgave, som de overtager fra de tidligere sundhedskoordinationsudvalg.

En sundhedsaftale er en politisk aftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i den pågældende regions område indgår hver fjerde år. Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Sundhedsstyrelsen sætter rammen for arbejdet med sundhedsaftaler gennem vejledningsmateriale og godkender i sidste ende også sundhedsaftalen.

De nugældende sundhedsaftaler udløber medio 2023, og normalt ville det nye Sundhedskoordinationsudvalg gå i gang med at udarbejde sundhedsaftalen kort efter konstitueringen efter kommunal- og regionsrådsvalget.

For at give tid til, at de nye [sundhedssamarbejdsudvalg](#) kan udarbejde aftalen – under inddragelse af [sundhedsklyngerne](#) – foreslås det i lovforslaget, at de nuværende aftaler forlænges med et halvt år og tilsvarende forkortes den næste generation af sundhedsaftaler med et halvt år.

## 13. Hvad sker der med praksisplanerne?

Lovforslaget fastsætter, at regionsrådet vil med inddragelse af kommunerne og repræsentanter for almen praksis, herunder PLO, have ansvar for at udarbejde og følge op på praksisplanen.

Det vil fortsat være Regionsrådet som har den afgørende stemme ift. vedtagelse af praksisplanerne, men det skal tilstræbes at opnå enighed om praksisplanernes indhold. Høringsreglerne ændres ikke, og praksisplanen skal forelægges [sundhedssamarbejdsudvalget](#) forud for indgåelse.

Det forudsættes, at kommende praksisplaner bl.a. skal adressere spørgsmål om lægedækning, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det regionale/kommunale sundhedsvæsen.

Drøftelser om almen praksis' rolle i samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis vil fortsat skulle foregå i [sundhedssamarbejdsudvalget](#) i relation til udformningen af sundhedsaftaler.

## 14. Hvad sker der med de eksisterende udvalg?

Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget nedlægges og erstattes af [sundhedssamarbejdsudvalget](#).

I flere regioner er der allerede tværsektorielle klynger eller tværsektorielle samordningsudvalg, hvor kommuner og hospitaler mødes på administrativt niveau (enkelte steder på politisk niveau). Disse udvalg skal naturligvis ikke eksistere sideløbende med sundhedsklynger. [Sundhedsklyngerne](#) vil erstatte disse udvalg.

KL anbefaler, at de gamle samordningsudvalg/klynger ikke blot videreføres med et nyt navn ([sundhedsklynger](#)), men at der på ny tages stilling til klyngernes formål, opgaver, ny-udpeges medlemmer til klyngerne, vælges formandskab, tages stilling til sekretariatsbetjening mv. inden for de rammer, som bliver fastsat i den nye lovgivning.

Flere steder har dagsordenerne i samordningsudvalg/klynger været styret centralt fra regionerne, og dette vil også skulle ændres, idet de nye [sundhedsklynger](#) har en politisk overbygning, som skal definere rammen for det faglige arbejde i klyngen, ligesom sekretariatsbetjeningen nu skal være delt mellem regioner og kommuner.

I hver region er der en række administrative stående eller midlertidige udvalg og arbejdsgrupper, hvoraf nogle er opstået som følge af sundhedsaftalerne. Det vil være oplagt, at regioner og kommuner ser disse udvalg efter i sømmene og tager et kritisk blik på, hvilke der fortsat er behov for og hvilke der skal nedlægges.

Det vil være vigtigt, at [sundhedsklyngerne](#) får rum til at foretage prioriteringer og afprøve nye løsninger i klyngen. Dette forudsætter, at der er administrativ kraft til at understøtte klyngernes arbejde, og at alle udviklingskræfter ikke bliver bundet arbejdsgrupper under sundhedsaftalen.

## 15. Hvem sekretariatsbetjener klyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene?

Sekretariatsbetjeningen af **sundhedsklynger** og **sundhedssamarbejdsudvalg** sker ifølge lovforslaget i fællesskab mellem region/hospital og kommuner. Der ligger en stor indflydelse i sekretariatsbetjeningen, og KL's holdning er, at kommuner og regioner har en så ligeværdig rolle i sekretariatsbetjeningen som muligt.

Kommunernes forvaltninger forventes at varetage den kommunale rolle i sekretariatsbetjeningen for især **sundhedsklyngerne**. Det vil være naturligt, hvis de kommuner, hvis borgmester er medformand for klyngen, løfter en særlig rolle. Det er dog noget, som kommunerne i klyngen aftaler med hinanden og regionen/hospitalet.

KKR-konsulenterne og de fælleskommunale sundhedssekretariater forventes også at varetage en kommunal rolle i sekretariatsbetjeningen, især for **sundhedssamarbejdsudvalgene**, som det også er tilfældet i dag med sundhedskoordinationsudvalgene og praksisplanudvalgene. Desuden vil de have en vigtig rolle ift. regional koordinering og videndeling. Det er ønskeligt med et tæt konneks mellem KKR/sundhedssekretariater og klyngernes sekretariater, hvor det også er en overvejelse om sundhedssekretariaterne kan bistå med sekretariatsbetjening til klynger, som har færre ressourcer.

KL vil påtage sig en betydelig rolle i at understøtte klyngesamarbejdet. KL har i den forbindelse oprettet en **taskforce for sundhedsreform**, som bl.a. har til formål at understøtte klyngedannelse og -opstart både politisk og administrativt. Dels ift. at etablere netværk og sparring på tværs af landet, dels ift. at sikre, at relevant viden når ud til klyngerne og endelig ift. at understøtte klyngerne gennem indgåelse af nationale aftaler, når der er behov for det. Taskforcen har desuden en række opgaver ift. arbejdet med en kommende sundhedsreform, som ikke er yderligere beskrevet her.

Taskforcens **succeskriterier** i klyngernes første kalenderår (2022-2023) vil være:

1. Borgmestre er klædt på til opgaven
2. Kommunerne er velinformerede om lovgivning m.v. fra centralt hold
3. Kommunerne har adgang til nationale netværk på tværs af sundhedsklynger og understøttelse fra KL
4. Kommunerne har adgang til relevante data på klyngeniveau og har viden om hvilke data de må dele til fx kvalitetsarbejde, planlægning og direkte patientbehandling.
5. KL har overblik over tendenser og udvikling i klynger og SSU ift. bl.a. nationale forhandlinger om kommunernes økonomi og nationale rammeaftaler (omsætte gode erfaringer til nationale aftaler)

På længere sigt vil dele af taskforcens arbejde fortsætte som egentlig **driftsaktivitet**. Det gælder eksempelvis, når der skal indgås konkrete nationale aftaler om fx omlægning af behandling til det

nære pba. lokale erfaringer og udvikling af data til brug i klyngerne. Herudover vil KL også have en rolle ift. at følge arbejdet i klyngerne og fortsat understøtte erfaringsudveksling mellem klynger.

Hvert KKR får en fast **kontaktperson** i taskforcen, som har en særlig rolle i at følge arbejdet i klyngerne i det pågældende KKR og sparre med KKR-konsulenter og fælleskommunale sundhedssekretariater i det pågældende KKR. Der vil blive oprettet en side på KL's **hjemmeside**, hvor der vil ligge information om klynger og diverse netværksaktiviteter for borgmestre, direktører, sekretariater mv. kan følges.

## 16. Hvornår skal klyngerne holde møder og hvad skal på dagsordenen?

Hvis det fastholdes, at klyngerne som udgangspunkt skal mødes to gange årligt, finder KL det hensigtsmæssigt, at de politiske møder i **sundhedsklyngen** ligger i august/september/oktober (om muligt, idet kommunernes budgetforhandlinger også fylder meget her) og primo marts (forud for forhandlinger om kommunernes og regionernes økonomi). I sidste ende vil det være op til sundhedsklyngerne selv at tilrettelægge mødekadencen, herunder også evt. at holde flere årlige møder ved behov.

Der vil også være et hensyn til timingen ift. møder i **sundhedssamarbejdsudvalget**, der som udgangspunkt mødes fire gange årligt.

Det faglige / strategiske niveau i **sundhedsklyngerne** vil skulle mødes oftere.

**Klyngernes dagsordener** afklares som udgangspunkt i formandskabet og afhænger af lokale forhold og problemstillinger, som klyngen ønsker at sætte fokus på. En dagsorden vil fx kunne indeholde emner som:

- 1) Opbygning af relationel kapacitet / **lære hinandens organisationer og udgangspunkter at kende**. Fx gennem en præsentation og drøftelse af kommunernes kapacitet og tilbud på sundheds- og ældreområdet, hospitalernes kapacitet rettet mod fælles borgere, planer for ændringer i kapacitet, drøftelse af hvad det betyder for hinanden, når der sker ændringer i kapaciteten mv. Formålet kunne være at åbne sig op for hinanden og dermed skabe tillid til at parterne inddrager hinanden i forbindelse med beslutninger som har faglig eller økonomisk betydning for den anden part.
- 2) Drøftelse og beslutning om hvilke **problemer eller målgrupper** klyngen skal sætte særlig fokus på og som det faglige / strategiske niveau skal lave et oplæg til, fx med udgangspunkt i data om klyngens population. **Klyngens fælles midler** kan bringes i spil og afsættes til konkrete innovative initiativer. Det kunne være:

- a. Hvilke problemer er der især et behov for at iværksætte tiltag mod i klyngen? Hvordan oplever forskellige typer borgere deres forløb på tværs af hospital, kommune, almen praksis? Hvad viser data om klyngens udfordringer?
  - b. Borgere med både psykiske lidelser og somatisk sygdom på bosteder – hvordan får kommune, almen praksis og hospitaler et bedre samarbejde om dem?
  - c. Hvordan kan sygehusene bedre understøtte kommuner og almen praksis, så ældre, ustabile borgere ikke indlægges, hvis det kunne være håndteret lokalt? Hvad skal der være på plads for at kommunernes personale kan gøre mere? Er der allerede en udvikling i gang, hvor mere rykker ud i hjemmet? Hvilke aftaler skal der laves om det?
  - d. Hvordan skaber vi den gode udskrivning, hvor alle de rigtige informationer er på rette sted og tid, fx gennem et styrket samarbejde om hvad vi kommunikerer til hinanden og hvornår.
  - e. Hvordan får vi flere sårbare borgere med kronisk sygdom til at følge behandling og rehabilitering og dermed gøre dem bedre i stand til at mestre deres eget hverdagsliv.
- 3) Fremlæggelse af erfaringer fra afprøvninger der er foretaget klyngen og beslutning om, hvorvidt klyngen anbefaler at **udbrede indsatsen til andre klynger eller nationalt**. Modtagelse af andre klyngers erfaringer.
  - 4) Beslutning om hvorledes klyngen kan/vil **implementere anbefalinger fra nationalt hold**, fx omlægning af hjerterehabilitering fase 2 i alle kommuner, for at give borgerne et mere nært rehabiliteringstilbud og få flere til at gennemføre tilbuddet.

## 17. Hvilke data har klyngerne adgang til?

Det er vigtigt, at drøftelser og beslutninger i **sundhedsklyngerne** kan tages ud fra centrale nøgletal og data for klyngens population.

Under Sundhedsministeriet er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal sikre, at der stilles relevante data for populationen til rådighed for **sundhedsklyngernes** arbejde. I arbejdsgruppen er Sundhedsministeriets departement, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner, KL, kommuner og regioner repræsenteret. Kommunerne repræsenteres med én repræsentant fra hver af de fem KKR'er.

Det er arbejdsgruppens opgave at sørge for, at der er relevante data til rådighed til **sundhedsklyngernes** 1. møde i sommeren/efteråret 2022 og på sigt, hvor dataunderstøttelsen skal udvides og tilpasses med flere relevante områder.

KL arbejder for, at dataunderstøttelsen som udgangspunkt **indarbejdes i de eksisterende løsninger til datadeling**, der findes på området som f.eks. det kommende "Dialogværktøj om fælles patienter", men mere håndholdte løsninger kan også være nødvendige i opstartsperioden.



Der afholdes 1. workshop med kommunal og regional repræsentation den 29. marts 2022. Workshopen skal sætte retning for arbejdsgruppen og være med til at prioritere de indledende dataområder.

## **2.3**

### **Etablering af døgntilbud for børn og unge med selvskadende adfærd**



## Analyse vedr. unge med selvskadende adfærd

Denne analyse er bestilt af Den Administrative Styregruppe på socialområdet med henblik på at sætte skarpt på målgruppen af unge med selvskadende adfærd, herunder udgifter til målgruppen og relevante tilbud. Analysen er en del af arbejdet med at identificere, om der er behov for at igangsætte initiativer til målgruppen i Nordjylland, herunder om der er behov for at etablere et højt specialiseret døgntilbud til målgruppen, som har struktureret samarbejde med behandlingspsykiatrien.

Analysen er baseret på data fra Region Midtjyllands økonomiberegningssystem, de nordjyske kommuners økonomisystemer samt information fra behandlingspsykiatrien. Analysen består af følgende dele:

1. Beskrivelse af målgruppen, herunder estimat af antal borgere i målgruppen
2. Udgifter til Holmstrupgård afdelinger, der modtager selvskadende unge
3. Udgifter pr. forløb for borgere med selvskadende adfærd – fra første visitation og frem
4. Beskrivelse af konkrete borgercase

## Konklusion

På baggrund af analysen kan følgende konkluderes:

Det vurderes, at der fra børne- og ungepsykiatrien er kendskab til 3-5 nye borgere om året. Anbringelsestiden for denne borgergruppe er 3,27 år på Holmstrupgård, og der kan således i løbet af relativt kort tid være mulighed for at få en fornuftig normering på et døgntilbud med 6-8 pladser, såfremt man udelukkende kigger på nye borgere under 18 år.

Derudover har de nordjyske kommuner pt. 9 borgere på afdelinger på Holmstrupgård, som modtager målgruppen. Analysen undersøger 3 kommuner ift. borgere som er anbragt på andre døgntilbud grundet svær selvskadende adfærd, og her har man fundet 5 borgere. Disse 5 borgere modtager alle forskellige private tilbud.

De nordjyske kommuner bruger en bred vifte af tilbud lige fra åbne afdelinger på sikrede tilbud til private tilbud. Tilbuddene modtager ikke blot unge med selvskadende adfærd, men har ofte en væsentligt bredere målgruppe.

I analysen fremgår i alt 7 forskellige kommuner, som har haft 14 borgere enten på afdelinger der modtager borgere med selvskadende adfærd eller borgere som man ved er selvskadende. Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at der også kan findes borgere i de øvrige kommuner med svært selvskadende adfærd såfremt man gennemgår sagerne (der kan dog være undtagelser eks. ift. Læsø Kommune).

De nordjyske kommuner har i perioden 2017-1/8 2020 anvendt mellem 5-8,7 mio. kr. om året til døgnanbringelser på de afdelinger på Holmstrupgård, som kan modtage borgere med svært selvskadende adfærd.

Kigger man på de samlede borgerforløb, så har kommunerne foreløbigt anvendt i alt 69,3 mio. kr. på opholdssteder til de 14 borgere. Denne udgift vedrører en indskrivningsperiode, der i gennemsnit har været på 2,58 år pr. person (fra første indskrivning og til udskrivning/den 1. august 2020).

Udgiftsniveauet kan pege i retning af at der er et potentiale i at kigge på muligheden for at lave en kvalitativt bedre indsats.

På baggrund af målgruppens størrelse og økonomien for eksisterende tilbud vurderer Arbejdsgruppen, at der er et driftsgrundlag til at drive et tilbud i Nordjylland til unge med selvskadende adfærd.

## 1. Beskrivelse af målgruppe

Målgruppen defineres som udgangspunkt ud fra, at de er selvskadende i særlig svær grad. Det er en kompleks og sammensat målgruppe, der kan have udfordringer i tillæg til selvskaden, som forstærker kompleksiteten, men hverken er eksklusions- eller inklusionskriterier:

- Målgruppen *kan* være selvmordstruet eller selvmordstruende
- Målgruppen *kan* have psykiatriske diagnoser som eks. personlighedsforstyrrelse, ADHD, Autisme, skizofreni og psykotiske lidelser mv.
- Selvskaden *kan* have form af en spiseforstyrrelse

Såfremt der ønskes, at etablere et døgntilbud til målgruppen anbefales det, at dette i første omgang etableres til aldersgruppen 15-23 år.

### Estimat af antal borgere i målgruppen

#### Borgere med en grad af selvskadende adfærd

Arbejdsgruppen har lavet en rundspørge blandt de nordjyske kommuner for at afdække, hvor mange borgere man vurderer at have med en grad af selvskadende adfærd. Resultaterne er løse estimater der kan give en retningsspil på hvor mange borgere med selvskadende adfærd i en eller anden form, der er i Nordjylland. Rundspørgen peger på følgende:

- ca. 250 borgere har en grad af selvskadende adfærd.
- 100 af disse borgere vurderes at have et botilbud og ca. 50 at få behov for et botilbud i de kommende år
- Hovedparten af borgerne er i aldersgrupperne 14-17 år og 18-24 år.

Ovenstående data peger på at selvskadende adfærd er en adfærd der fylder i kommunernes målgrupper.

#### Borgere med svær selvskadende adfærd

Denne analyse vælger at sætte fokus på de borgere som har svær selvskadende adfærd, og hvor den selvskadende adfærd er den primære problematik. Selvskadende adfærd er ikke en psykiatrisk diagnose og kommunerne registrerer heller ikke på målgruppe, arbejdsgruppen har derfor valgt at estimere antallet af borgere i målgruppen ud fra det antal som psykiatrien i Region Nordjylland ser.

Psykiatrien vurderer, at de har kendskab til 3-5 nye borgere under 18 år pr. år, som har svær selvskadende adfærd, hvor den selvskadende adfærd er den primære problematik. Der er ikke tal for antal nye borgere over 18 år, som kræver højt specialiseret døgntilbud, men det vurderes, at den primære del af målgruppen til et nyt tilbud vil være under 18 år.

Derudover har de nordjyske kommuner pt. 9 borgere på afdelinger på Holmstrupgård, som modtager målgruppen og man har undersøgt 3 kommuner ift. borgere som er anbragt på andre døgntilbud grundet svær selvskadende adfærd, og her har man fundet 5 borgere. Jf. afsnit 2.

## 2. Udgifter til Holmstrupgård afdelinger der modtager selvskadende unge

I forbindelse med denne analyse har man ønsket at beregne de nordjyske kommuners udgifter til døgntilbud, hvor de nordjyske borgere med svær selvskadende adfærd visiteres. Det har dog vist sig svært at identificere disse tilbud, da der anvendes en bred række tilbud, som ikke blot modtager unge med selvskadende adfærd, men hvor målgruppen er væsentligt bredere. Heraf anvendes bl.a. en række forskellige private tilbud, der ikke har selvskadende adfærd som målgruppe, og hvor der ofte iværksættes særforanstaltninger for at kunne håndtere målgruppen. Der har også vist sig en tendens til at de unge med selvskadende adfærd i en periode anbringes på åbne afdelinger i regi af sikrede institutioner fx Den sikrede institution Grenen, Specialinstitutionen Skodsborg og Opholdsstedet Bakkegården.

Dette understøttes af den analyse, der er foretaget, hvor der er gennemgået 14 forskellige borgersager. Analysen viser, at der anvendes forskellige private opholdssteder til disse borgere uanset om det er før eller efter indskrivning på Holmstrupgård eller om det er som alternativt anbringelsessted til Holmstrupgård. Det eneste opholdssted, der anvendes til flere borgere af de analyserede borgere, er således Holmstrupgård.

I nedenstående afsnit foretages en analyse på de nordjyske kommuners udgifter til Holmstrupgård. Holmstrupgård er et døgntilbud som drives af Region Midtjylland, hvor en af målgrupperne er unge med svær selvskadende adfærd. Tilbuddet er endvidere VISO leverandør indenfor målgruppen: *"Børn og unge med svære og komplekse psykiske vanskeligheder som f.eks. er unge med selvskade"*. Derudover har Holmstrupgård en specifikke afdeling kun til unge med selvskadende adfærd og et struktureret samarbejde med behandlingspsykiatrien om målgruppen.

Der er udvalgt 5 afdelinger, hvor de nordjyske borgere med selvskadende adfærd kan anbringes på Holmstrupgård, men der må tages højde for at der på 4 ud af 5 af disse afdelinger også modtages unge med problemstillinger som svær spiseforstyrrelser, svær angst og andre psykiatriske diagnoser.

De fem afdelinger der undersøges på Holmstrupgård er:

- Døgnafdelingen Engen
- Døgnafdelingen Kvisten
- Døgnafdelingen Lunden
- Fyrretoppen
- Æblevangen (denne afdeling er blevet undersøgt, men der har ikke været nordjyske borgere på denne afdeling i perioden 2017-2020)

Nedenfor fremgår data for Holmstrupgårds navngivne afdelinger. Dataene er trukket af region Midtjylland, som er driftsherre for Holmstrupgård.

**Tabel 1: Nordjyske borgere på Holmstrupgård afdelinger 2017- 1/8 2020**

Afdelinger	2017	2018	2019	2020	2017-2020
DØGNAFD. ENGEN	1	1			1
DØGNAFD. KVISTEN	3	3	1	1	3
DØGNAFD. LUNDEN	2	2	3	2	3
FYRRETOPPEN			1	2	2
<b>Hovedtotal</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

**Tabel 2: Kommuner der har haft borgere på de navngivne afdelinger i perioden 1/1 2017 – 1/8 2020**

Betalerkommune	2017	2018	2019	2020	Antal unikke borgere 2017-2020
Brønderslev Kommune	2	2	2	2	3
Mariagerfjord Kommune	1	1	1	1	1
Rebild Kommune	1	1			1
Thisted Kommune	1	1			1
Vesthimmerlands Kommune			1	1	1
Aalborg Kommune*	1	1	1	1	2
<b>Hovedtotal</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

\* der er visiteret endnu en borger i september 2020, denne borger er dog ikke medtaget da der kun kigges på perioden frem til august 2020

**Tabel 3: De nordjyske kommuners udgifter til Holmstrupgård afdelinger i perioden 1/1 2017 - 1/8 2020**

Afdelinger	2017	2018	2019	2020
DØGNAFD. ENGEN	1.251.136	226.679		
DØGNAFD. KVISTEN	4.238.042	3.103.461	1.629.360	2.190.724
DØGNAFD. LUNDEN	2.687.201	2.710.855	3.241.745	2.668.042
FYRRETOPPEN			182.781	3.887.812
<b>Hovedtotal</b>	<b>8.176.379</b>	<b>6.040.995</b>	<b>5.053.886</b>	<b>8.746.578</b>
<b>Gennemsnitlige udgifter pr. døgn</b>	<b>4.056</b>	<b>3.905</b>	<b>4.570</b>	<b>5.789</b>

Som det ses af ovenstående har 6 nordjyske kommuner visiteret 9 borgere til afdelingerne på Holmstrupgård i perioden 2017- 1/8 2020. Region Midtjylland oplyser at gennemsnitslængden for de borgere der har afsluttet forløb på Holmstrupgård i perioden er i alt 3,27 år.

### 3. Udgifter pr. forløb for borgere med selvskadende adfærd

I nedenstående præsenteres data for konkrete borgerforløb fordelt på henholdsvis udgifter til det samlede forløb og udgifter til opholdssteder. For at se en oversigt over de samlede data henvises til bilag 2.

Borgerne som der gennemgås, er udvalgt på følgende måder:

- Borgere på Holmstrupgård: Er udvalgt ud fra hvilken afdeling de er anbragt på dvs. anbringelsesårsagen er ikke kendt.
- Borgere på andre tilbud: Er udvalgt ud fra gennemgang af sager i to kommuner, samt to konkrete borgere, der er udpeget af psykiatrien, og som alle har ophold i en tredje kommune. De tre kommuner der figurerer sager fra er: Mariagerfjord, Hjørring og Aalborg Kommune.
  - Arbejdsgruppen har valgt denne tilgang da der ikke registreres på målgruppen, og det vurderes at det er et stort arbejde at gennemgå sager i alle kommunerne, hvorfor man har søgt at minimere kommunernes ressourcer så meget som muligt.

Der er identificeret i alt 16 forskellige borgere, hvoraf de 9 er anbragt på Holmstrupgård, og 7 borgere fra 3 kommuner, som er anbragt på andre botilbud. Borgerne som er anbragt på andre botilbud er fundet ved at gennemgå sager fra 2 kommuner samt to udpegede borgere fra psykiatrien, som begge har ophold i en tredje kommune. På baggrund af at der er fundet borgere i 7 kommuner vurderes, det at der er borgere i målgruppen i de øvrige kommuner såfremt man gennemgår sagerne (der kan dog være undtagelser eks. ift. Læsø Kommune).

#### Udgifter pr. borgerforløb

Gennemgang af borgerforløbene viser en stor forskel på udgifterne til de gennemgåede borgere. Forskellen hænger i høj grad sammen med hvor længe borgeren har været visiteret til ydelser, men der ses dog en lille sammenhæng ift. at der er en større mængde af borgerne der har været anbragt på Holmstrupgård, som har længere og dyrere forløb. Dette kunne tyde på at borgere med de mest komplekse forløb visiteres til holmstrupgård.

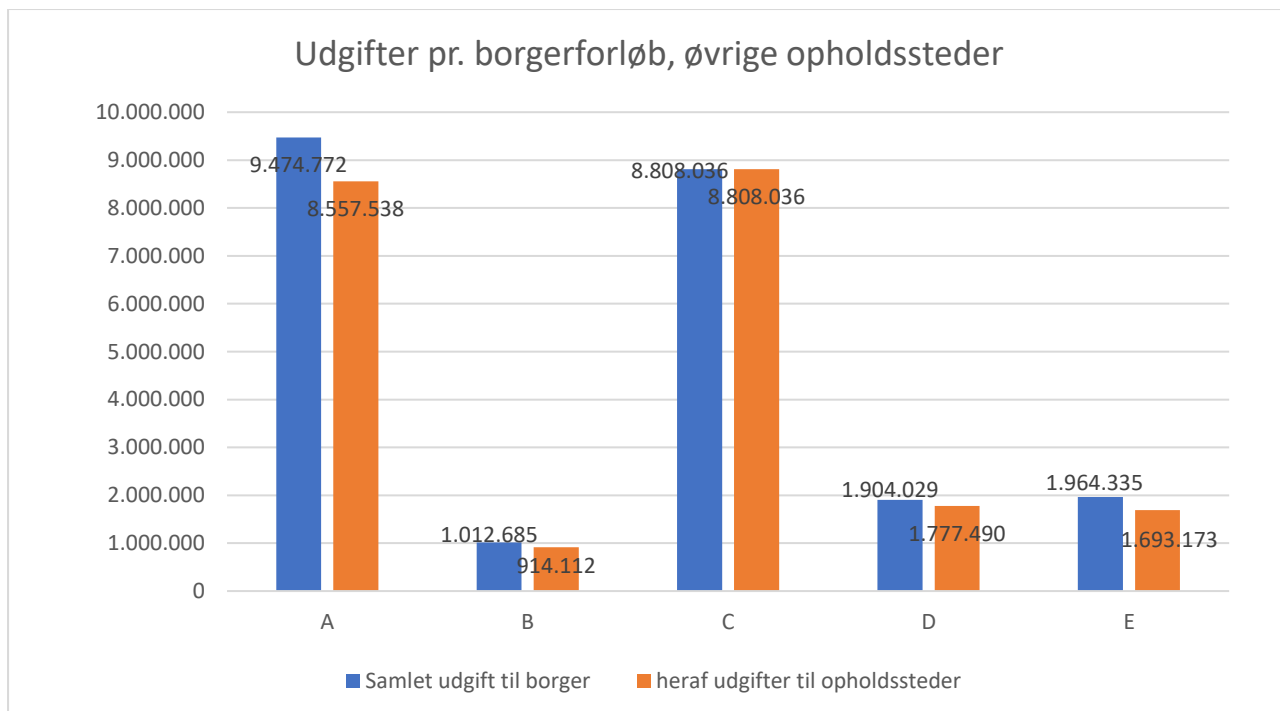
I nedenstående tabel vises de samlede udgifter og gennemsnitlige forløb for de to grupper af borgere der kigges på:

	Samlede udgifter for hele forløbet	Gennemsnitlige antal år pr. persons samlede forløb (frem til 1/8-20)	Samlede udgifter til opholdssteder	Gennemsnitlige antal år på opholdssteder pr. person (frem til 1/8-20)
Borgere på andre opholdssteder (i alt 5 borgere)	23.163.857	3,66 år	21.750.349	2,05 år
Borgere på Holmstrupgård (i alt 9 borgere)	50.239.850	5,24 år	47.595.944	3,10 år <sup>1</sup>
<b>I alt</b>	<b>73.403.706</b>	<b>4,45 år</b>	<b>69.346.294</b>	<b>2,58 år</b>

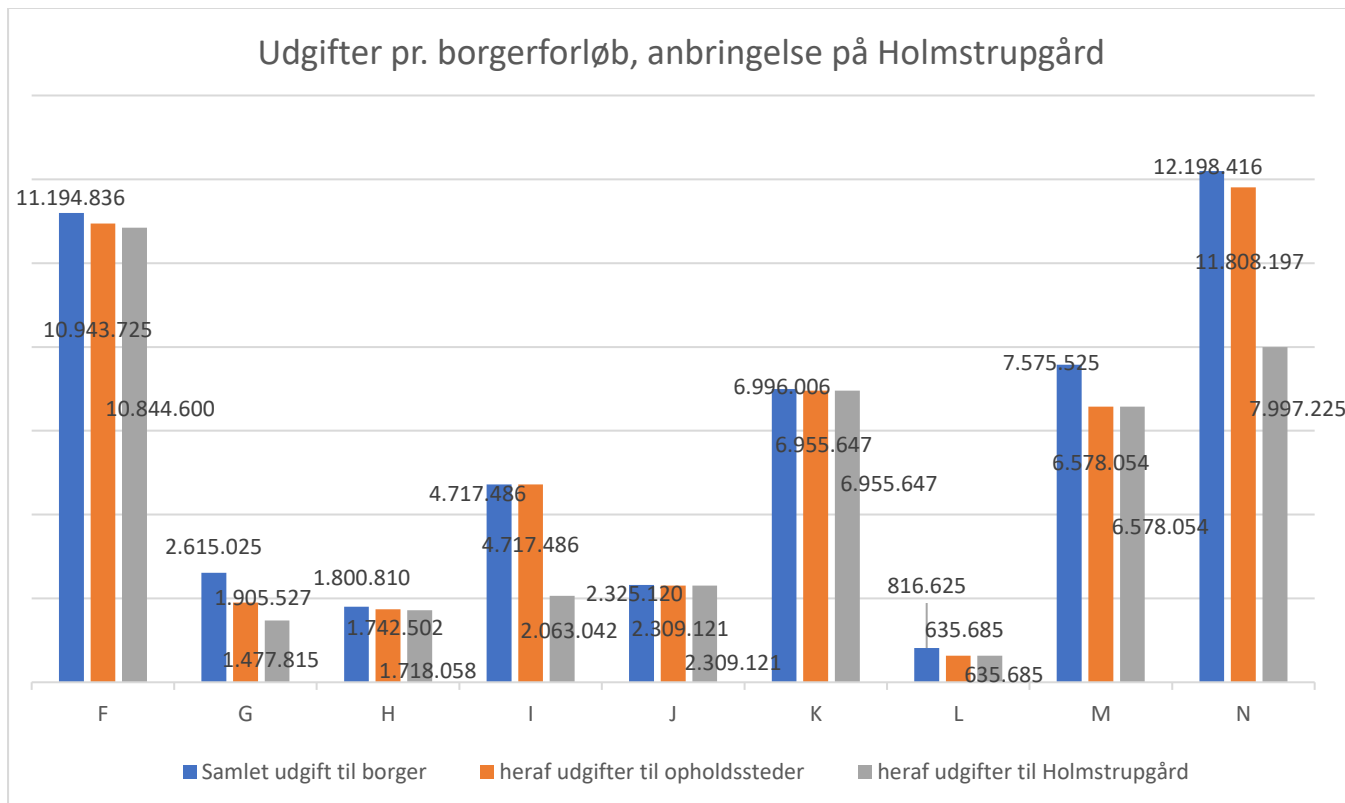
Som det fremgår af ovenstående tabel, så har kommunerne anvendt i alt 69,3 mio. kr. på opholdssteder til de 14 borgere der undersøges. Borgerne har i gennemsnit været på opholdssteder i 2,58 år pr. person. Udgiftsniveauet pr. borgerforløb illustreres i nedenstående figurer.

<sup>1</sup> Dette tal adskiller sig fra det der er opgivet fra Holmstrupgård, fordi de kigger på antal udskrevne borgere og der her kigges på antal år i alt på opholdssteder frem til den 1. august 2018 dvs. en del af borgerne er stadig indskrevne på opholdssteder.

Figur 1: Udgifter til borgere, anbragt på øvrige opholdssteder



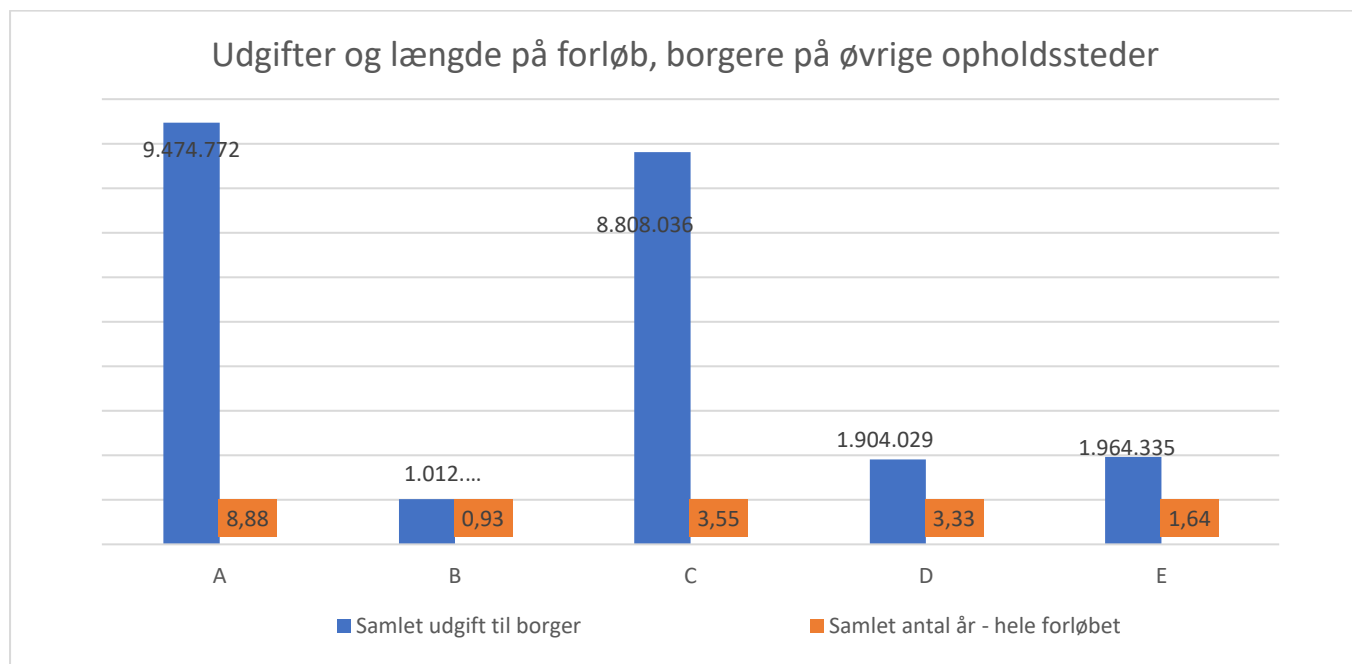
Figur 2: Udgifter til borgerforløb, anbringelse på Holmstrupgård



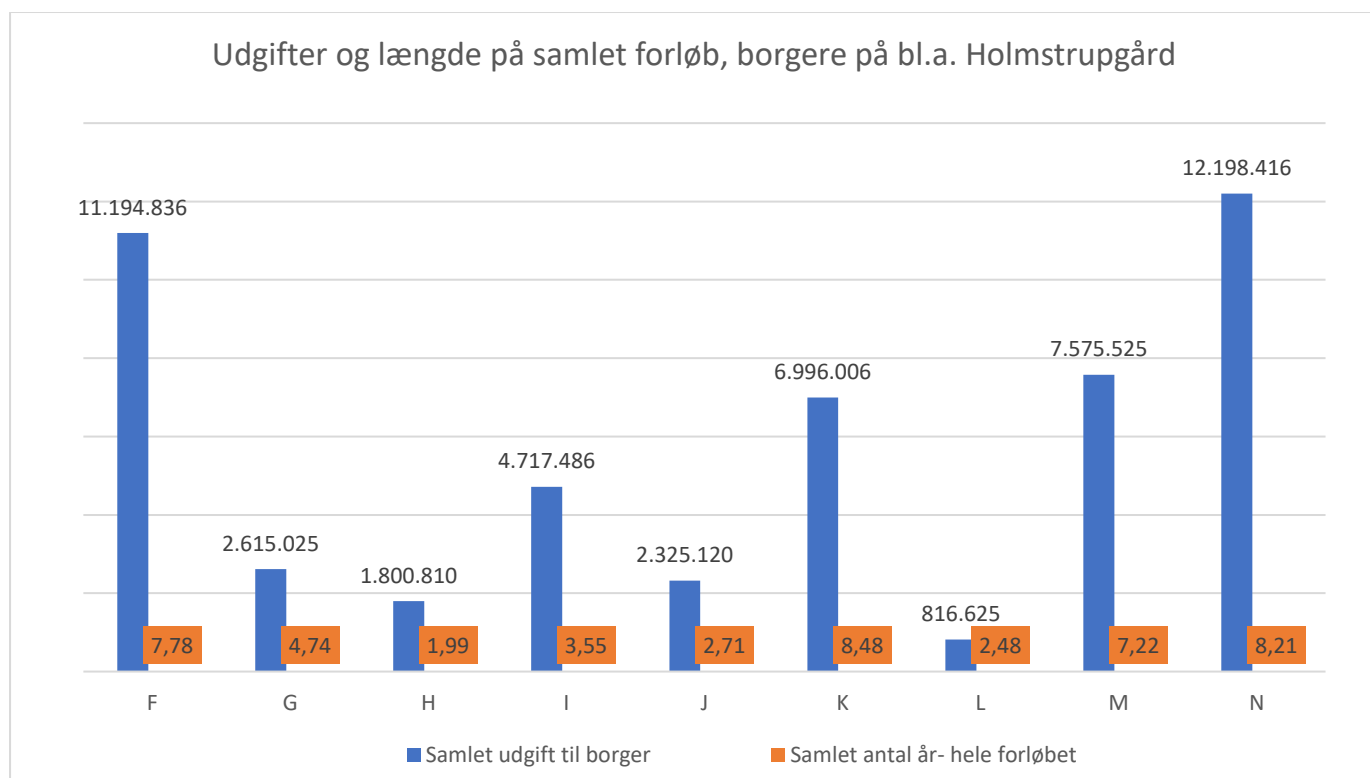
## Forløbenes længde

De unge har stort set alle været døgnanbragt første gang før de var fyldt 18 år. Ingen af forløbene er afsluttet forstået på den måde, at borgerne fortsat modtager hjælp fra socialområdet. Heraf modtager 6 ud af de 14 borgere i dag mindre indgribende tilbud end døgntilbud som eks. støtteperson, eget værelse/kollegielignende opholdssted eller bistand til uddannelse, heraf har 4 været anbragt på Holmstrupgård og 2 på øvrige opholdssteder.

Figur 3: Udgifter og forløbslængde, borgere anbragt på øvrige opholdssteder



Figur 4: Udgifter og længde på samlet forløb,, borgere anbragt Holmstrupgård



#### 4. Beskrivelse af konkrete borgercases

Nedenstående er tre eksempler på borgerforløb, hvor den primære udfordring er svær selvskadende adfærd. Casene er blot eksempler på nogle forløb, og er udarbejdet med udgangspunkt i konkrete sager, men hvor oplysninger er ændret og forløbene justeret i en grad så de ikke er personhenførbare.

De to første cases er baseret på borgere, som indenfor de seneste to år er visiteret grundet svær selvskadende adfærd, og den tredje case er baseret på en borger som for flere år siden har været gennem et socialt rehabiliterende forløb grundet svær selvskadende adfærd, og nu modtager meget få indsatser fra socialområdet.

Borgercasene er udarbejdet på baggrund af input fra børne- og ungepsykiatrien i Region Nordjylland og informationer fra socialområdet i kommunerne.

##### **Camillas forløb fra 14 til 18 år**

Camilla er 14 år da hun henvises til psykiatrien første gang. Den første kontakt til psykiatrien skete fordi hun selv tog kontakt til et uvisiteret socialt tilbud i kommunen. Hun forklarer selv at hun har det svært derhjemme, at der er mange konflikter i hjemmet, og at hun overvejer selvmord. Det sociale tilbud sørgede straks for, at hun kom ind til den psykiatriske skadestue, hvor hun fik et samtaleforløb.

Herefter henviser egen læge hende til psykiatrien grundet mistroivsel, selvmordstanker og hallucinationer. Psykiatrien indlægger hende, og hun udviser her selvmordstruende adfærd, selvskadende adfærd, hvor hun skærer i sig selv og det er ofte nødvendigt at anvende tvang. Hun udskrives efter en kort indlæggelse til opfølgning i psykiatrisk regi, der igangsættes ikke nogen sociale indsatser.

Da hun er 15 år begynder hun at tage overdosis af håndkøbsmedicin, og hun tvangsindlægges 6 gange i løbet af ½ år. Hun modtager ydelser i psykiatrien og et uvisiteret rådgivningstilbud i kommunens ungeområde. Nu begynder indtaget af håndkøbsmedicin at eskalere til indtag af fremmedelementer som skruer, søm og batterier. Det bliver nødvendigt med langt over 100 operationer for at få fremmedlegemer ud. Kommunen bevilger en støttekontaktperson i 1 time om dagen, som efter kort tid justeres til 2 timer om dagen.

Camilla er nu 17 år og den selvskadende adfærd har nu fået karakter af en misbrugslignende adfærd, hvor hun er blevet afhængig af at sluge fremmedlegemer såvel som af de efterfølgende operationer. Kommunen visiterer hende til et botilbud, som ikke kan håndtere hende og hun tvangsindlægges i 3 måneder på en sikret institution for at man kan arbejde med afrusning af misbrugsadfærden. Der er sket en væsentlig forbedring under tvangsindlæggelsen, hvor hun selv beskriver at hun har det bedre, og misbrugsadfærden begynder at komme mere under kontrol. Men forbedringen bliver ikke samlet op.

Hun udskrives dagen før sin 18 års fødselsdag, og må vente 10 dage før hun kan komme ind på et nyt botilbud. Kommunen har sørget for, at hun i de 10 dage kan opholde sig på forsorgshjem, og hun tilbydes endvidere frivillig anbringelse i psykiatrien. Men adfærden forværres drastisk. Hun anbringes nu på et socialt botilbud igen (døgnpris ca. 6000 kr.). Hun har pt. været anbragt på dette botilbud i et halvt år, med flere indlæggelser i psykiatrien. Bekymringen er at den selvskadende adfærd fortsat er eskalerende.

##### **Ellen, 14-19 år**

Ellen vokser op som eneste barn med en kronisk syg mor, der ofte er somatisk indlagt. Hun er veltalende, opmærksom og ønsker at passe på alle omkring sig.

Da hun er 14 år opdager en lærer et blåt mærke på hendes kind, og der rettes særlig opmærksomhed mod Ellen. I den forbindelse opdager man, at hun har en spiseforstyrrelse. Hun indlægges første gang på somatisk afdeling i en alder af 15 år på grund af lavt BMI og hun bliver tilknyttet børne- og ungepsykiatrien. Hun tager på, og får normalt BMI, men man opdager nu, at hun er selvskadende. Hun slår sig selv og udvikler herfra en adfærd, hvor hun begynder at skære i sig selv.



Psykiatrien diagnosticerer hende med OCD, personlighedsforstyrrelser og narcissisme, og da hendes selvskade bliver mere og mere voldsom bliver hun indlagt på psykiatrien med tvang. Kommunens socialområde visiterer hende til et privat botilbud, der ikke er specialiseret i selvskade. Tilbuddet har svært ved at rumme hendes selvskade og nu begynder en periode, hvor hun flere gange bliver indlagt med tvang på psykiatrien i kort tid. Hun begynder at udvikle mere og mere udadreagerende adfærd, og smadrer døre og inventar. Konsekvensen er at botilbuddet smider hende ud, og hendes reaktion gør, at man igen bliver nødt til at indlægge hende i psykiatrien med tvang.

Kommunen vælger at visitere hende til Fyrretoppen på Holmstrupgård, som er specialiseret i unge med svær selvskadende adfærd. Hun er nu 17 år.

Ellens primære selvskade er åreladning, men hun anvender også andre metoder til selvskade som kvælning og hun slår i perioder også sig selv. Fyrretoppen sørger for at hun følges af den samme gruppe og at der altid er to medarbejdere tilknyttet hende (en primær og en sekundær), hvilket gør at medarbejdergruppen kan "være" i hendes voldsomt selvskadende adfærd. De arbejder med, at hun skal lære at regulere sig selv gennem en anden adfærd end selvskaden, og det gør, at hun langsomt forstår, at hun er et sted, der kan rumme hende. Der nævnes eksempelvis en episode hvor Ellen sidder med en strømpe om halsen i flere timer og langsomt kvæler sig selv. Medarbejderne skiftes til at være ved hende, snakke med hende og arbejde med regulering af følelser under hele forløbet, mens de er i tæt kontakt med psykiatrien og egen læge. Episoden slutter med at Ellen frivilligt fjerner strømpen og siger ja til en snak med hendes kontaktperson i psykiatrien, som kører ud på Fyrretoppen til en ambulans samtale.

Der er tæt kontakt med botilbuddet, psykiatrien og somatikken ligesom der oparbejdes et godt samarbejde med moren. Ellen går fra at have mange indlæggelser med tvang til ingen. Den primære årsag hertil er, at Fyrretoppen kan rumme hendes selvskade og derigennem arbejde med regulering af følelser.

Ellen er i dag 19 år og har afsluttet 9. klasse i folkeskolen og er begyndt på HF, og i gang med at tage kørekort. Hun er stadig på Fyrretoppen, men der er lavet aftale om, at hun skal flytte i en lejlighed på Holmstrupgård, og Ellen drømmer om at det er starten til, at hun kan få hendes egen lejlighed. Kommunen har i samarbejde med psykiatrien og Holmstrupgård lavet en plan for at Ellens drøm kan gå i opfyldelse.

### **Miriam's forløb, 15 år**

Miriam på 15 år henvises til afsnittet for spiseforstyrrelser i regionen grundet spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelsen har karakter af selvskadende adfærd, hvor hun i perioder slet ikke indtager mad eller væske.

Der er et godt samarbejde med forældrene, men både psykiatrien og kommunen vurderer, at hun behøver massiv professionel støtte, og både kommune og psykiatri peger på Holmstrupgård. Forældrene ønsker ikke at placere deres 15 årige datter mere end 100 km. væk.

Det aftales, at forældrene vil indvilge i at hun anbringes på et lokalt botilbud, der har erfaring med unge med psykiske udfordringer, men ingen erfaring med borgere med spiseforstyrrelser. Efter aftale mellem kommune, psykiatri og botilbud søger man at opnormere botilbuddet med den nødvendige viden for at hun kunne håndtere Miriam. Tilbuddet modtager undervisning fra psykiatrien i håndtering af spiseforstyrrelser, og guidning i kostplan og struktur. Tilbuddet er dygtige til det relationelle arbejde, men mangler viden og erfaring ift. spiseforstyrrelsen og den psykiatriske vinkel. Efter en uge på tilbuddet går Miriam i spisestop, og indlægges i psykiatrien. Her er hun i 2 måneder, hvor hun er stabil og velfungerende, men en uge før udskrivning forværres hendes tilstand fordi hun er urolig over at skulle tilbage på bostedet.

Hun udskrives til botilbuddet sideløbende med ambulans forløb i psykiatrien, men efter to dage stikker hun af hjem til sine forældre. Forældrene melder ud, at de har mistet tilliden til botilbuddet og ikke vil acceptere anbringelse igen. Kommunen tvangsanbringer nu pigen på Holmstrupgård, hvor hun pt. har været anbragt i kort tid, hvorfor der ikke er resultater af denne anbringelse endnu.

## Overvejelser

På baggrund af casene kan stille følgende spørgsmål til overvejelse:

- Ville anbringelse på et højt specialiseret botilbud i nærmiljøet med struktureret samarbejde med psykiatrien have gjort en forskel for Camilla og Miriam? Og ville det i sidste ende kunne give billigere forløb med større kvalitet?
- Borgere med selvskadende adfærd har lange forløb som kræver intensiv behandlingsindsats meget tidligt, og adfærden eskaleres meget hurtigt. Det vil sige at jo senere man sætter ind jo længere forløb, og her kan halvt år uden indsatser eller med den forkerte indsats være altafgørende. Ville det have gjort en forskel for Camilla, Miriam og Ellen, hvis der havde været andre kompetencer til rådighed i landsdelen?

## Bilag

Bilag 1: Oversigt over udgifter og økonomi pr. borgerforløb

## Bilag 1: oversigt over bilag og økonomi pr. borgerforløb

### Udgifter til borgere med selvskadende adfærd, som ikke har været anbragt på Holmstrupgård

Borger	Kommune*	Dato første visitation	Dato første visitation til opholdssted	Slutdato	Samlet udgift til borger	heraf udgifter til opholdssteder	Antal opholdssteder	Gns. udgift pr. døgn på opholdssteder
A	Kommune1	01-11-2011	03-08-2016	01-08-2020	9.474.772	8.557.538	1	5.865
B	Kommune 1	03-09-2019	14-03-2020	01-08-2020	1.012.685	914.112	1	6.529
C	Kommune2	31-01-2017	31-01-2017	01-08-2020	8.808.036	8.808.036	3	6.897
D	Kommune3	21-04-2017	10-04-2019	01-08-2020	1.904.029	1.777.490	3	3.798
E	Kommune3	19-12-2018	25-03-2019	01-08-2020	1.964.335	1.693.173	1	3.427

\* Kommunerne er af personhenførbare årsager ikke angivet, men dækker over Hjørring, Mariagerfjord og Aalborg kommuner

### Udgifter til borgere, som har været anbragt på afdelinger på Holmstrupgård som bl.a. modtager borgere med selvskadende adfærd

Borger	Kommune*	Dato for første visitation	Dato for første visitation til opholdssted	Slutdato	Samlet udgift til borger	heraf udgifter til opholdssteder	heraf udgifter til Holmstrupgård	Antal opholdssteder	Gns. udgift pr. døgn på opholdssteder	heraf gnst. udgifter til Holmstrupgård
F	Kommune 1	01-12-2012	03-06-2014	01-08-2020	11.194.836	10.943.725	10.844.600	2	9.508	9.480
G	Kommune 2	01-12-2015	01-07-2016	01-08-2020	2.615.025	1.905.527	1.477.815	2	4.442	4.829
H	Kommune 3	17-08-2018	01-01-2019	01-08-2020	1.800.810	1.742.502	1.718.058	2	5.378	7.311
I	Kommune 3	01-07-2016	09-03-2017	31-12-2019	4.717.486	4.717.486	2.063.042	1	5.668	5.668
J	Kommune 4	01-12-2017	28-03-2019	01-08-2020	2.325.120	2.309.121	2.309.121	1	4.693	4.693
K	Kommune 5	01-02-2012	18-11-2013	09-06-2020	6.996.006	6.955.647	6.955.647	1	3.943	3.943
L	Kommune 6	21-02-2018	21-04-2020	01-08-2020	816.625	635.685	635.685	1	6.232	6.232
M	Kommune 6	19-06-2013	05-01-2017	01-08-2020	7.575.525	6.578.054	6.578.054	1	5.196	5.196
N	Kommune 6	30-06-2012	01-05-2013	01-08-2020	12.198.416	11.808.197	7.997.225	2	4.459	3.732

\* Kommunerne er af personhenførbare årsager ikke angivet men dækker over: Brønderslev, Mariagerfjord, Rebild, Thisted, Vesthimmerland og Aalborg

## **2.3**

### **Etablering af døgntilbud for børn og unge med selvskadende adfærd**

# Beskrivelse af nyt botilbud til unge med svær selvskadende adfærd

## Baggrund

Den Administrative Styregruppe på socialområdet (DAS) nedsatte i foråret 2019 en arbejdsgruppe med det formål at se på udfordringer og løsninger vedr. tilbud til unge med svær selvskadende adfærd, herunder specifikt om der er behov for at oprette botilbudspladser til målgruppen.

Arbejdsgruppen blev nedsat i lyset af, at flere kommuner oplever udfordringer med målgruppen af unge med svær selvskade (over og under 18 år). Der er tale om unge, som ikke kan rummes i de eksisterende sociale tilbud samtidig med, at de ikke er i målgruppen til udelukkende at have en behandlingsindsats i hospitalspsykiatrien.

Som led i arbejdsgruppens arbejde blev der igangsat en afdækning af målgruppens størrelse. På samme tid blev det aftalt at gøre nogle indledende overvejelser om oprettelse af et botilbud til målgruppen.

På denne baggrund og idet der var en indikation af at være et borgergrundlag for et tilbud, bad arbejdsgruppen Specialektoren og Psykiatrien om at lave et ideoplæg til et regionalt drevet botilbud, hvor der kan tilbydes en intensiv socialpsykiatrisk indsats til denne målgruppe. Ideoplægget har dannet rammen for nærværende beskrivelse af et nyt tilbud.

Beskrivelsen er udarbejdet på baggrund af erfaringsudveksling med sammenligneligt tilbud i Region Midtjylland, målgruppeerfaring fra Psykiatrien og mere generelle erfaringer fra opstart og drift af socialpædagogiske botilbud i Specialektoren. Oplægget skal danne arbejdsgrundlag for etablering af et nyt tilbud. Der vil være behov for dialog, tilsagn og i sidste ende godkendelse hos Socialtilsynet.

Oplægget blev drøftet i DAS den 20. august 2020. I den forbindelse blev Region Nordjylland bedt om at kvalificere oplægget med overvejelser om takster og økonomi for opstart af tilbud.

Efter fornyet behandling på DAS den 27. maj 2021 blev FU Social og Region Nordjylland bedt om at komme med et revideret udkast med henblik på at imødegå følgende bekymringer fra DAS og Børne- og Ungedirektørkredsen:

- Bekymringer for den foreslåede finansiering af underskuddet, hvorfor der skal undersøges forskellige måder at reducere risikoen for større underskud i opstartsperioden
- Bekymringer for om målgruppedefinitionen bliver for snæver, hvorfor det skal undersøges om målgruppen fagligt kan justeres eller udvides.

FU Social og regionen har efterfølgende mødtes to gange, og er blevet enige om justeringer i ideoplægget, som vurderes at kunne bidrage til et fagligt og økonomisk bæredygtigt tilbud samt i et vist omfang reducere underskuddet i opstartsperioden.

## Formål og vision

Igennem de senere år er der sket en stigning i antallet af unge, der har selvskade i så alvorlig en grad, at der er behov for en helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer.

Den selvskadende adfærd kan have karakter af livstruende adfærd eller trang til misbrug gennem selvskade. Det fører dermed ofte til akutte indlæggelser, eventuelt som en tvangsindlæggelse. Målgruppen har ikke nødvendigvis fået konstateret en psykiatrisk lidelse. Ofte er der dog brug for, at man kan indlægge i kort tid for derefter hurtigt at udskrive den unge til et specialiseret socialpsykiatrisk botilbud, optimalt et botilbud med specifikke kompetencer, som rummer målgruppens kompleksitet.

Et sådan botilbud findes ikke på nuværende tidspunkt i den nordjyske region. Visionen er, at de unge - også dem under 18 år, som hidtil har boet hjemme - fremover ikke behøver at flytte til tilbud i andre regioner. Tilbud som er langt væk fra deres nærmiljø og pårørende og dermed gør det vanskeligt at inddrage forældrene i den miljøterapi, der foregår på et specialiseret tilbud.

Der er derfor brug for at tænke nyt omkring, hvordan disse ofte meget sårbare og syge unge kan sikres adgang til den rette behandling på specialiseret niveau i deres eget nærmiljø, hvor den unge ikke selv har ansvaret for at bygge bro mellem to eller flere stole, men hvor det professionelle miljø omkring den enkelte arbejder tæt og koordineret sammen.

God behandling af den unge vil fordrer, at den unge så vidt muligt opholder sig på bostedet med psykiatriens kompetencer tæt på, som både konsulent, sparringspartner og team om den enkelte unge. For at man som medarbejder kan føle sig såvel kompetent som tryk ved selvskade i svær grad, kræves en sikkerhed i, at man ikke står alene som medarbejder på bostedet, men at der arbejdes på tværs. Dertil er det essentielt at der ydes supervision til medarbejderne fra kompetente konsulenter med erfaring om denne målgruppe.

Den faglige vurdering er, at den optimale behandlingsindsats til denne type af unge patienter/borgere med svær og ofte behandlingskrævende selvskade bedst gives ved en socialpsykiatrisk indsats i et tilpasset nærmiljø. Et nærmiljø, hvor udvikling af autonomi, med fokus på identitet og affektregulering er i fokus - og ikke i et hospitalsmiljø, hvor alt omhandler sygdom, og hvor en forestående udskrivelse ofte opleves som et svigt og en oplevelse af, ikke at være syg på den rigtige måde. Det betyder, at det er væsentligt, at den unge tilbydes en indsats der sker via den rette miljøterapeutiske indsats, som gives på et socialpsykiatrisk botilbud.

Dette betyder dog ikke, at der ikke er en opgave for psykiatrien. Tværtimod så skal indsatsen i stedet laves på botilbuddet ved ambulante forløb med mulighed for at køre ud ved udeblivelser og med mulighed for at lave hurtige indsatser. Herved kan man forebygge tvangsindlæggelser, der ofte kan medføre øget brug af tvang og deraf en fratagelse af autonomi og en mislykket affektregulering. Ligeledes er det væsentlig at der er et formaliseret samarbejde mellem botilbud og behandlingspsykiatrien, hvor der i fællesskab arbejdes ud fra en ensartet tilgang til de unge. Det er altgørende at botilbud og behandlingspsykiatri har samme forståelser og tilgange i indsatsen til de unge.

Intentionen er således at få etableret et tilbud med en tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats, hvor opgaven omkring den enkelte tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Med en indsats hvor

der er kort vej fra botilbud til psykiatri, og hvor indsatsen leveres tæt på den unges hverdag og familie i samspil med den kommunale myndighed.

En afledt positiv effekt af et sådan botilbud kunne endvidere være at den viden som genereres i takt med at der oparbejdes erfaring på sigt bruges til at etablere et videns- og læringscenter. Herigen- nem kunne man understøtte en endnu bredere del af unge med selvskadeproblematikker gennem viden til fagpersoner m.v. (skole, sagsbehandlere, andre botilbud pårørende m.v.) i forhold til både håndtering og forståelse af selvskade.

## Målgruppen

Der har løbende været arbejdet med målgruppebeskrivelsen til tilbuddet med henblik på at sikre et tilstrækkeligt borgergrundlag. Det har givet anledning til en opdeling mellem en primær og en sekundær målgruppe.

Begge målgrupper kan profitere af samme miljøterapeutiske indsats fra et specialiseret socialpsykiatrisk døgntilbud og har behov for ambulante behandling fra børn- og ungepsykiatrien.

### Primær målgruppe – Unge med svær selvskadende adfærd og behov for en intensiv socialpsykiatrisk døgnindsats

Målgruppen udgøres af normalt begavede unge i alderen 14 – 23 år med en svær selvskadende adfærd, som har behov for en intensiv socialpsykiatrisk indsats på et botilbud med tæt tilknytning til børne- og ungdomspsykiatrien i form af ambulante udredning og behandling.

Målgruppen vil ofte have ko-morbiditet med diagnoser som for eksempel:

- Unge med udviklingsforstyrrelser som autismespektrumforstyrrelser og ADHD/ADD
- Unge med skizofreni, OCD eller andre psykiatriske diagnoser
- Unge med personlighedsforstyrrelser (f.eks. borderline)
- Unge med spiseforstyrrelser som udtryksform for selvskade eller i ko-morbiditet med f.eks. en udviklings- eller personlighedsforstyrrelse.

Disse bagvedliggende problematikker forstærker kompleksiteten, men er hverken eksklusions- eller inklusionskriterier ved målgruppen. Ovenstående eksempler vil ofte eksistere i ko-morbiditet ligesom majoriteten af de unge vil have angst og depressive perioder i sammenhæng med andre udfordringer.

Det afgørende er, at den unge har funktionshæmmende selvskade som den primære udfordring, der i perioder kan være af livstruende karakter – herunder selvmordsadfærd - med behov for indlæggelse og akutbehandling såvel psykiatrisk som somatisk.

Der kan både være tale om unge som modtager/har modtaget behandling i psykiatrien og unge som ikke har. Med psykiatrien tæt på, vil der være en let adgang til en vurdering af, om der skal foretages en udredning, hvor man derefter kan målrette indsatsen endnu bedre.

De indskrevne borgere med svære selvskadeproblematikker kan både være unge, hvor selvskadende er i den mest akutte og ekstreme fase, samt unge hvor indsatsbehovet er mindre intensivt og mere stabilt. Det bør dog understreges, at sidstnævnte unges indsatsbehov stadig kan være stort og omfangsrigt, og det blot er selvskadens udtryksform der er mindre kaotisk. Alle borgere i denne målgruppe har alle selvskadeproblematikker, som potentielt er livstruende, men selvskadens udtryksform kan være mere eller mindre stabil.

Målgruppen sammensættes ud fra en konkret vurdering i forhold til den enkelte unge og til gruppen på afdelingen som helhed.

### Sekundær målgruppe – Unge med behov for en intensiv socialpsykiatrisk døgnindsats

Målgruppen udgøres af normalt begavede unge i alderen 14 – 23 år med intensive psykiatriske problemstillinger. Unge der har behov for en intensiv socialpsykiatrisk indsats på et botilbud med tæt tilknytning til børne- og ungdomspsykiatrien i form af ambulante udredning og behandling.

Målgruppen vil have sammenlignelige diagnoser som målgruppen med svær selvskadende adfærd, da disse diagnoser oftest ligger bag den selvskadende adfærd og omfatter eksempelvis:

- Unge med udviklingsforstyrrelser som autismespektrumforstyrrelser og ADHD/ADD
- Unge med skizofreni, OCD eller andre psykiatriske diagnoser
- Unge med personlighedsforstyrrelser (f.eks. borderline)
- Unge med spiseforstyrrelser i ko-morbiditet med andre lidelser f.eks. udviklings- eller personlighedsforstyrrelser

Ovenstående eksempler vil oftest eksistere i ko-morbiditet ligesom majoriteten af de unge vil have angst og depressive perioder i sammenhæng med andre udfordringer. Eksklusions- og inklusionskriteriet – i forhold til denne sekundære målgruppe - er hvor funktionshæmmende den unges udfordringer er, og dermed ikke om de unge har en selvskadende adfærd eller ej.

Mange af de unge er ikke færdigdiagnosticerede, hvorfor deres indsatsbehov og diagnoser med tiden kan forandre sig. Det kan være unge som bliver visiteret med én problemstilling og med tiden f.eks. udvikler skizofreni, hvorfor indsatsbehovet øges.

Målgruppen sammensættes ud fra en konkret vurdering i forhold til den enkelte unge og til gruppen på afdelingen som helhed.

Den sekundære målgruppe ligger i periferien af den primære målgruppe og kan netop profitere af samme indsats.

## Organisering og samarbejde

Tilbuddet drives og etableres af Speciaalsektoren, Region Nordjylland og defineres indenfor Servicelovens §§ 66 og 107.

Målgruppen for botilbuddet er kendetegnet ved særligt svære problemstillinger, hvis håndtering kræver et tæt samarbejde og en koordineret indsats mellem handlekommune, botilbuddet og behandlingspsykiatrien, - som størstedelen af de unge forventelig har tilknytning til i form af indlæggelser eller ambulante udredning og behandling.

Speciaalsektoren leverer den socialpsykiatriske indsats, mens Psykiatrien leverer den ambulante psykiatriske vurdering/udredning/behandling til målgruppen. For at sikre kontinuitet i forløbet omkring de unge der allerede er kendt af Psykiatrien, bidrager Psykiatrien også med konsulentbistand og til den løbende nødvendige kompetenceudvikling.

Supervision af tilbuddets personale vil være omkring den socialpsykiatriske indsats. Det vil være hensigtsmæssigt at indkøbe supervision fra konsulenter fra lignende botilbud med specialviden om målgruppen.



Med henblik på at understøtte de unge i forbindelse med eventuel tilbagevenden til hjemmet eller indflytning i egen bolig eller mindre indgribende tilbud, kan der ligeledes generelt være et behov for mere bredt at overveje fælles kompetenceudvikling på tværs af Psykiatrien, Specialsektoren og de nordjyske kommuner.

Det er ligeledes vurderet, at der i forbindelse med etableringen af tilbuddet oprettes et samarbejdsforum mellem kommunerne og Regionen. Dette forum har bl.a. det formål at sikre borgergrundlaget til tilbuddet, at understøtte en god efterfase for borgere ved afsluttede forløb på tilbuddet, samt generere viden om målgruppen. Der skal arbejdes videre med en model for samarbejdet.

Tilbuddets forventes ligeledes omfattet af det forstærkede samarbejde for at understøtte tilbuddets opstart og driftssikkerhed.

## En intensiv socialpsykiatrisk indsats

Målgrupperne er borgere med behov for en massiv socialpsykiatrisk indsats. Den socialpsykiatriske indsats skal understøtte og holde den unges fysiske, psykiske og sociale udvikling på rette spor. Dette sker gennem mentaliseringsbaseret miljøterapi og ved at tilbyde den unge trygge rammer i et inkluderende miljø med fokus på specialiseret relationsbehandling (jeg-støtte, stabil identitetsudvikling, affektregulering mv.).

Indsatsen planlægges altid med udgangspunkt i den enkeltes særlige behov for støtte med henblik på at øge selvstændighed og social formåen. Undervejs i forløbet vil der være brug for at få gradvis mere fokus på verden udenfor bl.a. med henblik på afklaring af uddannelses- og beskæftigelsesmæssige muligheder og kompetencer.

I botilbuddet og i Psykiatrien arbejdes der med udgangspunkt i samme miljøterapeutiske forståelse og referenceramme for at understøtte kontinuiteten i indsatsen omkring de unge, specialisering, samt et fælles fagligt udgangspunkt for personalet.

## Personale

Da der er tale om håndtering af meget komplekse problemstillinger, vil der blive lagt vægt på, at botilbuddet bemannes af en tværfaglig personalegruppe, som med en bred vifte af kompetencer, erfaringer og specialviden om målgruppen, kan supplere hinanden og understøtte det helhedsorienterede perspektiv i indsatsen. Personalesammensætningen vil overvejende bestå af socialpædagoger og ergoterapeuter. Endvidere vil der være sygeplejersker, psykolog, to nattevagter, en administrativ medarbejder, en pedelfunktion samt en medarbejder til køkken og rengøring. Ledelsesmæssigt er udgangspunktet en tilbudsleder og én afdelingsleder.

Det er vigtigt at der både sker kompetenceudvikling i konkrete psykiatriske problemstillinger, og at der kontinuerligt indtænkes fast supervision – herunder eventuel tværsektoriel supervision. Det er væsentligt, at personalet allerede fra opstart af tilbuddet har viden om omsorgssvigt, mentalisering og har kompetencer både inden specialpædagogikken og viden om børn og unges normale udvikling. Alt fagpersonale forventes ligeledes at skulle tage en miljøterapiuddannelse med varighed af ca. et år.

Hertil er det nødvendigt, at der fra opstart af tilbuddet er specialviden og erfaring med særligt fokus på patologien om selvskade samt udviklingsforstyrrelser og psykiatrisk sygdom til stede. Samtidig skal der være et kontinuerligt fokus på nyeste viden og fortløbende kompetenceudvikling.

## De bygningsmæssige rammer og placering

Det er essentielt, at der skabes synergi og sammenhæng til Børne- og ungepsykiatrien og derfor er det en forudsætning med en placering i umiddelbar kort køreafstand til Børne- og ungepsykiatriens fremtidige placering i Aalborg Øst, således at den fysiske afstand mellem Psykiatrien og tilbuddet fordrer et optimalt samarbejde.

Arbejdsgruppen har drøftet, at der på sigt kan komme et øget behov for pladser, hvorfor det vil være en fordel, hvis den fremtidige grund til tilbuddet giver mulighed for udvidelse.

I forhold til indretningen er det vurderet at det vil være helt essentielt, at man kan inddele tilbuddet i forskellige sektioner. Det skal bl.a. ses i sammenhæng med de unges aldersspredning og målgruppens karakteristika.

## Antal pladser

Analysen som blev fremlagt for DAS i efteråret 2020 viser en anbringelsestid på 3,27 år i gennemsnit og indikerer følgende efterspørgsel på alene den primære målgruppe:

- 3-5 nye borgere om året fra børne- og ungepsykiatrien.
- 9 borgere fra nordjyske kommuner på afdelinger på Holmstrupgård, som modtager målgruppen.
- 5 borgere anbragt på andre døgntilbud grundet svær selvskadende adfærd efter rundspørge ved 3 nordjyske kommuner

Udvidelsen med den sekundære målgruppe kan potentielt føre til et større borgergrundlag, men et estimat for størrelsen skal vurderes nærmere af kommunerne.

Analysen viser dermed, at den umiddelbare efterspørgsel på pladser er på mellem 9 og 15 pladser, hvis man alene fokuserer på nuværende borgere som Psykiatrien har kendskab til. Dertil er volumen af den sekundære målgruppe endnu uvis og bør vurderes af kommunerne.

Med afsæt i det forventede behov for pladser og med fokus på tilbuddets bæredygtighed - såvel fagligt som økonomisk –arbejdes der med at etablere det nye tilbud med 10 pladser. Det er ikke muligt at etablere et tilbud med under 10 pladser, da tilbuddet ikke vil være faglig og økonomisk robust. Det er herudover ikke muligt at etablere dette tilbud i sammenhæng med andre tilbud i regionen.

## Budget og takster

I nærværende afsnit præsenteres de overordnede bud på budget og takst. I udregningen hertil er der forbehold som kan ændre sig, hvis tilbuddet skal realiseres. Forhold som svingende priser i anlægsbranchen, højere rente ved afskrivninger mv. Der er i det følgende taget udgangspunkt i løn og omkostninger som de aktuelt fremstår.

### Budget ved fuld drift

Tilbuddet forventes at kunne være økonomisk bæredygtigt efter 1-3 år med et pladsantal på 10 og en belægningsprocent på 90. Der budgetteres med fire takstniveauer som præsenteres nærmere nedenfor. I forhold til det forventede budget er der regnet med tre indskrevne borgere på højeste takst, tre på næsthøjeste takst og 2 på næstlaveste takst og 2 på laveste takstniveau. Det vil give en årlig indtægt på ca. 23,1 mio. kr. og vil udligne de tilsvarende driftsmæssige udgifter som ses i nedenstående oversigt.

Lønudgift, variabel	14,8 mio. kr.
Lønudgift, fast	3,1 mio. kr.

Kurser	0,2 mio. kr.
Direkte drift	1 mio. kr.
Adm. Drift	0,2 mio.kr.
E&K Udgifter	0,7 mio. kr.
Finansielle udgifter	1,75 mio. kr.
Overhead	1,2 mio. kr.
Tilsyn	0,35 mio. kr.
Fællesudgifter vedr. Speciaalsektoren	0,45 mio. kr.
<b>Driftsudgifter i alt</b>	<b>23,1 mio. kr.</b>

## Takster

På baggrund af erfaringer fra sammenligneligt botilbud i Region Midtjylland anbefales det at arbejde med differentierede takster på fire niveauer. Det er væsentligt at pointere, at nedenstående takster er gældende fra første driftsår og tager udgangspunkt i fuld belægning. Taksten ændres dermed ikke selvom der gradvist indskrives flere borgere efter det første driftsår. Vurderingen er, at en tilpasset takst efter den forventelige belægning det første år ikke vil skabe et attraktivt tilbud, idet de kommuner som eventuelt først vil anvende tilbuddet således, også bærer en ekstra udgift til opstarten. Takst 4 er den højeste takst og takst 1 er den laveste. Det er væsentligt at bemærke, at de unges forløb og selvskadens udtryksform hurtigt kan ændre sig i deres indskrivningsperiode, hvorfor det er realistisk, at den unge vil kunne rykke frem og tilbage i takstniveauerne alt efter indsatsbehov.

I beregningen af takstoverslagene er der taget udgangspunkt i et helhedstilbud til borgere, som ikke er i den skolepligtige alder. Hvis den unge kan frekventere et skoletilbud, gives der afslag i døgntaksten. Eventuelt skoletilbud forudsættes leveret af beliggenhedskommune.

Med afsæt i ovenstående er der beregnet overslag på fire takster:

- **Takst 4:** Borgere i den mest akutte og ekstreme fase af deres selvskadeproblematik og med tilbagevendende indlæggelser i psykiatrien. **8.900,- kr.**  
Heri ATA tid samt løbende dokumentation svarende til: ca. 16 timer
- **Takst 3:** Borgere med behov for akut og intensiv indsats og med tilbagevendende indlæggelser i psykiatrien. **7.500,- kr.**  
Heri ATA tid samt løbende dokumentation svarende til: ca. 13 timer
- **Takst 2:** Borgere med behov for intensiv indsats, men hvor borgeren er i en mere stabil tilstand. Kan være med tilbagevendende indlæggelser i psykiatrien. **6.200,- kr.**  
Heri ATA tid samt løbende dokumentation svarende til: ca. 10 timer
- **Takst 1:** Borgere med behov for moderat indsats, i perioder intensivt. Selvskadens udtryksform er mere stabil, men hvor botilbuddets rammer er afgørende i at fastholde den unge i deres positiv udviklingsforløb frem mod en mindre indgribende indsats, eventuelt visiteret til et andet socialpsykiatrisk botilbud. Det forventes, at unge på takst 1 vil kunne frekventere et aktivitets- eller skoletilbud og dermed give et afslag i døgntaksten. **4.800,- kr.**  
Heri ATA tid samt løbende dokumentation svarende til: ca. 6 timer og 30 minutter

Som taksterne afspejler, kan de unges indsatsbehov være mere eller mindre akutte og intensive. For at sikre, at et givent tilbud i forhold til den faglige bæredygtighed kan eksistere, viser det sig erfaringsmæssigt fra sammenlignelige tilbud, at der kun bør være tre indskrevne borgere med den mest ekstreme form for selvskade og intensive behov. Dette skyldes at selvskadeproblematikkerne i de mest ekstreme former kræver en særlig personaleopmærksomhed, robusthed og udholdenhed. Takst 1 er desuden ikke en indskrivningstakst, men tiltænkt unge som er i et stabilt forløb men med et fortsat behov for moderat indsats. De unges tilstand kan som nævnt hurtigt ændre sig til det værre, også selvom de er på takst 1 og kan dermed risikere at rykke takstniveauer op igen. Denne præmis gælder på alle niveauer.

På alle takstniveauer anvender medarbejderne 65% af deres arbejdstid som borgerrettet tid. For at sikre den nødvendig tværfaglige og specialiserede indsats går resten af tiden til kompetenceudvikling og relationel koordinering på grund af målgruppens kompleksitet, supervision, samarbejde med kommuner og Psykiatrien. Endeligt skal der tages højde for ferie- og sygdomsperioder.

For at tilbuddet kan levere den specialiserede indsats kan det desuden bemærkes, at det er nødvendigt at opretholde kontinuitet i personalegruppen, således at de rette og nødvendige kompetencer og erfaringer indenfor målgruppen bevares. Et tilbud som dette, og af denne størrelse, vil dermed også som udgangspunkt fastholde det fastansatte personale, selvom der skulle blive en periode med ledige pladser.

I forbindelse med arbejdet med den videre etablering og ibrugtagning af tilbuddet arbejdes der videre med et takstoplæg for den sekundære målgruppe, hvor kommunerne inddrages via en fælles arbejdsgruppe for den gode opstart samt i regi af DAS.

#### Refusion

Kommunerne får refusion af staten for en del af udgiften for særligt dyre enkeltsager defineret ved sager, der overstiger en årlig udgift på 800.000. Det aktuelle refusionsbeløb for pladserne på det foreslåede tilbud kan ses i tabellen herunder. Det bemærkes, at refusionsbeløbet er udregnet som det beløb kommunerne får refunderet ved en anvendelse af en helårsplads.

<b>Oversigt over takstniveauerne inkl. refusion</b>				
	<b>Døgn</b> takst	<b>Helårsud-</b> <b>gift</b>	<b>Refusion*</b>	<b>Nettoudgift</b>
Takst 1	4.800	1.752.000	248.500	1.503.500
Takst 2	6.200	2.263.000	547.250	1.715.750
Takst 3	7.500	2.737.500	903.125	1.834.375
Takst 4	8.900	3.248.500	1.286.375	1.962.125
<i>* Refusionen er udregnet med udgangspunkt i en helårsindskrivning</i>				

#### Sundhedsydelse og takstfinansierede ydelser fra Psykiatrien

I forhold til finansiering af Psykiatriens opgaver i relation til botilbuddet og ungegruppen er udgangspunktet følgende:

- Det samlede ambulante psykiatriske behandlingsforløb til de unge indgår som en sundhedsydelse og finansieres derfor endeligt af Region Nordjyllands sundhedsbudget.
- Psykiatrisk konsulentbistand indgå som en del af taksten. Det omhandler bl.a.:
  - Ugentlig deltagelse på behandlingskonferencer på bostedet med henblik på psykiatrifaglig sparring på miljøterapien
  - Undervisning i psykiatrifaglige emner til bostedets medarbejdere

Konsulentbistand til supervision, støtte og uddannelse til personalet leveres af konsulenter fra tilbud med konkret målgruppeerfaring. Der forventes at skulle ydes omfangsrigt supervision, uddannelse og kompetenceudvikling til personalet for sikre den faglige bæredygtighed.

## Opstartsøkonomi og underskudsdækning

I nærværende afsnit beskrives indholdet af opstartsøkonomi og driftsunderskud, en model for underskudsdækning samt scenarier, der illustrerer nogle tænkte eksempler på, hvordan underskuddet kan udvikle sig ved forskellige præmisser.

### Opstartsøkonomi

I forhold til ansættelse af personale vil en kommende tilbudsleder, afdelingsleder og øvrigt personale ansættes forinden opstart af flere hensyn. Ledere skal være etableret i deres rolle og sikre den nødvendige koordinering og bedste grundlag for tilbuddets opstart. Tilbudslederens relative lange ansættelse før driftsstart skyldes, at vedkommende skal arbejde med klargøring af tilbuddet. Denne skal sikre, at det tværfaglige pædagogiske grundlag er til stede ved tilbuddets start, agere projektleder i etableringsfasen, sikre tilbuddets retningslinjer og procedurer, være den primære i rekruttering af medarbejdere, samt sikre den endelige godkendelse hos Socialtilsynet. Forud for opstarten vil det øvrige personale skulle klædes på via undervisning og støtte fra konsulenter.

I opstartsfasen vil personalenormeringen tilpasses belægningen i forhold til den løbende udvidelse.

Hertil vil det være nødvendigt at afholde udgifter til midlertidige fysiske rammer for det ansatte personale indtil et tilbud står klar til ibrugtagning.

I opstartsfasen er det ligeledes vigtigt, at Psykiatrien spiller en stor rolle. Børne- og Ungdomspsykiatrien vil skulle bidrage ind i et kommende botilbud med undervisning, sparring og medvirken til opstart og fortsat udvikling af et kommende tilbud. Der vil således være tale om en mere intensiv indsats i opstartsfasen og derefter en gradvis mindre indsats i takt med at kompetencer, erfaringer og samarbejder oparbejdes.

Det beregnes, at en tilbudsleder ansættes ca. 8 måneder før opstart, afdelingsleder 3 måneder før samt to medarbejdere ca. 2 måneder før opstart og øvrige medarbejdere ca. 1 måned før opstart.

I forhold til etablering og opstart vil der være udgifter svarende til ovenstående ansættelser før opstart. Herunder skal personalegruppen have undervisning og kurser og der vil være driftsmæssige udgifter. Inden opstart af tilbuddet forventes der at være udgifter svarende til ca. 1,9 mio. kr.

### Driftsunderskud

Et nyopstartet tilbud af denne karakter vil ikke kunne varetage fuld belægning fra opstartstidspunktet. Dertil er målgruppen for kompleks og indsatsen til målgruppen vil kræve indgående kendskab og praksiserfaring, som ikke kan forventes fra første dag. Der opereres med en antagelse at tilbuddet belægges med 50% det første år og gradvis normeres op til fuld belægning. Det forventes at det kan tage op til 3 driftsår, før der er fuld belægning.

### Model for underskudsdækning

I det der som beskrevet er udgifter for dels opstart samt et forventet underskud på op til de første tre driftsår er det nødvendigt med en model som kan håndtere underskudsdækningen indtil det fjerde driftsår.

I nedenstående beskrives den model, som kommuner og region imellem skal arbejde ud fra til at håndtere tilbuddets opstartsudgifter og driftsunderskud.

Region Nordjylland vil dække 25% af opstarts- og driftsudgifter de første tre driftsår. Fra det fjerde år forventes tilbuddet at være i ordinær drift efter styringsaftalen. De resterende 75% dækkes af kommunerne.

I forhold til håndtering af driftsudgifter inden opstart samt manglende indtægter som følge af lav belægning i opstartsperioden foreslås det, at kommunernes andel af underskuddsdækningen håndteres via en fordelingsnøgle kendt fra objektiv finansiering ud fra aflagt regnskab. Kommunerne forpligter sig således på underskuddsdækning i forhold til opstart og de første 3 driftsår. Kommunerne afklarer internt fordelingsnøglen hertil f.eks. i forhold til principperne for objektiv finansiering.

Region Nordjyllands andel af underskuddsdækning vil ligeledes medvirke som incitament til at regionen som driftsherre sikrer en effektiv drift af tilbuddet.

### Scenarier der illustrerer potentielle underskud

Som nævnt forpligter både kommunerne og region sig til at dække udgifter forbundet med opstart og driftsunderskud indtil det fjerde driftsår, såfremt der ikke er opnået fuld belægning inden. De reelle økonomiske udgifter kendes ikke for nuværende, da det vil bero på den faktiske belægning i denne periode. I dette afsnit præsenteres nogle scenarier som beskriver potentielle udfald for udskuddet. Underskuddene kan minimeres hvis kommunerne og region samarbejder om at få fleste mulige borgere visiteret til tilbuddet.

Det er vigtigt at pointere, at scenarierne er illustrationer i forhold til, hvordan en opstartsperiode kan se ud og giver en indikation af perioden og det eventuelle underskud. Det er således eksempler på konsekvensscenarier for, hvordan et underskud *kan* udvikle sig.

Det første scenarie tager udgangspunkt i 50 % belægning det første år og herefter fuld belægning. Det andet scenarie opererer med 50 % belægning det første år, 70% belægning i år 2 og fuld belægning herefter. Det sidste scenarie opererer med 50 % belægning det første år, 70 % i år 2, 80 % i år 3 og herefter fuld belægning. De økonomiske perspektiver for de tre scenarier er udfoldet nedenfor.

I alle scenarier opereres der med en belægning på 50 % - dvs. 5 indskrevne borgere – det første driftsår og der regnes dermed med en forventning om 5 indvisiterede borgere fra tilbuddets start. De variable omkostninger, der knytter sig til tilbuddets budget - og som kan tilpasses i første driftsår - er de udgifter der direkte knytter an til personale, som indgår i dag- og aftenvagter.

Det er samtidig værd at bemærke, at omkostningerne for det nye tilbud er de aktuelle priser, hvor f.eks. anlægsbranchen oplever store prisudsving. Der må således påregnes en justering af anlægsomkostninger ved tilbuddets etablering.

#### Økonomi for Scenarie 1

I første scenarie *opereres* der med en præmis om at tilbuddet i første driftsår belægges med 50 % og fra det efterfølgende år er der fuld belægning. Der er således beregnet et forventet underskud ud fra præmissen om en belægning på 50 %. Underskuddet indebærer lønudgifter, kursusaktivitet, rentefafskrivninger for etablering af tilbud mv. I alt forventes udskuddet i første driftsår at blive ca. 3,8 mio. kr. (Hvis der ikke er indskrevet fem borgere ved opstart, vil underskuddet blive større.) Dermed et underskud på:

Etablering og opstartsudgifter: 1,9 mio. kr.

Første driftsår: 3,8 mio. kr.

**Underskud i alt: 5,7 mio. kr.**

**Regionens andel: 1,425 mio. kr.**

**Kommunernes andel: 4,275 mio. kr.****Økonomi for Scenarie 2**

I andet scenarie er præmissen ligeledes 50 % belægning det første driftsår, herefter en belægning på 70 % i år 2 og endelig fuld belægning i år 3. Det giver et underskud på ca. 3,8 mio. kr. i år 1 og 1,43 mio. kr. i år 2. Samlet set et underskud på ca. 7,13 mio. kr. i dette scenarie. Dermed et underskud på:

Etablering og opstartsudgifter: 1,9 mio. kr.

Første driftsår: 3,8 mio. kr.

Andet driftsår: 1,43 mio. kr.

**Underskud i alt: 7,16 mio. kr.**

**Regionens andel: 1,8 mio. kr.**

**Kommunernes andel: 5,37 mio. kr.**

**Økonomi for Scenarie 3**

I andet scenarie er præmissen ligeledes 50 % det første driftsår, herefter en belægning på 70 % i år 2, 80 % belægning i år 3 og herefter fuld belægning. Det giver et underskud på ca. 3,8 mio. kr. i år 1 og 1,43 mio. kr. i år 2, samt 0,3 mio. kr. i år 3. Samlet set et underskud på ca. 7,43 mio. kr. i dette scenarie. Dermed et underskud på:

Etablering og opstartsudgifter: 1,9 mio. kr.

Første driftsår: 3,8 mio. kr.

Andet driftsår: 1,43 mio. kr.

Tredje driftsår: 0,3 mio. kr.

**Underskud i alt: 7,45 mio. kr.**

**Regionens andel: 1,86 mio. kr.**

**Kommunernes andel: 5,59 mio. kr.**

**Tidsperspektiv for etablering af tilbud**

Etablering af tilbuddet estimeres at kunne realiseres mellem 2½ år – 3 år efter politisk beslutning. Estimatet forudsætter, at der kan gives umiddelbar byggetilladelse uden udarbejdelse af kommune- eller lokalplan.

## **2.3**

### **Etablering af døgntilbud for børn og unge med selvskadende adfærd**



Udgifter ved etablering af nyt tilbud til unge med svært selvskadende adfærd			
	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3
Etablering- og opstartsudgifter	1,9 mio. kr.	1,9 mio. kr.	1,9 mio. kr.
Driftsunderskud i driftsår 1	3,8 mio. kr.	3,8 mio. kr.	3,8 mio. kr.
Driftsunderskud i driftsår 2	0 kr.	1,43 mio. kr.	1,43 mio. kr.
Driftsunderskud i driftsår 3	0 kr.	0 kr.	0,3 mio. kr.
<b>I alt</b>	<b>5,7 mio. kr.</b>	<b>7,16 mio. kr.</b>	<b>7,45 mio. kr.</b>
<b>Region Nordjyllands andel</b>	<b>1,425 mio. kr.</b>	<b>1,80 mio. kr.</b>	<b>1,86 mio. kr.</b>
<b>Kommunernes andel</b>	<b>4,275 mio. kr.</b>	<b>5,37 mio. kr.</b>	<b>5,59 mio. kr.</b>

Fordeling af udgifter efter befolkningstørrelse pr. 1.1.2022					
	Befolkningstal	Procent af befolkningstallet	Udgifter scenarie 1	Udgifter scenarie 2	Udgifter scenarie 3
Brønderslev Kommune	36.194	6,12%	261.719	328.756	342.224
Frederikshavns Kommune	58.878	9,98%	426.782	536.098	558.061
Hjørring Kommune	63.839	10,86%	464.193	583.091	606.980
Jammerbugt Kommune	38.187	6,47%	276.391	347.186	361.409
Læsø Kommune	1.769	0,30%	12.861	16.156	16.818
Mariagerfjord Kommune	41.662	7,04%	301.143	378.278	393.776
Morsø Kommune	20.068	3,40%	145.401	182.644	190.127
Rebild Kommune	30.646	5,17%	220.904	277.487	288.855
Thisted Kommune	43.089	7,31%	312.310	392.306	408.378
Vesthimmerlands Kommune	36.326	6,16%	263.189	330.602	344.147
Aalborg Kommune	221.082	37,20%	1.590.106	1.997.396	2.079.226
<b>I alt</b>	<b>591.740</b>	<b>100,00%</b>	<b>4.275.000</b>	<b>5.370.000</b>	<b>5.590.000</b>

Fordeling af udgifter efter unge i alderen 14-23 år pr. 1.1.2022

	Unge i alderen 14-23 år	Procent af befolkningstallet	Udgifter scenarie 1	Udgifter scenarie 2	Udgifter scenarie 3
Brønderslev Kommune	3.861	5,35%	228.745	287.336	299.107
Frederikshavns Kommune	5.697	7,90%	337.519	423.971	441.340
Hjørring Kommune	6.945	9,62%	411.456	516.847	538.021
Jammerbugt Kommune	4.040	5,60%	239.350	300.657	312.974
Læsø Kommune	116	0,16%	6.872	8.633	8.986
Mariagerfjord Kommune	4.513	6,25%	267.373	335.858	349.617
Morsø Kommune	2.217	3,07%	131.346	164.989	171.749
Rebild Kommune	3.166	4,39%	187.570	235.614	245.266
Thisted Kommune	4.828	6,69%	286.035	359.300	374.020
Vesthimmerlands Kommune	3.913	5,42%	231.826	291.206	303.136
Aalborg Kommune	32.903	45,60%	1.949.338	2.448.642	2.548.959
<b>I alt</b>	<b>72.158</b>	<b>100,06%</b>	<b>4.277.429</b>	<b>5.373.051</b>	<b>5.593.176</b>

## **2.6**

### **Samarbejdsaftale om grøn omstilling**

# Samarbejdsaftale mellem de nordjyske kommuner, de nordjyske erhvervskontorer og Erhvervshus Nordjylland om vejledning af virksomheder i forhold til den grønne omstilling

Denne aftale knytter sig til samarbejdsaftalen mellem KKR og Erhvervshus Nordjylland, 'Samarbejdsaftale 2020-2023 mellem de 11 lokale erhvervskontorer i Nordjylland og Erhvervshus Nordjylland om erhvervsfremmeindsatsen'.

Aftalen udgør ligeledes et væsentligt element i forhold til at indfri nogle af hovedelementerne i *Den Fælles Nordjyske Klimaambition*, herunder de strategiske fokusområder grøn vækst, videndeling og governance.

## Grundlag og formål

Grøn omstilling og cirkulær økonomi er højt prioriteret i Nordjylland. Virksomhederne interesserer sig i stigende grad for den grønne dagsorden, og mange virksomheder efterspørger i den forbindelse inspiration og vejledning. Det er en nordjysk prioritet, at der er grønne tilbud til virksomhederne, uanset deres størrelse, branche og modenhed, som det blandt andet fremgår af resultatkontrakten for Erhvervshus Nordjylland 2022.

Netværk for Bæredygtig Erhvervsudvikling Norddanmark har i en længere årrække haft succes med at gennemføre bæredygtighedsscreeninger hos netværkets medlemsvirksomheder. Det er hensigten med denne samarbejdsaftale, at en tilpasset udgave af screeningsbesøgene skal gøres til et generisk tilbud, som alle nordjyske virksomheder i udgangspunktet kan få adgang til. Kommunernes og erhvervskontorerne indsats vil dermed blive flyttet fra at være et medlemstilbud til at være et generelt virksomhedstilbud.

Det er ligeledes hensigten, at aftalen skal styrke det erhvervsserviceflow, som er besluttet med Erhvervsfremmereformen, og at flowet bliver tydeligt for flere aktører, således at indsatser og ressourcer kan koordineres og drage nytte af hinanden, og hvor Erhvervshuset Nordjyllands status som knudepunkt tydeliggøres i forhold til den grønne omstilling. Der er brug for et stærkt og synligt knudepunkt for at kunne understøtte Den Fælles Nordjyske Klimaambition om øget videndeling og governance.



Figur 1: Figur fra Den Fælles Nordjyske Klimaambition. Samarbejdsaftalen adresserer primært de strategiske fokusområder omkring 'Vidensdeling og Governance' og 'Grøn vækst'.

Med samarbejdsaftalen er det hensigten, at der skabes et tættere samspil mellem erhvervs- og miljøaktører i forhold til virksomhedernes grønne omstilling. Kommunernes arbejde med klima, bæredygtighed og cirkulær økonomi får en tydelig kobling til erhvervsserviceflowet, som vil styrke sammenhængskraften i relationen til de nordjyske virksomheder.

### **Virksomhedsvejledning, styrkede kompetencer og videndeling**

Aftalens konkrete handlinger består af følgende 3 elementer: virksomhedsvejledning, kompetenceudvikling og fælles værktøjer, samt videndeling og governance.

#### Virksomhedsvejledning

Virksomhederne tilbydes en bæredygtighedsscreening, hvor grøn omstilling og cirkulær økonomi er i fokus. Screeningsbesøget gennemføres af virksomhedens hjemkommune, hvor erhvervs- og miljøkompetencer og kendskab til virksomheden bringes i spil. Det er den enkelte kommune, som står for den nærmere tilrettelæggelse af screeningsforløbene i egen kommune. Forretningsudviklere fra Erhvervshus Nordjylland kan inddrages i selve screeningen ved behov. Der skal i udviklingen og gennemførelsen af tilbuddet være fokus på, at screeningen er tilpasset trin 1 i erhvervsserviceflowet, jf. nedenstående figur 2. Kommunerne har derudover mulighed for at tilrettelægge besøgene, som det passer bedst, og eventuelt i kombination med allerede eksisterende aktiviteter.

Kommunen kan efter et screeningsbesøg på en virksomhed sende *leads* videre til erhvervshuset, således at erhvervshuset kan følge op på emner indenfor det specialiserede område umiddelbart efter screeningsbesøget. På screeningsbesøget sættes bæredygtighed så vidt muligt ind i en strategisk og forretningsmæssig forståelse, således at virksomheden får øje for sammenhængen mellem grøn omstilling og forretningsmæssige potentialer.

Ligeledes kan andre aktører tilsvarende inddrages i det videre arbejde med virksomhedens potentialer og behov for nye samarbejdspartnere (f.eks. lokale symbioser), mv.

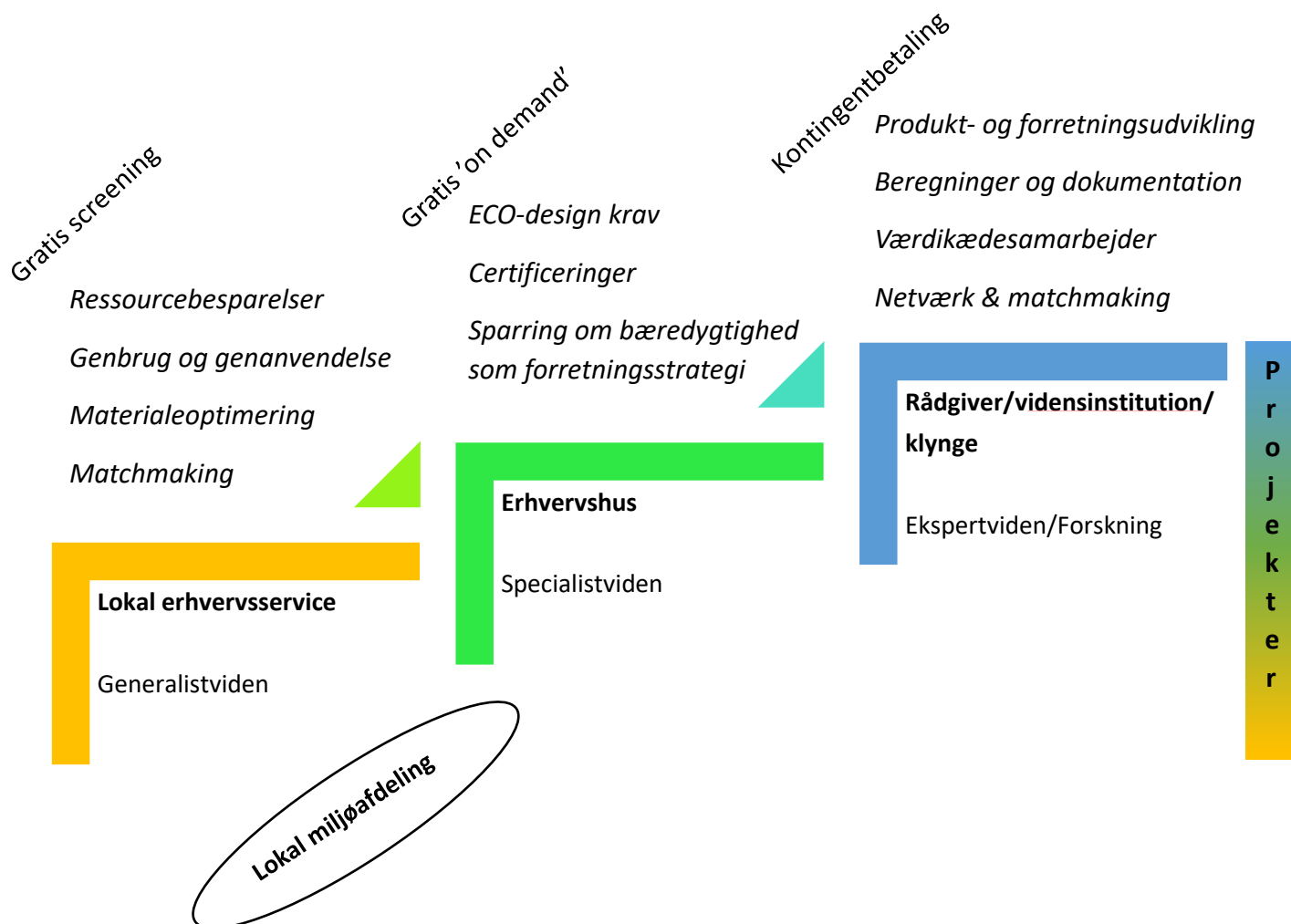
På screeningsbesøget bidrager kommunen blandt andet med forretningsforståelse i samspil med forståelse for hvordan ressourcer kan spares, genbruges eller genanvendes - hos virksomheden selv eller hos en anden virksomhed/forsyning.

#### Specialiseret virksomhedsvejledning

Erhvervshusets specialiserede vejledning tager afsæt i den første screening, og vil have til formål at hjælpe virksomheden med at arbejde strategisk og forretningsmæssigt med deres grønne omstilling. Det kan f.eks. dreje sig om identifikation af relevante grønne initiativer via systematisk screening ved hjælp af Erhvervshusenes bæredygtighedshjul og beregning og dokumentation af CO<sub>2</sub> aftryk, herunder en introduktion til Erhvervsstyrelsens CO<sub>2</sub>-beregningværktøj, *Klimakompasset*. Vejledningen kan også omhandle miljømærker, certificeringer og standarder, bæredygtige værdikæder, samt gennemtænkt kommunikation og markedsføring af grønne produkter og tiltag (undgå green washing).

Erhvervshuset kan desuden gennem sin knudepunktsfunktion henvise virksomheden til andre aktører og mere specialiserede tilbud og ekspertviden (f.eks. klynger, vidensinstitutioner og private rådgivere).

Ligeledes administrerer og organiserer Erhvervshuset kompetenceudviklingsforløb og finansieringsprogrammer, som kan støtte virksomhederne i deres vej videre i grøn omstilling.



Figur 2: Erhvervsserviceflowet med kendetegn for grøn omstilling på de 3 trin

### Understøttelse af kommunerne i forhold til at gennemføre screeninger

Der gennemføres et kompetenceudviklingsforløb om grøn omstilling, cirkulær økonomi og bæredygtig forretningsudvikling for medarbejdere fra erhvervskontorerne og kommunernes miljøafdelinger. Kompetenceudviklingsforløbet tænkes tilrettelagt og gennemført i samarbejde med Aalborg Universitet og evt. andre relevante aktører.

Der udarbejdes en drejebogsskabelon og en 'værktøjskasse', som kan anvendes efter behov ved gennemførelse af screeningsbesøgene. Der findes allerede en række materialer, som eventuelt kan tilpasses til formålet, herunder f.eks. NBEs screeningsoverblik, *Bæredygtighedshjulet* og *Klimakompasset*.

Erhvervshus Nordjylland er ansvarlig for at gennemføre kompetenceudviklingsforløbet, herunder at afsøge muligheder for finansiering fra Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse eller andre. Erhvervshuset er ligeledes knudepunkt for dialogen mellem erhvervskontorerne, kommunernes miljøafdelinger, universitetet og Erhvervshuset i forhold til den nærmere tilrettelæggelse af kompetenceudviklingsforløbet og udarbejdelse af drejebog og værktøjskasse.

Kompetenceudviklingsforløbet skal tilrettelægges således, at kommunerne har mulighed for at lade et væsentligt antal medarbejdere deltage efter kommunens eget vurderede behov.

Der er brug for at tilføre finansiering til indsatsen omkring kompetenceudvikling og fælles værktøjer. Såfremt det ikke lykkes at finde ekstern finansiering, skal der findes en løsning mellem parterne i aftalen, så indsatsen kan gennemføres.

Den første del af kompetenceudviklingsforløbet forventes gennemført i løbet af efterår/vinter 2022, således at kommunerne er klar til screeningsarbejdet på virksomhederne i 2023. Drejebog og værktøjskasse skal indgå som en del af kompetenceudviklingsforløbet, og det har således samme tidshorisont.

### Governance og videndeling

Samarbejdsaftalen skal danne grundlag for et tættere samspil mellem erhvervs- og miljøaktører i forhold til virksomhedernes grønne omstilling. De kommunale miljøchefer får med samarbejdet en tydelig kobling til NES-samarbejdet, og der gennemføres mindst 1 årligt temamøde i samarbejde mellem NES-kredsen og miljøchefgruppen. Det første 'NES+miljø'-arrangement gennemføres i 2022.

Der tilføres mange midler til den grønne omstilling, og i mange sammenhænge vil Erhvervshuset være et naturligt knudepunkt for især større implementeringsprojekter. Det forventes ligeledes, at kommunerne fortsat vil tage initiativ til udviklingsprojekter indenfor grøn omstilling i eget regi eller i samarbejde med andre kommuner, vidensinstitutioner og samarbejdsfora. Der skal være opmærksomhed på at dele viden om projekter og initiativer, således at vi skaber de bedste forudsætninger for at hjælpe hinanden og dermed virksomhederne.

Erhvervshus Nordjylland kan som knudepunkt hjælpe med til, at videndelingen sker, og at andre relevante aktører også bringes i spil eller inviteres til at tage en aktiv rolle, herunder også Norddanmarks EU-kontor ift. muligheder for finansiering og matchmaking udenfor Nordjylland. Erhvervshuset tager desuden initiativ til at identificere, hvordan informationer fra screeningsbesøgene kan deles mellem aktørerne for bedst muligt at kunne koordinere vejledningen og hjælpe virksomhederne.

Der findes allerede fora, hvor miljømedarbejdere mødes på tværs af Nordjylland, og i 2021 har Erhvervshus Nordjylland taget initiativ til at samle nøglemedarbejdere fra de lokale erhvervskontorer omkring grøn omstilling. Der skal arbejdes med, hvordan sparring og videnflow kan sikres mellem nøgleaktørerne. Ligeledes skal viden, som eksempelvis er skabt i regi af Netværk for Bæredygtig Erhvervsudvikling, bringes i spil i det fremadrettede arbejde.

### **Aftaleperiode**

Aftalen træder i kraft ved politisk godkendelse i 2022. Den evalueres med udgangen af 2023, hvor den eventuelt genforhandles.

**2.7**

**Pædagogdimensionering 2022/2023**



## **Sparringsgruppe på pædagogområdet - notat ift. dimensioneringen af pædagoguddannelsen på UCN i 2022-2023**

Nærværende notat er udarbejdet på baggrund af møde i sparringsgruppen på pædagogområdet den 12. januar 2022, følgelig henvises der i notatet til vurderinger, tilkendegivelser osv. fra møde.

På mødet deltog repræsentanter fra faglige organisationer, professionshøjskolen, regionen, kommunerne, ankerkommunen og KKR-sekretariatet. Forud for mødet blev der indsamlet erfaringer fra kommuner og region, som også blev drøftet i sparringsgruppen sammen med det materiale, som parterne bidrog med ind i processen. Det samlede materiale til mødet er sendt ud til alle parter, dvs. de faglige organisationer, professionshøjskolen, kommuner, ankerkommunen og region.

### *KKR – dimensioneringsopgave*

KKR Nordjylland har til opgave at dimensionere pædagoguddannelsen, SOSU-uddannelserne og PAU-uddannelsen i Nordjylland. KKR spiller en rolle i forhold til at sikre, at dimensioneringen af pædagoguddannelsen afspejler arbejdsgivernes behov, og at kommunerne og Region Nordjylland stiller det aftalte antal praktikpladser til rådighed for UCN.

Kommunerne har som arbejdsgivere en fælles interesse i at få uddannet kvalificerede medarbejdere til kommunen og veluddannede borgere, som kan være med til at sikre væksten i kommunerne.

### *KKR – tidligere beslutninger og ændringer af rammevilkår*

KKR Nordjylland besluttede på deres møde den 27. februar 2015, at dimensioneringen af studiepladser på pædagoguddannelsen i Region Nordjylland skulle nedsættes med 10 pct. over tre år, således at der om tre år skulle oprettes 405 studiepladser mod 450 tidligere, da stigningen i behov for pædagoger på nye områder ikke kunne opveje det markant faldende behov for pædagoger i Nordjylland som konsekvens af det samlede fald i børnetallet i de nordjyske kommuner. Den neddimensionering er fuldt implementeret pr. udgangen af 2018.

Samtidig blev fordelingen mellem specialiseringsretninger ligeledes fastsat til hhv. ca. 40 pct. i dagtilbudspædagogik, ca. 20 pct. i skole- og fritidspædagogik og ca. 40 pct. i social- og specialpædagogik. Dette i erkendelse af, at udviklingen på det tidspunkt var den, at der var faldende behov på dagtilbudsområdet, samtidig med at behovet var stigende på social- og specialområdet.

Efterfølgende er fordelingsnøglen mellem kommunerne ligeledes blevet revideret af KKR Nordjylland på møde den 15. april 2016 for bedre at tage hensyn

Dato: 27. januar 2022

Sags ID: SAG-2016-04838  
Dok. ID: 3178455

E-mail: HAST@kl.dk  
Direkte:

Aalborg Kommune  
Boulevarden 13  
9000 Aalborg

[www.kl.dk/kkr-nordjylland](http://www.kl.dk/kkr-nordjylland)  
Side 1 af 5

til den samlede opgaveportefølje på pædagogområdet, dvs. at pædagoger ikke kun arbejder med børn og unge, men i stigende grad også arbejder på social- og specialområdet med folk i alle aldersgrupper, samtidig med at der er et vordende behov på ældreområdet.

Pr. 1. juli 2016 overgik pædagoguddannelsen på VIA University College i Thisted til University College Nordjylland (UCN), hvilket medførte, at Thisted og Morsø kommuners pædagogdimensionering overgik fra KKR Midtjylland til KKR Nordjylland. Dette medførte en de facto stigning i den samlede nordjyske dimensionering fra 405 til 469 studiepladser.

KKR Nordjylland godkendte på deres møde den 3. februar 2017 en dimensionering på 405 pædagogstuderende for studieåret 2017/2018 – i henhold til den 10 pct. neddimensionering, der blev besluttet den 27. februar 2015, plus de 64 pladser, der tilkommer den nordjyske dimensionering ved VIA Thistedes overgang til UCN.

KKR Nordjylland valgte på deres møde d. 13. marts 2018 at fastholde antallet af studiepladser og dermed godkende en dimensionering på 469 pædagogstuderende for studieåret 2018/2019 samt fastholde fordelingen mellem specialiseringsretninger. I forbindelse hermed ønskede KKR Nordjylland ligeledes en fortsat opmærksomhed på udviklingen i børnetal og behovet på ældreområdet og ville i den forbindelse følge behovet for studiepladser tæt over den kommende tid.

KKR Nordjylland valgte på deres møde d. 8. februar 2019 at øge det nuværende antal af studiepladser, og godkendte derfor en dimensionering på 492 studerende for studieåret 2019/2020. Samtidig fastholdt KKR fordelingen mellem specialiseringsretninger, men med et ønske om at den blev fulgt nøje over den kommende tid ift. en evt. tilpasning i fremtiden. Den opdimensionering vil være fuldt implementeret ifm. vinteroptaget 2020.

KKR Nordjylland besluttede på deres møde d. 5. februar 2020 igen at øge det nuværende antal studiepladser, og godkendte derfor en dimensionering på 517 studerende for studieåret 2020/21. Fordelingen mellem specialiseringsretninger blev igen fastholdt på nuværende niveau.

I forbindelse med Covid-19 situationen indgik regeringen og de øvrige partier en aftale om, at der skulle oprettes 4.500 ekstra studiepladser på de videregående uddannelser i 2020 og 2021, samt en ambition om at specifikt øge antallet af studiepladser på velfærdsuddannelserne med 500 pladser på landsplan. Efter en hurtig proces i kommunerne lige op til sommeren 2020, så blev det aftalt, at de nordjyske kommuner godkender, at der ekstraordinært etableres 38 ekstra studiepladser på pædagoguddannelsen.

KKR Nordjylland besluttede på deres møde d. 5. februar 2021 at fastholde det nuværende antal studiepladser, og godkendte derfor en dimensionering på 517 studerende for studieåret 2021/22. Fordelingen mellem specialiseringsretninger blev samtidig fastholdt på nuværende niveau. KKR Nordjylland gjorde samtidig opmærksom på, at det var vigtigt at følge området nøje.

Dato: 27. januar 2022

Sags ID: SAG-2016-04838  
Dok. ID: 3178455

E-mail: HAST@kl.dk  
Direkte:

Aalborg Kommune  
Boulevarden 13  
9000 Aalborg

[www.kl.dk/kkr-nordjylland](http://www.kl.dk/kkr-nordjylland)  
Side 2 af 5

### *Arbejdskraftreserve og rekruttering*

Dato: 27. januar 2022

Sags ID: SAG-2016-04838

Dok. ID: 3178455

E-mail: HAST@kl.dk

Direkte:

Aalborg Kommune

Boulevarden 13

9000 Aalborg

[www.kl.dk/kkr-nordjylland](http://www.kl.dk/kkr-nordjylland)

Side 3 af 5

Fra SL's side blev der givet udtryk for, at der opleves generelt pres ift. at få kvalificeret personale, både på voksen- og på børneområdet. Her opleves presset både i storbyerne, som f.eks. Aalborg, men også i yderområderne. SL gjorde samtidig opmærksom på, at deres tal viser, at der er relativt lav ledighed blandt deres medlemmer, samtidig med at SL oplever, at der kommer få ansøgninger til faste stillinger. Fra SL's side blev der gjort opmærksom på, at arbejdsmarkedet er afhængigt af en rimelig stor ledighedsbuffer i forhold til at få dagligdagen til at hænge sammen mht. vikardækning m.m. Følgelig var der en bekymring for, om arbejdskraftreserven er tilstrækkelig til at kunne imødekomme denne efterspørgsel efter arbejdskraft.

BUPL gav samtidig udtryk for, at der er meget få ledige, som kan anvendes som vikarer. Samtidig fremlagde BUPL en oversigt, som viser at mange pædagoger står til at forlade arbejdsmarkedet indenfor de kommende 5 år.

Region Nordjylland gav udtryk for store rekrutteringsudfordringer på socialområdet. Her blev det også nævnt, at det på sigt kunne undersøges, om de private opholdssteder aftager flere pædagogiske medarbejdere end tidligere oplevet. Regionen gav også udtryk for, at rekrutteringsudfordringerne både gør sig gældende i storbyerne og i yderområderne.

Fra kommunal side blev der også givet udtryk for mange af de samme udfordringer, som de øvrige parter har sat ord på, selvom der også var kommuner, som ikke pt. oplever rekrutteringsudfordringer. Kommunerne gav samtidig udtryk for, at de ofte mangler kvalificeret pædagogisk arbejdskraft, med de rigtige kompetencer, samt at uddannelsen bør målrettes mod fremtidens efterspørgsel og arbejdsmarked. Dette gør sig i særlig grad gældende på det specialiserede socialområde.

Ligeledes blev der fra kommunal side foreslået, at parterne omkring pædagoguddannelsen kunne overveje en fælles strategi/indsats omkring rekruttering til uddannelsen og faget. Kommunerne pegede ligeledes på meritpædagoger som en mulighed, der kan medvirke til at løse rekrutteringsudfordringerne. UCN gjorde klart, at dette også er et fokusområde.

Arbejdsmarkedsbalancen fra Arbejdsmarkedskontor Midt-Nord har i de senere år vist en situation med 'gode jobmuligheder' ift. pædagoger, hvilket tyder på, at stillingsbetegnelsen ikke er præget af rekrutteringsproblemer i Nordjylland.

Det bemærkes herudover, at der er fortsat fokus på at afklare mulighederne for at øge andelen af praktikpladser til pædagogstuderende på de kommunale ældreområder. Dette ud fra en betragtning om, at der anses stort potentiale i at øge andelen af pædagoger fremadrettet til f.eks. demensområdet samt på handicapområdet, hvor andelen af ældre handicappede borgere har været stigende i de senere år. På sigt vil det blive nødvendigt at tage hensyn til dette arbejde også ifm. vurderingen af det fremtidige behov for pædagogisk arbejdskraft.

Dato: 27. januar 2022

Sags ID: SAG-2016-04838  
Dok. ID: 3178455

E-mail: HAST@kl.dk  
Direkte:

Aalborg Kommune  
Boulevarden 13  
9000 Aalborg

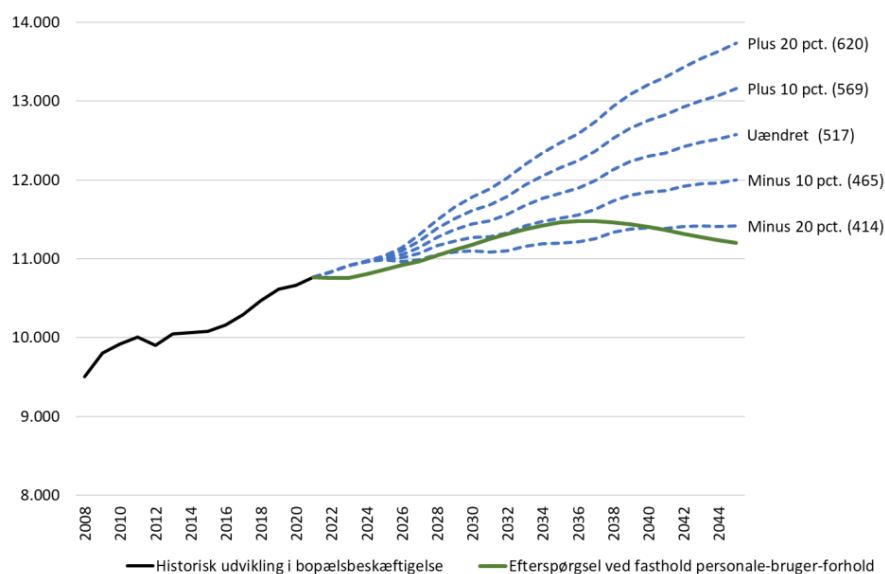
www.kl.dk/kkr-nordjylland  
Side 4 af 5

## KL's fremskrivning af udbud af og efterspørgsel efter pædagogarbejdskraft – 2021

KL har udarbejdet en fremskrivning, som har indgået i grundlaget for dimensioneringen af pædagoguddannelsen på UCN for studieårene 2017/2018, 2018/2019, 2019/2020, 2020/2021 og igen i år.

Fremskrivningerne viser, at den nuværende dimensionering (517 inkl. overbookning) alt andet lige vil øge udbuddet af beskæftigede pædagoger i Nordjylland mere, end efterspørgslen på det nuværende niveau vil stige. De viser samtidig, at den nuværende balance vil kunne fastholdes selv med en sænkning af dimensioneringen på 10 procent.

Figur 1: Fremskrivning af udbud af og efterspørgsel efter pædagogarbejdskraft i Nordjylland



Dette medfører, ifølge KL's fremskrivning, at der bliver uddannet flere pædagoger i Nordjylland, end der efterspørges over de kommende år (jf. ovenstående graf helt frem til 2044). Samtidig bemærkes følgende:

- At fremskrivningerne naturligvis er behæftet med usikkerhed
- At fremskrivningen på landsplan viser en vis mangel – primært i Hovedstaden.
- At pædagoger generelt er attraktiv arbejdskraft, så flere pædagoger vil typisk ikke føre til væsentlig højere ledighed
- At ledigheden i Nordjylland er den højeste i landet, men at ledigheden dog er relativt lav (4,4 pct.) og forskellene i ledighed mellem regionerne små.
- At Nordjylland siden 2008 har haft den største vækst i beskæftigede pædagoger per borger inden for opgaver vedrørende både mindre børn, større børn og voksne.
- At et skøn for minimumsnormeringerne er indarbejdet i fremskrivningerne.

### DAMVAD Analytics – Behovet for velfærdsuddannede i 2030

Damvad Analytics har i april 2021 udgivet en analyse, der viser, at efterspørgslen efter pædagoger i Nordjylland vil stige med 17,7 pct. frem mod

2030, samtidig med at udbuddet vil stige med 5,7 pct. Det vil sige, at der vil mangle ca. 1.200 pædagoger i 2030.

### *Forestående dimensioneringsproces*

Demografisk er der visse forskelle på de nordjyske kommuner, hvor det især er Aalborg og Rebild kommuner, der har tilvækst i børne- og ungealdersgruppen, samtidig med de øvrige kommuner står overfor en uændret situation eller en nedgang i samme aldersgruppe.

Jf. ovenstående afsnit ift. KL's fremskrivning, så viser den, at der i Nordjylland over det kommende år vil være en vis grad overproduktion af pædagogisk arbejdskraft. Herudover viser Arbejdsmarkedsbalancen, at pædagogområdet ikke er præget af rekrutteringsudfordringer.

Derimod viser Damvads analyse en mangel på pædagoger på sigt. Samtidig er der tegn på rekrutteringsudfordringer på socialområdet og dagtilbudsområdet, hvor der på tværs af parterne er enighed om, at disse har været i vækst over senere tid.

Der gøres samtidig opmærksom på, at dansk samfund pt. befinder sig i en situation præget af historisk høj beskæftigelse, men samtidig at parterne nu over længere tid har oplevet voksende rekrutteringsudfordringer.

Sparringsgruppen har drøftet de foreliggende analyser og indstiller, at dimensioneringen af pædagoguddannelsen på UCN hæves. Dette er drøftet på møde ml. Børne- og Ungedirektørkredsen og DAS Social d. 28. januar 2022. På baggrund af den drøftelse anbefales det at hæve dimensioneringen med 20 pct.

### *Indstilling*

Følgelig indstilles det, at Børne- og Ungedirektørkredsen tager stilling til en anbefaling om at hæve dimensioneringen af pædagoguddannelsen på UCN med 20 pct. (svarende til 103 studiepladser i studieåret 2022/2023).

Det vil sige, at UCN kan oprette 620 studiepladser på pædagoguddannelsen i studieåret 2022/2023. De pladser fordeler sig på UCN's pædagoguddannelser i Hjørring, Thisted og Aalborg.

Der vurderes fortsat ikke behov for at ændre i fordelingen mellem specialiseringsretninger, men den skal følges nøje over den kommende tid ift. en evt. tilpasning i fremtiden.

Den nuværende fordeling er følgende:

- Dagtilbudspædagogik: ca. 40 pct.
- Skole- og fritidspædagogik: ca. 20 pct.
- Social og specialpædagogik: ca. 40 pct.

Dato: 27. januar 2022

Sags ID: SAG-2016-04838  
Dok. ID: 3178455

E-mail: HAST@kl.dk  
Direkte:

Aalborg Kommune  
Boulevarden 13  
9000 Aalborg

[www.kl.dk/kkr-nordjylland](http://www.kl.dk/kkr-nordjylland)  
Side 5 af 5

**2.8**

**Regnskab og budget – fællessekretariater**

## Det fælleskommunale Sundhedssekretariat: Regnskab 2021 og budget 2022

Poster	Budget 2021		Regnskab 2021		Budget 2022	
	Udgifter	Indtægter	Udgifter	Indtægter	Udgifter	Indtægter
Indkrævet hos kommunerne		1.579.705		1.579.705		1.611.299 <sup>1</sup>
Overført overskud		588.866		588.866		662.729
Husleje	33.076		32.676		33.076	
Løn	1.317.296		1.365.648		1.397.835	
IT, tele, licenser og abonnementer	40.000		19.227		40.000	
HR, intern service og økonomiopfølgning (Aalborg Kommune)	35.000		35.000		35.000	
Administrationsudgifter og kontorhold	10.000		1.832		10.000	
Mødeafholdelse	25.000		2.474		25.000	
Transport, kørsel og parkering	25.000		12.625		25.000	
Deltagelse i kurser, konferencer og efteruddannelse	30.000		4.095		30.000	
Indkøb af IT-udstyr	10.000		11.699		10.000	
System for indberetning af hjerterehabiliteringsdata	0		0		55.000	
Afholdelse af arrangementer	70.000		20.566		70.000	
Implementering af sundhedsreform/ny organisering samt proces med sundhedsaftale 2023 <sup>2</sup>	100.000		0		100.000	
Data vedr. vederlagsfri fysioterapi og sundhedsaftale	200.000		0		200.000	
Ny hjemmeside	30.000		0		30.000	
Pulje til initiativer i Sundhedsdirektørernes Forretningsudvalg samt uforudsete udgifter	243.199		0		213.117	
<b>I alt</b>	<b>2.168.571</b>	<b>2.168.571</b>	<b>1.505.842</b>	<b>2.168.571</b>	<b>2.274.028</b>	<b>2.274.028</b>
<b>Overskud/underskud</b>	<b>0</b>		<b>662.728</b>		<b>0</b>	

<sup>1</sup> Beløbet som indkræves hos kommunerne i 2022 svarer til de indkrævede midler i 2021 fremskrevet med den generelle pris- og lønudvikling (2,0% for 2021/2022). PL-satsen på 2,0% for 2021/2022 er den forventede PL-sats, som vil blive tilrettet ved opkrævningstidspunktet ultimo 2022, når den endelige PL-sats er udregnet.

<sup>2</sup> I budget 2021 var denne budgetpost benævnt "Udmøntning af ny sundhedsaftale", men med den kommende sundhedsreform og tilhørende ny organisering er budgetpostens navn justeret.

**2.8**

**Regnskab og budget – fællessekretariater**



## Sekretariat for Nordjysk Socialaftale: Regnskab 2021 og budget 2022

Poster	Budget 2021		Regnskab 2021		Budget 2022	
	Udgifter	Indtægter	Udgifter	Indtægter	Udgifter	Indtægter
Indkrævet hos kommunerne		1.755.688		1.755.688		1.790.801 <sup>1</sup>
Overført overskud		370.426		370.426		352.579
Husleje	40.000		38.906		39.306	
Løn	1.388.862		1.328.667		1.298.979*	
IT, tele, licenser og abonnemeter	40.000		39.716		39.670	
HR, intern service og økonomiopfølgning (Aalborg Kommune)	70.000		70.000		70.000	
Administrationsudgifter og kontorhold	12.000		3.039		12.000	
Mødeafholdelse	30.000		1.521		21.000	
Transport, kørsel og parkering	20.000		15.720		20.000	
Deltagelse i kurser, konferencer og efteruddannelse	45.000		42.498		45.000	
Afholdelse af arrangementer	80.000		0		80.000	
Udmøntning af Nordjysksocialaftale	100.000		0		100.000	
FU godkendte initiativer	300.252		233.468		417.425	
<b>I alt</b>	<b>2.126.114</b>	<b>2.126.114</b>	<b>1.773.535</b>	<b>2.126.114</b>	<b>2.143.380</b>	<b>2.143.380</b>
<b>Overskud/underskud</b>	<b>0</b>		<b>352.579</b>		<b>0</b>	

\*Lønbudgettet er ændret fra 2021 grundet måneder med vakant stilling.

<sup>1</sup> Beløbet som indkræves hos kommunerne i 2022 svarer til de indkrævede midler i 2021 fremskrevet med den generelle pris- og lønudvikling (2,0% for 2021/2022). PL-satsen på 2,0% for 2021/2022 er den forventede PL-sats, den vil blive tilrettet ved opkrævningstidspunktet ultimo 2022, når den endelige PL-sats er udregnet.