

Danske Døves Landsforbunds (DDL) kommentarer i forbindelse med evaluering af kommunalreformen:

Undervisningstilbud

Først og fremmest bør ansvaret for døde børn og døvblinde børn ikke ligge hos kommunerne. Antallet af disse børn er alt for lille til at kunne håndteres af de enkelte kommuner. Der kræves en indgående viden om og forståelse for døde børn og dansk tegnsprog.

Vi frygter, at børnene bliver tabt på gulvet på grund af manglende tosproglige/tegnproglige miljøer, og dette vil have konsekvenser for ikke alene barnets intellektuelle men også følelsesmæssige udvikling. Døvfødte børn er forskellige og har forskellige behov. Nogle kan efter en CI-operation klare sig fint i hørende skoler, andre klarer sig fint i skoler med tegn/tegnprogmiljø. Den danske stat bør påtage sig ansvaret for at sikre, at døde og hørehæmmede børn samt børn med CI *har adgang til tegnsprog fra den dag, de bliver født - og ikke mindst adgang til det mest kvalificerede undervisningstilbud.*

Tilbuddene forsvinder og lukkes før tal og fakta er på plads

DDL har i flere år kæmpet for, at undervisningen af døde børn - uanset antal - skulle kvalitetsikres, evalueres og dokumenteres, både på specialskolerne, centerskolerne og i almindelige folkeskoler. Det er dybt bekymrende, at tegn- og tegnsprogstilbuddene svinder ind eller helt forsvinder, førend det er undersøgt tilstrækkeligt, hvilken betydning de forskellige tilbud har for døvfødte børn med eller uden CI.

Desværre bekræfter evalueringen af kommunalreformen, at der mangler nationalt overblik over udbuddet af specialiserede tilbud og indsats. I evalueringen foreslås, at der oprettes en national koordinationsstruktur,

Ift. de to konkrete modeller, der er anbefalet i evalueringen af kommunalreformen, vil vi på det kraftigste anbefale en tredje model - en national myndighed

Der bør etableres en national myndighed for alle børn med høretab, der skal have ansvar for specialundervisningen af døde og døde med tillægshandicap og døvblinde. Denne myndighed skal sikre, at der skabes overblik over og en evidensbaseret viden om undervisning af disse forskellige grupper. Myndigheden skal således samle viden

om, registrere og evaluere de eksisterende foranstaltninger til døve/hørehæmmede og døvblinde børn (herunder undervisningsmetoder, pædagogikker og ikke mindst sprogvvalg) således at alle - forældre, børn såvel som voksne med høretab, politikere, interesseorganisationer og professionelle - hurtigt kan skabe sig et overblik. Myndigheden skal også koordinere de forskellige tilbud til børn med høretab og sikre, at der til enhver tid er de mest optimale tilbud til alle.

Modellerne, man kender fra **Norge (www.statped.no)** og **Sverige (www.spsm.se)**, kan bruges som inspiration til den nye danske nationale myndighed indenfor specialundervisning af døvegruppen. Vi vil på det kraftigste anbefale, at man kigger på den svenske model: www.spsm.se

Her har staten ansvaret for døveundervisningen, ligesom der er offentligt tilgængelige og overskuelige oplysninger om de forskellige tilbud, der eksisterer på området. Enhver kan således gå ind på siden og finde alle oplysninger om forskellige specialtilbud på undervisningsområdet.

CI er stadig forholdsvis nyt, og vi mangler viden om, hvordan børn med høretab sikres en ordentlig og kvalificeret undervisning i Danmark, bl.a. fordi systemet er ugenomsigtigt, og man har aldrig lavet forskning på området. Vi mangler forskningsbaseret viden om resultaterne af de (meget) forskellige pædagogiske tilgange (fra tosproglig undervisning til AVT træning) herunder især viden om betydningen af brugen af tegnsprog i barnets opvækst og undervisning.

En national model skal efter vores mening sikre, at der altid vil være tre skolemodeller at vælge mellem for børn med høretab. Ethvert barn med høretab skal have de samme muligheder – uanset graden af høretab og udbyttet af CI. Ønsker barnet og forældrene muligheden for en højt kvalificeret døveundervisning fra starten eller et tegnsprogligt miljø senere i skoleforløbet, bør det være muligt, uanset hvilken kommune barnet bor i.

Den nationale myndighed skal således sikre, at der er tilbud om tre forskellige skolemiljøer,

a. Et skolemiljø med dansk skriftsprog og dansk tegnsprog

b. Et skolemiljø hvor der er plads til tale og tegnsprog, dvs. et tosproget miljø med tre modaliteter; dansk skriftsprog, dansk tale og dansk tegnsprog.

c. Et skolemiljø der er baseret på dansk tale (og dansk skrift).

Samtidigt ønsker vi som brugerorganisation at være involveret i den pågående udvikling af døveundervisningen. Ifølge FN's handicapkonventions artikel 4, nr. 3, skal vi som brugere involveres i alle sager, som vedrører os selv.

De objektivt finansierede specialrådgivningsydelser

Vi er desuden meget bekymrede ved udsigten til, at man overvejer at ændre ved finansieringsformen af de objektivt finansierede specialrådgivningstilbud, således som det omtales s. 177 i rapporten.

Døvekonsulentordningen dækker mange sektorer bl.a., arbejdsmarkedet, uddannelsesområdet og familieområdet, der ikke naturligt hører hjemme i VISO, som er et af forslagene til styring af de nuværende objektive specialrådgivningsydelser.

Vi er meget bekymret for, at VISO ikke er i stand til at håndterer rådgivning over for over 1200 personer der årligt modtager rådgivning fra døvekonsulenterne. Vi er også bekymret for, at VISO ikke vil se en stor del af døvekonsulenternes ydelser som så specialiserede, at de vil falde indenfor deres ramme.

Med hensyn til abonnementsordninger så er vores erfaring, at det er meget vanskeligt at etablere. Vi tror heller ikke solidariteten kommunerne imellem vil være særlig stor på området. Det vil formentlig betyde, at flere kommuner, med mange døve borgere, vil etablere deres egen rådgivning i deres eksisterende systemer, og kommuner med få døve borgere ikke vil lave aftaler. Det betyder en landsdækkende ordning ikke vil være mulig at fastholde, hvilket vil være en katastrofe for ordningens mange brugere.

Derfor må vi på det kraftigste råde til, at man ikke ændrer på finansieringsformen af døvekonsulentordningen.

Venlig hilsen

Janne Boye Niemelä
Landsformand
Danske Døves Landsforbund



Danske Handicaporganisationer
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 1777
Fax: 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Til
Økonomi- og Indenrigsministeriet,
e-mail:komoko@oim.dk; khs@oim.dk

Taastrup, den 8. april 2013
Sag 16-2013-00222– Dok. 113502 SL/mmh/js/kft

Danske Handicaporganisationers (DH's) høringssvar til evalueringen af kommunalreformen

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning og DH's anbefalinger	2
Sammenfatning.....	2
DH's anbefalinger på socialområdet	4
DH's anbefalinger på specialundervisningsområdet.....	6
De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud	6
Den kompenserende specialundervisning	7
DH's anbefalinger på sundhedsområdet	7
Introduktion	10
Specifikt om Hovedudvalgets vurderinger og anbefalinger.....	15
Sundhedsområdet	15
Opgaver og finansiering	15
Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis.....	16
Sundheds-it.....	18
Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats.....	19
Genoptræning efter udskrivning fra sygehus	20
Indsatsen for patienter med psykisk sygdom	24
Socialområdet.....	25
Opgaver og finansiering	25
Understøttelse af den specialiserede sociale indsats	32
Placering af tilbud	43

Effektiv drift af tilbud	44
De specialiserede undervisningstilbud	46
Lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud.....	46
Kompenserende specialundervisning – Kommunikationscentrene	49

Sammenfatning og DH's anbefalinger

Sammenfatning

Kommunalreformen skulle skabe en moderne offentlig sektor, der leverer ydelser af høj kvalitet til borgerne og er rustet til fremtidens udfordringer. Målene skulle opnås gennem sammenlægning af kommuner og oprettelse af regionerne, så de respektive enheder ville blive fagligt og økonomisk bæredygtige. Samtidig fik kommunerne hovedansvaret for størstedelen af handicapområdet, hvilket skulle give borgerne én samlet indgang til det offentlige og dermed betyde en mere sammenhængende og koordineret indsats.

Evalueringen finder, at kommunalreformen generelt har levet op til målsætningerne, og at den faglige bæredygtighed på nogle områder er blevet styrket. Den finder dog også betydelige problemer, bl.a. på det specialiserede socialområde, -undervisningsområdet og det kommunale sundhedsområde. Udvalget konkluderer derfor, at der på nogle områder er behov for ”opgavejusteringer” og ændringer af ”samarbejdsstrukturer”.

Evalueringen bekræfter dermed erfaringerne fra og undersøgelser blandt DH's 32 medlemsorganisationer, der på flere områder oplever, at kommunalreformen ikke har levet op til forventningerne blandt de mere end 320.000 medlemmer. Kommunerne har ikke formået at sikre den nødvendige viden og indsatser, der kræver samarbejde udover kommunegrænserne. Samtidig har kommunerne hverken dokumenteret udviklingen eller kvaliteten i de indsatser, der er oprettet siden kommunalreformen. Tilbagemeldinger fra handicaporganisationernes medlemmer tyder klart på, at mange borgere med handicap ikke har fået de tilbud, de har behov for på grund af deres funktionsnedsættelse.

For DH er det derfor helt afgørende, at der som følge af evalueringen tages hånd om de mange problemer, som reformen har medført for personer med handicap. Problemerne kan bl.a. føres tilbage til utilstrækkeligheden i den ”styringslogik” og de incitamentsstrukturer, som kommunalreformen medførte.

På sygehusområdet førte kommunalreformen til specialeplanlægning, hvor Sundhedsstyrelsen fik ansvaret for at planlægge og monitorere de specialiserede indsatser på baggrund af dokumentation, størst mulig evidens og forskningsbaseret viden. Resultatet har været øget produktion, kvalitet og effektivitet.

Socialområdet, uddannelsesområdet og sundhedsområdet i kommunalt regi blev derimod i vidt omfang overladt til det kommunale selvstyre med udgangspunkt i decentralisering og uforpligtende frivillige samarbejder om de opgaver, som kommunerne selv oplever, at de er for små til selv at løse. Herudover blev der på socialområdet indført et markedsprincip om køb og salg af forskellige former for ydelser og tilbud. Evalueringen og erfaringerne fra de sidste 5 år viser, at denne styringslogik har haft en række negative konsekvenser for såvel borgere med handicap som for anvendelsen af samfundets ressourcer.

DH's overordnede ønske til den kommende politiske proces ifm. evalueringen er derfor, at kommunerne skal **forpligtes** til at samarbejde om de opgaver og specialiserede indsatser, der kræver tværkommunalt samarbejde om løsningerne. Forpligtelsen skal ske på baggrund af en national centralt forankret **vidensopsamling** og **planlægning**.

Den politiske opfølgning på evalueringen skal herudover sikre, at de rette tilbud også bliver tilbudt og **anvendt** af de borgere, der har behov for dem. Det skal bl.a. ske ved, at der skabes de nødvendige økonomiske incitamenter, som skal understøtte efterspørgslen og gennem styrket sagsbehandling/udredning samt effektiv dokumentation og monitorering.

DH mener, at hverken evalueringen eller dens anbefalinger er tilstrækkeligt ambitiøse og forpligtende til at sikre de nødvendige forbedringer. Evalueringen er foretaget inden for alt for snævre kommissorier og giver derfor kun mere eller mindre tilfældige nedslagspunkter ift. de ændringer, kommunalreformen har medført. Herudover er brugernes oplevelser næsten ikke blevet inddraget i evalueringen. Endelig tager evalueringen ikke stilling til hverken udviklingen eller kvaliteten i mange af indsatserne siden kommunalreformen. På flere områder kommer evalueringen derfor heller ikke omkring det ellers helt afgørende spørgsmål: Får borgerne de tilbud, de har behov for?

DH kan godt være bekymret over, at der ikke er en parallel og inkluderende udvikling vedrørende vurderingen på tværs af hele handicapområdet. Psykiatriområdet skal således "løses" i et selvstændigt udvalg, som ikke skal rapportere på samme tidspunkt og i sammenhæng med nærværende evaluering. DH frygter, at der kan komme forslag til løsninger, som enten ikke kan ses eller blive set som understøttende andre initiativer.

DH har selv lavet tre spørgeskemaundersøgelser om konsekvenserne af kommunalreformen samt afholdt en række møder med de 32 medlemsorganisationer, der bekræfter, supplerer og nuancerer de problemer, som evalueringen viser. Resultaterne understreger samtidig behovet for akut politisk handling. På den baggrund har DH formuleret en række anbefalinger til den kommende politiske proces.

Høringssvaret indeholder en lang række forslag og anbefalinger, hvorfor nedenstående skal ses som nogle af de mest centrale.

DH's anbefalinger på socialområdet

Underarbejdsgruppen på det specialiserede socialområde kom med følgende vigtige vurdering om sikring af den specialiserede indsats:

”Det er... helt afgørende, at de kommunale samarbejder styrkes, og at der er incitamenter til dels at drive de særligt specialiserede tilbud, dvs. der er en vis sikkerhed for driften, samt at kommunerne også får øgede incitamenter til at efterspørge tilbuddene.” (Underarbejdsgruppen, s. 71).

DH mener, at løsninger for at understøtte og sikre den specialiserede og tværkommunale indsats på socialområdet, skal kunne håndtere denne sammenhængende problemstilling, som underarbejdsgruppen peger på. Det er afgørende vigtigt, at en løsning både forholder sig til sikringen af den specialiserede viden/indsats og til efterspørgslen af den specialiserede viden/indsats. Dette kræver en række tiltag, der tilsammen vil sikre den specialiserede og tværkommunale indsats, og DH har i den forbindelse følgende anbefalinger:

Nationalt overblik over den eksisterende specialiserede viden samt systematisk dokumentations- og vidensopbygning

DH finder det helt afgørende for planlægningen og udviklingen af indsatsen på det specialiserede socialområde, at der skabes overblik over eksisterende viden og opbygges en systematisk dokumentation og viden på det specialiserede social- og specialundervisningsområde. DH foreslår, at Socialstyrelsen får til opgave at spille en stærk rolle i indsamling og opbygning af viden – suppleret af andre relevante aktører på området, herunder handicaporganisationerne.

National specialeplanlægning af den specialiserede og tværkommunale indsats på social- og specialundervisningsområdet – ikke kun koordinering

Evalueringen finder, at kommunerne i høj grad har ”hjemtaget” – og planlægger at hjemtage – opgaver, og at en række specialiserede tilbud har været nødt til at lukke med deraf følgende risiko for af-specialisering. Evalueringen anbefaler derfor en National Koordineringsstruktur for at understøtte den specialiserede sociale indsats.

DH mener ikke, at den foreslåede model er tilstrækkelig forpligtende og anbefaler i stedet en egentlig national specialeplanlægning på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet. Staten bør have det overordnede ansvar for at sikre den nødvendige tværfaglige og vidensbaserede dokumentation som grundlag for en statsligt forankret planlægning af den specialiserede og regionale/tværkommunale indsats. Planlægningen skal udgøre rammen for organisering, dimensionering og indholdet af indsatsen, herunder fastsætte tydelige kvalitetskriterier for den socialfaglige indsats på området. Planlægningen skal også sætte fokus for udviklingen mhp. kontinuerligt at øge kvaliteten og effektiviteten.

Lovgivningsmæssige krav til finansiering af visse specialiserede tilbud og en fleksibel finansieringsmodel tilpasset tilbuddenes særlige forudsætninger

Evalueringen konkluderer, at der er problemer med den markedsbaserede finansieringsmodel på socialområdet, særligt i forhold til sikring af de specialiserede tilbud. Takstfinansieringen stiller krav til tilbud om at reagere på efterspørgslen, hvilket gør specialiserede tilbud særligt sårbare.

DH mener, at det er nødvendigt med et opgør med den rene markedsmodel på det specialiserede socialområde. Markedsmodellen sikrer ikke de specialiserede tilbud, hvor der er behov for et stort befolkningsgrundlag og modvirker på flere områder en omkostningseffektiv drift. DH anbefaler, at der som del af ovennævnte specialeplan udarbejdes en analyse af hvilke finansieringsmodeller, der bedst sikrer de nødvendige specialiserede tilbud under hensyntagen til ønsket om fleksibilitet, udvikling og omkostningseffektivitet.

Styrket faglighed i sagsbehandlingen og visitation til specialiserede tilbud

DH oplever, at væsentlige problemer ifm. kommunalreformen vedrører problemer med sagsbehandling og visitation, der ofte er baseret på manglende viden og økonomisk kassetænkning.

DH anbefaler, at sagsbehandlingen/visitationen styrkes gennem øgede krav til faglighed og inddragelse af relevant viden. Det kan bl.a. ske ved, at der stilles krav til kommunerne om, at de ifm. sagsbehandlingen skal efterspørge viden, når de ikke selv råder over den nødvendige faglighed. Der bør i den forbindelse udarbejdes nationale, forpligtende retningslinjer for, hvornår sagsbehandleren skal indhente og benytte specialiseret viden. Retningslinjerne kan være med til at identificere, hvilke grupper blandt personer med handicap, der kan have gavn af forskellige grader af specialiserede tilbud og indsatser. Ved at fokusere på grupper med sammenlignelige behov er det muligt at styrke visiteringen, at fokusere og forbedre de enkelte tilbud samtidig med, at ressourcerne anvendes mere optimalt.

Opgaver skal placeres der, hvor de løses bedst: Kommunalt, i tværkommunale samarbejder, regionalt, statsligt, i selvejende institutioner eller foreningsejede hospitaler/specialtilbud

Evalueringen finder, at den nuværende fordeling af tilbud mellem kommuner og regioner ikke er resultat af en samlet overvejelse af, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere opgaven med at drive bestemte typer af tilbud. Evalueringen anbefaler tre forskellige modeller for placering af opgaver: 1: Uændret opgavefordeling, 2: En kommunal model, 3: Regionalt ansvar for afgrænsede målgrupper.

DH mener, at ingen af de tre modeller giver den optimale fleksibilitet ift. placering af tilbud. Ud af de tre modeller vil DH dog foretrække model 3, hvor kommunerne som udgangspunkt – og inden for specialeplanlægningens rammer – får hovedansvaret for de fleste indsatser. Det er dog samtidig nødvendigt, at regionerne får ansvaret for nogle målgrupper, hvor

behovene kræver en tæt tilknytning til sundhedsvæsnet. Målgrupperne for disse indsatser vil ofte være små og dermed kræve et stort befolkningsgrundlag, fx personer med sjældne diagnoser. De relevante brugerorganisationer skal inddrages i drøftelserne om de konkrete opgavefordelinger. Det er endvidere afgørende, at ansvaret for såvel forsyningen af pladser/tilbud og for udredning og beslutning placeres entydigt.

Styrket rolle for civilsamfundet

Det generelt øgede fokus på civilsamfundets rolle og potentiale på velfærdsområdet siden kommunalreformen er ikke behandlet i evalueringen.

DH anbefaler, at civilsamfundet skal spille en større rolle end i dag – også på handicapområdet. Organisationerne kan udføre en række vigtige opgaver, fx ift. at skabe og bruge vigtig viden om hverdagslivet med et handicap. Civilsamfundet har ofte kontakt til borgerne før kommunerne, og skal derfor være en naturlig indgang for rådgivning og vejledning samt forebyggelse af behovet for indsatser fra myndighederne, bl.a. gennem etablering af netværk og kurser for personer med handicap og deres pårørende. Dette punkt går på tværs af borgernes behov for indsatser på forskellige tidspunkter af deres liv og omfatter derfor også – men ikke kun – det specialiserede socialområde.

DH's anbefalinger på specialundervisningsområdet

De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud

Evalueringen peger på store udfordringer ift. de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. Det fremgår bl.a., at der er et faldende elevtal til de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud, som udvander erfaringsopbygning og mulighederne for opretholdelse af et højt fagligt miljø. Endvidere peger evalueringen på, at der er en udfordring ift. en lille gruppe af elever med behov for tegnsprog og taktil kommunikation, som er afhængige af specialiserede undervisningstilbud. Evalueringen peger på to modeller til løsning: 1: Nuværende opgavefordeling med styrket, formaliseret koordinering, 2: Kommunal overtagelse af opgaven. Underudvalgets rapport foreslog også en tredje model i deres anbefalinger: 3: National videns- og specialrådgivningsenhed.

National videns- og specialrådgivningsenhed til sikring af den specialiserede viden på de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud

DH mener, at det er helt afgørende at samle ansvaret for den eksisterende viden på de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud nationalt fremfor den nuværende struktur, som leder til fragmentering af viden. DH ser mange gode takter i underudvalgets model 3 for en sådan national struktur. Der er dog stadig behov for en tæt tilknytning mellem praksis- og vidensdelen, som skal kunne sikres med en national enhed.

DH må på det kraftigste advare mod, at der laves en harmonisering med socialområdet, dvs. model 2, hvor kommunerne overtager det fulde ansvar for de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. Det vil medføre en katastrofal udvanding og fragmentering af den specialiserede viden på undervisningsområdet. DH vurderer derfor også, at det vil blive

en ekstremt dyr løsning på den lange bane og med store konsekvenser for personer med handicap.

Den kompenserende specialundervisning

Evalueringen fokuserer på den del af den kompenserende specialundervisning, der vedrører tale- syns- og hørevanskeligheder, dvs. den del af den kompenserende specialundervisning, der ofte leveres af kommunikationscentrene. Af underudvalgets rapport fremgår det, at der for kommunikationscentrene ses den samme udvikling, som på det specialiserede socialområde. Kommunerne hjemtager opgaverne og benytter i mindre grad end tidligere de specialiserede tilbud på kommunikationscentrene. Hovedudvalget kommer beklageligvis ikke med anbefalinger på området.

Kommunikationscentrene skal indgå i den centrale specialeplanlægning og driften af kommunikationscentrene skal sikres ved forpligtende abonnementsordninger

Da kommunikationscentrene ofte løser opgaver inden for flere lovgivningsmæssige områder, mener DH, at en vurdering af behovet for kommunikationscentre bør indgå i den nationale specialeplanlægning.

DH støtter op om underudvalgets anbefalinger om forpligtende samarbejder og forpligtende abonnementsordninger. Dette kan evt. være for 4-årige perioder, således at kommunikationscentrenes driftsgrundlag er sikret for en længere periode og man hermed sikrer den specialiserede faglige viden, der er nødvendig. En undersøgelse fra KREVI viser, at abonnementsordningen er den bedste og billigste løsning på dette område.

DH's anbefalinger på sundhedsområdet

På sundhedsområdet støtter DH op om flere af evalueringens forslag, der bl.a. omfatter en styrkelse af sundhedsaftalerne, mere forpligtende samarbejde med almen praksis og et skærpet regionalt myndighedsansvar samt forpligtende visitationsretningslinjer på genoptræningsområdet. DH mener dog samtidig, at forslagene på flere områder burde være mere ambitiøse, og at de overser en række væsentlige aspekter for personer med handicap.

Sundhedsaftaler: Sårbare patienter og rehabilitering som obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne

Evalueringen finder, at der er potentiale for at forbedre form og indhold i sundhedsaftalerne, så de i højere grad målrettes de områder, hvor der i særlig grad er tværgående udfordringer. Udvalget anbefaler derfor, at der fastsættes nye obligatoriske indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring, patientrettet forebyggelse og sundheds-it.

DH anbefaler, at der herudover tilføjes endnu et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne med fokus på særligt sårbare patienter med behov for tværgående indsatser, herunder personer med en psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse. De tværgående problemer for denne gruppe er veldokumenterede ift. bl.a. medicinsikkerhed, genoptræning og kræft. På trods af, at sundhedsaftalerne burde være

det rette forum for afdækning af problemer og aftale af løsninger, er problemstillingerne indtil nu kun blevet behandlet i meget få sundhedsaftaler. Derfor er der behov for, at særligt sårbare grupper bliver et obligatorisk indsatsområde.

Herudover anbefaler DH, at indsatsområdet vedrørende træning udvides til at omfatte den sammenhængende rehabiliteringsproces. Genoptræning efter udskrivning vil ofte kun udgøre et af flere elementer i det samlede rehabiliteringsforløb, der i mange tilfælde også omfatter indsatser på social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Der er store udfordringer med at levere sammenhængende rehabilitering på tværs af de forskellige aktører og lovgivninger og sundhedsaftalerne vil være et oplagt sted at løse dem.

En samlet rehabiliteringsplan i stedet for en genoptræningsplan

Evalueringen understreger, at hensigten med at flytte genoptræning efter udskrivning til kommunerne var at samle indsatsen med den efterfølgende vedligeholdelsestræning samt øvrige rehabiliteringsindsats på beskæftigelses-, social- og undervisningsområdet i kommunerne. Det fremgår, at kommunalreformen dermed har *”...udvisket en række snitflader i forhold til patientens samlede rehabilitering.”*

Evalueringen tager imidlertid ikke stilling til i hvilket omfang, intentionerne med at udviske snitfladerne rent faktisk er blevet indfriet, og udvalgets anbefalinger vedrører kun genoptræning efter udskrivning – og ikke de mange snitflader.

DH anbefaler, at borgere med behov for rehabilitering får ret til en samlet rehabiliteringsplan, der omfatter alle borgerens behov på tværs af sektorerne. De steder, hvor det er relevant, skal genoptræningsplanen udgøre et del-element i rehabiliteringsplanen.

Borgernes behov for genoptræning og rehabilitering skal afgøre indsatsen – ikke hvilken kommune de bor i

Evalueringen peger på en række problemer med fagligheden i den komplekse almene genoptræning og peger bl.a. på manglende tværfaglighed, manglende henvisning til specialiserede tilbud og manglende standarder for, hvad en specialiseret indsats bør indeholde. Udvalget foreslår derfor bl.a., at regionerne skal kunne lave en forpligtende beskrivelse af borgerens behov samt forpligte kommunerne til at benytte specifikke kompetencer/tilbud. Det fremgår dog, at graden af denne skærpede kompetence skal overvejes nærmere.

Ift. borgere med komplekse genoptræningsbehov er det helt afgørende, at den tilstrækkelige vurdering af, kommunikation om og indsats ift. genoptrænings- og rehabiliteringsbehovet finder sted. DH anbefaler derfor en markant skærpelse af forpligtelserne på området.

DH anbefaler samtidig, at udvalgets forslag til øget kvalitet i genoptræning- og rehabiliteringsindsatsen omfatter alle borgere med behov for specialiserede indsatser – og ikke begrænses til borgere med ”meget komplekse behov”.

DH er positiv over for udviklingen af værktøjer til stratificering af patienter med mere eller mindre komplekse almene genoptræningsbehov. Det er dog afgørende, at enhver udredning og henvisning/visitering inddrager borgernes samlede behov, hvor handicap, sygdomme, socialt netværk/pårørende osv. også spiller en vigtig rolle.

Maksimal ventetid på genoptræning på 1 uge

Evalueringen viser, at borgerne i gennemsnit må vente 28 dage på deres genoptræning efter udskrivning. Udvalget anbefaler, at regionerne skal kunne fastsætte en tidsgrænse for, hvornår den kommunale genoptræning senest skal være startet for borgere med meget komplekse behov, og at monitoreringen af ventetiderne skal styrkes.

DH anbefaler, at alle borgere med behov for træning, uanset om den foregår efter sundhedsloven eller serviceloven, skal have ret til at kunne starte på træningen senest inden for 1 uge. På langt de fleste områder er der ikke dokumentation for, at nogle borgere kan vente længere end en uge med at komme i gang med træningen – evidensen peger tværtimod på det modsatte. Unødvendigt lang ventetid er derfor skidt for borgeren og dyrt for samfundet.

Nationale retningslinjer og standarder kræver national monitorering og forpligtelse

På flere områder foreslår evalueringen, at der er behov for øget forpligtelse af samarbejde og indsatser gennem nationale indikatorer og standarder, bl.a. ift. sundhedsaftalernes obligatoriske områder, og ift. den specialiserede indsats til patienter med behov for genoptræning.

DH støtter fuldt op om udarbejdelsen af nationale indikatorer og standarder, der kan være med til at sikre, at borgerne får adgang til den samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Det er dog afgørende, at de nationale indikatorer og standarder bliver forpligtende, og DH anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at monitorere den efterfølgende implementering og udmøntning samt kompetence til at gribe ind, hvis de centrale anbefalinger ikke bliver fulgt.

Forslagene om øget forpligtelse af kommunerne på baggrund af centrale udmeldinger skal i den forbindelse samtænkes med den ovennævnte nationale planlægning af de specialiserede sociale indsatser.

Introduktion

Danske Handicaporganisationer (DH) havde store forventninger til evalueringen af kommunalreformen, der grundlæggende ændrede strukturen af den offentlige sektor og medførte store ændringer i strukturen, opgavefordelingen og finansieringen. Desværre har regeringen valgt kun at foretage et 'serviceeftersyn', og at evalueringen kun skal medføre mindre justeringer. Derfor har evalueringsudvalget, og de underliggende arbejdsgrupper, kun fokuseret på nedslagspunkter inden for de meget snævre kommissorier.

Efter gennemlæsning af de forskellige rapporter, der er lavet ifm. evalueringen, kan det undre, at udvalget konkluderer, at kommunalreformen generelt har levet op til målsætningerne om at skabe:

- Større og fagligt samt økonomisk bæredygtige enheder, der understøtter en omkostningseffektiv opgaveløsning.
- En mere sammenhængende og koordineret indsats.
- Én indgang til den offentlige sektor.

Set fra borgernes perspektiv har reformen i vidt omfang ikke levet op til målsætningerne. DH har foretaget tre forskellige spørgeskemaundersøgelser af konsekvenserne af kommunalreformen blandt personer med handicap. Undersøgelserne har været rettet mod

- DH's 32 medlemsorganisationer, der tilsammen repræsenterer 320.000 personer med handicap og deres pårørende. 30 af organisationerne deltog i undersøgelsen.
- De 97 lokale DH-afdelinger, hvoraf 44 afdelinger har deltaget i undersøgelsen.
- Personer med handicap og deres pårørende. Indtil videre har 800 personer svaret på spørgeskemaet og der tages forbehold for, at de endelige resultater kan ændre sig. Personerne er identificeret via DH's tillidsfolk og medlemsorganisationer.

Undersøgelserne er ikke videnskabelige og skal tolkes med forbehold for repræsentativitet mv. Resultaterne giver dog alligevel et klart indtryk af brugernes oplevelser af kommunalreformen, der på flere områder ikke har levet op til intentionerne. Nedenfor er udvalgte resultater fra undersøgelserne gengivet:

- Henholdsvis 93 % af DH's afdelinger og 82 % af de deltagende borgere med handicap mener, at kommunalreformen har betydet "væsentligt ringere" eller "ringere" forhold for mennesker med handicap. 16 % af de deltagende borgere med handicap finder, at kommunalreformen ikke har betydet noget, mens 0,02 % mener, at kommunalreformen har betydet "bedre" eller "væsentligt bedre" forhold.

Undersøgelserne giver også nogle indikationer på, hvorfor kommunalreformen vurderes så negativt af brugerne:

- 71 % af handicaporganisationerne finder, at reformen ”slet ikke” eller kun i ”mindre grad” har levet op til målsætningen om bæredygtige kommunale enheder, der var én af de grundlæggende forudsætninger for, at kommunerne skulle kunne levere øget kvalitet til borgerne som følge af reformen.
- 89 % af de deltagende borgere med handicap og 80 % af handicaporganisationerne mener, at de større kommuner ”slet ikke” eller kun ”i mindre grad” har ført til højere kvalitet i indsatsene.
- 84 % af både handicaporganisationerne og de deltagende borgere med handicap mener, at kommunerne ”slet ikke” eller kun ”i mindre grad” har den tilstrækkelige viden om borgernes behov til at levere kvalitet i indsatsene.
- 86 % af handicaporganisationerne og 80 % af de deltagende borgere med handicap mener ”slet ikke” eller ”i mindre grad”, at deres kommune i tilstrækkeligt omfang samarbejder med andre kommuner/aktører til at sikre tilbud med den rette specialisering.
- 81 % af de deltagende borgere med handicap mener, at kommunens tilbud om rehabilitering ”slet ikke” eller i ”mindre grad” matcher deres behov for rehabilitering.
- 73 % og 61 % af de deltagende borgere med handicap mener, at henholdsvis ”mangel på viden om deres behov for træning” og ”lang ventetid på træning” har været en barriere for, at de kunne få optimal gavn af den kommunale træningsindsats.

DH's undersøgelser viser med andre ord, at der er stort behov for at rette op på nogle af de problemer, der har vist sig efter kommunalreformen. Desværre mangler der på mange områder stadig viden om konsekvenserne af reformen. De overvågningsværktøjer, der blev etableret med kommunalreformen for at følge udviklingen på det specialiserede socialområde – Det Centrale Informations- og Analysesystem (CIAS) og De Regionale Udviklingsråd – har desværre ikke leveret viden om udviklingen. Og begge funktioner er siden blevet nedlagt, da de ikke levede op til deres formål. Dermed har der siden reformens ikrafttræden ikke været overblik over den udvikling, der er sket på det specialiserede socialområde. Det samme gør sig gældende på det kommunale sundhedsområde, hvor der er meget begrænset sammenlignelig viden om udviklingen og kvaliteten i tilbuddene.

De snævre kommissorier for evalueringen betyder samtidig, at der ikke kommer fokus på de andre muligheder og de problemer, som reformen enten har medført eller ikke formået at løse. For at illustrere problemstillingen nævnes i det følgende nogle enkelte eksempler:

Retssikkerhed

Efter kommunalreformen er borgernes retssikkerhed kommet under pres. Når en kommune taber en sag i klagesystemet hos Det Sociale Nævn, Beskæftigelsesankenævnet eller Ankestyrelsen, bliver afgørelsen fx ikke altid anerkendt og accepteret af kommunen. Mange

kommuner nægter at imødekomme den nye afgørelse, som de er blevet pålagt af klagemyndigheden. Borgeren har i disse tilfælde ingen steder at gå hen for at få kommunen til at efterleve afgørelsen, hvilket er et betydeligt problem for retssikkerheden.

DH's medlemsorganisationer oplever en stigning i henvendelser fra medlemmer, der beder om hjælp til at klage over kommuner, der bevidst bryder loven og ignorerer udmeldinger fra Socialministeriet. Disse afgørelser er især problematiske for de meget svage borgere, der ikke har overskud eller forudsætninger for at klage. Her kan eksempelvis nævnes sindslidende eller udviklingshæmmede borgere. Mange personer med udviklingshæmning bor i botilbud og har ingen pårørende. De har derfor ikke mulighed for at klage, hvis deres hjælp ændres, de flyttes etc. Samtidig er personalet blevet pålagt ikke at hjælpe de pågældende personer med at indgive en klage.

Der er også eksempler på, at borgerne ikke tør klage over kommunens afgørelse, hvis de fx er blevet sat ned i timer i BPA-ordningen eller aflastning til deres barn, fordi de er bange for "repressalier", eller for at miste endnu mere.

DH mener, at der handles ift. det øgede pres på borgernes retssikkerhed og henviser i øvrigt til DH's 13 bud på en styrket retssikkerhed:

<http://www.handicap.dk/dokumenter/rapporter-notater/13-rigtige-styrket-retssikkerhed>

Voksenspecialundervisning

Evalueringen fokuserer kun på den del af den kompenserende specialundervisning, der foregår på kommunikationscentrene – dvs. primært for personer med tale- syns- og hørevanskeligheder. Dermed beskæftiger evalueringen sig ikke med voksenspecialundervisningen bredt set. Det er DH's erfaring, at dette område er under voldsomt pres. Der er fx sket en voldsom nedgang i den kompenserende specialundervisning for voksne udviklingshæmmede, der bl.a. har behov for undervisning til at lære nye busruter, holde styr på budgettet m.v. DH er bekymret for, at den kompenserende specialundervisning for voksne, som ikke ligger i tilknytning til kommunikationscentrene, men beskæftiger sig med undervisning af andre kompenserende strategier, fx undervisning af personer med erhvervet hjerneskade i at organisere deres hverdag, på sigt vil forsvinde helt, hvis ikke området sikres nu.

Manglende sammenhæng i indsatsen og manglende tværgående rehabiliteringsfokus

DH mener ikke, at kommunalreformens formål om øget sammenhæng i indsatserne er blevet indfriet. Generelt oplever DH ikke, at der er kommet mere sammenhæng i indsatserne, hverken mellem forvaltninger, på tværs af kommunerne eller i samarbejdet med regionerne og andre aktører. I ovennævnte undersøgelse af kommunalreformens konsekvenser blandt DH's medlemsorganisationer, svarede 78 % af organisationerne således, at kommunalreformen "slet ikke" eller "i mindre grad" havde levet op til målsætningen om klart ansvar og opgør med gråzoner.

DH mener, at det ville have været yderst relevant at se nærmere på disse problemstillinger, der går på tværs af de kommunale forvaltninger og spiller sammen med de regionale indsatser. Problemerne handler både om manglende tværgående vidensdeling, kassetænkning og økonomisk suboptimering samt problemer med at lave helhedsorienterede udredninger og indsatser, der matcher borgernes behov. Emnet kunne med fordel have været behandlet i et tværgående fokus på rehabilitering, som beklageligvis ikke vurderes samlet i evalueringen.

Civilsamfundets rolle

I disse år er der stor fokus på civilsamfundets rolle i løsningen af velfærdssamfundets udfordringer. Det undrer derfor, at evalueringen af kommunalreformen slet ikke forholder sig til dette aspekt. Det er helt oplagt, at civilsamfundet kan spille en langt større rolle end i dag, også på handicapområdet. Organisationerne kan påtage sig en del af opgaverne, fx ved at skabe og bruge vigtig viden om hverdagslivet med et handicap.

Civilsamfundet har ofte kontakt til borgerne før kommunerne og skal derfor være en naturlig indgang for rådgivning og vejledning samt forebyggelse af behovet for indsatser fra myndighederne, bl.a. gennem etablering af netværk og kurser for personer med handicap og deres pårørende. Der skal sikres ressourcer til denne form for forebyggelse. Dette punkt er slet ikke omfattet af evalueringen, men bør indgå i den politiske opfølgning.

Handicaprådene

På handicapområdet var etableringen af handicaprådene et vigtigt element i kommunalreformen. Handicaprådene er et godt eksempel på inddragelse af det civile samfund og viser mulighederne for at sætte de ressourcer og den viden, der ligger i organisationerne, i spil. Det har en lang række positive effekter, men erfaringerne viser også, at inddragelse af det civile samfund kan medføre en vilkårlighed i kvaliteten – afhængig af, hvilke personer, der i et givent lokalområde har kræfter og ressourcer til at varetage opgaven. Evalueringen kunne med fordel have fokuseret på de muligheder og udfordringer, som handicaprådene repræsenterer, og herunder vurderet, hvordan medlemmerne løbende kan modtage den nødvendige opkvalificering og støtte, som er nødvendig for at kunne varetage den meget komplicerede opgave, det kan være at sidde i et handicapråd.

DH mener derfor, at der er en lang række emner og problemstillinger, som Folketinget bør tage fat på at løse, ud over de åbenlyse problemområder, som evalueringen af kommunalreformen har valgt at fokusere på.

DH vil samtidig gerne understrege, at evalueringen på en række områder ikke er tilstrækkeligt dybdegående eller omfattende til at kunne besvare, om borgerne får de tilbud og indsatser, de har behov for – og herunder hvordan kommunalreformen har påvirket graden af behovsopfyldelse. Herudover rummer evalueringen flere eksempler på problematiske konklusioner, der synes at bygge på misledende tolkninger af data. I det følgende illustreres problemstillingen med to konkrete eksempler fra evalueringen.

Det fremgår således af evalueringen på side 55-57, at den faglige bæredygtighed generelt er blevet styrket på baggrund af kommunalreformen. Konklusionen bygger dels på en telefoninterview-undersøgelse med borgmestre, kommunaldirektører, regionsrådsformænd og regionsdirektører udført i 2009, og dels på høringsmøder ifm. evalueringen. DH vil dog gerne stille spørgsmålstegn ved, om en flere år gammel undersøgelse af kommunernes egen opfattelse af reformens konsekvenser, samt et par høringsmøder, er tilstrækkeligt grundlag til at kunne konkludere på det afgørende spørgsmål om udviklingen i den faglige bæredygtighed som følge af reformen. Rapporten konkluderer ganske vist, at når det gælder det specialiserede socialområde er det "... usikkert om kommunernes faglige bæredygtighed er nået i mål..." Det kan tolkes, som om der også på det specialiserede socialområde er sket en styrket faglig bæredygtighed, omend det kunne være sket i endnu højere grad. Dette står i skarp kontrast til bl.a. DH's egen undersøgelse fra 2012, hvor 71 % af handicaporganisationerne vurderede, at reformen "slet ikke" eller kun i "mindre grad" har levet op til målsætningen om bæredygtige kommunale enheder.

På rapportens side 59-60 anvendes den voldsomme opbremsning i udgifterne på det specialiserede socialområde endvidere som indikation på øget effektivitet. Udgifterne steg fra 2007-2009 og er siden faldet, men DH er kritisk over for konklusionen om, at dette alene kan tilskrives "realiserede effektiviseringer". Effektivisering betyder normalt, at man får mere indsats for de samme midler, eller med andre ord, at serviceniveauet opretholdes for færre ressourcer. Der er imidlertid ingen dokumentation for, at udviklingen i nettoserviceudgifter er udtryk for denne gængse forståelse af effektivisering. For mange borgere med handicap er der derimod tale om betydelige serviceforringelser, som har ført til et fald i udgifterne – og tilmed i en periode, hvor målgruppen for indsatsen efter alt at dømme er steget.

DH har flere eksempler på lignende problematiske tolkninger, hvor der ikke er gengivet mulige alternative forklaringer, som man ellers normalt ville forvente af en evaluering i denne størrelsesorden. På flere centrale områder anser DH derfor evalueringsrapporten for resultatet af en "forhandlingsproces" i evalueringsudvalget fremfor en uvildig og neutral evaluering. Det er vigtigt, at politikerne tager højde herfor i den politiske opfølgning.

Specifikt om Hovedudvalgets vurderinger og anbefalinger

I det følgende kommenteres evalueringens vurdering og anbefalinger for henholdsvis sundhedsområdet, socialområdet og det specialiserede undervisningsområde.

Gennemgangen følger evalueringens overordnede kapiteloverskrifter og er struktureret, så evalueringens vurdering og anbefalinger først bliver opsummeret efterfulgt af DH's kommentarer og anbefalinger. Gennemgangen tager udgangspunkt i den samlede evaluering af kommunalreformen fra det såkaldte "hovedudvalg", men enkelte steder inddrages også rapporterne fra de respektive underarbejdsgrupper/underudvalg på henholdsvis sundhedsområdet og socialområdet.

Sundhedsområdet

I det følgende kommenteres de fem fokuspunkter for evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet:

- Opgaver og finansiering.
- Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis.
- Sundheds-it.
- Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats.
- Genoptræning efter udskrivning fra sygehus.
- Indsatsen for patienter med psykisk sygdom.

Opgaver og finansiering

Det fremgår af evalueringen, at et af formålene med kommunalreformen var "...at skabe rammerne for en mere sammenhængende rehabiliteringsindsats på tværs af sundhedsområdet, socialområdet, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet i kommunerne." (s. 111). Evalueringen kommer imidlertid ikke nærmere ind på, hvorvidt dette er lykkedes på tværs af sektorerne og forvaltningerne – og hvad der evt. skal til, for at intentionerne bliver indfriet.

Udvalget konstaterer endvidere "... at honoreringssystemerne i sundhedsvæsenet ikke i dag har elementer, der tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhængende forløb." Udvalget kommer dog ikke med vurderinger eller forslag til forbedring af honoreringssystemet, men henlægger spørgsmålet til Udvalget for Bedre Incitaments i Sundhedsvæsenet. Det er positivt, at evalueringen indeholder en klar beskrivelse af behovet for ændringer i de økonomiske incitamentsstrukturer, og DH ser frem til at læse de kommende anbefalinger fra Incitamentsudvalget og herunder især overvejelserne vedrørende mere forløbsbaserede afregningsmetoder.

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

Det fremgår af evalueringen, at sundhedsaftalerne i deres nuværende form og implementering har en række svagheder i forhold til at sikre tværgående samarbejde og koordination mellem kommuner og regioner, herunder især ift. at integrere almen praksis i arbejdet. Udvalget vurderer derfor, at der samlet set er potentiale for at forbedre form og indhold i sundhedsaftalerne, så aftalerne i højere grad målrettes mod de områder, hvor der i særlig grad er tværgående udfordringer.

Udover problemer med form og indhold, viser evalueringen også problemer ift. implementering og opfølgning på aftalerne. Det er især en udfordring at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led, ligesom der beskrives udfordringer ift. at udmønte og implementere forløbsprogrammer for kroniske sygdomme op til det aftalte ambitionsniveau igennem sundhedsaftalerne. Som løsning efterlyser evalueringen dækkende fælles indikatorer, der kan bruges til at følge effekten af sundhedsaftalerne samt forpligtelse til at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet.

Ift. almen praksis identificerer evalueringen ”... *et potentiale for at forbedre sammenhængen mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen*”, bl.a. fordi der kun kan indgås forpligtende samarbejdsaftaler med almen praksis i regi af overenskomsterne og ikke i sundhedskoordinationsudvalgene. Udvalget vurderer samlet set, at bedre integration af almen praksis er en forudsætning for at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalget foreslår derfor, at der fastsættes nye obligatoriske indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring, patientrettet forebyggelse og sundheds-it, og at aftalerne fremover baserer sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.

Implementeringen foreslås styrket ved, at

- Der udvikles nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- Regioner og kommuner forpligtes til med afsæt i de nationale indikatorer at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder, og til løbende at følge op på disse.
- Sundhedskoordinationsudvalget, som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne, en gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalernes indhold.

Ift. almen praksis foreslår udvalget bl.a. at styrke:

- Det offentliges muligheder for at definere almen praksis' opgaver, som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

- Regionernes planlægningskompetence, så regionerne kan tilrettelægge lægedækningen og sikre lægedækning i yderområder.
- Regionernes adgang til kvalitetsdata og oplysninger om ydelser i almen praksis med henblik på øget gennemsigtighed, kvalitetsudvikling og opfølgning på, om den enkelte læge leverer, de ydelser, der aftales.

DH anbefaler:

DH støtter op om styrkede og mere forpligtende sundhedsaftaler, bl.a. i form af nye indsatsområder, nationale indikatorer, indgåelse af 5 aftaler i stedet for 98, og obligatoriske målsætninger og opfølgning. Der har imidlertid også hidtil været krav om, at kommuner og regioner skulle følge op på, hvorvidt aftalerne lever op til intentionerne, men kravene om opfølgning er ikke blevet efterlevet i tilstrækkeligt omfang. For at sikre, at intentionerne om bedre tværgående samarbejde og koordination bliver opfyldt, anbefaler DH, at Sundhedsstyrelsen samtidig får en øget rolle ift., at aftalernes indhold lever op til intentionerne, og at effekten opgøres og følges. Sundhedsstyrelsen skal ligeledes have kompetence samt pligt til at reagere, når det ikke sker.

Herudover anbefaler DH, at der tilføjes endnu et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne med fokus på særligt sårbare grupper med behov for tværgående indsatser, herunder personer med en psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse. Vi ved, at denne gruppe, herunder borgere, der bor i botilbud, ofte oplever endog meget store problemer i samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis ifm. sygdomsforløb og behandling. De tværgående problemer er veldokumenterede ift. medicinsikkerhed, genoptræning og kræft (både ift. diagnosticering, udredning og behandling), men er formentlig også gældende på andre tværgående områder. På trods af, at sundhedsaftalerne ville være det rette forum at afdække problemerne og aftale løsninger, er problemstillingerne kun blevet behandlet i meget få sundhedsaftaler. Derfor er der behov for, at særligt sårbare grupper bliver et obligatorisk indsatsområde.

DH anbefaler endvidere, at indsatsområdet vedrørende træning udvides til at omfatte den sammenhængende rehabiliteringsproces. Genoptræning efter udskrivning vil ofte kun udgøre et af flere elementer i det samlede rehabiliteringsforløb, der i mange tilfælde også omfatter indsatser på social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Der er store udfordringer med at levere sammenhængende rehabilitering på tværs af de forskellige aktører og lovgivninger, og sundhedsaftalerne vil være et oplagt sted at løse dem.

Herudover anbefaler DH, at der som del af opfølgningen på evalueringen også tages handling på problemerne med afgrænsning mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber, som er ét af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne. Selvom det fremgår tydeligt af det såkaldte afgrænsningscirkulære, at i tilfælde af tvivl, om hvilken myndighed der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab/ hjælpemiddel, bør tvivlen ikke komme borgeren til skade. Vi har mange eksempler på, at borgerne bliver kastebold mellem myndighederne og DH anbefaler en grundlæggende opdatering af det forældede cirkulære.

Endelig anbefaler DH, at brugerinddragelse også bliver en fast del af sundhedsaftalesystemet. Dels ved, at der kommer brugerrepræsentanter i sundhedskoordinationsudvalget, og dels ved, at brugerne bliver inddraget i udviklingen og opfølgningen på sundhedsaftalerne, fx i regi af handicaprådene. Brugere og brugerrepræsentanter kan bidrage med andre perspektiver end de fagligt/administrative og ift. det tværgående samarbejde kan de især bidrage med viden om, hvorvidt og hvordan aftalerne opleves for borgerne.

Ift. almen praksis er DH positiv over for, at almen praksis fremover kan blive del af de forpligtende sundhedsaftaler, og at det offentlige kan få større indflydelse på almen praksis opgave som en integreret del af det regionale og det kommunale sundhedsvæsen. Det vil forhåbentlig give mulighed for løsning på nogle af de betydelige ulighedsproblemer, som personer med handicap og kronisk sygdom oplever i adgangen til det primære sundhedsvæsen.

I et rent økonomisk perspektiv handler problemerne bl.a. om, at den primært aktivitetsbaserede finansiering i det nuværende overenskomsts system ikke understøtter den nødvendige differentierede tilgang pba. borgernes behov. I praksis har det bl.a. betydning for, at mange borgere med eksempelvis en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse oplever dårligere adgang til de nødvendige tilbud end resten af befolkningen.

Et andet eksempel er tilgængelighed til praksisområdet, hvor mange klinikker ikke er tilgængelige for personer med handicap, bl.a. pga. utilgængelige adgangs- og toiletforhold eller manglende parkeringsmulighed. En nylig opgørelse fra sundhedsministeren viste, at det kun er hhv. 40 % og 58 % af lægerne i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, der har ”handicapvenlig” adgang – og disse tal er endda baseret på lægernes egne vurderinger af tilgængeligheden og må derfor formodes at være opgjort efter ganske forskellige og formentlig ikke altid retvisende kriterier.

Sundheds-it

Evalueringen identificerer udfordringer med at sikre tilstrækkelig fremdrift i udbredelsen af de nødvendige it-løsninger, der skal sikre kommunikation mellem de forskellige aktører. Det fremgår bl.a. af evalueringen, at udrulningen af det Fælles Medicinkort går langsommere end planlagt. Ifølge planen skulle systemet have været fuldt implementeret i alle kommuner, regioner og i almen praksis i 2011. Nu forlyder det, at systemet vil være i brug i det regionale sundhedsvæsen i løbet af 2013, mens der ikke findes nogen dato for, hvornår det er udrullet i det kommunale sundhedsvæsen.

Som løsning på den manglende fremdrift og udrulning foreslår udvalget, at området generelt opprioriteres i både regioner, kommuner og almen praksis, og at der bl.a. sættes en forpligtende dato for fuld udrulning af Fælles Medicinkort i kommunerne, samt at der i 2013 etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.

DH anbefaler:

Det fælles medicinkort er igennem flere år blevet italesat som løsning på en lang række tværsektorielle problemer på sundhedsområdet, herunder den udbredte uklarhed og forvirring, der ofte hersker om borgernes medicin. Flere undersøgelser har således vist, at hverken borgerens praktiserende læge, kommunen eller relevante sygehusafdeling har overblik over medicinen hos især borgere med komplekse og samtidige sundhedsproblemer. Her er problemerne både, at der mangler et samlet overblik over borgernes medicin og at der er uklarhed over, hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for medicineringen.

Det har derfor store konsekvenser, når den forkromede løsning igen og igen er forsinket. DH savner derfor en beskrivelse af konsekvenserne for borgerne af disse forsinkelser, så det bliver tydeligt for politikerne, at mange af de store problemer på området afventer denne fælles IT-løsning. I forlængelse heraf savner DH ligeledes refleksioner over, hvilke faglige kompetencer og organisatoriske løsninger (fx systematisk og tilbagevendende medicingennemgang), der også skal være på plads i såvel kommuner som regioner og almen praksis, før de potentielle gevinster kan realiseres.

Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Evalueringen peger på fire hovedudfordringer ift. den patientrettede forebyggelse:

1. Manglede forpligtelse i samarbejds-setupet i sundhedsaftalerne,
2. manglende integration af almen praksis i sundhedsvæsenet,
3. uklar ansvarsafgrænsning mellem alle parter og især mellem almen praksis og kommunerne, og
4. incitamenterne i kommunernes og regionernes finansieringsgrundlag og udgiftsstyring.

Evalueringen peger også på, at fagligheden og det organisatoriske setup i kommunerne skal styrkes, bl.a. ift. bedre registrering, dokumentation og en mere evidensbaseret tilgang.

Overordnet konkluderer udvalget, at det tværgående samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis skal styrkes med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet.

Udvalget anbefaler, som løsning på problemerne med det tværgående samarbejde, at a) parterne fortsætter arbejdet med forskellige organisatoriske modeller for integrated care, b) at barrierer for informationsudveksling fjernes og c) at forløbsprogrammerne indgår som del af sundhedsaftalerne.

For at styrke fagligheden i kommunerne anbefaler udvalget bl.a. a) større fleksibilitet til at trække på hinandens kompetencer, b) regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov, c) kommuner og almen praksis får større kendskab til og gør brug af den viden og de tilbud, der er til rådighed, d) registrering og dokumentation af den patientrettede forebyggelse, e) der sikres en bedre sammenhæng i den kommunale

opgaveløsning for at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel varetagelse af opgaver i patientens eget hjem samt f) bedre gensidig information om de eksisterende tilbud i de forskellige sektorer.

DH anbefaler:

DH er enig i behovet for styrkelse af den patientrettede forebyggelse og opfølgning og støtter derfor op om anbefalingerne. DH savner dog en konkretisering af flere af forslagene samt en større grad af forpligtelse. Det er fx svært at se, hvordan forslaget om, at parterne fortsat skal samarbejde om udvikling af tværgående organisatoriske samarbejdsmodeller, i sig selv vil føre til de nødvendige ændringer. DH savner derfor mere forpligtende løsningsforslag, fx at kommuner og almen praksis bliver forpligtet til at indgå konkrete samarbejder om udvalgte patientgrupper, hvor der er viden om, at samarbejdet ikke fungerer i dag.

Herudover savner DH en beskrivelse af de foreningsejede specialsygehuse, der spiller en afgørende rolle for den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats for mange borgere med kronisk sygdom/handicap. Specialsygehuse specialiserede viden bør inddrages langt mere i det resterende sundhedsvæsen og herunder især i de kommunale indsatser. Det er helt oplagt, at specialsygehuse indtænkes i forslagene til løsning af de identificerede udfordringer.

Evalueringen fokuserer eksplicit på patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, som i begge tilfælde har stort behov for et løft i indsatsen. Herudover savner DH dog en beskrivelse af andre patientgrupper, der ofte falder mellem flere stole og derfor har behov for et tværsektorielt kvalitetsløft. Her tænkes fx på borgere, der pga. en kognitiv, psykisk eller intellektuel funktionsnedsættelse har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet og gøre brug af de nødvendige forebyggelsestilbud etc. (såvel primære som sekundære tilbud). Undersøgelser viser, at disse grupper ofte falder mellem flere stole, og der er behov for, at både det kommunale og regionale sundhedsvæsen, samt almen praksis, arbejder langt bedre sammen om at sikre de rette tilbud og opfølgning.

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Det fremgår af evalueringen, at hensigten med at flytte størstedelen af ansvaret for genoptræning efter udskrivning til kommunerne var at samle indsatsen med den efterfølgende vedligeholdelsestræning samt øvrige rehabiliteringsindsats på beskæftigelses-, social- og undervisningsområdet i kommunerne. Det fremgår, at kommunalreformen dermed har ”...*udvisket en række snitflader i forhold til patientens samlede rehabilitering.*” Men evalueringen tager ikke stilling til, i hvilket omfang intentionerne med at udviske snitfladerne rent faktisk er blevet indfriet og evalueringen fokuserer ikke på, i hvilket omfang borgernes behov for genoptræning og rehabilitering bliver imødekommet. Meget tyder nemlig på, at indsatserne fortsat ikke tænkes sammen i tilstrækkeligt omfang.

Udvalget påpeger endvidere, at ændringerne i ansvarsfordelingen på genoptræningsområdet, som følge af kommunalreformen, har givet ”...*en udfordring i forhold til at sikre, at mest*

mulig genoptræning foregår på lavest mulige specialiseringsniveau. Det vil sige som almen ambulant genoptræning. Opgørelser fra landspatientregistret viser, at andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner er faldet markant fra 2007-2011. Fra 44 pct. i 2007 til 21 pct. I 2011. I samme periode er udgifterne til specialiseret genoptræning derfor faldet med ca. 12 pct. Der er dog fortsat markant regional variation i andelen af specialiseret ambulant genoptræning. De registrerede forskelle kan ikke alene tilskrives lokale forudsætninger, regionale forskelle i snitfladekataloger eller udviklingen inden for behandlings- og genoptræningsmetoder. Forskellene kan dermed være en indikation på, at en større del af den ambulante genoptræning kan foregå som almen ambulant genoptræning.”

Evalueringen viser, at borgerne i gennemsnit må vente 28 dage på deres genoptræning efter udskrivning og med betydelig variation fra 10 til 54 dage mellem korteste og længste ventetid. Det fremgår, at der er betydelig usikkerhed om datagrundlaget, men at det indikerer et ”forbedringspotentiale”.

Herudover finder udvalget, at genoptræningsplanerne ofte ikke giver en tilstrækkelig præcis beskrivelse af genoptræningsbehovet for personer med særlig komplekse genoptræningsbehov – og at den kan være for omfattende i forhold til simple genoptræningsbehov.

Udvalget sætter også fokus på fagligheden i den komplekse almene genoptræning, hvor den peger på problemer med

- a) at sikre tværfaglighed og samarbejde mellem relevante forvaltningsområder internt i kommunerne,
- b) manglende henvisning af patienter med særlige komplekse genoptræningsbehov til de nødvendige specialiserede tilbud, som den enkelte kommune ikke selv kan tilbyde, og
- c) manglende gennemsigtighed om de specialiserede tilbud og standarder for, hvad en specialiseret indsats bør indeholde.

Som løsning på problemerne foreslår udvalget, at monitoreringen af genoptræningsområdet skal styrkes og at der foretages en række justeringer af de nuværende rammer for genoptræningen. Der skal således udvikles værktøjer til stratificering af patienter med mere eller mindre komplekse almene genoptræningsbehov og for personer med komplekse genoptræningsbehov skal stratificeringen danne grundlag for:

- *Skærpet regional myndighedskompetence:* Sygehusene får kompetence til at beskrive genoptræningsbehovet bedre, bl.a. inddragelse af neurofaglige kompetencer. Graden af skærpet kompetence skal overvejes nærmere.
- *Visitationsretningslinjer:* Der udarbejdes visitationsretningslinjer for patienter med meget komplekse genoptræningsbehov. Kan gradueres ift., hvor meget de forpligter kommunerne til at benytte specifikke tilbud/kompetencer.

- *Øget gennemsigtighed:* Udarbejdelse af fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats til patienter med de mest komplekse genoptræningsbehov. Tilbudsportalen udvides til at omfatte specialiserede tilbud efter anden lovgivning end sundhedsloven.

DH anbefaler:

DH er enig i, at alle indsatser skal foregå på det lavest mulige specialiseringsniveau, men det fremgår ikke af rapporten, at dette selvfølgelig er under forudsætning af høj kvalitet i indsatsen, så borgernes behov bliver imødekommet. Forskellene i andelen af specialiseret ambulant genoptræning kan således også være en indikation på, at de kommunale træningstilbud ikke har tilstrækkelig kvalitet, eller at nogle sygehuse simpelthen udskriver borgerne for tidligt, så deres behov ikke imødekommes af den kommunale indsats. Konklusionen må derfor være, at der på baggrund af nationale retningslinjer bør stilles større og mere forpligtende krav til kommunernes indsatser – mere end, at fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning i sig selv er uhensigtsmæssig. Alternativt må konklusionen underbygges af analyser af kvaliteten i indsatserne mere end en vurdering af fordelingen alene. Også på dette punkt savner DH analyser af udviklingen i kvaliteten og vurderinger af, i hvilket omfang indsatserne modsvarer borgernes behov for træning og rehabilitering.

Forslaget om stratificering af patienter med mere eller mindre komplekse almene genoptræningsbehov, kan være med til at understøtte den rette indsats på det rette niveau for borgerne. Det er dog afgørende, at udredningen og henvisning/visitering inddrager borgernes samlede behov, hvor handicap, andre sygdomme, socialt netværk/pårørende osv. også kan spille en vigtig rolle.

DH er positivt indstillet over for de grundlæggende forslag om skærpet regional myndighedskompetence, visitationsretningslinjer og øget gennemsigtighed. Det fremgår dog, at graden af den skærpede kompetence skal overvejes nærmere. Ift. borgere med komplekse genoptræningsbehov er det helt afgørende, at den tilstrækkelige vurdering af og kommunikation om genoptræningsbehovet finder sted, hvorfor DH anbefaler en markant skærpelse af forpligtelserne på området, både ift. den skærpede myndighedskompetence og visitationsretningslinjerne.

DH anbefaler i den forbindelse, at regionerne tydeligt kan beskrive den funktionsevne, patienten/borgeren kan forvente af genoptræningen, herunder muligheden for at beskrive metoden, der skal anvendes, omfanget af genoptræningen samt karakteren af den indsats, kommunerne skal yde.

Evalueringen fokuserer primært på borgere med ”meget” eller ”yderst” komplekse genoptræningsbehov. DH savner her en beskrivelse af, hvad ”komplekse behov” præcist betyder. Dette gælder både på sundhedsområdet og ift. det specialiserede socialområde. DH vil samtidig gerne understrege, at der også er stort behov for et løft af indsatsen for mange borgere med mindre komplicerede genoptræningsbehov.

Kort ventetid på træning er afgørende for at opnå et optimalt resultat af træningen. Sammen med Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og Ældre Sagen har DH derfor foreslået en maksimal ventetid på 1 uge for alle former for træning. Det er afgørende, at træning startes så snart behovet opstår, fordi al ventetid forringer muligheden for at få den maksimale effekt af træningen og dermed generhvervelse eller bevarelse af funktionsevnen. Ventetid betyder dermed ikke kun en forringelse af livskvaliteten hos den enkelte, men også større udgifter for samfundet. DH er tvivlende ift. om styrket monitorering af ventetiderne vil have den nødvendige effekt ift. de mange kommuner, hvor borgerne i dag må vente alt for længe på den nødvendige træning og finder det derfor uambitiøst, at udvalget kun anbefaler krav om maksimal ventetid for borgere med komplekse behov. DH anbefaler derfor, at alle borgere – og ikke kun borgere med ”meget komplekse behov – med behov for hurtig genoptræning kan få gavn af en regionalt og fagligt baseret fastsat frist for, hvornår den kommunale genoptræning senest skal påbegyndes.

Det fremgår, at visitationsretningslinjerne skal understøtte, at kommunerne visiterer patienter med meget komplekse genoptræningsbehov til de nødvendige tilbud, så det undgås, at en patient visiteres til et tilbud, der ikke kan levere den genoptræning, der er beskrevet i patientens genoptræningsplan. DH er positiv over for forslaget om visitationsretningslinjer, fordi de vil give en større grad af forpligtelse ift., at kommunerne benytter specialiserede tilbud, når der er behov for det. Det fremgår også, at visitationsretningslinjerne vil kunne gradueres i forhold til, hvor meget de forpligter kommunerne til f.eks. at gøre brug af særlige kompetencer og fagfolk i varetagelsen af borgerens genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Henset til problemerne på bl.a. hjerneskadeområdet, hvor kommunerne ikke har formået at samarbejde om de nødvendige tilbud, støtter DH op om maksimal forpligtelse i visitationsretningslinjerne.

DH anbefaler endvidere, at anbefalingerne om genoptræning knyttes eksplicit sammen med det bredere rehabiliteringsbegreb, og at der for borgere med behov herfor – og med inddragelse fra relevante fagligheder – udarbejdes en samlet rehabiliteringsplan, som bl.a. kan omfatte genoptræningsplanen. I disse tilfælde skal den skærpede myndighedskompetence og visitationsretningslinjerne dermed også kunne omfatte videre udredning (hvis de nødvendige udredningsfagligheder ikke er til stede på det pågældende sygehus) og tilbud fra andre sektorer.

DH er meget positiv over for forslaget om, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skal stå for at udarbejde fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats i forhold til f.eks. faglighed og bæredygtighed i tilbuddene. Det er her afgørende, at kriterierne blive forpligtende, og at Sundhedsstyrelsen også får ansvar for at sikre, at visitationsretningslinjerne og de sundhedsfaglige kvalitetskriterier bliver fulgt, så borgerne får adgang til de tilbud, de har behov for. Forslagene om øget forpligtelse af kommunerne på baggrund af centrale udmeldinger skal i den forbindelse samtænkes med den nationale koordinationsstruktur til understøttelse af den specialiserede sociale indsats, som vi kommenterer på i afsnittene om det specialiserede socialområde.

DH er positiv over for forslaget om øget gennemsigtighed, men skeptisk over for det konkrete forslag om udvidelse af Tilbudsportalen til sundhedsområdet. Der er megen kritik af Tilbudsportalen som redskab til at finde relevante tilbud til borgerne, og DH modtager ofte tilbagemeldinger fra borgere og ansatte om, at portalen ikke lever op til formålet. Tilbudsportalen er ikke tilstrækkelig brugervenlig og den indeholder uensartede og i nogle tilfælde upræcise eller direkte forkerte oplysninger om tilbuddene.

DH vil gerne anbefale, at der i den politiske opfølgning på evalueringen også kommer fokus på borgernes mulighed for at klage over de kommunale sundhedsydelse, herunder på træningsområdet. Det er således ikke logisk, at borgerne har forskellige klagemuligheder alt efter, om de modtager træning efter sundhedsloven eller serviceloven, og DH anbefaler, at alle klager over sundhedsydelser fremover skal behandles i Patientombuddet.

Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

Udvalget for evaluering af kommunalreformen er ikke kommet med vurderinger eller forslag i forhold til psykiatriområdet, idet psykiatriudvalget afrapporterer sine resultater senere i 2013. Evalueringen omfatter alene en beskrivelse af de snitfladeproblematikker, som psykiatriudvalget indtil videre har identificeret i sit arbejde, og DH kommenterer derfor ikke på disse afsnit. DH vil dog gerne udtrykke bekymring for, at adskillelsen af evalueringen af kommunalreformen og psykiatriudvalgets arbejde kan betyde manglende sammenhæng i de politiske løsninger på tværs af de relevante sektorer.

Socialområdet

I det følgende vil vi fokusere på de nedslagspunkter, som evalueringen omhandler i forhold til socialområdet:

- Opgaver og finansiering.
- Understøttelse af den specialiserede sociale indsats.
- Placering af tilbud.
- Effektiv drift af tilbud.

De specialiserede undervisningstilbud behandles i et afsnit for sig.

Opgaver og finansiering

Formålet med reformen var at give kommunerne det fulde myndigheds- og finansieringsansvar på social- og undervisningsområdet, for at: *”Kommunerne blev borgerens indgang til begge områder. Det skulle skabe helhed og sammenhæng for borgeren og afhjælpe problemstillinger vedrørende uklart ansvar, gråzoner og kassetænkning (...) Den entydige placering af ansvaret i kommunen med reformen understøtter, at opgaverne i højere grad løses i nærmiljøet og i tæt samspil med de almindelige tilbud”* (Hovedudvalget, s. 144). Evalueringen kommer imidlertid ikke nærmere ind på, hvorvidt dette er lykkedes på tværs af sektorerne og forvaltningerne – og hvad der evt. skal til, for at intentionerne bliver indfriet.

Hovedudvalget peger på, at den statslige refusion til kommunerne for særligt dyre enkeltsager udgjorde 3 % af budgettet i 2011 (Hovedudvalget, s. 145). De øvrige ændringer af finansieringsmodellen på social- og specialundervisningsområdet behandles under de andre afsnit i rapporten.

Udvalget konstaterer, at *”... det en central fremadrettet udfordring at skabe et bedre videngrundlag på området. Det specialiserede område er kendetegnet ved mangel på systematiske oplysninger om blandt andet målgruppers størrelse og brugen af ydelser. Endvidere er der meget beskednen viden og synlighed om effekt af de sociale indsatser. Det giver et dårligt grundlag for kvalitetsudvikling, prioriteringer og faglig styring, som kan understøtte en bedre anvendelse af ressourcerne på området.”* (Hovedudvalget, s. 146).

Desværre kommer Hovedudvalget ikke med konkrete anbefalinger ift. at skabe det nationale overblik over viden, som ikke findes i dag – og som er en forudsætning for at kunne sikre en hensigtsmæssig løsning af opgaverne på det specialiserede socialområde.

DH anbefaler:

I det følgende kommenteres overdragelsen af det fulde myndigheds- og finansieringsansvar til kommunerne. Herefter kommenteres finansieringen, der vil blive uddybende behandlet under afsnittet om 'understøttelse af den specialiserede indsats'. Afslutningsvis vil DH

forholde sig til evalueringens vurdering af den manglende dokumentation og viden på området og komme med DH's anbefalinger.

Kommunernes fulde myndighedsansvar

Personer med handicap har oplevet en forringelse af både den sociale og undervisningsmæssige indsats, efter at kommunerne har overtaget det fulde myndighedsansvar. DH henviser til resultaterne af den undersøgelse, som DH har foretaget blandt de 32 medlemsorganisationer om konsekvenserne af kommunalreformen. Dele af resultaterne er gengivet i indledningen til dette høringssvar.

Det er ikke muligt at beskrive alle forringelser i relation til kommunalreformen, men nedenfor oplistes nogle af de vigtigste:

- Der opleves et markant pres på borgernes retssikkerhed, bl.a. ved kommunernes manglende anerkendelse og/eller efterlevelse af afgørelser, kommunernes meget lange sagsbehandlingstid ved hjemvisning af sager, kommuner, der træffer afgørelser på kant med loven, og borgere der afstår fra at klage pga. frygt for "repressalier" fra kommunerne. Borgere føler afmagt og manglende retssikkerhed.
- Der opleves en forringelse af den kommunale sagsbehandling, herunder ændret visitationspraksis/sagsbehandling, hvor økonomien spiller en stadig større rolle på bekostning af fagligheden, manglende rådgivning og vejledning, manglende individuelle vurderinger, langsommelig sagsbehandling og manglende viden om borgernes behov. Det betyder bl.a., at borgerne ikke får de tilbud, de har behov for, og at borgernes udvikling og rehabilitering forsinkes eller sættes tilbage.
- Mange oplever nedskæringer i deres støtte og forringelse af deres mulighed for at leve et liv på lige vilkår med andre.
- Reformen har ikke skabt én indgang til kommunen eller gjort det lettere for borgerne at navigere i systemet. Kommunernes organisering er over en bred vifte domineret af en hierarkisk opbygning med forvaltninger, afdelinger, enheder og teams. Det betyder, at mange borgere ikke oplever kommunen som én samlet enhed, fordi de enkelte teams, afdelinger, forvaltninger osv. arbejder som selvstændige enheder uafhængigt af de andre enheder i kommune. Der opleves kassetænkning helt ned på afdelingsniveau. Borgere har mange sagsbehandlere og må ofte selv koordinere deres egen sag. Kommunens medarbejdere har betydelige vanskeligheder ved at lave en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for borgerne.
- I mange kommuner opleves en re-institutionalisering for de borgere, der har omfattende støttebehov i deres boligsituation. Nye store botilbud opføres i udkanten af byer eller i industrikvarterer langt væk fra resten af samfundet. Dagtilbud og aktivitets- og samværstilbud placeres sammen med botilbuddet, og maden bestilles fra storkøkkener. Kommunerne søger mulighed for at flytte borgerne rundt som det passer med kapaciteten.

DH anbefaler, at fagligheden i kommunernes sagsbehandling styrkes, bl.a. med følgende tiltag:

- Der stilles krav til kommunerne om, at de ifm. sagsbehandlingen skal efterspørge viden, når de ikke selv råder over den nødvendige faglighed. Dette kan fx ske ved hjælp af retningslinjer for, hvilke sager, der kræver, at kommunen skal indhente og gøre brug af særlig viden.
- Styrke retssikkerheden, bl.a. ved, at: 1) Ankestyrelsen får kompetence til at følge op på dens afgørelse, 2) kommunerne på udvalgte områder får tilbagemeldingspligt på deres handlinger, 3) der oprettes et ”retssikkerhedsregister”, så Ankestyrelsen kan lave systematisk vidensopsamling, 4) tidsfrister for behandling af hjemviste sager og mulighed for vejledning, 5) Ankestyrelsen får initiativpligt til at bringe manglende overholdelse af afgørelser over i det kommunale tilsyn og 6) borgeren kan anke ved manglende indhentning af viden i borgerens sag.

Finansieringen

DH mener ikke, at størrelsen på den nuværende statslige refusion sikrer den enkelte kommunes økonomi i tilstrækkeligt omfang. Det bør ikke være sådan, at den enkelte kommunes budget kommer under pres pga. konkrete enkeltsager. Dermed risikerer man, at kommunerne ud fra økonomiske hensyn vælger ikke at visitere borgerne til de specialiserede tilbud, de har behov for. Det var netop derfor, at Folketinget ændrede refusionssatserne på børneområdet, for at sikre, at udsatte børn fik det tilbud, de havde behov for, samtidig med, at kommunernes budgetter ikke blev væltet over ende.

”Med forslaget skærmes den enkelte kommunes økonomi mod særligt dyre anbringelsessager i familier. Dermed understøttes kommunernes budgetsikkerhed. Ordningen finansieres af kommunerne ved en regulering af bloktilskuddet.” (Bemærkninger til lov om ændring af lov om social service og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område)

DH anbefaler, at størrelsen på refusionssatsen ændres, samt at der sikres en mere solidarisk udligning af udgifterne kommunerne imellem.

DH henviser til afsnittet om ’understøttelse af den specialiserede viden’ og ’effektiv drift af tilbud’ for yderligere bemærkninger til finansieringsmodellen.

Dokumentation og viden

DH finder det dybt beklageligt, at der ikke findes dokumentation eller overblik over den eksisterende specialiserede viden. Dermed findes der heller ikke viden om, hvorvidt vi har de rigtige tilbud, hvor de er, kvaliteten af indholdet mm. Det er helt afgørende for at sikre en hensigtsmæssig opgaveløsning, at der er viden om målgrupper og deres behov. Ligesom borgerne skal have adgang til den specialiserede viden, der findes, for at kunne leve bedst muligt med deres funktionsnedsættelse.

DH anbefaler, at staten iværksætter et arbejde med at danne et nationalt overblik over den eksisterende specialiserede viden og igangsætter en systematisk dokumentations- og vidensopbygning.

DH finder det helt afgørende for en udvikling af det specialiserede socialområde, og en optimal planlægning af den specialiserede indsats, at der opbygges en systematisk viden på det specialiserede socialområde. Evalueringens rapport viser tydeligt, at der er et stort behov for dette.

DH mener, at Socialstyrelsen skal have til opgave at indsamle og opbygge viden – suppleret af andre relevante aktører på området, herunder handicaporganisationerne. DH anbefaler, at følgende tiltag iværksættes for at sikre den nødvendige dokumentation og overblik over specialiseret viden:

- Socialstyrelsen får ressourcer til at igangsætte en kortlægning af den eksisterende specialiserede viden og laver herudfra et nationalt overblik over den specialiserede viden.
- Socialstyrelsen igangsætter et arbejde med at sikre dokumentation om målgrupper, behov mv.
- Dokumentationen skal baseres på faglig viden, handicaporganisationernes erfaringer og dokumentation fra bl.a. rådgivning, forskning, målgrupper, antal m.v. Ved tilvejebringelsen af dokumentation, skal der sikres en tværfaglig tilgang baseret på rehabilitering.
- For at sikre, at den eksisterende viden inddrages, skal kortlægningen og indsamling af dokumentation ske i samarbejde med en bred vifte af aktører.
- Der skal sikres gennemsigtighed omkring den specialiserede viden og nem adgang til den specialiserede viden for borgerne. Dette kan bl.a. sikres ved en styrkelse af VISO og ved, at civilsamfundet fremover skal spille en langt større rolle ift. at sikre viden på handicapområdet (dette punkt behandles også nedenfor under afsnittet om VISO og ViHS).

Handicaporganisationerne oplever, at der mangler en struktur for vidensopsamling. Der er blevet færre og færre ressourcer til vidensopsamling, vidensudvikling, overvågning etc. Nedskæringerne i Socialstyrelsen, og herunder særligt i ViHS, udfordrer den nationale struktur, der ellers er et godt udgangspunkt for en national sikring af dokumentation og viden. Samtidig er der stort behov for at knytte viden og faglighed fra praksis til en national struktur for opsamling af viden, så den relevante viden institutionaliseres fremfor primært at være personbunden.

Selvom der langt fra er tilstrækkelig viden på det specialiserede socialområde, eksisterer der på nogle områder viden, som nogle tilfælde også er forsknings- og evidensbaseret.

”For en del målgrupper findes både forskningsbaseret og erfaringsbaseret viden om, hvad der kendetegner et godt tilbud. (...) Den tilgængelige viden er imidlertid fragmenteret og er ikke fuldt dækkende for den bedømmelse af tilbuddene, som foretages i forbindelse med

godkendelsen og tilsynet. Den manglende fælles forståelse af, hvad der karakteriserer kvalitet i sociale tilbud, blandt kommuner, tilbud og de forskellige faggrupper, betyder i sidste ende, at der stilles forskellige krav til den indsats, som borgerne får i tilbuddene alt efter, hvor i landet tilbuddet er beliggende, og hvilket tilbud de benytter.” (Bemærkninger til lovforslag om nyt socialtilsyn, s. 17).

DH mener, at det er helt afgørende, at der skabes et samlet overblik over denne viden gennem den ovennævnte anbefaling. I den forbindelse er der behov for at se nærmere på de eksisterende vidensfunktioner og miljøer, herunder VISO og VIHS, og samspillet mellem dem og den viden, der findes i civilsamfundet.

VISO

Formålet med VISO var at støtte kommunerne med vejledende specialrådgivning og udredning i komplekse enkeltsager, samt at sikre vidensindsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af den faglige viden på social- og specialundervisningsområdet (Hovedudvalget, s. 144f). Evalueringen konkluderer imidlertid, at VISO ikke har overblikket over udbuddet af specialiserede tilbud og indsatser og viden heri (Hovedudvalget, s. 149). Dermed kan VISO ikke i fuld udstrækning leve op til formålet om at sikre den mest specialiserede viden.

Af underarbejdsgruppens rapport fremgår det bl.a. af kortlægningen af den specialiserede viden, at de kommuner, der har mindst specialiseret viden, også er dem der mindst efterspørger viden (Underarbejdsgruppen, s. 48). Underudvalgets rapport peger på, at dette kan skyldes, at kommunerne *”ikke er opmærksomme på, at de har et vidensbehov.”* (Underarbejdsgruppen, s. 48).

DH’ erfaring fra arbejdet i VISO’s bestyrelse er, at VISO’s viden primært er baseret på kommunernes efterspørgsel og ikke på en faglig vurdering af behovet for viden. Dette bekræftes i underudvalgets rapport: *”VISOs viden er som nævnt primært baseret på kommunernes efterspørgsel.”*(Underudvalget, s. 62). DH finder det dybt problematisk, at VISO’s viden ikke er baseret på en faglig vurdering af behovet. Når det konstateres, at kommunerne ikke er opmærksomme på deres vidensbehov er det særdeles bekymrende, at VISO’s viden primært er baseret på kommunernes efterspørgsel.

Problemstillingen omkring sikringen af VISO’s leverandørnetværk er slet ikke behandlet i Hovedudvalgets anbefalinger. Det fremgår af Underarbejdsgruppens rapport, at:

”VISOs viden eksisterer i kraft af de meget specialiserede tilbud, som løbende udvikler praksisviden. I den udstrækning, at disse tilbud forsvinder, ophører VISO med at kunne trække på den meget specialiseret praksisviden” (Underarbejdsgruppen, s. 62).

Det er DH’s erfaring, at specialiseringen i høj grad findes i VISO’s leverandørnetværk. VISO’s ydelser har generelt høj kvalitet. DH finder det derfor særdeles problematisk, at det

leverandørnetværk, som er helt afgørende for at VISO kan leve op til sin rådgivnings- og udredningsfunktion, ikke er sikret.

Et typisk eksempel er Taleinstituttet i Region Nordjylland. Taleinstituttet er VISO-leverandør og er altså udpeget som et af de steder, hvor vigtig, specialiseret viden er til stede. Kommunerne i Nordjylland har haft en solidarisk aftale om, at dele af Taleinstituttets ydelser blev objektivt finansieret og dermed sikrede et økonomisk basisgrundlag. Men på baggrund af en fælleskommunal beslutning om at ændre modellen for finansiering af Taleinstituttet til kun at være takstfinansieret, er Taleinstituttets fremtid nu usikker. Det fremgår af Rammeaftalen mellem Region Nordjylland og kommunerne i regionen, at: *”Den nye aftalemodel kan ikke sikre en faglig bæredygtighed på de højt specialiserede ydelser, såfremt kommunerne foretager væsentlige reduktioner i efterspørgslen.”* (Rammeaftalen for 2013). Kommunerne i Region Nordjylland har i løbet af 2012 forsøgt at tale sig frem til, hvordan et ønske om kun at betale for de ydelser, den enkelte kommune benytter, kan kombineres med en bæredygtig økonomi for Taleinstituttet, men uden held. *”Under afklaringsprocessen i 2012 har der været udfordringer med at forene kommunernes ønsker til den fremtidige opgavevaretagelse med det, der er realiserbart i forhold til at drive Taleinstituttet fagligt og økonomisk bæredygtigt. Disse udfordringer har bevirket, at det ikke har været muligt at udarbejde et forslag til aftale vedrørende Taleinstituttet, der kan indarbejdes i rammeaftalen for 2013.”* (Rammeaftale for 2013). DH mener, at hvis VISO peger på en specialiseret viden, så skal den også være til stede. Derfor er det helt afgørende, at VISO’s leverandørnetværk sikres.

Der er desuden en række begrænsninger i, hvad VISO må, der betyder, at VISO’s kompetencer og funktioner ikke udnyttes optimalt. VISO må bl.a. ikke henvise til et specialiseret tilbud, selvom en sagsbehandler måske ikke ved, hvor det helt rigtige tilbud er. Som det fremgår af bemærkningerne af lovforslaget til det nye Socialtilsyn:

”Det er samtidig svært for de kommuner, som skal visitere borgere til sociale døgn-tilbud, at skaffe sig det fornødne klare grundlag for at sammenligne de forskellige tilbud i forhold til kvaliteten og økonomien i tilbuddene.” (Bemærkninger til lovforsalg om nyt socialtilsyn, s. 18).

I stedet er socialrådgiverne henvist til at lede på Tilbudsportalen, som har vist sig alt for uoverskuelig ift. at finde specialiserede tilbud til særlige målgrupper.

Det er DH’s vurdering, at VISO inden for de nuværende rammer ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter sikringen af den specialiserede viden, samt bistår med den specialiserede rådgivning, der er behov for.

DH anbefaler, at VISO bliver styrket, og at VISO's leverandørnetværk sikres.

DH mener, at VISO bør styrkes med følgende initiativer:

- Borgerne skal have bedre adgang til VISO og kunne få både rådgivning og udredning. I dag kan de kun bede om rådgivning.
- Kommunerne skal forpligtes til at benytte VISO i bestemte sager. Dette kan bl.a. ske ved at stille krav til den kommunale sagsbehandling om indhentning af viden på udvalgte områder. Disse områder skal beskrives i nationale retningslinjer inden for forskellige målgrupper.
- Kommunerne skal forpligtes til at benytte den udredning og rådgivning, de får fra VISO – ellers er det spild af ressourcer. I dag kan kommunerne frit vælge, om de vil bruge den udredning, der er foretaget af VISO, og det er DH's erfaring, at VISO's rådgivning og udredning i visse tilfælde ikke bruges.
- VISO skal kunne pege på tilbud, da det kan være svært for den enkelte socialrådgiver at kende tilbud til især helt særlige, små målgrupper. Her hjælper Tilbudsportalen ikke meget, da den er uoverskuelig og vanskelig at benytte i praksis.
- VISO's rolle som vidensopsamler skal styrkes gennem en mere systematisk og målrettet registrering af den viden fra rådgivning og udredning, som VISO besidder. Hermed kan VISO leve op til sit formål om at skulle indsamle, udvikle og bearbejde viden.
- VISO's leverandørnetværk skal sikres gennem en national specialeplanlægning, der giver et overblik over de mest specialiserede tilbud, samt en ændret finansieringsmodel for de særligt specialiserede tilbud (se nedenfor under 'understøttelse af den specialiserede sociale indsats').

ViHS

Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri (ViHS) blev oprettet i 2011 ved en sammenlægning af de 10 eksisterende videnscentre og 3 vidensnetværk på handicapområdet. Formålet var at lave:

"...én organisation, hvor faglig kvalitet vil være i højsædet. Det betyder først og fremmest en faglig styrkelse af området til gavn for især brugerne, men også for institutioner og myndigheder. Derudover bliver der nu mulighed for at foretage en tværgående koordinering af ressourcerne på tværs af hele området for handicap og socialpsykiatri, samtidig med at der er ressourcer til også at servicere mindre handicapgrupper." (Benedikte Kiær's brev til Socialudvalget 18. august 2010)

Fra 2012 blev Hjælpemiddelinstittuttet fusioneret med ViHS med det formål at spare penge. Der er løbende sket en række nedskæringer i ViHS, hvilket har betydet en markant reduktion i antallet af faglige medarbejdere. Som eksempel kan nævnes, at der på området for stammen var tre faglige medarbejdere inden sammenlægningen af Videnscenter for Stammen med de andre videnscentre – og nu er der 1 tilbage. Tilsvarende udvikling gælder for de andre områder.

Derudover melder DH's bagland, som er repræsenteret i ViHS brugerråd, at medarbejderne i ViHS primært arbejder med ministerbetjening, og at viden ikke når ud til borgerne. Det skyldes, at de tidligere 'tidsskrifter' på de forskellige handicapområder er nedlagt og det nye samlede blad har et meget snævert og relativt "akademisk" fokus. Hertil kommer, at der ikke er produceret ny viden siden oprettelsen af ViHS. Brugere har derfor ikke adgang til den viden, de har brug for. Viden bliver ikke formidlet. ViHS primære formål har udviklet sig til at servicere kommunerne. Kort sagt lever ViHS ikke op til det handicaporganisationerne blev lovet, da videnscentre blev sammenlagt. Der bliver ikke leveret den viden, som var meningen, og den faglighed, der skulle være, er der ikke. Værdien af viden er for nedadgående.

DH anbefaler, at der etableres en selvstændig, uafhængig og brugerstyret vidensfunktion med høj integritet

Det er helt afgørende for sikring, udvikling og formidling af den relevante specialiserede viden, at ViHS får den nødvendige uafhængighed og et klart brugerperspektiv. Det kan fx ske ved, at ViHS gøres til et samlet selvstændigt videnscenter i form af en selvejende institution med fokus på de forskellige specialvidensområder. Denne model vil være med til at sikre ViHS den nødvendige selvstændighed og integritet vha. armslængde-princippet. Det er nødvendigt med en høj grad af brugerindflydelse, så alle relevante perspektiver bliver inddraget, både ift. identifikation af områder med manglende viden og ift. vidensformidling og forankring. Også andre faglige miljøer, herunder forskningsmiljøer, bør knyttes tæt til videnscentret.

DH mener endvidere, at der skal ske en mere systematisk indsamling og brug af handicaporganisationernes viden ift. ViHS som en central, uafhængig vidensfunktion. Handicaporganisationerne har medlemmerne og kender ofte personer med handicap, før kommunerne møder dem. Når et barn fødes med et handicap, eller en person får et handicap senere i livet, er det naturligt, at familien og/eller personen selv melder sig ind i en handicaporganisation, hvor man har ekspertise i forhold til det konkrete handicap. Handicaporganisationerne har derfor stor viden om medlemmerne, der skal sættes langt mere i spil end i dag.

Der skal fortsat være et tæt samspil mellem VISO og ViHS, når ViHS bliver et selvstændigt videnscenter. Det vil være naturligt, at ViHS er en del af VISO's leverandørnetværk.

Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

Hovedudvalgets rapport understreger, at kommunerne i kraft af deres forsyningsansvar, har pligt til og ansvar for:

"... at der er eller bliver udviklet de tilbud, der er behov for. Herunder skal kommunen sørge for, at tilbuddene har det faglige niveau, som borgeren har behov for. Denne pligt gælder også, når der er tale om målgrupper med helt specielle behov, som kræver særlige kompetencer og indsatser. Disse målgrupper er karakteriseret ved, at der enten er tale om

små målgrupper og derfor et meget begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden og erfaring eller målgrupper med komplekse problemstillinger, som kræver faglig specialviden.” (Hovedudvalget, s. 148)

Hovedudvalget peger på, at kommunerne i høj grad har hjemtaget opgaver til egen kommune. Det har betydet, at en række specialiserede tilbud har været nødt til at omstrukturere eller lukke (Hovedudvalget, s. 148). Underarbejdsgruppens rapport om det specialiserede social- og specialundervisningsområde, peger da også på, at hjemtagning og lukning af tilbud giver risiko for af-specialisering (Underarbejdsgruppen, s. 61).

Der er ikke i evalueringen fokuseret på indholdet af de sociale tilbud, herunder kvaliteten af de tilbud, som kommunerne har opbygget efter reformen og som de hjemtager til. Hovedudvalgets rapport indeholder kun oplysninger om udviklingen i antallet af pladser på forskellige typer af tilbud (Hovedudvalget, s. 148). Heller ikke i den kortlægning, som underarbejdsgruppen har foretaget af den specialiserede viden, er der fokuseret på indholdet eller kvaliteten af de kommunale tilbud, som er oprettet efter reformen.

Hovedudvalget peger på, at der er problemer med den markedsbaserede finansieringsmodel på socialområdet, særligt i forhold til sikring af de specialiserede tilbud. Takstfinansieringen stiller krav til tilbud om at reagere på efterspørgslen, hvilket gør specialiserede tilbud særligt sårbare (Hovedudvalget, s. 148). Dette bekræftes i underarbejdsgruppens rapport, der peger på følgende ulemper ved en markedsmodel:

”Det vil være tilbud, hvor målgrupperne er så små eller komplekse, at tilbuddet pga. varierende efterspørgsel ikke kan fungere på de markedslignende vilkår, og som det dermed ikke bliver hverken fagligt eller økonomisk bæredygtigt for de enkelte kommuner at være selvforsynende med.” (Underarbejdsgruppens, s. 9)

”Finansieringsmodellen [takstfinansiering] giver imidlertid ikke driftsherren sikkerhed for at kunne fortsætte med nuværende ydelser, kvalitet, antal pladser mv. Det afhænger bl.a. af tilbuddets indhold, kvalitet og prisen for tilbuddets ydelser, om kommunerne efterspørger tilbuddet (...) I den forbindelse kan meget specialiserede tilbud være særligt sårbare, da efterspørgslen er svær at forudsige, idet målgruppen er lille og spredt geografisk over flere regioner. Hertil kommer, at en række af de meget specialiserede tilbud yder kortere midlertidige indsatser. Vigende efterspørgsel kan derfor på kort tid gøre tilbuddene sårbare.” (Underarbejdsgruppens, s. 62)

Hovedudvalget peger på, at det kan være nødvendigt at spænde et særligt sikkerhedsnet ud under de specialiserede tilbud for at sikre, at de bevares (Hovedudvalget, s. 148)

Herudover finder Hovedudvalget, at rammeaftalerne ikke sikrer tilstrækkelig koordinering i tilfælde, hvor efterspørgslen på regionalt plan/landsplan er begrænset, samt at placeringen af tilbud er sket helt tilfældigt og ikke ud fra en overordnet planlægning (Hovedudvalget, s. 150).

Hovedudvalget finder, at der generelt mangler dokumentation på det specialiserede socialområde. Der mangler nationalt overblik over den specialiserede viden og indsatser. VISO har ikke denne viden. Hovedudvalget finder endvidere, at der ikke findes systematiske oplysninger om målgruppernes størrelse og brugen af ydelser. Der er beskeden viden om effekten af de sociale ydelser, hvilket giver dårligt grundlag for kvalitetsudvikling, prioritering og faglig styring. Hovedudvalget peger på, at:

”Der er behov for en højere grad af videndeling mellem kommuner, regioner og VISO om sårbare videnmiljøer, således at kommuner og regioner gøres opmærksomme på, hvor der kan være behov for at understøtte særlige faglige miljøer, herunder i forbindelse med tilrettelæggelsen af rammeaftalerne. Samtidig mangler der et nationalt overblik over specialiseret viden på området samt over udbuddet af højt specialiserede tilbud og indsatser.” (Hovedudvalget, s. 151).

Af underudvalgets rapport fremgår det i kortlægningen af den specialiserede viden, at: *”Samlet set peger mange respondenter i kortlægningen på, at viden på området opleves som fragmenteret, og at viden ofte er forankret hos enkeltpersoner, selvbestaldede netværk og personbårne ad hoc initiativer. (...) Hvor der er en høj grad af specialisering forankret hos enkeltpersoner, opleves det at medføre større sårbarhed i forhold til fastholdelsen af denne viden. Respondenterne i kortlægningen peger også på, at mere personbårne ad hoc initiativer og netværk kan medføre, at det kan være vanskeligt at finde frem til den relevante viden om konkrete målgrupper. I den forbindelse efterspørger en del af respondenterne ved interviewene også, at der skabes et bedre overblik over viden og vidensmiljøer på området.”* (Underarbejdsgruppen, s. 58)

Derudover finder hovedudvalget, at der er begrænsede incitamentsstrukturer for den enkelte kommune til at oprette og udvikle nye meget specialiserede tilbud og indsatser. *”Det skyldes, at etablering af nye tilbud kræver store initialomkostninger. Det kan således være risikabelt for en kommune at påtage sig driftsherreansvaret, når man ikke har sikkerhed for efterspørgslen. Dette kan være en barriere for en dynamisk tilbudsstruktur, der tilpasser sig udviklingen i behovet for specialiserede indsatser.”* (Hovedudvalget, s. 151).

Hovedudvalget peger på, at der er behov for *”øget national overvågning og koordination af udbuddet af højt specialiserede tilbud/indsatser til små og/eller særligt komplekse målgrupper”* (Hovedudvalget, s. 151).

Hovedudvalget anbefaler derfor en National Koordineringsstruktur for at understøtte den specialiserede sociale indsats (Hovedudvalget, s. 152ff). Koordineringsstrukturen er en overbygning til rammeaftalesystemet og består af følgende elementer:

- *Central udmelding* fra Socialstyrelsen om særlige indsatser, der skal sikres.
- *Kvalifikation af udmeldingen* fra et fagligt råd.
- *Kommunalbestyrelsernes behandling af udmeldingen* i rammeaftalesystemet.

- *Af rapportering til Socialstyrelsen* om kommunalbestyrelsernes udmøntning af udmeldingen.

Den foreslåede model er i høj grad baseret på dialog og koordinering kommunerne imellem. Derfor har Hovedudvalget en yderligere overvejelse om at give Social- og Integrationsministeriet nogle reaktionsmuligheder, såfremt dialogen ikke giver det ønskede resultat. Socialministerens reaktionsmuligheder er:

- *Call-in*: Socialstyrelsen gives kompetence til at bede kommunalbestyrelserne om en ny behandling af den centrale udmelding.
- *Pålæg af driftsansvar*: Social- og integrationsministeren kan pålægge kommunerne at oprette tilbud, videreføre tilbud eller samle tilbud.

Hovedudvalget anbefaler endvidere, at der skal være en øget fleksibilitet til lokalt at finde andre finansieringsmodeller. Dette skal ske ved at tydeliggøre mulighederne for afvigelse fra takstfinansieringen (Hovedudvalget, s. 155).

DH anbefaler:

Indledningsvist er det relevant at fremhæve en central vurdering fra underarbejdsgruppen vedr. sikring af den specialiserede indsats:

”Det er imidlertid helt afgørende, at de kommunale samarbejder styrkes, og at der er incitament til dels at drive de særligt specialiserede tilbud, dvs. der er en vis sikkerhed for driften, samt at kommunerne også får øgede incitament til at efterspørge tilbuddene.” (Underarbejdsgruppen, s. 71).

DH mener, at løsningerne for at understøtte og sikre den specialiserede og tværkommunale indsats på socialområdet, skal kunne håndtere denne sammenhængende problemstilling, som underarbejdsgruppen peger på. Det er helt essentielt, at en løsning både forholder sig til sikringen af den specialiserede viden/indsats, herunder kvaliteten, og til brugen af den specialiserede indsats. DH mener, at dette kræver en række tiltag, der tilsammen vil sikre den specialiserede og tværkommunale indsats. Det er derfor vigtigt at se DH's nedenstående løsningsforslag i en sammenhæng – også med det ovenstående forslag om kortlægning og udvikling af den specialiserede viden.

I det følgende vil DH først fremsætte sine bemærkninger og anbefalinger til rapportens vurderinger og anbefalinger omkring af-specialisering og derefter vedr. finansiering. Evalueringen forholder sig ikke til løsninger ift. den manglende dokumentation og viden, og DH henviser til anbefalingerne omkring dette i ovenstående afsnit om opgaver og finansiering.

Af-specialisering

Evalueringen peger på en meget problematisk udvikling vedr. af-specialisering. Problemstillingerne om af-specialisering og manglende sikring af viden er ikke nye, idet Strukturkommissionen også pegede på behovet for en national overvågning af

ydelsesudbuddet på de højt specialiserede og sjældne tilbud (Hovedudvalget, s. 149). DH opfordrer på det kraftigste til, at der i forbindelse med opfølgningen på evalueringen tages hånd om problemstillingen, inden den specialiserede viden på socialområdet forsvinder helt.

DH finder det beklageligt, at omfanget af af-specialisering ikke er undersøgt nærmere i evalueringen. DH finder, at der er en række problemstillinger, som er væsentlige at bringe frem i lyset.

En af hovedårsagerne til af-specialisering, som evalueringen slet ikke belyser, er således kommunernes ændrede visitationspraksis. Kommunerne visiterer i langt mindre grad til specialiserede tilbud og efterspørgslen er således faldet. Udviklingen har formentlig flere årsager: Manglende viden i kommunerne, økonomiske kortsigtede hensyn og en tendens til, at kommunerne opbygger egne tilbud. DH's erfaringer er her, at kvaliteten i de kommunale tilbud ikke altid er tilstrækkelig. For netop at modvirke en fortsat af-specialisering, er det helt nødvendigt også at kigge på kommunernes visitationspraksis og hermed efterspørgselsdelen. Dette kommer vi nærmere ind på under afsnittet om finansiering.

Herudover er det helt nødvendigt at fokusere på kvaliteten og indholdet af tilbuddene – uanset, om de er 'nye' eller 'gamle'. Det er nødvendigt at vurdere indhold og kvalitet, for at kunne sige noget om specialisering. DH finder det meget beklageligt, at evalueringen ikke har undersøgt indhold eller specialiseringsgrad i de tilbud, kommunerne selv har oprettet efter reformen. Det fremgår af Hovedudvalgets rapport, at det "... ikke [er] muligt på baggrund af evalueringen at vurdere tilbuddenes specialiseringsgrad" (s. 158). Det er DH's erfaring, at en række af de tilbud, som kommunerne har oprettet, ikke dækker borgernes behov, eksempelvis placeres yngre personer med erhvervet hjerneskade på plejehjem frem for fagligt kvalificerede botilbud. Dette skyldes bl.a. manglende faglighed i tilbuddene, men også, at en række specialiserede tilbud er blevet udvandet, fordi driftskommunen benytter dem til egne borgere med meget forskellige behov. Dermed mistes den viden om en særlig målgruppe, som tilbuddet havde (AKF: '4. statusrapport over kommunalreformens betydning for det specialiserede område', 2009:12f).

DH finder, at det giver et meget skævt grundlag for diskussionen om sikring af den specialiserede indsats, når der hverken er et overblik over af-specialiseringens omfang eller over konsekvenserne for personer med handicap og behovet for en specialiseret indsats.

DH havde forventet, at den kortlægning af den specialiserede viden, som underarbejdsgruppen på social- og specialundervisningsområdet har foretaget, ville have givet det nødvendige overblik til at vurdere problemstillingen omkring af-specialisering og hermed give det bedste udgangspunkt for at finde de nødvendige løsninger. DH mener der er et stort behov for at sikre dette overblik jf. DH's anbefalinger om sikring af dokumentation og viden.

Derudover finder DH det manglende fokus på kvalitet og faglighed yderst kritisabelt, når det handler om at sikre den specialiserede indsats. Det handler langt fra kun om antallet af pladser i forskellige tilbud, men om tilbuddenes kvalitet og faglighed.

DH er enig i formålene med den nationale koordineringsstruktur, om at styrke den faglige planlægning, opbygge viden om målgrupperne og evidens om relevante indsatser. DH mener imidlertid ikke, at forslaget om en national koordineringsstruktur er tilstrækkeligt til at sikre disse målsætninger. En national koordinering i den foreslåede form vil ikke sikre, at den igangværende af-specialisering fortsætter, at den nødvendige dokumentation og viden opretholdes og videreudvikles, og at indsatsen baseres på en fagligt funderet styring.

Det fremgår da også af underarbejdsgruppens rapport, at:

”Den nationale koordination kombineret med øvrige elementer vil i større eller mindre grad kunne sikre drift og udvikling af tilbud og indsatser med specialiseret viden, samt en gennemsigtighed på området, som ikke i tilstrækkelig grad findes i dag.” (Underarbejdsgruppen, s. 63).

DH finder ikke, at 'i større eller mindre grad' er en tilstrækkelig løsning på et yderst alvorligt problem. DH finder, at modellen kan være et udmærket udgangspunkt, men der er behov for at styrke den væsentligt, herunder ved at give staten et langt større ansvar og forpligte kommunerne i langt højere grad.

DH anbefaler en national specialeplanlægning af den specialiserede og tværkommunale indsats på social- og specialundervisningsområdet – ikke kun koordinering.

DH mener, at det er nødvendigt, at staten får ansvaret for at videnopsamle og vidensopbygge jf. DH's ovennævnte forslag, samt for planlægningen af den specialiserede indsats. Staten skal sikre den nødvendige tværfaglige og vidensbaserede dokumentation som grundlag for en faglig baseret og statsligt forankret planlægning af den specialiserede og tværkommunale indsats. Planlægningen skal udgøre rammen for organisering, dimensionering og indholdet af indsatsen samt effektiv allokering af viden.

Det undrer DH, at man ikke kan planlægge og styre den specialiserede indsats på det sociale område, ligesom man kan på sundhedsområdet. Evalueringen argumenterer for, at sundhedsområdet og socialområdet er forskellige og at der ikke på det specialiserede socialområde er samme omfang af viden om målgrupper eller evidens for, hvilke indsatser der virker. Områderne er naturligvis forskellige og sociale indsatser adskiller sig på flere måder fra sundhedsydelser. Men det kan aldrig være et argument for *ikke* at planlægge, at der ikke findes samme vidensgrundlag på socialområdet som på sundhedsområdet. Det burde vel netop være et argument for at opsamle den tilstrækkelige dokumentation og for nødvendigheden af at basere den overordnede planlægning på den bedste tilgængelige viden. Desuden skal det understreges, at sundhedssystemets specialeplanlægning langt fra altid er baseret på evidensbaseret viden.

DH mener godt, man kan lave en specialeplanlægning på det specialiserede socialområde, selvom det ikke er helt det samme som på sundhedsområdet. Når man nu eksempelvis ved, at der er ca. 250 blinde og svagsynede børn på landsplan, der kræver en specialiseret social- og uddannelsesmæssig viden og indsats for at kunne blive inkluderet i skolen og fritidslivet, så er det også muligt at vurdere, hvor mange tilbud der skal til for at sikre den nødvendige viden og indsats. Det handler om at benytte den eksisterende viden, som løbende skal suppleres med ny viden fra det øgede systematiske dokumentationsarbejde.

En model for national specialeplanlægning med udgangspunkt i hovedudvalgets model

DH mener, at der kan tages udgangspunkt i forslaget om national koordinering for at sikre en national planlægning af den specialiserede indsats på socialområdet. Det kræver følgende justeringer af modellen:

Planlægning af den specialiserede indsats

- Socialstyrelsen får pligt til at skabe overblik over den eksisterende viden, indsamle dokumentation og opbygge systematisk viden om bl.a. målgruppers størrelse og brugen af ydelser. Kun herved kan kvalitetsudvikling, prioritering og faglig styring sikres.
- På baggrund af viden og dokumentationen laver Socialstyrelsen en faglig vurdering af indholdet, dimensioneringen og eventuelt placeringen af den tværkommunale og specialiserede indsats. Denne vurdering danner grundlag for specialeplanen.
- Socialstyrelsens udmelding om specialeplanen bliver bindende. På den måde får Socialstyrelsen det overordnede ansvar for at sikre, at den rette specialiserede viden og de rette tilbud er til stede.
- Socialstyrelsens planlægning skal dække flere tilbud end de højt specialiserede, herunder tværkommunale tilbud.

Kvalificering af specialeplanen

- Planen kvalificeres af det faglige råd, som foreslås i Hovedudvalgets model. Handicaporganisationerne skal repræsenteres i det faglige råd.

Løsning af opgaverne

- Socialstyrelsen vurderer, hvor opgaverne bedst kan løses (se nedenstående afsnit om placering af tilbud). Det er helt afgørende, at initiativpligten til at sikre oprettelsen af specialiserede tilbud placeres entydigt. Dette er ikke tilfældet i dag, og som det også fremgår af evalueringen, har kommunerne ikke incitament til at oprette tilbud, hvor de ikke selv bruger hovedparten af pladserne.
- Socialstyrelsen går i dialog med de parter, der bedst løser opgaverne om udmøntning af specialeplanen. I de tilfælde, hvor opgaven er bedst placeret hos kommunerne, kan modellen fra evalueringen benyttes, hvor kommunerne i fællesskab udarbejder en plan for, hvordan de vil løse opgaverne.
- Social- og integrationsministeren får reaktionsmulighederne 'call in' og 'pålæg af driftsansvar':

- *Call in*: Socialstyrelsen får mulighed for at bede om en genbehandling af de forslag til opgaveløsning, som kommuner, regioner og private aktører melder ind til Socialstyrelsen. Socialstyrelsen sætter en tidsfrist for genbehandlingen.
- *Pålæg af driftsansvar*: Social- og integrationsministeren får mulighed for at pålægge driftsansvar ift. lukningstruede tilbud, oprettelsen af nye tilbud, samt sammenlægning af eksisterende tilbud. Det skal her understreges at sammenlægning af tilbud aldrig må modarbejde af-institutionaliseringen ift. borgere med omfattende behov for støtte i boligsituationen. Et driftsansvar bør også kunne ligges i alternative organiseringsformer såsom selvejende institutioner. Herved undgår man 'ulempen' med, at kommunerne ikke vil tage ejerskab, som evalueringen peger på (Hovedudvalget, s. 154).

Sikring af udmøntning af specialeplanen

For at sikre, at specialeplanen føres ud i livet, er der en række andre elementer ud over central styring, der skal være på plads.

Der skal for det første stilles krav til de kommunale samarbejder om specialiserede tilbud, herunder muligheden for at forlade et samarbejde, finansieringsformen for højt specialiserede tilbud mm. Dette vil blive uddybet nærmere nedenfor.

Herudover er det nødvendigt, at Socialstyrelsen har de nødvendige ressourcer og kompetencer. Fx har Socialstyrelsen meldt ud, at de ikke har ressourcer til at drive databasen med diagnosebeskrivelser (både social og sundhed) for sjældne diagnoser. Det er derfor vigtigt, at Socialstyrelsen har den tilstrækkelige kapacitet og faglighed til at kunne løfte opgaven.

DH anbefaler, at Socialstyrelsen skal overvåge området, herunder kommunernes efterspørgsel og brug af de specialiserede tilbud.

Forpligtelse af kommunerne

En forudsætning for, at kommunerne overtog ansvaret for hele handicapområdet, var at kommunerne skulle samarbejde om de specialiserede tilbud, som de hver især var for små til at drive (Hovedudvalget, s. 142). Hovedudvalget kommer ikke i deres rapport ind på, hvordan disse samarbejder fungerer i praksis.

DH konstaterer, at denne vigtige forudsætning ikke er undersøgt nærmere og der er således ikke overblik over, om kommunerne via samarbejder løfter deres forsyningsansvar. Det er DH's erfaring, at kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang samarbejder om opgaverne. DH's undersøgelser viser således, at henholdsvis 86 % af handicaporganisationerne og 80 % af de deltagende borgere med handicap "slet ikke" eller "i mindre grad" mener, at deres kommune i tilstrækkeligt omfang samarbejder med andre kommuner/aktører til at sikre tilbud med den rette specialisering.

Hovedudvalgets anbefalinger fokuserer ikke på, hvordan kommunernes samarbejde kan styrkes. De tværkommunale samarbejder beskrives mere som en forudsætning for den foreslåede nationale koordinering. DH oplever dog, at der er en række problemer med at få kommunernes samarbejde til at fungere via frivillighedens vej, jf. bl.a. eksemplet om Taleinstituttet i afsnittet om opgaver og finansiering.

Dette understøttes af kommunernes udkast til rammeaftaler for 2014. I Midtjylland forventer et flertal af kommunerne en uændret efterspørgsel efter de tilbud, som er omfattet af rammeaftale 2014. Samtidig forventer kommunerne et uændret eller faldende behov for pladser uden for kommunernes eget regi. På Sjælland beskrives under metodeudvikling, at der er tendens til kommunal hjemtagning og løsning af tidligere eksternt placerede opgaver i eget og billigere regi (skal ses i forlængelse af økonomisk udvikling og besparelseshensyn, der har tvunget kommunerne til at tænke i andre og billigere løsninger). I Nordjylland venter kun få kommuner et øget forbrug af de sociale tilbud. Der er et helt overordnet billede af, at der vil være en moderat faldende efterspørgsel efter pladser omfattet af rammeaftalen, der understøttes af kommunernes indmeldinger om udviklingen i egne tilbud (lokal kapacitetsudvidelse i kommunerne). På udbudssiden planlægges stort set uændret kapacitet i forhold til en stigende efterspørgsel fra kommunerne (risiko for overkapacitet). Disse 3 udkast til rammeaftaler 2014 understøtter således, at der også fremadrettet ses en fortsættelse af tendensen til, at kommunerne hjemtager opgaver og dermed ikke af frivillighedens vej samarbejder i tilstrækkeligt omfang om de specialiserede tilbud, hvilket giver risiko for mangel på den fornødne faglige ekspertise mv.

DH anbefaler, at kommunerne lovgivningsmæssigt forpligtes til at tilrettelægge indsatsen på baggrund af den vidensbaserede nationale specialeplan.

DH mener, at det er helt nødvendigt at stille lovgivningsmæssige krav til, at kommunerne sikrer udmøntningen af specialeplanen og sikrer de specialiserede tilbud.

DH anbefaler, at kommunerne skal forpligtes til samarbejder om visse typer af tilbud, som de hver især er for små til at løse.

DH mener, det er helt nødvendigt med faste rammer omkring kommunernes samarbejde for visse typer af tilbud, herunder perioden, som kommunen binder sig for, finansieringsmodellen mm. Et eksempel på nødvendigheden af forpligtelser er Videnscenter for Specialpædagogik i Næstved. Her samarbejder 6 kommuner om undervisning, rådgivning og vejledning til personer med bl.a. erhvervet hjerneskade og svære kommunikative vanskeligheder. En af kommunerne har nu besluttet at oprette deres egne tilbud på området og hermed vakler hele samarbejdet. Det er ikke muligt, at alle kommuner kan opretholde det samme faglige niveau for indsatsen, hvis de hver især skal oprette deres egne tilbud.

Hvis specialeplanen viser, at et bestemt tilbud eller sikring af viden bedst løses i et fælles kommunalt samarbejde, skal der bl.a. stilles krav til kommunerne om, at de ikke kan melde sig ud af samarbejdet fra år til år. Ellers opnår man ikke det økonomiske fundament, som det kræver at opretholde og videreudvikle specialiserede faglige miljøer.

Finansiering

DH mener ikke, at anbefalingerne om, at der lokalt skal findes mere fleksible finansieringsmodeller, er tilstrækkeligt håndfaste til at sikre en hensigtsmæssig finansiering på området, herunder sikre incitamentter til at oprette specialiserede tilbud.

Derudover undrer det DH, at Hovedudvalget fokuserer så forholdsvis lidt på kommunernes efterspørgsel efter specialiserede tilbud. Det er i høj grad den manglende efterspørgsel, der er hovedårsagen til problemerne med af-specialisering, og at specialiserede tilbud må lukke. Det fremgår af underudvalgets rapport, at:

”Kommunernes eget befolkningsgrundlag er således ikke nødvendigvis afgørende for, hvorvidt kommunen kan være driftsherre af specialiserede tilbud. Det afgørende er, at der sikres efterspørgsel fra andre kommuner for at kunne opnå et befolkningsmæssigt bæredygtigt grundlag.” (Underarbejdsgruppen, s. 87).

DH mener derfor, at det er helt essentielt, at efterspørgslen efter specialiserede tilbud sikres.

Ud over de problemer med markedsmodellen, som evalueringen og underarbejdsgruppen peger på ift. sikringen og brugen af specialiserede tilbud, mener DH, at det også er relevant at fokusere på finansieringsformens konsekvenser for vidensdeling mellem faglige miljøer. En undersøgelse foretaget af AKF viser, at markedsmodellens tankegang om konkurrence mellem de højt specialiserede tilbud betyder, at de faglige medarbejdere ikke har samme mulighed, som tidligere, for at spare med hinanden på tværs af tilbuddene. Denne udvikling er problematisk, ikke på områder med få borgere, hvor alle former for vidensdeling er afgørende for at sikre den nødvendige faglige udvikling.

DH anbefaler, at der stilles lovgivningsmæssige krav til finansieringen af visse specialiserede tilbud, og at der laves en fleksibel finansieringsmodel, der er tilpasset de enkelte tilbuds særlige forudsætninger.

DH mener, at det er nødvendigt med et opgør med den rene markedsmodel på det specialiserede socialområde. Markedsmodellen sikrer ikke de specialiserede tilbud, hvor der er behov for et stort befolkningsgrundlag, og modvirker på flere områder en omkostningseffektiv drift. DH anbefaler, at der som del af ovennævnte specialeplan udarbejdes en analyse af, hvilke finansieringsmodeller, der bedst sikrer de nødvendige specialiserede tilbud under hensyntagen til ønsket om fleksibilitet, udvikling og omkostningseffektivitet. DH anbefaler, at kommunerne – på baggrund af analysen – forpligtes lovgivningsmæssigt til den finansieringsform, der er mest hensigtsmæssig på de forskellige områder.

DH anbefaler derfor en ændret finansieringsmodel baseret på følgende principper:

- En finansieringsmodel, hvor byrden for de særligt dyre og specialiserede tilbud fordeles mere jævnt mellem kommunerne. Refusionsordningen ændres, så der sker en mere solidarisk finansiering af de særligt dyre enkeltsager.
- En model, hvor finansieringen er forskellig alt efter tilbuddenes specialiseringsgrad og pris. På baggrund af en analyse, vurderes hvilken finansieringsform, der passer bedst til tilbuddene i specialeplanen:
 - Nogle tilbud vil kræve en objektiv finansiering (ligesom de lands- og landsdelsdækkende tilbud).
 - Nogle tilbud finansieres ved abonnementsordning.
 - Nogle tilbud finansieres helt eller delvist via en fælleskommunal fond – en slags barselsfond-model.
 - Nogle tilbud finansieres ved en kombination af objektiv/abonnement og takstfinansiering.
- En model, der sikrer, at det kan 'betale sig' at oprette specialiserede tilbud.
- En model, der ikke hindrer borgernes mobilitet i forhold til at bosætte sig, hvor de har lyst.
- En model, hvor der skelnes mellem, hvad der er dyrt, og hvad der er specialiseret, da disse to elementer ikke hænger naturligt sammen.
- En model, der fremmer udvikling i de tilbud, der tilbydes, så de opfylder ændrede behov og fremmer udvikling af de nødvendige og tilpassede kompetencer.

DH anbefaler, at efterspørgslen efter, og brugen af de specialiserede tilbud, sikres gennem bl.a. følgende tiltag:

- Forpligtende abonnementsordninger og delvis objektiv finansiering for de helt små tilbud.
- Generel styrkelse af visitationen i kommunerne gennem krav til faglighed og viden. Dette kan som nævnt ovenfor bl.a. ske gennem nationale, forpligtende retningslinjer for, hvornår sagsbehandleren skal indhente og benytte specialiseret viden.
- Visitationsretningslinjer for visse målgrupper. DH mener, at det ligesom på sundhedsområdet også kan overvejes at indføre visitationskriterier for visse målgrupper, der kræver en helt særlig, specialiseret indsats.
- Styrke borgernes retssikkerhed ved, at borgerne får mulighed for en 'second opinion' ift. de specialiserede tilbud, de henvises til, samt mulighed for at klage over manglende indhentning af viden eller manglende brug af den rådgivning og udredning, der er foretaget af specialiseret fagpersonale.

DH anbefaler, at fordelene ved god sagsbehandling og henvisning til specialiserede tilbud tydeliggøres.

DH mener, at der i incitamentsstrukturen for efterspørgslen skal større fokus på, at det bedste tilbud også giver 'den billigste borger' på sigt. Det er i det lange løb billigere for

samfundet at benytte de relevante specialiserede tilbud, så snart behovet opstår. Det skyldes, at de rette tilbud betyder bedst mulig rehabilitering – og at borgeren dermed også bliver så selvhjulpent, som det er muligt. På den måde er der god økonomi i at lave den rigtige indsats.

DH vil samtidig understrege, at der altid vil være specialiserede tilbud, som ud fra en rent økonomisk vurdering ikke kan 'betale sig', men disse tilbud skal vi af socialpolitiske og etiske årsager sikre er til stede og bliver brugt.

DH anbefaler, at finansieringsmodellen ikke hindrer vidensdeling mellem faglige miljøer.

Placering af tilbud

Udvikling

Det fremgår af evalueringen, at kommunerne i vidt omfang har overtaget de tidligere amtslige tilbud (Hovedudvalget, s. 156). Herudover fremgår det, at:

”Den nuværende fordeling af tilbud mellem kommuner og regioner afspejler en række lokale hensyn og prioriteringer, men er ikke resultatet af en samlet overvejelse af, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere opgaven med at drive bestemte typer af tilbud.” (Hovedudvalget, s. 30)

Hovedudvalget opstiller 3 forskellige modeller for opgaveplacering:

- Model 1. Uændret opgavefordeling.
- Model 2. En kommunal model.
- Model 3. Regionalt ansvar.

DH anbefaler:

DH finder det yderst uheldigt, at fordelingen af tilbud ikke er baseret på en vurdering af, hvor opgaven løses mest hensigtsmæssigt. DH mener, at det vigtigste er, at opgaverne placeres der, hvor de løses bedst, det være sig kommunalt, i tværkommunale samarbejder, regionalt, statsligt eller i selvejende institutioner eller foreningsejede hospitaler/specialtilbud. DH mener, at placering af tilbud må tage udgangspunkt i en faglig vurdering af, hvor opgaven bedst kan løses. DH mener, at der med den ovennævnte specialeplanlægning kan tages højde for, at fremtidens dimensionering og organisering af området, planlægges ud fra, hvor opgaverne er placeret mest hensigtsmæssigt. Ved at vælge én af de tre foreslåede modeller, skabes ikke den nødvendige fleksibilitet til at placere opgaverne, hvor de løses bedst.

DH er forundret over, at kampen om placering af opgaver i vidt omfang overskygger de væsentligste udfordringer med at sikre den specialiserede viden og tilbud – nemlig planlægning og incitamentter til efterspørgsel.

Når det er sagt, vil DH understrege, at den værst tænkelige situation er, hvis status quo fortsætter (Model 1). Det er helt nødvendigt, at der laves løsninger, som sikrer den specialiserede viden og de specialiserede tilbud. Det vil ikke ske med en fortsættelse af status quo.

DH anbefaler, at kommunerne som udgangspunkt – og inden for specialeplanlægningens rammer – skal have hovedansvaret for de fleste indsatser, men at regionerne overtager ansvaret for visse målgrupper med tæt tilknytning til sundhedsvæsnet.

DH mener, at regionerne primært skal have ansvaret for specialiserede tilbud og indsatser med et tidsbegrænset perspektiv og/eller, hvor borgernes behov tilsiger en tæt tilknytning til sundhedssystemet i kortere eller længere perioder af borgerens livsforløb. Målgrupperne for disse indsatser vil ofte være små og dermed kræve et stort befolkningsgrundlag, fx personer med sjældne diagnoser.

Alle personer er borgere i en kommune og som udgangspunkt skal kommunerne have ansvaret for alle borgere med alle former for handicap. En helt klar forudsætning for at kommunerne fortsat skal varetage opgaverne er dog, at ovenstående specialeplanlægning og lovgivningsmæssige forpligtelser sikrer rammerne om kommunernes samarbejde og efterspørgsel efter specialiserede tilbud. Uden disse rammer har DH svært ved at se, at kommunerne kan løfte opgaverne. Det har de haft 5 år til at vise, at de kunne – uden succes.

Effektiv drift af tilbud

Evalueringen finder i deres vurdering af markedsmodellen på det sociale område, at markedet for sociale tilbud er kendetegnet ved en række forhold, der betyder, at ”... *der ikke er den fleksibilitet og allokering af tilbud og ydelser, som er en forudsætning for priskonkurrence.*” (Hovedudvalget, s. 166).

Der er siden kommunalreformen trådte i kraft foretaget en række tiltag for at styrke kommunernes styringsmuligheder, herunder ændring af rammeaftalerne, standardkontrakter, sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar (Hovedudvalget, s. 168).

Evalueringen konkluderer, at: ”*En ny undersøgelse af takstreglernes anvendelse har imidlertid identificeret en række konkrete problemer ved takstreglernes udformning, som begrænser incitamentet til effektiv drift samt gennemsigtighed for køberen.*” (Hovedudvalget, s. 169). Udvalget anbefaler på den baggrund en række ændringer af takstreglerne (Hovedudvalget, s. 169ff):

- Fælles regelsæt for beregning af takster.
- Takster, der beregnes og offentliggøres på Tilbudsportalen, bliver vejledende.
- Takster fastsættes på baggrund af ydelsespakker.
- Lettelse af administrative byrder ved beregning.

- Mulighed for at beholde dele af overskuddet lokalt.
- Underskud på 5 % kan ikke indregnes i taksten.
- Efterregulering af objektiv finansiering af sikrede institutioner.

DH anbefaler:

DH henviser til afsnittet om finansiering ift. DH's vurderinger af markedsmodellen og anbefalinger om en ændret finansieringsmodel på social- og specialundervisningsområdet.

Herefter vil DH understrege, at vi finder det tiltag, som er gennemført om sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar, dybt urimeligt og uhensigtsmæssigt. Lovforslaget indebar, at den oprindelige bopælskommune både skal betale og beslutte i forhold til borgeren – uanset, hvor denne er bosiddende, og uanset, om borgeren har boet i en anden kommune i en lang årrække.

Lovforslaget betød et bud med det ellers højt besungne nærhedsprincip om, at det er den kommune, der kender borgeren og dennes behov, der også skal beslutte, hvilke nye tiltag der skal sættes i værk til gavn for borgeren, fx ledsagelse, pædagogisk støtte, hjælpemidler osv. Argumentet var, at det bliver lettere at styre udgiftsudviklingen for 13.000 borgere med behov for en ganske særlig indsats, når bare det er den oprindelige kommune, der bestemmer. Med lovforslaget hang man principielt en gruppe af de allersvageste borgere ud som synderne for den økonomiske udvikling på et udokumenteret grundlag. Ankestyrelsen kom i 2012 med en evaluering af reglerne om sammenhæng mellem visitationskompetence og finansieringsansvar. Evalueringen var mangelfuld og ikke dækkende for DH's erfaringer med loven. Dette skyldes bl.a., at handicaporganisationerne og borgerne ikke var inddraget i evalueringen i tilstrækkeligt omfang. Samtidig gav evalueringen intet bevis på, at loven havde medført bedre økonomisk styring.

Endelig mener DH, at det i diskussionen af finansieringsmodeller også vil være relevant at se på transaktionsomkostningerne ifm. den nuværende takstbaserede markedsmodel. Der bruges betydelige ressourcer på at diskutere takster, både mellem de enkelte tilbud og kommunerne, der bruger pladserne og kommunerne imellem i de årlige takstaftaler. Ressourcer, der kunne være brugt på borgernær service i stedet.

DH er skeptisk ift. anbefalingen om at indføre ydelsespakker på specialiserede tilbud, da det understøtter en institutionstankegang i levering af ydelsen på særligt botilbudsområdet.

DH mener, at der er risiko for, at bolig og service bliver ”koblet sammen”, hvis der indføres ydelsespakker på botilbudsområdet. Underarbejdsgruppen påpeger, at:

”Det er dog vigtigt, at sammensætningen af ydelsespakker og beregningen af takster stadig giver mulighed for, at afgørelser i forhold til den enkelte borger træffes efter en konkret, individuel vurdering, som kan udmøntes i aftalen med leverandøren.”
(Underarbejdsgruppen, s. 82).

Den udvikling, der ses på botilbudsområdet i kommunerne med samling af boliger i store 'institutionslignende' tilbud, hvor dagtilbud, samværstilbud og boligtilbud finder sted på samme matrikel, ofte langt fra byens centrum, er et stort tilbageslag for af-institutionaliseringen. DH er bekymret for, at indførelsen af ydelsespakker vil forstærke denne udvikling. Det kan ikke udelukkes, at ydelsespakker kan indføres på andre specialiserede tilbud, der leverer korterevarende, midlertidige specialiserede ydelser, men DH vil på det kraftigste anbefale, at det ikke bliver en mulighed på botilbudsområdet, hvor DH forventer, at ydelsespakker vil være både fagligt og økonomisk ineffektive.

De specialiserede undervisningstilbud

I det følgende vil vi fokusere på følgende nedslagspunkter, som evalueringen omhandler:

- De lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud.
- Kompenserende specialundervisning – kommunikationscentrene.

Under hvert område opsummeres den beskrevne udvikling og evalueringens vurderinger og anbefalinger kommenteres.

Lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud

Hovedudvalget peger tydeligt på store udfordringer ift. de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. Det fremgår bl.a., at der er et faldende elevtal til de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud, som udvander erfaringsopbygning og opretholdelse af højt fagligt miljø. Det vurderes, at:

"... specialundervisningen på flere af de lands- og landsdelsdækkende institutioner vil kunne fortsættes i nogle år endnu, men der vil om få år være tale om så små enheder, at ændrede organisationsformer med mulighed for tættere samspil med andre kommunale specialundervisningstilbud vil være relevant." (Hovedudvalget, s. 175).

Endvidere peger evalueringen på, at der er en udfordring ift. en lille gruppe af elever med behov for tegnsprog og taktil kommunikation, som er afhængige af specialiserede undervisningstilbud (Hovedudvalget, s. 175).

Hovedudvalget anbefaler to forskellige modeller til videreførelse af de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. Model 1 betyder, at den nuværende regionale struktur opretholdes, og at der suppleres med en koordinationsfunktion tilsvarende anbefalingerne på socialområdet. Model 2 betyder, at kommunerne overtager ansvaret for de lands- og landsdelsdækkende tilbud, hvorved de lands- og landsdelsdækkende tilbuds særlige status ophæves.

Evalueringen kommer ikke med konkrete anbefalinger ift. udfordringerne for den lille gruppe af elever med behov for tegnsprog og taktil kommunikation.

DH anbefaler:

DH må på det kraftigste advare mod, at der laves en harmonisering med socialområdet, dvs. Model 2, hvor kommunerne overtager det fulde ansvar for de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud. Det vil fra DH's synspunkt betyde en katastrofal udvanding og fragmentering af den specialiserede viden på undervisningsområdet.

Desuden mener DH, at anbefalingerne i Model 2, hvor det eksplicit skrives, at de centrale brugerorganisationer ikke skal indgå i det Faglige Råd, der vil rådgive Børne- og Undervisningsministeriet om centrale udmeldinger på undervisningsområdet, tydeligt viser modellens manglende holdbarhed ift. at sikre den nødvendige udvikling på området. (Underarbejdsgruppen, s. 127).

Det kan undre DH, hvorfor underarbejdsgruppens Model 3 om en tredje løsning på undervisningsområdet, ikke er gengivet i den overordnede evalueringsrapport. Model 3 anbefaler en national videns- og specialrådgivningsenhed, hvor der etableres en national videns- og specialrådgivningsenhed, der overtager specialrådgivning, materialesamlinger og udvikling af den mest specialiserede viden (Underarbejdsgruppen s. 129ff). DH finder, at der er mange gode elementer at bygge videre på i denne model.

DH anbefaler, at der oprettes en national videns- og specialrådgivningsenhed til sikring af den specialiserede viden på de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud.

DH mener, at det er helt afgørende at samle ansvaret for den eksisterende viden på de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud nationalt, frem for den nuværende fragmentering af viden. DH ser mange gode takter i underudvalgets model 3, for en sådan national struktur. Der er dog stadig behov for en tæt tilknytning mellem praksis- og vidensdelen, som skal kunne sikres med en national enhed.

De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbuds bredere forpligtelse med at afholde kurser for forældre, børn og unge, samt rådgivning og vejledning om, hvordan man skal forholde sig til sit handicap, er stadig væsentlig at bevare. En national enhed skal derfor ikke kun opsamle viden og rådgive, men også undervise, metodeudvikle og være behjælpelig med udredning. Ligesom ansvaret for den materialeproduktion, der ligger hos nogle af de lands- og landsdelsdækkende tilbud, skal overføres til den nationale enhed.

En kobling mellem specialiseret praksis og viden kan imødekommes på forskellig vis, fx via leverandøraftaler, som er tilfældet på socialområdet. Det er således ikke nødvendigt, at staten overtager driftsansvaret for skolerne, men staten skal have det overordnede ansvar for området. DH kommer gerne med input til sådanne løsninger.

Der kan bl.a. hentes inspiration fra Norge, som underarbejdsgruppen peger på:

"I Norge er specialrådgivning på undervisningsområdet statsliggjort. Statped (Statslig spesialpedagogisk støttesystem) ejer en række kompetencecentre (statslige skoler, der i

1992 blev omdannet til kompetencecentre), køber specialpædagogiske ydelser på andre statslige kompetencecentre eller indgår aftaler med statslige forskningsinstitutioner om at udvikle ny viden på det specialpædagogiske område.” (Underarbejdsgruppen, s. 130).

Eller den svenske model: <http://www.spsm.se/>, som også har en statslig organisering.

For DH vil en samling af viden hovedsageligt bestå af de allerede eksisterende objektive ydelser, samt en tilknytning til udvalgte undervisningsmiljøer, således at viden og praksis fortsat kobles sammen. En sådan samling giver både en bedre ressourceudnyttelse og øgede muligheder for at levere den specialiserede viden lokalt i borgerens hverdag. En bedre ressourceudnyttelse er også en af de fordele, som underarbejdsgruppen peger på i deres Model 3. Den nuværende organisering skaber mange overlap og ressourcepild. En samling af viden, ressourcer og ansvar for at sikre de nødvendige specialiserede undervisningstilbud, holder sig derfor inden for den eksisterende udgiftsramme med et stort potentiale for synergieffekter, som fremadrettet kan øge kvaliteten og effekten af indsatsen.

Den største gevinst ved en national enhedsorganisering er et bedre fundamentet for at kunne skabe egentlig metodeudvikling og dokumentation til fremtidig evidensbaseret indsats. Det kræver en national enhed at indsamle den nødvendige viden til udvikling, da en sådan viden ikke kan opbygges kommunalt med det meget begrænsede antal borgere, der er tale om inden for de forskellige handicapgrupper.

Eksempelvis er der 250 børn i danske folkeskoler, der har behov for egentlig blindpædagogik. Den opgave kan kommunerne ganske logisk ikke løfte, hvilket også er dokumenteret. Når 44 % ikke gennemfører en fuld afgangseksamen fra folkeskolen, er der mere end god grund til at revidere indsatsen. På døveområdet er der 100 døve elever fordelt på de tre døveskoler (Ålborg, Fredericia og København), derudover er der omkring 100 døve/hørehæmmede elever fordelt på centerskolerne (I Århus, Møllevangskolen, og på Rugvængetskolen i Ballerup, samt Åsgårdsskolen i Ringsted). Derudover er der en gruppe af børn med høretab, som sandsynligvis vil få behov for skole med et tegnsprogsmiljø på et senere tidspunkt.

DH mener, at det er oplagt, at vidensopbygning, dokumentation og metodeudvikling må ligge nationalt, når det drejer sig om så små borgergrupper. DH mener, at det er helt nødvendigt med en akut redning af den eksisterende viden, men også en afgørende forudsætning for fremtidig vidensopbygning og -formidling.

DH anbefaler, at der ift. løsning af de særlige udfordringer, der er med at sikre specialiserede tilbud til den lille gruppe af elever med behov for tegnsprog og taktil kommunikation, sker en tæt inddragelse af de berørte organisationer for i samarbejde at finde den bedste løsning på udfordringen, i nationalt regi og i tilknytning til den ovenstående enhedsstruktur.

DH mener, at det er vigtigt, at der skabes adgang til tegnsprog og taktil kommunikation for døve og hørehæmmede børn fra den dag, de bliver født, hvad enten de bliver CI-opererede

eller ej, og at de sikres adgang til undervisning i og med dansk tegnsprog og taktil kommunikation, såfremt de ønsker dette. En løsning må tage højde for dette.

Kompenserende specialundervisning – Kommunikationscentrene

Evalueringen fokuserer på den del af den kompenserende specialundervisning, der vedrører tale- syns- og hørevanskeligheder, dvs. den del af den kompenserende specialundervisning, der ofte leveres af kommunikationscentrene. Kommunikationscentrene arbejder ofte tværsektorielt og løser dermed opgaver under anden lovgivning end specialundervisningen. Kommunikationscentrenes ydelser kan både være af kortere eller længere varighed og der er tale om en lang række forskellige ydelser til en bred målgruppe fra ældre borgere med syns- eller hørevanskeligheder, til yngre mennesker med erhvervet hjerneskade eller småbørn efter en CI-operation.

Af underudvalgets rapport fremgår det, at der for kommunikationscentrene ses den samme udvikling som på det specialiserede socialområde. Kommunerne hjemtager opgaverne og benytter i mindre grad end tidligere de specialiserede tilbud på kommunikationscentrene. Det fremgår at: *”Denne tendens ses især på den del af kommunikationsområde, hvor brugerne er børn, og især på ydelser inden for tale- og hørevanskeligheder.”* (Underarbejdsgruppen, s. 33)

Herudover konstateres de samme problemer med finansieringen som på socialområdet:

”Højt specialiserede tilbud om kompenserende specialundervisning på kommunikationsområdet er primært kommunale og takstfinansierede og dermed underkastet de samme udfordringer som meget specialiserede tilbud på det sociale område. (...) For tilbud om kompenserende specialundervisning gælder endvidere typisk, at der er tale om kortere midlertidige indsatser, hvilket betyder, at vigende efterspørgsel på kort tid kan gøre tilbuddene sårbare.” (Underarbejdsgruppen, s. 119).

Hovedudvalget har ikke beskæftiget sig med kommunikationscentrene i deres rapport og kommer derfor ikke med anbefalinger på dette område.

Underarbejdsgruppen anbefaler, at der følges en af de modeller, der er foreslået for de lands- og landsdelsdækkende tilbud med enten en national koordineringsmodel (Model 1 eller 2) eller samlet nationalt ansvar på undervisningsområdet (Model 3). Herudover peges på følgende løsninger:

”Det kan f.eks. være gennem mere forpligtende samarbejder – herunder abonnementsordninger - samt ved øget sammenlægning af og samarbejde mellem tilbud. Der kan i den forbindelse være behov for en mere landsdækkende overvågning og koordination af de mest specialiserede faglige miljøer på tilbud på kompenserende specialundervisning.” (Underarbejdsgruppens rapport, s. 120).

DH anbefaler:

DH er dybt bekymret for den udvikling, som sker med kommunikationscentrene. Flere af DH's medlemsorganisationer oplever, at deres medlemmer ikke får den nødvendige undervisning. Her kan bl.a. nævnes personer med erhvervet hjerneskade, afasiramte samt personer med svær stammen.

DH finder, at der på området for kommunikationscentre sker en udvanding og afvikling af tilbud pga. kommunernes manglende efterspørgsel. Dette skyldes bl.a. tendensen til, at kommunerne opbygger egne tilbud – der er mere eller mindre kvalificerede. AKF's undersøgelse: "Kommunalreformen og specialiserede tilbud på handicapområdet år 2009", finder, at:

"Specialskolerne har især nedgang i kursister, som kommer fra omegnskommuner, og undersøgelsen viser, at specialskolerne og de rehabiliteringscentre, som er overgået til kommunal drift, tilpasser og udvikler deres ydelser til driftskommunens behov og forventer at være kommunens primære leverandør på det pågældende område.." (AKF, 2010:9)

Det betyder, at de tidligere specialiserede undervisningstilbud tilpasses beliggenhedskommunens behov og dermed ikke er tilgængelige for andre kommuner i samme udstrækning. Det medfører en suboptimering på området, hvor hver kommune opretter egne, mindre specialiserede tilbud. Det er endvidere DH's erfaring, at kommunerne ikke kender de specialiserede tilbud på området.

AKF undersøgelsen peger endvidere på, at: *"Derudover er især rehabiliteringscentrene påvirket af forskellige regionale eller mellemkommunale aftaler omkring finansieringen af deres ydelser. Abonnementsordninger har skabt garanti for, at kommunerne i området anvender centrene som leverandør af fx udredninger, hvorimod den takstbaserede model har skabt større usikkerhed om salget af ydelser og ført til en nedgang i salget blandt to af de deltagende rehabiliteringscentre. Konsekvenser heraf er, at der ses lukning af rehabiliteringscentre eller afvikling af dele af centrenes tilbud. Det betyder, at den specialviden og praksisrelaterede erfaring, der her var samlet, nu spredes, og som følge heraf kan forventes at forsvinder, såfremt kommunerne ikke søger at overtage eller fastholde specialviden på området på anden vis."* (AKF, 2010:9)

At abonnementsordningen er en både bedre og billigere løsning for kommunikationscentrene, understøttes af en undersøgelse foretaget af KREVI¹. Undersøgelsen viser, at det er billigere for kommunerne at benytte en abonnementsmodel frem for en takstmodel. Dette skyldes bl.a. høje transaktionsomkostninger ved den rene takstmodel. I abonnementsordningen får kommunerne fri trækningsret og borgerne får fri henvendelsesret. Visitationskompetencen er uddelegeret til kommunikationscentret og samtidig sikrer den økonomiske ramme, at kommunikationscentret ikke unødigt hæver serviceniveauet. Abonnement giver kommunen budgetsikkerhed samt sikrer imod pludselige udgifter som følge af udsving i antallet af borgere med omfattende, komplekse

¹ KREVI: "Abonnement på samarbejde. Mellemkommunalt samarbejde på kommunikationsområdet.", marts 2012

behov. Alligevel ses det, at kommuner, der er med i en abonnementsordning, ofte overvejer at trække sig ud af ordningen.

DH mener, at der skal sikres stabile rammer omkring kommunikationscentrene, frem for den nuværende usikkerhed for tilbuddenes fremtid.

DH anbefaler at kommunikationscentrene indgår i den centrale specialeplanlægning som Socialstyrelsen skal drive.

Da kommunikationscentrene ofte løser opgaver inden for flere lovgivningsmæssige områder, mener DH, at en vurdering af behovet for kommunikationscentre bør indgå i den nationale specialeplanlægning.

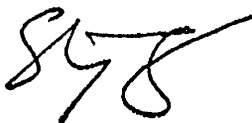
DH anbefaler, at driften af kommunikationscentrene sikres ved forpligtende abonnementsordning.

DH støtter op om underudvalgets anbefalinger om forpligtende samarbejder og forpligtende abonnementsordninger. Dette kan evt. være for 4-årige perioder, således at kommunikationscentrenes driftsgrundlag er sikret for en længere periode og man hermed sikrer den nødvendige specialiserede faglige viden. Eksempelvis er det vanskeligt at fastholde medarbejdere med de rette kompetencer med et uforudsigeligt driftsgrundlag, hvilket på fx Aalborgskolen har ført til afskedigelser med tab af vigtig specialiseret viden, hvorefter det senere ikke har været muligt at få medarbejdere med de tilstrækkelige faglige kompetencer.

Som undersøgelsen fra KREVI understreger: *”Samarbejdet på kommunikationsområdet er flere steder baseret på de såkaldte abonnementsordninger. På flere punkter ser det ud til at være en succeshistorie i forhold til at kombinere økonomi og faglig styring.”* (KREVI: 2012:2).

DH mener derfor, at det vil være helt oplagt at forpligte kommunerne i forhold til en bestemt finansieringsmodel på dette område, da det både giver den bedste kvalitet til den bedste pris.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
Formand

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Sendt pr. e-mail til komoko@oim.dk med kopi
til khs@oim.dk

Dansk Industri
Confederation of Danish Industry

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Økonomi- og Indenrigsministeriet har den 1. marts 2013 sendt rapporten fra udvalget om evaluering af kommunalreformen i høring.

DI vil gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til rapporten.

Overordnet vurdering

DI kan overordnet tilslutte sig udvalgets vurdering af, at kommunalreformen har bidraget til en mere robust offentlig sektor med større administrative enheder. DI deler ligeledes udvalgets vurdering af, at der - trods de igangværende effektiviseringer i kommuner og regioner - stadig er et uudnyttet potentiale for både effektiviseringer og kvalitetsforbedringer, som bør indfries de kommende år ved hjælp af blandt andet øget digitalisering og konkurrenceudsættelse.

DI mener, ligesom udvalget, at de større administrative enheder som følge af kommunalreformen har skabt det nødvendige organisatoriske og volumenmæssige grundlag for, at både kommuner og regioner burde have kunnet øge konkurrencen om de skattefinansierede opgaver mere, end det har været tilfældet. Kommunernes konkurrenceudsættelse har på mange områder været stort set uændret siden kommunalreformen, mens udviklingen generelt har været faldende i regionerne. DI mener, at der på den baggrund bør etableres mekanismer som eksempelvis målsætninger for konkurrenceudsættelsen i de årlige økonomiaftaler, der medfører, at kommuner og regioner i højere grad sikrer en omkostningseffektiv drift ved at sætte de udbudseggede opgaver i konkurrence.

DI mener generelt, at offentlige myndigheders primære opgave er myndighedsudøvelse, mens driftsopgaver bør konkurrenceudsættes. På den baggrund finder DI det u hensigtsmæssigt, hvis regionerne får udvidet adgang til at deltage i selskaber og løse opgaver for andre offentlige myndigheder uden forudgående annoncering på samme måde, som kommunerne fik i forlængelse af aftalen om kommunernes økonomi for 2013 mellem Økonomi- og Indenrigsministeriet og KL. Ligesom det var tilfældet i forbindelse med lempelsen af kommunernes adgang, er det også her DI's vurdering, at det dels vil medføre en nedgang i konkurrenceudsættelsen af de

Postadresse/Postal address

1787 København V (+45) 3377 3377 di@di.dk
Danmark di.dk

Besøgsadresser/Visiting addresses

Hannemanns Allé 25 Sundkrogskaj 20
København S København Ø

skattefinansierede opgaver og dermed en mindre effektiv opgavevaretagelse og dels en risiko for konkurrenceforvridning i forhold til private virksomheder. Udbudseg-nede opgaver bør konkurrenceudsættes i både kommuner og regioner.

DI mener ligesom udvalget ikke, at der er behov for at indføre en regionsfuldmagt i lighed med kommunalfuldmagten.

Sundhedsområdet

DI har bemærkninger på to områder – samarbejdet omkring almen praksis samt samarbejdet og udbredelsen af sundheds-it.

I forbindelse med den fremtidige organisering af og samarbejdet omkring almen praksis mener DI, at det vil være hensigtsmæssigt, at private leverandører i højere grad bliver inddraget i leveringen af ydelser i almen praksis. Regionerne bør derfor give virksomheder mulighed for at eje og drive flere praksis i en eller flere regioner med ansat sundhedspersonale i stedet for, som det ser ud i dag, at praksis ejes af den enkelte praktiserende læge. Ved på denne måde at udbyde praksisområdet får regionerne også i højere grad mulighed for at tilrettelægge lægedækningen i regionen og dermed sikre lægedækningen i yderområder.

DI støtter udvalgets vurdering af, at der er behov for, at regioner og kommuner fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning, samt at der skal igangsættes regionale initiativer, der bidrager til at øge anvendelsen af it-løsninger på tværs af regionerne. Samtidig er DI enig med udvalget i, at regionerne skal opprioritere fælles indkøb, udvikling og drift af fællesregionale it-løsninger. Endeligt er det positivt, at udvalget anbefaler, at den kommende digitaliseringsreform af velfærdsområderne indeholder anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

Herudover støtter DI udvalgets generelle tanker om en mere effektiv incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet, men på dette punkt afventes anbefalingerne fra Udvalget for Bedre Incitamentter i Sundhedsvæsenet.

Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

DI tilslutter sig udvalgets forslag om en ændring af takstfastsættelsen for de sociale tilbud til fremover at ske på baggrund af grundydelsen og ydelsesenheder - eventuelt kombineret i ”ydelsespakker”. DI deler vurderingen af, at det vil forbedre incitamentterne til effektiv drift samt sikre gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af private, kommunale og regionale tilbud.

Indførelse af ydelsespakkerne kan med fordel suppleres med en ændring af den såkaldte ”Tvind-lov”. Det er i dag et krav, at hver enkel institution/bosted mv. skal være selvstændige juridiske enheder for at sikre, at der ikke uden videre kan overflyttes midler til moderkoncernen. Det betyder, at det er meget vanskeligt for private leverandører at drive institutioner på det sociale område. Bestemmelsen er sta-

dig en væsentlig barriere for tilblivelsen af et velfungerende marked med et højt fagligt kompetenceniveau og omkostningseffektiv drift.

Natur- og miljøområdet

I forhold til tilsyns- og godkendelseskompetencen på virksomhedsområdet fremlægger rapporten tre mulige modeller:

1. Tilsyn og godkendelse af i-mærkede virksomheder samles i staten
2. Godkendelse af depotanlæg flyttes til staten
3. Tilsyn med deponeringsanlæg flyttes til kommunerne

Med kommunalreformen blev staten tilsyns- og godkendelsesmyndighed for de største og mest komplekse virksomhedstyper, mens kommunerne er tilsyns- og godkendelsesmyndighed for de resterende virksomheder. Denne centralisering sikrede en ensartet sagsbehandling af de største og mest komplekse virksomheder, og DI finder ikke, at der er et udtalt behov for at ændre på denne fordeling mellem stat og kommune.

Der kan dog være enkelte virksomheder, der i dag har kommunen som sin tilsyns- og godkendelsesmyndighed, hvor det kan være hensigtsmæssigt, at de i stedet har staten som tilsyns- og godkendelsesmyndighed. Det gør sig eksempelvis gældende, hvis de har produktionsenheder placeret i flere kommuner, eller hvis deres størrelse og kompleksitet gør, at de bør henhøre under en større enhed.

Der vil fortsat være en række forhold omkring affald, spildevand mv., som under alle omstændigheder er et kommunalt ansvar, hvilket rapporten i øvrigt redegør ganske udmærket for.

Ved kommunalreformen blev ansvaret for at kortlægge jord- og grundvandsforhold lagt hos regionerne. Det må forventes, at dette kortlægningsarbejde snart er tilendebragt, og det bør derfor overvejes, om det fortsat vil være hensigtsmæssigt at have placeret delopgaver inden for jord- og grundvandsforhold hos regionerne. Rapporten behandler ikke dette område, men DI vil opfordre til, at det vurderes, om det vil være hensigtsmæssigt at flytte det overordnede ansvar inden for jord og grundvand til staten.

DI har ingen bemærkninger til den del af afsnittet, der vedrører affaldsdepoter og husdyrområdet.

Der henvises i øvrigt til DI's supplerende hørings svar om evalueringen af råstofområdet, som afgives den 12. april 2013.

Regional udvikling

På erhvervsområdet var formålet med kommunalreformen at styrke udviklingen af de lokale og regionale vækstbetingelser i hele landet samt at skabe en mere sammenhængende og enkel struktur for en hurtig og effektiv sagsbehandling for virksomhederne.

DI finder, at arbejdet med at styrke udviklingen af de lokale og regionale vækstbetingelser i hele landet generelt fungerer bedre efter kommunalreformen end før. På visse sagsbehandlingsområder – blandt andet miljø- og byggesagsområdet – er der dog problemer med en hurtig og effektiv sagsbehandling for virksomhederne.

I evalueringen af kommunalreformen har udvalget fremhævet fem særlige fokusområder på det regionale udviklingsområde:

1. Opgavefordeling i erhvervsudviklingsindsatsen
2. Evaluering af de regionale vækstforas indsats
3. Udgifter til administration
4. Regionale udviklingsplaner
5. Evaluering af kommunernes sagsbehandling

Til hver af disse har DI følgende kommentarer:

ad 1) Opgavefordeling i erhvervsudviklingsindsatsen

Efter DI's opfattelse er intentionen om et mere énstrengt og sammenhængende system på erhvervsområdet i store træk lykkedes.

Ansvarsfordelingen med lokal erhvervsfremme placeret hos kommunerne, regional erhvervsudvikling hos de regionale vækstfora og den overordnede vækstpolitik hos staten har vist sig at fungere hensigtsmæssigt.

I forhold til den vertikale sammenhæng på erhvervsudviklingsområdet anbefaler DI at styrke denne yderligere via Danmarks Vækstråd, så der sikres bedre koordinering, og suboptimering undgås.

Der pågår i øjeblikket en evaluering af de regionale væksthuse, som ventes afsluttet medio april 2013. DI opfordrer til, at resultatet af denne evaluering inddrages i den kommende proces.

DI støtter ikke udvalgets forslag om, at regionernes indstillingsret udvides til også at omfatte kapacitetsplanlægningen på ungdomsuddannelsesområdet i forbindelse med nedlægning af kapacitet. Kapacitetsplanlægningen på ungdomsuddannelsesområdet varetages i dag på udmærket vis af dels arbejdsmarkedets parter og dels af de selvejende uddannelsesinstitutioner på områderne. Der er således ikke behov for en indstilling og vurdering fra regionerne.

ad 2) Evaluering af de regionale vækstforas indsats

DI har siden etableringen af de seks regionale vækstfora (RV) i 2005 erfaret både fordele og ulemper i forbindelse med arbejdet i vækstforaerne.

Generelt er det positivt, at midlerne, der fordeles af RV, er blevet mere vækst- og erhvervsrelaterede i forhold til tidligere programperioder.

De regionale vækstfora har betydet bedre overblik over fordelingen af midler og projekter indenfor hver region, men det er stadig meget vanskeligt at få ét samlet overblik over alle projekter på tværs af de seks vækstfora f.eks. inden for brancheområder.

De enkelte RV har heller ikke et samlet nationalt/overordnet overblik, hvilket blandt andet medfører risiko for suboptimering i form af støtte til ensartede projekter i flere regioner.

Den mangelfulde koordination understreges yderligere af det forhold, at eksisterende innovationsfremmeordninger - bl.a. i GTS-regi - ikke indtænkes i RV.

Som konsekvens af det manglende overblik over og effektmåling af de mange regionale projekter er det meget vanskeligt at vurdere, om de anvendte midler står mål med resultaterne.

DI har følgende anbefalinger på området:

Som tidligere nævnt, anbefaler DI, at Danmarks Vækstråds rolle styrkes med henblik på at spille en mere central rolle i forhold til overvågning af fordelingen af projektmidler samt effektiviteten af disse. Samtidig skal Danmarks Vækstråd i højere grad sikre, at suboptimering undgås, og at regionale projekter så vidt muligt supplerer hinanden.

Efter DI's opfattelse bør sammensætningen af repræsentanter i RV revurderes. Erhvervslivet er med kun syv repræsentanter stærkt underrepræsenteret i forhold til de 13 offentlige repræsentanter. DI finder, at erhvervsrepræsentationen i RV bør øges, så denne fremover udgør over halvdelen af repræsentanterne.

DI kan tilslutte sig udvalgets beskrivelse af, at der er en konstruktiv arbejdsform i RV. Det er dog vigtigt, at RV-sekretariatene har fokus på at være sekretariat for hele RV og arbejde for og servicere alle RV's repræsentanter.

De regionale projektmidler skal prioriteres til få, store projekter, som er målrettet EU2020-strategien, og som gør en væsentlig forskel i forhold til vækst og erhvervsudvikling i den regionale strategi.

DI finder, at der bør arbejdes videre med effektmåling og dokumentation af RV-projekternes effekt - eksempelvis i regi af Erhvervsstyrelsen og eventuelt med støtte fra Danmarks Vækstråd. Der er behov for én fælles standard for effektmåling.

RV-sekretariatene bør som minimum én gang årligt udarbejde en komplet redegørelse over støttede projekter samt offentliggøre denne på en hjemmeside, der giver interesserede overblik over de igangværende RV-projekter. Samtidig skal der tages initiativ til at gøre ny viden tilgængelig for andre, så der ikke bevilges projektmidler til samme type projekter.

De regionale væksthuse er med deres engagement i forskellige RV-projekter med til at forvride konkurrencen på konsulenttydelser til skade for bl.a. private rådgiver- og konsulentvirksomheder. DI ønsker - i forhold til RV-projekter - præciseret, at væksthuses rolle begrænses til at vejlede og henvise til private aktører. Væksthuse skal således alene initiere og koordinere, men ikke udføre konkrete projekter.

ad 3) Udgifter til administration

DI finder det beklageligt, at det ikke er muligt at sammenligne ressourceforbruget på regional udvikling i de forskellige regioner og ser frem til, at regionerne i løbet af 2013 fremskaffer mere sammenlignelige data.

ad 4) Regionale udviklingsplaner

Udvalget beskriver en række udfordringer i forhold til de regionale udviklingsplaner. Det gælder bl.a. synlighed, gennemslagskraft og sammenhæng med den øvrige planlægning herunder i forhold til kommuneplanerne.

DI tilslutter sig forslaget om at bevare den form for regional udviklingsplan, som kendes i dag.

DI finder ikke behov for at styrke planen yderligere eller at samle den i én strategi sammen med erhvervsudviklingsstrategien. Det er dog vigtigt, at den regionale udviklingsplan i højere grad sammentænkes med den øvrige planlægning - eksempelvis i forhold til kommuneplaner og kommunale kontaktråd.

ad 5) Evaluering af kommunernes sagsbehandling

DI er enig med udvalget i, at en effektiv og hurtig byggesagsbehandling er et vigtigt rammevilkår for virksomhederne. DI er desuden enig i, at sagsbehandlingen skal være hurtigere og mere effektiv og, at byggesagsgebyrerne skal være mere gennemsigtige. I den forbindelse henviser DI til den tværoffentlige arbejdsgruppe om effektiv byggesagsbehandling, som i efteråret 2012 gav konkrete anbefalinger til effektivisering af byggesagsbehandlingen via øget ensartethed og gennemsigtighed.

DI mener dog samtidig, at det bør afdækkes, om der kan ske ændringer i både organiseringen og indholdet af byggesagsbehandlingen.

Med venlig hilsen



Tine Roed
Direktør



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Sendt pr. e-mail til
Kirsten Hoo - Mi Sloth

Dansk Industri
Confederation of Danish Industry

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Økonomi- og Indenrigsministeriet har den 1. marts 2013 sendt rapporten fra udvalget om evaluering af kommunalreformen.

DI vil gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til rapporten.

Dette høringssvar supplerer DI's høringssvar fra den 5. april 2013 og omhandler rapportens afsnit om råstofområdet.

I udvalgets rapport drøftes to modeller for råstofområdet:

1. Uændret opgavefordeling
2. Flytning af tilladelsesgivning til regionerne

DI vurderer, at de lokale problemer, der er forbundet med råstofindvindingen, ikke vil blive løst ved at flytte kompetencen fra kommunerne til en anden offentlig instans, da der under alle omstændigheder er brug for en lokal accept af aktiviteterne.

Videre vil en flytning af kompetencen til en anden myndighed, betyde at flere myndighedsniveauer kommer ind over samme sag, hvilket vil kunne forlænge sagsbehandlingsstiden.

Med venlig hilsen

Vibeke Plambeck
Chefkonsulent

8. april 2013

diabetes
foreningen



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høringssvaret er sendt til komoko@oim.dk med kopi til khs@oim.dk

Diabetesforeningens høringssvar på evalueringen er kommunalreformen

Først og fremmest tak for muligheden for at afgive høringssvar på rapporten om evaluering af kommunalreformen.

Generelt finder Diabetesforeningen, at reformens betydning for mennesker med diabetes kan være vanskelig at skelne fra følgerne af den økonomiske situation, der har tegnet virkelighed i både kommuner og regioner i den periode, hvor ændringerne skulle implementeres.

I forhold til metoden i evalueringen af kommunalreformen har Diabetesforeningen et overordnet kritikpunkt, og det er, at den kun i begrænset omfang inddrager brugerne dvs. borgere/patienter/pårørende direkte. De kunne med fordel have været inddraget i forhold til deres erfaring fra den daglige udmøntning af kommunalreformen f.eks. i behandling på sundhedsområdet og sagsbehandling på socialområdet.

Derudover savner Diabetesforeningen, at det brede ulighedsperspektiv bliver adresseret i forhold til, om reformen har været med til at reducere eller øge uligheden i bred forstand.

Nedenfor fremføres Diabetesforeningens kommentarer indenfor to fokusområder; sundhedsområdet og socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud.

Sundhedsområdet

Diabetesforeningen finder overordnet, at evalueringen er et godt grundlag til at styrke kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Diabetesforeningen er glad for rapportens anbefalinger på sundhedsområdet, særligt stramningerne af samarbejdet mellem almen praksis, kommune og region – som er absolut nødvendigt.

Mennesker med diabetes har brug for flere og bedre tilbud, ikke mindst er der brug for større ensartethed i tilbud, f.eks. i forhold til patientuddannelse og rehabiliteringstilbud. Diabetesforeningen er derfor enig i, at en større ensartethed kunne opnås med færre udgaver af sundhedsaftalerne. Men det er afgørende, at der følges op med skærpede nationale krav til indholdet.

Diabetesforeningen mener, at sundhedsaftaler bør pålægge kommuner og regioner større forpligtigelse vedr. ensartet højere kvalitet. Desuden bør

Odense:
Rytterkasernen 1
5000 Odense C

København:
Skindergade 38,1
1159 København K

Telefon 66 12 90 06
Fax 65 91 49 08
df@diabetes.dk
www.diabetes.dk

CVR DK - 35 23 15 28

Protektor:
H.K.H. Prins Joachim

brugerne være repræsenteret i udvikling af sundhedsaftaler, for dermed at sikre en mere patientorienteret tilgang.

Diabetesforeningen er glad for, at der lægges op til en styrkelse af almen praksis forpligtigelse, således at almen praksis kan blive en aktiv og forpligtet part af de aftaler og kvalitetsmål, som etableres i regi af sundhedsaftalerne. Men foreningen ønsker også en styrkelse af almen praksis og ikke mindst øget tilskyndelse til, at almen praksis har hjælpepersonale, som f.eks. praksissygeplejersker ansat eller på anden vis forstærkning af praksisområdet.

Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

Mennesker med diabetes er i begrænset omfang berørt af strukturreformen for så vidt angår mulighed for social støtte. Det er nu som før opholds kommunen, der har ansvar for hjælpemidler, merudgiftsydelser osv. Det er ikke Diabetesforeningens erfaring, at strukturreformen har ført til øget faglighed, retssikkerhed og serviceniveau for vores medlemmer.

I foreningens rådgivning får vi henvendelser fra borgere, der oplever usaglig og fejlbehæftet sagsbehandling i kommunerne, vi hører om kommuner, der går til - og over - grænserne med hensyn til retssikkerhed, og vi oplever et langsommeligt ankesystem.

Diabetesforeningen oplever også, at Servicelovens krav om at kommuner skal inddrage brugere ved udbud på hjælpemidler mere er af navn end af gavn. Hvis inddragelsen da overhovedet finder sted.

Skulle ovennævnte medføre behov for yderligere drøftelse eller spørgsmål, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Henrik Nedergaard
Adm. direktør

Høringssvar fra Dansk Standard vedrørende evaluering af kommunalreformen

Dansk Standard værdsætter muligheden for at kommentere evalueringen af kommunalreformen. Vores bidrag vedrører to områder:

1. Kvalitetsstyringsystem på natur- og miljøområdet
2. Sundheds-it

1. Ophævelse af lov om kvalitetsstyringsystem på natur- og miljøområdet

Vores første kommentar går på et element i kommunalreformen, som vi mener at evalueringen burde have adresseret, men som ikke er behandlet i rapporten. Det drejer sig om det udkast til lovforslag vedrørende regelforenkling på natur- og miljøområdet som Naturstyrelsen for nylig havde i høring (hvor vi også afgav høringssvar). Lovforslaget lægger op til ophævelse af lov om et kvalitetsstyringsystem for den kommunale sagsbehandling på natur- og miljøområdet.

På det principielle niveau er Dansk Standard enig med regeringen og KL i intentionerne om at afbureaukratisere og regelforenkle. Men vi mener det er helt afgørende, at man ikke ofrer kvaliteten og de effektiviseringsgevinster, som kvalitetsledelse indebærer, på afbureaukratiseringens alter. Det er vi bekymrede for sker i forbindelse med forslaget om ophævelse af kvalitetsstyringsloven.

Kvalitetsstyringsloven blev vedtaget af et næsten enstemmigt folketing i 2006 med baggrund i at dansk industri og dansk landbrug kunne dokumentere, at der var brug for et kolossalt kvalitetsløft vedrørende myndighedernes natur- og miljøadministration. Man var nervøs for, at navnlig små kommuner ikke i samme udstrækning som de nedlagte amter rådede over tilstrækkelig kompetence og heller ikke ville finde incitament til at tilkøbe sig den, hvis forholdene ikke blev reguleret ved lov. Interessenternes frygt for at der som følge af den indførte tostrengede administrationsstruktur ville blive truffet endnu flere fagligt ringe afgørelser var udbredt. Samtidigt var der behov for indførelsen af effektive processer, således at de mindre enheder kunne udføre opgaverne overført fra amterne.

Erhvervslivet og medarbejderne i danske kommuner har bredt fortalt været glade for, at der med loven viste sig en vilje til at indføre effektiv, moderne og internationalt anerkendt kvalitetsledelse i politisk ledede organisationer. Dansk Standard har været i kontakt med mange sagsbehandlere i kommunerne, der har udtalt sig om, at det har været en ualmindelig sund øvelse for mange forvaltningsmæssige ledelser i danske kommuner, at der faktisk via kvalitetsstyringsloven blev stillet krav til såvel medarbejdere og chefer og deres kompetencer. Nedskrivning af sagsbehandlingsprocedurer førte i adskillige tilfælde til en videndeling og etablering af et overblik, som ikke tidligere eksisterede – også til gældende lovgivning, som myndighederne varetager sagsbehandling efter.

Det er ikke uden årsag, når den bedst præsenterende del af industri og erhvervsliv i det hele taget i siden fremkomsten af den internationale kvalitetsledelsesstandard for netop 25 år siden har arbejdet seriøst med kvalitetsudvikling. Det gør man naturligvis, fordi man tjener penge ved det. Det samme gør kommunerne/samfundet på det aktuelle område, selv om det er sværere at gøre op. Derfor mener vi heller ikke, at det angivne besparelspotentiale på 7,7 mio. kr. er retvisende. Alle internationale undersøgelser viser besparelser på 10-20 % ved indførelse af kvalitetsledelse. Udgifterne ved at skrotte kvalitetsstyringen vil på den lange bane være langt større som følge af et betydeligt kvalitets- og effektivitetstab.

Naturstyrelsen og Miljøstyrelsen har kastet sig ud i certificeringsprojekter, som i høj grad er inspireret af den kommunale udvikling, der ikke ville have været den samme, hvis kvalitetsstyringsloven ikke havde været fødselshjælper. De ønsker at opnå bedre kvalitet og bedre effektivitet, som er nødvendig for at opretholde en offentlig service med fremadrettet færre ansatte i den offentlige sektor. Dansk Standard fulgte afbureaukratiseringsudvalgets arbejde i 2011-12. Ved den lejlighed viste det sig i en såkaldt fokusgruppeundersøgelse, at 93 ud af 98 kommuner var imod lovens afskaffelse. Derfor virker det også overilet at afskaffe loven på foreliggende grundlag, og man risikerer at de gode og effektfulde kvalitetsstyringssystemer, der er opbygget i kommunerne nu nedlægges.

På denne baggrund må Dansk Standard advare mod at ophæve kvalitetsstyringsloven.

2. Sundheds-it

Udvalget vurderer i rapporten, at der er ”potentiale for en styrket indsats for tværsektoriel kommunikation, bedre monitorering, større transparens i forhold til fremdriften samt mere konsistent indhøstning af gevinster ved it-systemerne på tværs af alle sektorer,” og anbefaler i den forbindelse blandt andet ”en opprioritering af indkøb, udvikling og drift af fælles tværregionale it-løsninger samt

øget samarbejde omkring fastsættelse af sundhedsfagligt indhold” (Sammenfatningen, afsnit 2.2.2).

DS deler denne vurdering og bakker fuldt op om anbefalingen. Som udvalget skriver andetsteds i rapporten, er det udbredelse af den fælles offentlige it-struktur i staten, der skal ”bidrage til, at digitaliseringen af sundhedsvæsenet generelt kan løftes til det næste niveau” (afsnit 5.3 om sundheds-it).

For at sikre den nødvendige koordinering mellem de danske aktører, således at de danske løsninger dels er indbyrdes kompatible, dels udnytter international ekspertviden og best practice bedst muligt, anbefaler Dansk Standard, at både RSI, samtlige fem regioner og et antal kommuner deltager aktivt i det internationale standardiseringsarbejde, der foregår på sundheds-it-området. Det danske standardiseringsudvalg, som repræsenterer Danmark i den internationale sundheds-it-standardisering, er et oplagt samarbejds- og koordineringsforum for de danske offentlige aktører, hvor en række af de vigtigste private aktører på området også er repræsenteret. NSI og Region Hovedstaden deltager allerede i det danske standardiseringsudvalg, men Dansk Standard vurderer, at det markant vil styrke udviklingen af sundheds-it i Danmark, til gavn for både det offentlige og for danske leverandører af produkter, komponenter og løsninger, hvis flere aktører deltog aktivt i arbejdet. En endnu bedre kobling til international standardisering er også den bedste måde at sikre, at Danmark i nær fremtid kan påbegynde sikker og effektiv udveksling af sundhedsdata med andre lande, således at Danmark ikke bliver et ”lukket” nationalt sundheds-it-system, på den måde som amternes elektroniske patientjournaler endte med at blive på regionalt plan.

Med venlig hilsen

Mads Reinholdt
Public affairs-konsulent
Dansk Standard
tel +45 3996 6313 | mob +45 2622 4557

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Dansk Sygeplejeråd



Den 4. april 2013
Ref.: KRL
J.nr. 1303-0002

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Indledningsvist vil Dansk Sygeplejeråd gerne pege på, at den seneste tids eksempler på massiv overbelægning med alt tydelighed illustrerer, at samspillet mellem det nære og det specialiserede sundhedsvæsen ikke fungerer optimalt. Den situation understreger, at der i langt højere grad er brug for fælles planlægning, så vi ikke igen står i en situation, hvor regionerne har lukket senge meget hurtigere, end de nære sundhedstilbud har fulgt med.

Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til den generelle evaluering

Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til evalueringen af kommunalreformen fokuserer i mindre grad på den generelle evaluering og derudover udelukkende på den specifikke evaluering af sundhedsområdet, hvor vi har den største viden og de fleste erfaringer.

Det, som vi generelt kan konstatere på sundhedsområdet, er:

- At det fagligt set giver god mening med større enheder – både regionalt og kommunalt, som er i stand til at opretholde en vis kapacitet, et fagligt udviklende miljø og specialistkompetencer på væsentlige områder.

Men,

- At reformen ikke har afhjulpet de problemer, der opstår i overgangen mellem sektorerne – nu opstår "hullet" bare et andet sted.
- At kvaliteten i sundhedsindsatsen fortsat er meget afhængig af den enkelte region og kommune, og ikke mindst afhængig af hvor godt samarbejdet fungerer internt og mellem sektorerne

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Endeligt konstaterer udvalget, at der fortsat er uudnyttede potentia-
ler økonomisk og effektiviseringsmæssigt. Her vil Dansk Sygepleje-
råd pointere, at det største potentiale på sundhedsområdet ligger i at
sikre gode overgange for patienterne – både internt og mellem sekto-
rerne, samt sikre kapacitets- og kompetenceombygning i kommuner-
ne, der i højere grad kan understøtte den nye opgavedeling.

Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til evalueringen af sundheds- området

Evalueringen på sundhedsområdet tager afsæt i fire hovedområder:

- 1) Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis
- 2) Sundheds-it
- 3) Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats
- 4) Genoptræning efter udskrivning fra sygehus
- 5) Psykiatri

Evalueringen indeholder en række anbefalinger på sundhedsområ-
det, som DSR kan bakke op om:

- Ingen generelle ændringer i kompetenceforholdet / myndig-
hedsansvaret mellem regioner og kommuner.
- 5 sundhedsaftaler – en i hver region – frem for 98 forskellige.
- Flere tværgående funktioner, hvor fagpersoner går på tværs
mellem kommune og region.
- Øget relevant dokumentation og registrering – særligt i pri-
mærsektoren. Det kan bl.a. være i forhold til at understøtte, at
de sundhedsfaglige opgaver kan følges, også når de viderede-
legeres til hjemmeplejen.
- At regioner får bedre mulighed for at pålægge almen praksis
opgaver, som skal løses i et sammenhængende sundhedsvæ-
sen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en prak-
sis ikke efterlever dette.
- En faglig styrkelse af den specialiserede genoptræning.
- At arbejdet med implementering af Det fælles medicinkort
opprioriteres.

Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til specifikke områder i evalu- eringen på sundhedsområdet

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

Dansk Sygeplejeråd er meget enig med arbejdsgruppen i, at der på
flere områder eksisterer en række snitfladeproblematikker på tværs
af kommune- og regionsgrænser.

Som DSR tidligere har peget på, så har det stor betydning bl.a. i forhold til indsatsen over for kroniske patienter, arbejdet med at forebygge (gen)indlæggelser, indsatsen over for den ældre medicinske patient mm.

Derfor kan DSR også bakke op om de anbefalinger, som arbejdsgruppen peger på:

- 5 sundhedsaftaler frem for 98 aftaler.
- At sundhedsaftalerne udbygges med obligatoriske afsnit om kronisk syge, sundheds-IT og patientrettet forebyggelse.
- At almen praksis skal integreres og forpligtes i arbejdet med sundhedsaftalerne.
- At der opstilles konkrete mål på sundhedsområdet med afsæt i de nationale indikatorer.

DSR vil anbefale, at man bruger et nyt obligatorisk afsnit om patientrettet forebyggelse til i højere grad at afklare snitfladeproblematikker mellem sektorerne. Bl.a. i forhold til om hvem der løser hvilke opgaver samt en højere grad af videndeling mellem sektorerne.

Udover dette vil DSR anbefale, at man i sundhedskoordinationsudvalgene arbejder mere målrettet med at udbrede kendskabet til indholdet af sundhedsaftalerne. Det er vores erfaring, at de ansatte på sundhedsområdet ikke har kendskab til aftalerne, og det gør det vanskeliggere at sikre holdbare, tværsektorielle løsninger.

Sundheds IT

Dansk Sygeplejeråd er meget enig med arbejdsgruppen i, at der er behov for en øget styrkelse af Sundheds IT-området, som kan understøtte samarbejde og kvalitet i patientbehandling og pleje på tværs af sektorerne. I forlængelse heraf er DSR enig i, at der skal afsættes flere ressourcer til at sikre en implementering af Det fælles medicinkort.

I den forbindelse vil DSR gerne påpege, at det er dybt problematisk, at man allerede har indregnet besparelserne ved brugen af det fælles medicinkort i kommunernes budgetter fra 2012, selvom systemet jf. evalueringen endnu ikke er blevet taget i brug nogen steder. Besparelserne betyder, at det er borgerne, der kommer til at betale prisen for den manglende implementering, og det er ikke rimeligt.

Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats

DSR er meget enig med arbejdsgruppen, der anbefaler, at der sikres en større fleksibilitet i muligheden for at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi.

I forlængelse heraf vil DSR gerne anbefale, at man i langt højere grad går sammen på tværs af kommuner og regioner om at oprette tværgående funktioner, som ikke "tilhører" en sektor. Det kan f.eks. være udgående sygeplejersker fra sygehusene eller teams af sygeplejersker fra kommunen, som har et kontor på sygehuset. Endelig vil DSR anbefale, at der i langt højere grad udvikles og anvendes kliniske retningslinjer i kommunerne som et redskab til styrke kvaliteten i indsatsen samt at kommunerne i højere grad forpligtes til at implementere de kommunale standarder, der er i den danske kvalitetsmodel.

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Arbejdsgruppen skelner mellem patienter med enkle og ukomplicerede genoptræningsbehov og patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

DSR kan bakke op om arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til, at der for den første gruppe er behov for tiltag, der understøtter en lettere sagsbehandling og tættere kommunikation mellem kommune og sygehus. DSR kan også bakke op om anbefalingerne i forhold til gruppen af patienter med mere komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, hvor arbejdsgruppen peger på behovet for et øget tværkommunalt samarbejde og samarbejde med regionerne for at sikre, at kommunerne gør brug af tilbud, som besidder den nødvendige faglige bredde og specialisering til at varetage indsatsen.

Endelig er DSR meget enig i arbejdsgruppens anbefaling om, at sygehusene får øget kompetence i forhold til at stille krav til den type genoptræning samt den effekt af genoptræningen, som patienten kan forvente.

Psykiatri

Det psykiatriske område behandles mere omfattende i Regeringens Psykiatriudvalg, men psykiatriudvalget har dog fremsendt en gennemgang af den ændrede opgavedeling til evalueringen af kommunalreformen. DSR vil dog påpege, at det ikke er tilstrækkeligt i forhold til en reel evaluering, da materialet ikke indeholder anbefalinger i forhold til, hvordan problemerne på området kan løses.

DSR kan genkende de identificerede problemstillinger og vil anbefale, at man i forhold til udfordringen med overgangen mellem sektorerne bl.a. ser på muligheden for at udvide de specialuddannede sygeplejerskers funktionsområde. Det har man afprøvet med succes i Region Nordjylland, og det betyder, at sygeplejerskerne selvstændigt kan varetage dele af behandlingen og understøtte en god overgang mellem sektorerne. I den sammenhæng vil DSR også på det psykiatriske område anbefale, at man ser nærmere på muligheden for flere tværsektorielle funktioner samt påpege, at der er et stort behov for, at kommunerne i højere grad ansætter specialuddannede psykiatriske sygeplejersker til opsporing og varetagelse af borgernes behov.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Hørings svar fra DTHS i anledning af evaluering af Kommunalreformen – overvejelser på kommunikationsområdet

DTHS er sammenslutningen af Danske Tale-Høre-Synsinstitutioner, der enten har kommune eller region som driftsherre.

DTHS konstaterer med tilfredshed

- At det overvejes, om takstfinansiering af området bør udgøre en mindre andel, og at abonnementsaftaler kan være at foretrække.
- At rapporten forholder sig til allerede kendte vanskeligheder om faglig bæredygtighed

DTHS konstaterer med beklagelse, at rapporten ikke direkte behandler de stærkt ændrede vilkår for kommunikationscentre og for de lands- og landsdelsdækkende institutioner, som er en direkte følge af kommunalreformen, herunder i særdeleshed behovet for at sikre fagligt og økonomisk bæredygtige enheder, der kan levere højt specialiserede ydelser, samt behovet for landsdækkende kvalitetskrav på området.

DTHS konstaterer med tilfredshed, at det af rapporten fremgår, at *”Den enkelte kommune kan dog ikke selv drive specialiserede tilbud og indsætter, som imødekommer alle behov. Kommunerne kan således kun løfte deres forsyningsansvar i et samarbejde med andre kommuner, regioner og private udbydere af tilbud.”* Det må i denne forbindelse understreges, at det kommunale finansieringsansvar på området ikke må medføre, at forsyningsikkerheden og borgernes retssikkerhed nedprioriteres.

Evalueringen sammenfatter kort begrebet faglig bæredygtighed i afsnit 4.2.1, som en målsætning for Kommunalreformen: *”Den faglige bæredygtighed er generelt blevet styrket... Også den økonomiske bæredygtighed er blevet styrket, idet der er skabt mere økonomisk robuste enheder”*. DTHS-området har desværre ikke oplevet, at målsætningen er blevet opfyldt på vores felt, snarere tværtimod. Der er dermed 3 kernepunkter, der skal findes løsninger på:

- Finansiering
- Organisering/bæredygtighed
- Fælles landsdækkende kvalitetskrav

De ydelser, DTHS-området leverer, tåler sammenligning med andre højt specialiserede ydelser. Ydelserne er kompenserende/rehabiliterende/habiliterende i form af specialrådgivning, indlæring af nye strategier/teknikker eller undervisning i brugen af særlige hjælpemidler. Ofte er DTHS-områdets ydelser en forudsætning for, at borgeren kan modtage/medvirke ved andre kommunale tilbud eller stilles bedre og mere selvstændigt i forholdet til disse.

Den kritiske masse inden for de enkelte faglige områder er derfor afgørende for bæredygtigheden – både fagligt og økonomisk. Der skal sikres et tilstrækkeligt befolkningsunderlag for bevarelsen af de specialiserede ydelser. Det er DTHS' opfattelse, at en fremtidig organisering af indsatsen på området er uafhængig af statslig, regional eller kommunal opgavevaretagelse. Det afgørende er, at aktivitetsniveau og opgaveomfang sikrer grundlaget for, at den fornødne viden og erfaring er til rådighed for opgaveløsningen. DTHS skal pege på, at uanset den fremtidige organisering af området vil udfordringen være at tydeliggøre finansieringsforpligtelsen og borgernes retssikkerhed i forhold til ydelserne på området.

DTHS vil derfor stærkt anbefale, at finansierings- og afregningsmodellerne på området aftales som abonnementsaftaler. For nærværende eksisterer der flere forskellige afregningsmetoder i forbindelse med løsningen af opgaverne på kommunikationsområdet, herunder såvel takst- som abonnementsaftaler. Det er dokumenteret i en rapport fra Lejre, Greve og Roskilde kommuner¹, at takststyrede opgaveløsninger lider dels af helt uforholdsmæssigt store transaktionsomkostninger og dels af manglende mulighed for langtidsplanlægning af indsatser og faglig udvikling. DTHS anbefaler ligeledes, som tidligere anført, landsdækkende minimumskrav til ydelsernes omfang og kvalitet.

I forhold til rapportens bemærkninger om mulighederne for en bedre udnyttelse af ressourcerne specifikt på de lands- og landsdelsdækkende institutioner skal DTHS bemærke, at det ikke kan afvises, at man ved en bedre koordinering og sammentænkning af de mest specialiserede funktioner kan få mere ud af de ressourcer, der anvendes til disse institutioners opgaver. DTHS skal anbefale, at dette medtages i de overvejelser, som foreslås ovenfor. Opmærksomheden henledes i denne forbindelse på, at de landsdækkende institutioner kun omfatter en mindre del af det fagområde, som DTHS totalt dækker.

Sammenslutningen af Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner bidrager naturligvis gerne til drøftelser og overvejelser i forbindelse med en organisering af indsatsen på området, som kan medvirke til, at borgere med alvorlige funktionsnedsættelser sikres den fornødne bistand til en reel inklusionsindsats.

Med venlig hilsen



Torben West

Formand, Sammenslutningen af Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner

¹ <http://net.naestved.dk/ViSP/OmViSP/~//media/1991D6D648D14E0685EF1461053C3C49.ashx>



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmen 10-12
1216 København K

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 8. april 2013
Side 1
Ref.: bj
E-mail: bj@etf.dk
Direkte tlf: 53 36 49 21

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Økonomi- og Indenrigsministeriet har den 1. marts sendt rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen i høring. Ergoterapeutforeningen har følgende kommentarer til rapporten.

Kapitel 5. Sundhedsområdet

Indledningsvis vil Ergoterapeutforeningen udtrykke tilfredshed med, at udvalget her gennemgået sundhedsområdet relativt grundigt. Foreningen ser også positivt på, at begrebet "rehabilitering" anvendes ganske gennemgående i kapitlet, fordi der hermed fokuseres på patienter og borgeres aktivitet og involvering. Et andet begreb, som anvendes ofte, er "LEON", som gennemgående defineres som "lavest effektive omsorgsniveau". LEON-princippet betyder i sit udgangspunkt "Lavest effektive omkostningsniveau", hvilket Ergoterapeutforeningen er enig i af hensyn til effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt. Derimod kan det aldrig være et mål at have lav omsorgsniveau, så Ergoterapeutforeningen håber, at der er tale om en skrivefejl.

På side 22 omtales spørgsmålet om manglende incitament for at få tilstrækkelig kvalitet og sammenhæng i forløbene, og at det vil man gennemføre en evaluering af. Det tilslutter Ergoterapeutforeningen sig, da det ofte netop er manglende sammenhæng, der medfører dårligere kvalitet i borgernes behandling og i øvrigt koster genindlæggelser, f.eks. hvis der er for lang ventetid på genoptræning.

Ligeledes på side 22 står der, at man vil lave nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, og dermed forpligte kommunerne til at opstille konkrete målsætninger. Ergoterapeutforeningen støtter dette, da det vil kunne sikre en mere målrettet indsats.

Herudover har Ergoterapeutforeningen flg. bemærkninger til kapitlets enkelte elementer:

Afsnit 5.2 om sundhedsaftaler

Region Midt-Nord
Mindegade 10
DK-8000 Århus C
Tlf: +45 88 82 62 70

Region Øst
Høje Taastrup Boulevard 82, 1.tv.
DK-2630 Taastrup
Tlf. + 45 88 82 62 70

Region Syd
Lumbyvej 11
DK-5000 Odense C
Tlf: + 45 88 82 62 72

Ergoterapeutforeningen finder det positivt, at udvalget anbefaler at styrke sundhedsaftalerne. Særligt hæfter vi os ved anbefalingen om at fastsætte nye indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring, patientrettet forebyggelse samt sundheds-it.

Afsnit 5.3 om sundheds-it

Ergoterapeutforeningen glæder sig over, at Sundheds-it har fået et selvstændigt afsnit i rapporten. Foreningen har tidligere peget på en lang række problemstillinger i forhold til it på genoptræningsområdet. I forbindelse med arbejdet i arbejdsgruppen omkring forenkling af genoptræningsplanerne, som var et led i evalueringen af kommunalreformen, skrev Ergoterapeutforeningen således: *"Der er meget forenkling og reducere af ressourcer at hente, hvis IT-området bliver bedre til at understøtte udarbejdelsen af genoptræningsplanen. [...] Man ser i dag en lang række udfordringer, som blandt andet hænger sammen med det tekniske område, som i dag er særdeles begrænsende - f. eks. pga. af uensartethed lokalt og regionalt. I fremtiden bør planerne tænkes anderledes både mht. afsendelse og modtagelse. Det skal være en tværfaglig plan, hvor der er reel mulighed for at dele data – også f.eks. billeder og video. Andre overordnede begrænsninger [...] er manglende ensartede nationale standarder og retningslinjer som en forudsætning ved forenkling af genoptræningsplanen. En anden udfordring er desuden forskelle i snitfladekataloger regioner/kommuner imellem [...]. Et forslag fra os er, at I i ministeriet udarbejder en businesscase – så vil I kunne se, hvor meget tid terapeutterne kan spare, hvis rammerne er ordentlige."* Ergoterapeutforeningen opfordrer til, at disse synspunkter medtages i det videre arbejde.

Afsnit 5.4 om den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Udvalget konstaterer, at "kommunerne efterspørger mere fyldestgørende udskrivningsrapporter med information om ændringer i medicinering og funktionsniveau". Dette er ikke overraskende for Ergoterapeutforeningen, jvf. bemærkningerne til afsnit 5.5.

Ergoterapeutforeningen ser positivt på udvalgets anbefalinger på området og vil fremhæve forslagene om forløbsprogrammerne som en del af sundhedsaftalerne samt klarlægning af kliniske og økonomiske effekter af forskellige forebyggelsesindsatser som særligt væsentlige.

Afsnit 5.5 om genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Rapporten refererer til Sundhedsstyrelsens opgørelser over ventetid på almen, ambulant genoptræning, som ifølge denne opgørelse i 2010 gennemsnitligt var 28 dage, og fremhæver, at der her er et forbedringspotentiale. Dette harmonerer godt med en årlig undersøgelse om kommunal genoptræning, som Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Ældre Sagen og Danske Handicaporganisationer har fået udarbejdet igennem de senere år. Vores undersøgelse viser, at antallet af kommuner, der tilbyder genoptræning inden for en uge efter udskrivning, ikke er steget mærkbart inden for det seneste år. I 2011 tilbød kun 32 procent af kommunerne genoptræning inden for én uge. I 2012 var tallet blot 33 procent til trods for, at faglige vurderinger siger, at blot få ugers ventetid på genoptræning efter sygdom eller ulykke skader patienterne, ligesom ventetiden har haft stor opmærksomhed fra politisk side. Ergoterapeutforeningen undrer sig over, at udvalget ikke har udfærdiget en konkret anbefaling om, at der fastsættes en ventetidsgaranti på f.eks. en uge på dette område.

Ergoterapeutforeningen noterer sig rapportens bemærkninger om problemstillinger i forhold til genoptræningsplanernes indhold af præcise beskrivelser af særligt

komplekse patienters genoptræningsbehov. I den undersøgelse, som vi refererer til i afsnittet oven for, blev det dokumenteret, at langt fra alle kommuner vurderer sygehusenes genoptræningsplaner som fuldt ud anvendelige, lige som mange kommuner vurderer, at genoptræningsplanerne langt fra altid beskriver borgerens funktionsevne, hvilket ellers er krævet i den gældende bekendtgørelse på området. Problemet vurderes som værende størst, når ergoterapeuter og fysioterapeuter ikke har været involveret i udarbejdelsen af genoptræningsplanerne. Ergoterapeutforeningen foreslår, at disse undersøgelsesresultater inddrages i det fremadrettede arbejde omkring genoptræningsplanerne, således af disse faggruppers kompetencer kan bidrage til bedre forløb og resultater.

Udvalget anbefaler, at der udvikles et værktøj til stratificering af patienter med almene genoptræningsbehov. Ergoterapeutforeningen påpeger i den forbindelse vigtigheden af, at de faglige organisationer på området inddrages i et sådant arbejde.

Rapporten anbefaler en styrket indsats over for patienter med særligt komplekse genoptræningsbehov. Ergoterapeutforeningen støtter varmt denne anbefaling. Rapportens anbefalinger kan imidlertid meget let tolkes som, at denne styrkede indsats skal finansieres igennem en forenklet indsats for patienter med mindre komplekse problemstillinger. Ergoterapeutforeningen advarer imod en sådan udlægning og anbefaling. I dag udskrives mange patienter med mangelfulde eller ikke-eksisterende genoptræningsplaner, hvilket betyder øget opgavemængde for de kommunale terapeuter og en generel forsinkelse i forhold til iværksættelse af et genoptræningsforløb. Ergoterapeutforeningen er ikke uenig i, at man i forbindelse med visse patienter med ganske enkle genoptræningsbehov nok kunne forenkle kommunikationen imellem kommuner og sygehuse, men foreningen advarer imod en generel forenkling af genoptræningsplanerne for patienter, der ikke vurderes som særligt komplekse. Afsnittet på side 138 (som begynder med "I den ene ende af kontinuummet ..."), som søger at beskrive indsatsen på hhv. det komplekse og det mindre komplekse område, er uklart.

Ergoterapeutforeningen har ingen bemærkninger til anbefalingerne om øget regional myndighedskompetence i forbindelse med patienter med meget komplekse genoptræningsbehov. For os er det væsentligste, at de nødvendige kompetencer er til stede der, hvor opgaven skal løses – dette uanset om det er i kommunalt eller regionalt regi. Derfor støtter foreningen også rapportens anbefalinger om styrket monitorering og øget gennemsigtighed. Dog kunne vi i den forbindelse havde ønsket nogle klare formuleringer om forstærket indsats i forhold til forskning og kvalitetsudvikling på området.

I forbindelse med anbefalingerne om ændret myndighedskompetence skriver udvalget, at det kan blive relevant at overveje den nuværende fordeling af finansieringsansvaret mellem regionerne og kommunerne. Ergoterapeutforeningen vil gerne understrege, at den finansiering, som blev indført med kommunalreformen, har givet anledning til en del problemer. Og det gælder ikke alene i komplekse sager. Særligt har den eksisterende skellen mellem genoptrænings- og behandlingstakster givet anledning til betragtelige problemer, lige som det faktum, at ergo- og fysioterapeuter på sygehusene ikke som andre faggrupper bliver takstafregnet for ambulante besøg, har givet anledning til store vanskeligheder, som Ergoterapeutforeningen tidligere har gjort såvel ministeriet som Sundhedsstyrelsen opmærksom på. Ergoterapeutforeningen anbefaler, at evalueringen af kommunalreformen kan blive den anledning, der får de centrale myndigheder til arbejde for en konkret løsning på disse problemstillinger.

I rapporten foreslås, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske regioner udarbejder visitationsretningslinjer i forhold til personer med meget komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. Ergoterapeutforeningen forventer – som en af flere relevante faglige organisationer – at blive inddraget i dette arbejde.

Ergoterapeutforeningen forventer i det hele taget at blive involveret i det fortsatte arbejde omkring konsekvenserne af evalueringen af kommunalreformen på genoptræningsområdet, og vi stiller os meget gerne til rådighed.

Afsnit 5.6 om indsatsen for patienter med psykisk sygdom

Det fremgår af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen, at indsatsen for patienter med psykisk sygdom skal analyseres i det psykiatriudvalg, som regeringen har nedsat. Psykiatriudvalget har dog fremsendt en rapport til brug i evalueringen, der identificerer en række snitfladeproblematikker på psykiatriområdet, men ikke kommer med løsningsforslag. Psykiatriudvalget peger på fire snitfladeproblematikker:

- Manglende sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats
- Dårligt samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri
- Manglende samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder
- Snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling

Ergoterapeutforeningen genkender de snitfladeproblematikker, der skitseres i evalueringen. Ergoterapeutforeningen mener, at indførelsen af genoptræningsplaner i psykiatrien kan være en mulig løsning på flere af snitfladeproblemerne. Genoptræningsplaner er i dag alene en patientrettighed efter udskrivning fra somatisk sygehus og ikke psykiatrisk sygehus. Der skal kun udarbejdes en genoptræningsplan til patienter, der udskrives fra en psykiatrisk afdeling, hvis de har et behov for enten specialiseret eller alment ambulans genoptræning, der er somatisk begrundet. Det er således ikke muligt at henvise personer med et funktionsevnetab begrundet i den psykiatriske lidelse til genoptræning. Ergoterapeutforeningen står til rådighed, hvis der ønskes input til indholdet af genoptræningsplaner i psykiatrien.

Kapitel 6. Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

Kommunerne overtog som følge af kommunalreformen størstedelen af de tidligere amtskommunale tilbud, og det er på baggrund af evalueringen ikke muligt at vurdere tilbuddenes specialiseringsgrad.

Evalueringen slår fast, at der er mangel på systematiske oplysninger om blandt andet målgruppens størrelse og brugen af ydelser, ligesom der er meget beskednen viden og synlighed om effekt af de sociale ydelser. Samtidig siger evalueringen, at VISO ikke har overblik over udbuddet af specialiserede tilbud og indsatser. Arbejdsgruppen foreslår, at der skal etableres en national koordinationsstruktur, supplerende beføjelser til Socialstyrelsen og fleksibilitet i finansieringen.

Ergoterapeutforeningen har en bekymring for, at der foregår en afspecialisering og at faglige miljøer går tabt. Ergoterapeutforeningen mener, at det er vigtigt at sikre, at også små målgrupper får tilbud af en høj faglig kvalitet. Det væsentlige



er, uanset hvor opgaven løses, at der er de rette faglige kompetencer til stede for at løse en kompliceret opgave.

Ergoterapeutforeningen mener, at det er en god ide med en national koordinationsstruktur og vidensopsamling, som tilvejebringer en tværfaglig, videns- og evidensbaseret dokumentation, som den specialiserede og tværfaglige indsats kan planlægges ud fra, og som forpligter kommunerne til at samarbejde på tværs af kommunegrænser.

Med venlig hilsen

Gunner Gamborg
Formand for Ergoterapeutforeningen

komoko@oim.dk
khs@oim.dk

Evaluering af kommunalreformen

Hermed høringssvar fra FOA – Fag og Arbejde på evaluering af kommunalreformen.

Dato:
08.04.2013

Generelle bemærkninger til evalueringen af kommunalreformen

Det er generelt kritisabelt, at der ikke har været medarbejderinddragelse i evalueringen af kommunalreformen og fokus på reformens betydning for medarbejderne. Det er efter FOA – Fag og Arbejdes opfattelse også en alt for snæver kreds, der har været inviteret til høringer, som indgår som input til evalueringen – det har fra FOA – Fag og Arbejdes side kun været gennem repræsentation via LO, at der har været mulighed for at komme med bidrag til evalueringen.

13/39266

DK/marb001

FOA – Fag og Arbejde finder det yderligere kritisabelt, at der ikke er blevet evalueret på kvalitetsudviklingen i forbindelse med kommunalreformen. FOA - Fag og Arbejde mener, at der også skulle have været en evaluering af den harmonisering af serviceniveauer, der blev gennemført i forbindelse med kommunalreformen.

Desuden mener FOA - Fag og Arbejde, at der burde ses på, hvilken betydning udviklingen i antal ledere/ledelseslag og de større medarbejdergrupper har for både medarbejdertilfredsheden samt for fagligheden.

Det fremgik af de oprindelige planer, at kommunalreformen skulle være udgiftsneutral og de forventede besparelser skulle gå til mere borgernær service. Der mangler en evaluering af disse mål.

Bemærkninger til udviklingen på udvalgte tværgående felter

Nedenfor er kommentarer til dele af evalueringen i forhold til udviklingen på de tværgående felter, der er blevet medtaget i evalueringen.

FOA

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Telefon 4697 2626
Telefax 4697 2300

Kontonr. 5301-0476807

E-mail
foa@foa.dk
a-kassen@foa.dk

www.foa.dk

- **Politisk styring**

I forhold til udviklingen i politisk styring, så fremhæves det i evalueringen, at udvalget vil foreslå ændring af lov 548, så regionerne får samme mulighed for at udføre opgaver for andre offentlige myndigheder. Dette tiltag ser FOA - Fag og Arbejde positivt på, hvis det kan betyde, at regionerne i højere grad kan løse opgaver for hinanden og bruge stordriftsfordele frem for at udbyde opgaver til private leverandører.

- **Faglig og økonomisk bæredygtighed**

FOA - Fag og Arbejde mener, at det grundlag, man har brugt til at vurdere udviklingen i den faglige bæredygtighed, er alt for svagt. Der tages i evalueringen udgangspunkt i interviews gennemført i 2009, men der er ikke fulgt op på disse interviews i forbindelse med rapporten her i 2013. Da interviewundersøgelsen blev gennemført, valgte man at spørge borgmestere, kommunaldirektører, regionsrådsformænd og regionsdirektører – der blev hverken interviewet ledere eller medarbejdere, hvilket ellers må forventes at være de grupper, der har den største føling med, hvordan udviklingen i den faglige bæredygtighed er. FOA - Fag og Arbejde mener derfor, at evalueringen bør udbygges med, hvilke erfaringer medarbejderne har med hensyn til udviklingen i den faglige bæredygtighed.

FOA – Fag og Arbejde mener, at de erfaringer, der er i forhold til betydningen af, at der er en større gruppe af medarbejdere inden for samme faglige felt – samt samling af flere beslægtede faggrupper, skal bruges mere aktivt. De erfaringer, som evalueringen af kommunalreformen har vist, bør også bruges som vurderingsgrundlag, når kommuner overvejer at udbyde opgaver og derved opsplitte beslægtede faggrupper samt dele medarbejdere i mindre grupper uden mulighed for et fagligt fællesskab.

Det er svært at se, hvordan der i evalueringen er taget højde for den udvikling, der har været i den generelle samfundsøkonomi siden gennemførelsen af kommunalreformen, derfor er det svært at vurdere evalueringen i den økonomiske bæredygtighed. I særdeleshed er det pro-

blematisk at gennemskue, hvilke konsekvenser det har haft for udviklingen, at der er kommet flere opgaver til kommunerne samtidig med, at der har været en udvikling med proportionalt set færre medarbejdere til opgaverne. Ligeledes er det uklart, hvilken betydning behandlingsgarantien og brugen af samt udgifter til privathospitaler har haft i forhold til den produktivitetsudvikling, der har været på sygehusområdet.

- **Forvaltningsstrukturen i kommuner og regioner samt strukturen vedrørende dagtilbud**

Evalueringen beskriver, at der siden kommunalreformen har været en tendens til sammenlægninger på blandt andet dagtilbudsområdet. FOA - Fag og Arbejde mener, at man skal være meget opmærksom på sikringen af fagligheden i de tilfælde, hvor man har lagt dagplejen ind under de øvrige dagtilbud. Ligeledes mener FOA - Fag og Arbejde, at det er vigtigt at fastholde dagplejen som selvstændigt, centralt ledet tilbud, baseret på den selvstændige pædagogik, som dagplejen repræsenterer.

Der har efter kommunalreformen været en tendens til, at man har centraliseret opgaver, der tidligere var decentrale. FOA - Fag og Arbejde anerkender, at der kan være gevinster for fagligheden ved at samle opgaver, men er samtidig stærkt bekymret for den udvikling, hvor opgaver samles for derefter at blive sendt i udbud.

- **Offentlig-Privat samarbejde**

FOA - Fag og Arbejde er stærkt bekymret for den udvikling med stigende brug af private leverandører, der beskrives i evalueringen.

I evalueringen konkluderes det, at der ikke kan ses en effekt af kommunalreformen på kommunernes brug af konkurrenceudsættelse. FOA - Fag og Arbejde mener, at det er bekymrende, at der ikke er sket et fald i brugen af konkurrenceudsættelse, når der fremhæves i evalueringen, at fagligheden er blevet styrket ved at samle flere medarbejdere inden for samme område og medarbejdergrupper med beslægtede opgaver. Det burde være et argument for et fald i konkurrenceudsæt-

telse, at opgaver er blevet både fagligt og økonomisk mere bæredygtige som følge af kommunalreformen.

Bemærkninger til Sundhedsområdet

FOA – Fag og Arbejde er generelt enig i evalueringen af sundhedsområdet i rapporten. Det gælder blandt andet både ideen omkring ændringerne i Sundhedsaftalerne, hvor disse reduceres i disse fra 98 til 5, hvor der også peges på vigtigheden af at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos frontmedarbejderen. Netop denne vinkel med ejerskab og inddragelse er helt centralt, hvis sundhedsaftalerne skal have praktisk funktion.

Ligeledes ser vi også velfungerende IT-løsninger samt beskrivelserne af LEON-princippet, som meget vigtige elementer i evalueringen.

FOA- Fag og Arbejde er bekymret for udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen i kommunerne, hvor der ses en række problemer i overgangen mellem sygehus og kommuner. Det er vigtigt at styrke udviklingen i kommunerne, og der skal ske en udvikling, som hviler på LEON-princippet. Det fordrer, at der sættes fokus på brug og udvikling af de medarbejdere, der er på området og styrker dem gennem yderligere kompetenceudvikling for at sikre styrkelse af kvaliteten.

I forhold til evalueringen af det psykiatriske område, mener FOA – Fag og Arbejde, at evalueringen hviler på et meget spinkelt grundlag, idet udgangspunktet for evalueringen er en række endnu ikke offentliggjorte rapporter fra Regeringens psykiatriudvalg. Området bliver derfor ikke evalueret i nærværende rapport, ud fra samme parametre som det øvrige sundhedsområde. Derfor vil det være nødvendigt, at der ligeledes kommer en evaluering af området, der supplerer denne samlede evaluering af kommunalreformen.

Bemærkninger til Det Specialiserede Socialområde

FOA- Fag og Arbejde er optaget af, at det specialiserede socialområde leverer en høj faglig kvalitet, der passer til de borgere, der har brug for områdets tilbud.

Derfor har FOA - Fag og Arbejde været meget bekymret for den afspecialiseringstendens, der har præget området. Kommuner har hjemtaget borgere fra velfungerende tilbud, der har udgjort borgerens hjem for at reducere udgiften. Det er en tendens, der kræver stor bevågenhed.

Ligeledes påpeger evalueringen, at der i kommunerne er tendens til, at tilbuddene ændrer karakter fra SEL § 108 til SEL § 107 og til SEL § 85. Det betyder, at borgere, der er visiteret til længerevarende ophold på et bosted, skifter til midlertidigt botilbud for til sidst at være visiteret til socialpædagogisk støtte i eget hjem. Det er FOA - Fag og Arbejde noget bekymret for. Det er rigtig fint, hvis det er til borgerens bedste og svarer til borgerens behov i handleplanen, men FOA - Fag og Arbejde kan være bekymret for borgerens livskvalitet, når kommunen kan rykke rundt på borgere, der i forvejen har særlige behov. FOA - Fag og Arbejde er bekymret for, om borgerne modtager den faglige kvalitet, de har brug for, for at have en god livskvalitet.

Det undrer os, at der ikke er eksplicit fokus på udviklingen af medarbejderens kompetence i det enkelte tilbud. Ledelsen skal sørge for, at de rette kompetencer er til stede. Fordi man er pædagog, omsorgsmedhjælper, pædagogmedhjælper eller andet personale, der arbejder pædagogisk med borgeren, er det ikke ensbetydende med, at man har den viden der skal til at arbejde med særlige grupper inden for feltet. Eksempelvis unge med selvdestruktiv adfærd eller udviklingsforstyrrelser. Det kræver helt særlige pædagogiske metoder og erfaring, som ikke erhverves i en grunduddannelse. Derfor synes vi, at evalueringen også skal vurdere kompetencebehovet på institutioner og bosteder, for at vi som samfund kan sikre den faglighed og kvalitet, som borgerne i tilbuddene er så afhængig af.

Der er desuden brug for en finansieringsmodel, der sikrer mere styring af indhold og pris i tilbuddene, fx fra en central myndighed. Det skal være en model, der sikrer, at der fokuseres mindre på økonomi og mere på at finde den rigtige indsats til borgeren. Det kan ske ved, at man indfører en finansieringsmodel, der sikrer, at byrden for de særligt dyre og specialiserede tilbud fordeles mere jævnt mellem kommunerne. Det kan ske ved at skruer yderligere op for den nuværende fælles finansie-

ring, som allerede finder sted i refusionsordningen. Det bør være en klar anbefaling i evalueringen.

Derudover er det positivt, at man i evalueringen peger på en mulighed for at give Socialstyrelsen supplerende beføjelser i forhold til at pålægge kommuner eller regioner at oprette konkrete tilbud på området.

Bemærkninger til den regionale udvikling

Regionsrådet fik med kommunalreformen en række opgaver på uddannelsesområdet, blandt andet midler til at yde udviklingstilskud til ungdoms- og voksenuddannelserne. Det beløber sig til ca. 100 mio. kr. årligt. En række af midlerne til vækst går også til erhvervsrettet uddannelse. Suppleret med midler fra vækstfonde mm. iværksætter regionerne mange erhvervsrettede uddannelsesaktiviteter. På en række områder er der tale om uddannelsesaktiviteter, som ikke er koordineret, men derimod direkte i modstrid med nationale uddannelsespolitik og fagbevægelsens interesser nationalt set.

Evalueringen behandler ikke dette emne, men vurderer alene regionernes koordinerende rolle i forhold til udbud af uddannelser.

I øvrigt henvises til høringssvar fra LO, KTO samt OAO.

Er der behov for udbygning af FOA – Fag og Arbejdes bemærkninger eller spørgsmål hertil, så kontakt venligst markedsgoerelse@foa.dk

Med venlig hilsen



Dennis Kristensen
Forbundsformand

Evaluering af kommunalreformen

Evalueringen af kommunalreformen er omfattende, men kommer alligevel ikke rigtig til bunds i reformens egentlige effekter. Forslagene vedr. regional udvikling er utilstrækkelige, og der er her behov for en mere markant prioritering og koordination mellem erhvervs politik, beskæftigelses politik og uddannelses politik. Ikke mindst i lyset af behovet for at sætte øget fokus på væksten i Danmark.

FTF har modtaget rapporten fra udvalget om evaluering af kommunalreformen i høring og har følgende bemærkninger:

Omfattende evaluering med mangler pga. smalt kommissorium

Evaluering af kommunalreform er et grundigt værk, som udmærket beskriver mange af de ændringer og deraf følgende udfordringer, som reformen har medført.

Den er dog også præget af at forholdsvist smalt kommissorium, hvormed selve grundtanken i reformen om større og færre enheder ikke er genstand for undersøgelsen.

Heller ikke de organisatoriske rammer for beskæftigelsesindsatsen er omfattet af undersøgelsen, selvom det ville have været relevant. Fx kunne der have været set på, hvilken betydning de organisatoriske rammer har for virksomhedernes arbejdskraftopland, dvs. om jobcentrene har et tilstrækkeligt geografisk opland, så ledige kan blive henvist til beskæftigelse hos relevante virksomheder. Det ville også have været relevant at se på, i hvilket omfang de organisatoriske rammer understøtter de lediges behov for at komme hurtigt i beskæftigelse igen, samt i hvilket omfang den tilbudte aktivering har understøttet dette.

FTF ser i stedet frem til at deltage aktivt i det udredningsarbejde, der nu er sat i gang om beskæftigelsesindsatsen.

Endvidere burde evalueringen have belyst kommunalreformens betydning for forsørgelsesydelse, idet kommunerne i stigende grad har fået ansvaret for udbetaling af forsørgelsesydelse som dagpenge, sygedagpenge mv.

Antallet af borgere på denne type ydelser er stærkt afhængige af konjunkturer, der er udenfor kommunens indflydelsessfære. I en lavkonjunktur øger det kommunernes omkostninger og risici. Dermed kan der ske en uheldig sammenblanding af borgerens retssikkerhed og kommunens ønske om, at den kommunale økonomi skal hænge sammen.

Den faglige bæredygtighed er utilstrækkeligt belyst

Den overordnede vurdering af reformen synes i evalueringen at være, at den i det store og hele fungerer efter hensigten.

Men analyserne af specielt den faglige bæredygtighed er ikke imponerende. Argumentet for reformen var netop, at den ville give større faglig bæredygtighed, men udover at faglig bæredygtighed kan være et vidt begreb, så er den primære kilde i evalueringen en spørgeskemaundersøgelse fra 2009 blandt 88 kommuner og regioner. Et stort flertal svarede dengang, at reformen har bidraget til at øge bæredygtigheden.

Undersøgelsen burde have været gentaget nu, hvor reformen har flere år på bagen, og den burde have været suppleret af flere videnskabelige analyser fra fx KORA, der kunne belyse fx kvalitetsudviklingen på udvalgte områder før og efter reformen.

Mere grundige er analyserne af den økonomiske bæredygtighed, hvor rapporten dokumenterer de store udgiftsfald i kommunerne. Det er dog meget illustrativt, at antallet af administrative medarbejdere stadig er højere end i 2007, og de administrative medarbejdere udgør en større og større andel af det samlede antal medarbejdere – fra 19,3 pct. i 2007 til 20,6 pct. i 2011. Det viser tydeligt, at de store velfærdsområder har været hårdere ramt af de meget stramme økonomiske prioriteringer i kommuner og regioner end det administrative område – uanset at kommunalreformen ellers skulle give administrative stordriftsfordele.

Anbefalinger om regional udvikling er for vage

Evalueringen lægger ikke op til større ændringer i opgaver og strukturer. På de fire udvalgte områder er der dog gode og fornuftige forslag iblandt. Det gælder fx forslagene om bedre national overvågning, koordination og samarbejde på tværs af sektorerne på socialområdet.

Omvendt er nogle af forslagene dog også for vage til at de kan rykke noget. Fx er forslagene om bedre koordination inden for regional udvikling velmente, fordi der er stort behov for at skabe bedre sammenhæng mellem erhvervs politik, beskæftigelses politik og uddannelses politik. Disse områder skal hænge sammen både på det statslige og regionale niveau. Der skal være klare bindeled og koordinering mellem de forskellige politikområder, frem for at de bliver opdelt som nu.

Men her er det ikke tilstrækkeligt at give Danmarks Vækstråd større koordinationsansvar, som et af forslagene lyder. Der er behov for mere grundlæggende ændringer af strukturerne, så fx vækstfora og Danmarks Vækstråd får flere formelle kompetencer, bredere sammensætning og et mere forpligtende samarbejde med andre aktører i vækstpolitikken, fx væksthuse, de regionale beskæftigelsesråd og uddannelsesinstitutioner.

Evalueringen burde også have indeholdt klarere anbefalinger vedrørende kommunernes indsats på erhvervsområdet. Med evalueringen fremstår det stadig uklart, om der er skabt den rette snitflade mellem den direkte erhvervsservice i kommunerne/væksthuse og aktiviteter og projekter i de regionale vækstfora. De enkelte kommuner er stadig for små til at løfte opgaven. Der er næppe mange virksomheder – eller potentielle virksomheder – hvis kundekreds, marked eller beskæftigede geografisk er isoleret indenfor en kommunegrænse.

Sundheds-it kræver helhedstænkning og medarbejderinvolvering

På sundhedsområdet indgår der bl.a. en række forslag om organiseringen af sundheds-it. Det er fornuftigt at evaluere og koordinere it indenfor sundhedsområdet. Det har i en lang årrække været underprioriteret og karakteriseret ved en række lokale løsninger frem for en overordnet it-arkitektur. Hovedudfordringen de næste år er at få infrastrukturen på plads, så man sikrer, at patienternes data er tilgængelige i alle relevante led, og at man kan opsamle sammenlignelige erfaringer fra alle led i sundhedssektoren.

Her bør der allerede i planlægningen af digitaliseringen arbejdes med metoder, der kan sikre den fornødne privacy i forbindelse med de meget personfølsomme oplysninger, som sundhedssystemerne indeholder.

Der skal samtidig arbejdes for at involvere både medarbejdere og borgere i udviklingen. Det er slutbrugerne, som skal leve med de systembeslutninger, der træffes undervejs i et projekt. Hvis ikke slutbrugerne er markant involveret i løsningernes udformning, risikerer vi flere it-skandaler indenfor det offentlige område.

Endvidere er der en risiko for at processen med at udvikle digitale løsninger slår fejl på grund af ensidigt og kortsigtet fokus på besparelser. Der er brug for en langsigtet strategisk satsning, hvis man gennem digitalisering og it vil forbedre kvalitativt og effektivitet i den offentlige sektor.



Økonomi og indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10 – 12
1216 København K

Att. Kirsten Hoo-Mi Sloth

5. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Hjernesagen takker for muligheden for at kommentere udvalgsrapporten om evalueringen af kommunalreformen.

Hjernesagen er en landsforening for mennesker ramt af blodprop eller blødning i hjernen og andre hjerneskaderamte. Vores målgruppe er således en af de grupper af borgere, som har skullet leve med konsekvenserne af kommunalreformen.

Hjernesagens bemærkninger bygger på de mange medlemshenvendelser om konsekvenserne af kommunalreformen på hjerneskadeområdet, som vi har fået de senere år.

Hjernesagen har således fulgt med i implementeringen af kommunalreformen, og vi har med stor bekymring fulgt opgaveløsningen på genoptræningsområdet, det specialiserede socialområde samt den kompenserende specialundervisning for voksne.

Hjernesagen har noteret sig, at evalueringsudvalget overordnet finder, at kommunerne har løst opgaven, og at udvalget har tillid til, at kommunerne fortsat kan løfte en række opgaver. Vi har også noteret os, at der i evalueringen ligger en erkendelse af, at særligt hjerneskadeområdet har været et område, hvor opgaveløsningen ikke har fungeret tilfredsstillende, hvilket bekræfter Hjernesagens erfaringer. Endvidere er evalueringsudvalgets erkendelse af, at den nuværende takstfinansieringsmodel er problematisk, en anerkendelse af den bekymring og kritik, handicaporganisationerne har haft siden indførelsen af kommunalreformen.

Hjernesagen finder, at der på hjerneskadeområdet er en generel problemstilling, som vi ikke kan se, at evalueringsrapporten har tilstrækkeligt fokus på eller løsningsmodel til. Det er spørgsmålet om, hvad et hjerneskadetilbud egentlig er? Denne afklaring er helt afgørende, idet det er Hjernesagens opfattelse, at mange kommuner "udnævner" tilbud som værende specialiserede hjerneskadetilbud uanset, om tilbuddet har tilknyttet neurologisk viden, er tværfagligt m.m. Der mangler således en definition af, hvornår et tilbud kan kalde sig et specialiseret hjerneskadetilbud. Hjernesagen efterlyser derfor en beskrivelse af, hvilke indikatorer/kvalitetskriterier, der skal være opfyldt, før et tilbud kan kaldes et hjerneskadetilbud.

Efter Hjernesagens mening har evalueringen af kommunalreformen i øvrigt den væsentlige svag-
hed, at man på intet tidspunkt har inddraget de personer, der er blevet personligt berørt af kommu-
nalreformen. Borgerne burde som en selvfølge have været inddraget i evalueringsprocessen.

1. Generelt om kommunernes organisering og udfordringerne ved den

Hjernesagen oplever, at der er nogle forudsætninger i kommunerne, som er udfordret, når vi taler
om borgere med apopleksi eller andre typer af hjerneskader. Dette gælder uanset, om der ses på
gruppen af let ramte, moderat ramte eller svært hjerneskaderamte personer.

Overordnet set er måden, kommunerne er organiseret på, en stor udfordring, som der desværre
ikke er særlig meget fokus på i evalueringsrapporten.

Borgerne blev med kommunalreformen stillet i udsigt, at der kun var én indgang til det offentlige,
nemlig kommunen. Så simpelt blev det ikke.

Kommunernes organisering er over en bred vifte domineret af en hierarkisk opbygning, hvor der
arbejdes med begreber som forvaltninger, afdelinger, enheder og teams. Det betyder, at mange
borgere ikke oplever kommunen som én samlet enhed, fordi de enkelte teams, enheder, afdelinger
og forvaltninger arbejder som selvstændige enheder uafhængigt af de andre enheder i kommunen.
Det kan godt være, at en sådan måde at organisere sig på kan være en fordel og en styrke på vis-
se områder, men på områder med behov for tværfaglighed og koordination har det vist sig at være
en stor ulempe.

Hjernesagens rådgivning oplever, at udfordringerne ved kommunernes organisering kommer til
udtryk i følgende:

- strukturen indbyder ikke til samarbejde på tværs i organisationen
- dårlig erfarings- og vidensdeling mellem de forskellige enheder
- etablering af snitflader, som fremmer holdninger som "mine/dine" opgaver internt i kommu-
nen, hvilket for borgeren medfører oplevelser i kommunikationen med kommunen, hvor ud-
sagn som "Det er ikke hos mig..", "Du skal henvende dig i en anden afdeling.." m.m. bliver
hverdag
- kassetækning helt ned på afdelingsniveau
- en oplevelse af, at kommunale medarbejdere ikke ser sig selv som en del af en helhed,
fordi der mellem de forskellige enheder er egne politiske og økonomiske hensyn, der skal
varetages
- kommunens medarbejdere har betydelige vanskeligheder ved at lave en helhedsorienteret
udredning samt at give borgeren en helhedsorienteret indsats.

Endvidere er det vigtigt at påpege, at kommunerne almindeligvis ikke har tradition for at arbejde
systematisk med registrering og dokumentation af deres indsats, så der er meget lidt evidens for,
hvad der virker i den kommunale opgaveløsning på hjerneskadeområdet.

På baggrund af ovenstående har Hjernesagen ikke den samme tro på, at kommunerne kan løfte
de opgaver på sundhedsområdet, det specialiserede socialområde og indenfor den kompenserende
specialundervisning for voksne, som evalueringsudvalget giver udtryk for.

Hjernesagen er bekymret for, at kommunerne ikke kan løfte opgaven uden, at der sker en række væsentlige ændringer, idet Hjernesagen må konstatere, at kommunerne efter fem års opgavevaretagelse indenfor hjerneskadeområdet ikke tilnærmelsesvis er i mål.

For Hjernesagens medlemmer kræves det, særligt for de moderat til svært ramte, at opgaveløsningen foregår i et miljø, hvor der arbejdes på tværs af faggrænser/grupper, hvor der videndeles for at opnå de bedste løsninger, hvor der i et løbende samarbejde med borgeren og de pårørende etableres individuelle konkrete løsninger og forløb for at sikre det bedste funktionsniveau, arbejds- evne, en god livskvalitet og familieforhold, der rent faktisk fungerer for den samlede familie.

Hjernesagen mener, at hvis kommunerne i fremtiden skal være med til at løfte den opgave i forhold til personer med følger efter en hjerneskade, så er det helt essentielt, at der ses på kommunernes organisering, det økonomiske incitamentssystem samt på reaktionsmuligheder, hvis kommunerne ikke lever op til deres ansvar.

Det er vigtigt at påpege, at for Hjernesagen er det vigtigste, at borgere med følger efter en apopleksi eller anden hjerneskade får den bedst mulige rehabilitering og kvalitet i hverdagen, mens det er knapt så vigtigt, hvem der varetager opgaveløsningen.

Gruppen af moderat til svært ramte personer er heldigvis ikke stor. Det indebærer, at langt de fleste kommuner kun har få borgere, der er moderat til svært ramte. Det medfører derfor også, at erfarings- og datagrundlaget er for lavt til, at der kan opnås en høj specialisering, evidensbaseret metodeudvikling og stærk faglighed i den enkelte kommune.

1.1 Hjernesagens løsningsforslag

Hvis kommunerne i fremtiden skal løse denne opgave, er det afgørende nødvendigt med et forpligtende samarbejde mellem flere kommuner til udvikling af relevante tilbud. Hvis dette skal lykkes, må de enkelte kommuner ikke selv kunne oprette tilbud til hjerneskaderamte, og kommunernes samarbejde skal være bestemt af, hvor stort et befolkningsgrundlag, der er nødvendigt for at kunne oprette et tilbud. Der skal også stilles krav til kvaliteten af de enkelte tilbud. Endvidere skal der udarbejdes en bindende økonomisk model, som understøtter de enkelte hjerneskadetilbud.

Man kan også vælge at lade regionerne (fortsætte med at) løse opgaven. Regionerne er karakteriseret ved:

- at have et tilstrækkeligt stort befolkningsgrundlag til udvikling af evidensbaseret rehabilitering for personer med moderat til svære følger efter en hjerneskade,
- at have stor erfaring med den nødvendige dataindsamling, databearbejdning samt evidensbaseret arbejdsmetode til udvikling af højt specialiserede tilbud,
- at være i besiddelse af alle de nødvendige, faglige kompetencer for at skabe en tværfaglig og helhedsorienterede rehabilitering, indtil den ramte borgers funktionsniveau er så højt eller så stabilt, at der kan etableres en hverdag enten i eget hjem eller på et højt specialiseret botilbud,
- at have den faglige nærhed til sygehusbehandlingen og den tværfaglige indsats, der foregår på fx et apopleksiafsnit. Det er i sig selv bemærkelsesværdigt, at en apopleksiramt patient i dag får en genoptræningsplan, der er udarbejdet af specialister på et apopleksiafsnit,

hvorefter den skal omsættes via en kommunal visitation til et kommunalt tilbud uden at disse parter måske har særlig viden om hjerneskaders kompleksitet.

2. Sundhedsområdet

Evalueringsrapporten vurderer, at kommunalreformen overordnet set har skabt rammerne for en mere sammenhængende indsats, samt at en række sundhedstilbud er kommet tættere på borgernes hverdag. Men samtidig erkendes det, at selvom mange snitfladeproblemer blev fjernet, så opstod der en række nye i kølvandet på kommunalreformen.

2.1 Honorerings- og incitamentssystemet

Udvalget konstaterer, at honoreringssystemet *måske* ikke i tilstrækkelig grad har øget incitamentet til at se på kvalitet og sammenhængende forløb imellem/internt i regioner og kommuner.

Hjernesagen er bekymret for, om det nuværende system i tilstrækkelig grad udfordrer systemerne på de traditionelle tankegange og strukturer, der bl.a. findes i det kommunale system. Dette har bl.a. stor betydning for ventetider til tilbud.

2.2 Sundhedsaftaler

I Hjernesagen har vi set på de enkelte sundhedsaftaler, som på den ene side ligner hinanden, når der ses på aftaler fra den samme region, men på den anden side også har store lokale forskelle inden for specifikke områder, herunder aftaler om bl.a. udskrivningsforløb, som for særligt de moderat til svært hjerneskadede har overordentlig stor betydning.

Hjernesagen er derfor enig i, at der er behov for mere ensartethed i sundhedsaftalernes opbygning. Vi finder det yderst relevant at få udviklet og indført nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, særligt på de tværsektorielle patient-/borgerforløb. Endvidere vil udarbejdelsen af fem sundhedsaftaler forhåbentlig være mindre ressource- og administrativt krævende, således at ressourcerne i højere grad kan bruges på at sikre patienterne bedre forløb.

2.3 Sundheds-IT

Hjernesagen finder, at der er behov for en bedre elektronisk samkøring af data mellem afdelinger og sektorer, så vigtig information og viden ikke går tabt mellem forskellige aktører på området. Men omvendt er det fortsat vigtigt at have fokus på, at personlige data ikke må overgives til andre myndigheder uden borgerens personlige samtykke. Dette gælder også for borgere med kommunikations- og kognitive vanskeligheder, som er særligt udsat for ikke at blive hørt eller medinddraget i deres eget forløb.

2.4 Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Da den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats primært omhandler ældre og medicinske patienter, tilhører målgruppen i særlig grad Hjernesagens medlemmer, idet ca. 70 %, af dem, der rammes af apopleksi, er over 70 år.

Udvalget konkluderer, at der er en særlig udfordring i forhold til de patienter/borgere som både har kontakt til det regionale sygehusvæsen og som modtager kommunal pleje-, genoptrænings- og omsorgsydelser, fordi der ikke er en fokuseret forebyggelsesindsats i kommunerne. I dag ligger aftalerne om forebyggelse i det nuværende samarbejde om sundhedsaftalerne, og udvalget kon-

staterer, at dette ikke er forpligtende nok. Endvidere peges der bl.a. på, at kommunerne ikke har en tradition for registrering, dokumentation og evidensbaseret tilgang i deres arbejde.

Udvalget anbefaler derfor, at der ses nærmere på området, at der arbejdes på at sikre en bedre vidensdeling på tværs af sektorer, at regionernes rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne systematiseres og målrettes kommunernes behov.

Der peges desuden på, at der skal arbejdes på, at den enkelte kommune skal sikre en bedre sammenhæng i den kommunale opgaveløsning med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel varetagelse af opgaver i patientens eget hjem.

Hjernesagen ser et betydeligt potentiale for den forebyggende indsats på vores område. I dag skønnes det, at ca. 1 million danskere har forhøjet blodtryk. Af disse formodes det, at mellem 250.000-300.000 ikke ved, at de har forhøjet blodtryk. Man regner med at over halvdelen af alle apopleksier skyldes for højt blodtryk. Hjernesagen vil derfor opfordre til, at der sættes meget mere målrettet ind på dette område, end tilfældet er i dag.

Hjernesagen mener også, at der er et stort og udækket behov for at øge forebyggelses- og opfølgningsindsatsen overfor de borgere, der er blevet ramt af en hjerneskade, uanset om borgeren bor i eget hjem, i botilbud eller på plejehjem.

Det er Hjernesagens opfattelse, at evalueringsrapporten desværre ikke kommer med gode modeller for en kvalificeret og faglig indsats på dette område. Hjernesagen ser med bekymring på, at der ikke sker en systematisk og samlet indsats indenfor det offentlige system for at forbygge nye apopleksier. Hjernesagen konstaterer, at det muligvis kan skyldes, at honorerings- og incitamentssystemet ikke fungerer godt nok.

2.5 Genoptræning efter udskrivning fra hospital

Hjernesagen finder det problematisk at placere genoptræningsindsatsen for moderat til svært hjerneskaderamte i kommunerne, jf. også vores tidligere bemærkninger herom.

Det bemærkes, at der er afgørende forskel på, om man skal yde genoptræning til borgere med fx et brækket ben, ældre med lungebetændelse eller til borgere med komplekse hjerneskader, der har behov for en langstrakt rehabiliteringsindsats, fordi skadens omfang påvirker flere områder af borgerens liv og helbred.

Hjernesagen er i øvrigt generelt bekymret over, at udvalget entydigt holder fast i genoptræningsbegrebet fremfor at anvende det mere relevante begreb rehabilitering.

2.6 Fald i udgifter til specialiseret genoptræning

Udvalget konstaterer, at der har været et fald i udgifterne til den specialiserede genoptræning med 12 %, samt at der er stor regional variation i andelen af specialiseret, ambulante genoptræning. På den baggrund konkluderes det, at der må være potentiale for, at en større andel af den specialiserede ambulante genoptræning kan foregå som almen, ambulante genoptræning.

Hjernesagen finder konklusionen betænkelig, da man vel også kunne konkludere, at grunden kan være, at nogle sygehuse er lige lovligt ivrige med at udskrive patienter til almen, ambulante genoptræning. Hjernesagen har fra flere fagpersoner hørt, at kommunerne overtager patienter, som er langt dårligere helbredsmæssigt, end de tidligere har gjort. Bl.a. oplever nogle hjerneskadecoordinatorer, at patienterne er endog meget dårlige og burde være i et specialiseret, ambulante genoptræningsforløb. En del af disse patienter/borgere ender af samme årsag på plejehjem enten permanent eller i en periode, fordi den kommunale genoptræning ikke er i stand til (og heller ikke skal) matche den specialiserede, ambulante genoptræning på sygehusene.

Hjernesagens rådgivning har fx oplevet, at en kommune bliver kontaktet af en afdeling på et sygehus, fordi afdelingen ønsker at udskrive en kvinde med svære følger efter en hjerneskade, da der er ventetid på specialiseret ambulante genoptræning på sygehuset. Hjerneskadecoordinatoren er i vildrede, da det er vanskeligt at se, hvordan kommunen skal kunne opfylde de behov, som den svært ramte kvinde har. De pårørende er dybt frustrerede, da kommunen må indrømme, at den hverken har kvalifikationer eller kompetencerne til at kunne dække det rehabiliteringsbehov, kvinden har. Desværre ender det med en udskrivelse til et plejehjem, imens kvinden venter på et relevant specialiseret genoptræningstilbud i regionalt regi, som først kommer efter et par måneder.

2.7 Overlevering

Udvalget konstaterer, at overlevering fra sygehus til kommune kunne forløbe bedre. I den forbindelse nævnes nødvendigheden af en fyldestgørende beskrivelse fra sygehuset samt en kommunikation af patientens genoptræningsbehov. Som ovenfor nævnt er Hjernesagen ikke uenig i betragtningen om genoptræningsplaner, der ikke er fyldestgørende nok. Men problemet med kommunikationen stammer desværre ikke kun fra sygehusene. Også kommunerne har et betydeligt ansvar for at opsøge viden om borgeren.

Hjernesagen får desværre fortsat henvendelser om, at kommuner ikke ønsker at deltage i et udskrivningsmøde, hvor de kunne få relevant og faglig viden om patienten/borgeren. Senest i marts 2013 ringede en pårørende dybt frustreret og fortalte, at sygehuset havde kontaktet kommunen og inviteret til et udskrivningsmøde, da der var tale om en person med mange svære kognitive følger efter en apopleksi. Kommunens tilbagemelding herpå var, at de desværre ikke havde genoptræningstilbud til kognitivt ramte personer, hvorfor de ikke fandt det relevant at deltage.

2.8 Genoptræningsplan - rehabiliteringsplan

Hjernesagen finder, at der på vores område er behov for at indføre en rehabiliteringsplan fremfor den nuværende genoptræningsplan, som alt for ofte er mangelfuld i forhold til hjerneskaderamte. Endvidere har genoptræningsplanen den svaghed, at der ofte kun er fokus på det fysiske område, mens det kognitive og kommunikationsområdet ofte overses eller glemmes.

Hjernesagen kan derfor kun støtte udvalgets forslag om skærpet regional myndighedskompetence, hvor regionerne får bedre mulighed for at beskrive det samlede genoptræningsbehov. Hjernesagen finder det desuden relevant, at regionerne tydeligt kan beskrive den funktionsevne, patienten/borgeren kan forvente af genoptræningen, herunder muligheden for at beskrive metoden, der skal anvendes, omfanget af genoptræningen samt karakteren af den indsats, kommunerne skal yde på dette område. Hjernesagen mener, at visitationsansvaret for de komplekse hjerneskader skal ligge hos regionerne.

2.9 Visitationsretningslinjer

Hjernesagen støtter generelt, at der opstilles klare retningslinjer for visitering til genoptræning. Hjernesagen mener dog ikke, at sådanne kliniske retningslinjer kun skal gælde i de ”meget komplekse sager”, men skal gælde generelt. Udvalget påpeger i rapporten, at kommunerne ikke har tradition for dokumentation og evidensbaseret arbejde og kliniske retningslinjer, som kan give den nødvendige systematik og ensartethed i kommunernes arbejde, som er helt nødvendig på hjerneskadeområdet.

2.10 Øget gennemsigthed om specialiserede genoptræningstilbud

Udvalget anbefaler, at der udarbejdes fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats, samt at Tilbudsportalen udvides til også at kunne rumme tilbud på sundhedsområdet.

Hjernesagen mener, at fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats på tilbud for hjerneskaderamte er yderst relevante og vigtige for gennemsigtheden. Hjernesagen finder yderligere, at det er relevant at få udarbejdet et elektronisk register over fagligt kvalificerede tilbud på hjerneskadeområdet.

Hjernesagen er dog skeptiske overfor brugen af Tilbudsportalen, da der fortsat er kritik af Tilbudsportalen som redskab til at finde relevante tilbud til borgerne. Det betyder, at flere kommunale sagsbehandlere ikke anvender portalen efter hensigten. Årsagen til kritikken er Tilbudsportalens manglende brugervenlighed, uensartet information om tilbuddene og upræcise oplysninger fra tilbuddene. Hjernesagen ønsker at gentage, at der er behov for en klar beskrivelse af, hvornår et tilbud kan betegnes som et egentligt hjerneskadetilbud.

3. Andre udfordringer på Sundhedsområdet

Hjernesagen ønsker med høringen at gøre opmærksom på andre udfordringer på genoptræningsområdet, som ikke er medtaget i udvalgets evalueringsrapport:

3.1 ”Tilbageløbspatienter/borgere”

Erfaringen fra Hjernesagens rådgivning er, at visse medlemmer oplever en meget hurtig udskrivning fra sygehus, hvor fx de kognitive vanskeligheder ikke er blevet opdaget under indlæggelsen, og patienten/borgeren udskrives uden genoptræningsplan. I dag er det yderst vanskeligt at blive genhenvist til sygehuset, hvis behovet for kognitiv genoptræning skal udredes/dokumenteres, således at borgeren kan få udarbejdet den nødvendige genoptræningsplan. Hjernesagen har fået oplyst af sundhedsfagligt personale på sygehuse, at der i dag ikke er afsat økonomiske midler til disse ”tilbageløbspatienter”.

”Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade” fra 2011 foreslår en model for at følge op på personer med følger efter en erhvervet hjerneskade. Man foreslår, at der åbnes for ambulante opfølgning og udredning i sygehusregi efter udskrivelsen, bl.a. ved genhenvist via almen praksis. Dette er en model, Hjernesagen meget gerne ser indført hurtigst muligt.

3.2 Faglige og organisatoriske udfordringer i kommunen

Hjernesagen oplever i stort omfang, at der er faglige og organisatoriske udfordringer i kommunerne, når vi ser på Hjernesagens målgruppe, uanset om de hører til gruppen let, moderat eller svært skadede. Vi oplever, at der mangler (neuro)faglige kvalifikationer, internt samarbejde, og at der flere steder er lang ventetid på genoptræning - særligt på kommunikationsområdet

Hjernesagen er forundret over, at der i dag forsat er stor mangel på viden i kommunerne trods MTV rapport, forløbsprogram og ansættelse af hjerneskadekoordinatorer i mange kommuner. Hjernesagen er bekymret for, at kortsigtede økonomiske hensyn vejer tungere end de behov, den enkelte borger med følger efter en hjerneskade måtte have.

Hjernesagen er også meget bekymret for, hvad der vil ske med de aktiviteter, der p.t. er igangsat i kommunerne i forbindelse med udmøntningen af de 150 millioner kroner, som den tidligere regering afsatte for perioden 2011-2014. Midlerne har bl.a. medført en storstilet ansættelse af projektansatte hjerneskadekoordinatorer, men der er ikke skabt et egentligt fundament for videreførelsen af hjerneskadekoordinatorernes arbejde i kommunerne efter 2014. Der igangsættes også i disse år en række initiativer – fx på pårørendeområdet – men uden garanti for, at sådanne tilbud bliver videreført, når de statslige midler ophører, og udviklingen bliver afhængig af den stramme, kommunale økonomi.

Udvalget har udelukkende valgt at fokusere på forbedringer for personer med meget komplekse genoptræningsbehov uden dog at definere, hvad der menes med "meget komplekse genoptræningsbehov". Hjernesagen frygter, at udvalgets ensidige fokusering på meget komplekse genoptræningsbehov udelukkende omfatter personer med meget svære hjerneskader. Det vil dermed udelukke personer med lettere og moderate hjerneskader, som også kan have behov for en tværfaglig og faglig kvalificeret genoptræning, uden der nødvendigvis er tale om en kompleks sag.

Hjernesagen erfarer gennem medlemmerne, at visse sager bliver unødigt komplekse, fordi der ikke arbejdes tværfagligt, eller fordi der mangler viden i kommunerne. Et eksempel er et medlem, som henvender sig til Hjernesagen, fordi han i samarbejde med en relevant genoptræningsinstitution har ansøgt om et genoptræningsforløb. Et ½ år efter har kommunen forsat ikke taget stilling til ansøgningen, som flyttes rundt mellem forskellige afdelinger. I denne periode tager uvisheden og den manglende genoptræning så hårdt på medlemmet, at medlemmet udvikler en depression.

Hjernesagen henvender sig til den pågældende kommune og drøfter sagen med de enkelte sagsbehandlere, som alle tilkendegiver, at tilbuddet på genoptræningsinstitutionen er det helt rigtige til manden. Til sidst anbefaler Hjernesagen, at de forskellige parter sætter sig sammen og drøfter sagen, da alle de involverede afdelinger er enige om, hvad det rigtige tilbud er. To uger efter Hjernesagens henvendelse har kommunen truffet en afgørelse om at bevillige medlemmet det rette og relevante tilbud. Desværre nåede medlemmet som nævnt at udvikle en depression, som først skulle behandles, før genoptræningen kunne iværksættes.

3.3 Kommuners forsøg med "specialiseret genoptræningstilbud"

Hjernesagen har i dette høringssvar udtrykt bekymring for, at kommunerne ikke vil kunne varetage den specialiserede genoptræning efter sygehus for de moderat til svært ramte.

Tiden har vist, at nogle kommuner mener, at de er i stand til, med et ganske lille befolkningsgrundlag at kunne etablere højt specialiseret genoptræning for egne borgere. Fx har kommunerne på Fyn været ret fremsynede, da de oprettede Hjerneskerådsgivningen, hvortil de har en form for abonnementsordning, de betaler til mod at deres borgere kan få de rette råd, vejledning, træning og støtte. Samtidig ligger der et døgn- og ambulans rehabiliteringssted - Bjerggårdshave på Fyn – som de sværest ramte normalt har været visiteret til.

Alligevel oplever Hjernesagen, at en lille kommune som Assens mener, at de selv kan varetage opgaven billigere og bedre. Det resulterer i, at Assens kommune har oprettet et døgnrehabiliteringstilbud (Center for rehabilitering og akut pleje) i september 2011 til bl.a. hjerneskerammede borgere. Til tilbuddet er knyttet en fysioterapeut og en ergoterapeut. Hjernesagen tvivler på, om dette tilbud kan leve op til de behov for en specialiseret indsats, som svært hjerneskerammede har.

3.4 Klageadgang

Hjernesagen har undersøgt muligheden for at klage over afgørelser om genoptræning. I sygehusvæsenet er der en tydelig klageadgang, da det er sundhedsfagligt personale, der varetager visitationen til genoptræning og varetager behandlingen. Derfor skal en klage stiles til Patientombuddet, hvis borgeren har været utilfreds med behandlingen.

I den kommunale genoptræning bliver det straks meget mere kompleks og uoverskueligt. Der er to overordnede problemstillinger med klageadgangen i kommunalt regi:

- *Forskellig lovgivning:* Ved genoptræningsindsatsen i kommunalt regi kan foruden sundhedsloven også serviceloven, beskæftigelseslovgivningen samt specialundervisningsloven blive inddraget. Hvis borgeren skal klage over genoptræningsindsatsen, skal borgeren tage stilling til, om der skal klages til Patientombuddet, Beskæftigelsesankenævnet, Det Sociale Nævn samt Klagenævnet for Specialundervisning. Dette kan for almindelige mennesker virke ganske uoverskueligt, og det bliver ikke mindre uoverskueligt for en person med følger efter en hjerneskerade.
- *Sundhedsloven i kommunen:* Hvis borgeren ønsker at klage over genoptræning efter sundhedsloven, kan man klage til Patientombuddet. Hvis borgeren vil klage over kommunens afgørelse af omfanget og indholdet af genoptræningen, kan man kun klage til kommunen.

4. Socialområdet

Hjernesagen er helt enig med udvalget i, at det er yderst relevant at se på de specialiserede socialtilbud og på takstfinansieringsproblemstillingen, som ikke egner sig til det specialiserede socialområde. Også VISO's rolle som vidensindehaver og –formidler er væsentligt at inddrage, herunder det manglende overblik over hvilke tilbud, der findes på området.

Som tidligere nævnt finder Hjernesagen kommunernes tendens til at hjemtage egne borgere til egne tilbud bekymrende. En udvikling der er forstærket efter kommunalreformen og ændringen i lovgivningen om opholds- og betalingskommuner.

4.1 Mangel på fagligt kvalificerede botilbud

For personer med følger efter en hjerneskade forholder det sig desværre sådan, at der ikke er særlig mange specialiserede botilbud, hvilket betyder, at vi i Hjernesagen alt for ofte møder medlemmer, som i en tidlig alder ender på et plejehjem på grund af deres fysiske følgevirkninger. Det skaber en del udfordringer:

- *Yngre ramte:* Plejehjemmene er ikke gearret til den yngre målgruppe. Der er typisk tale om borgere, der kommer fra et aktivt liv med arbejde, familieliv og fritidsinteresser. Placeringen af disse borgere på plejehjem medfører ofte en forringet livskvalitet, manglende livsindhold og tab af nære relationer.
- *Manglende viden på plejehjem:* Tit beskriver ramte og pårørende, at der mangler de fornødne kvalifikationer og viden hos personalet om personer med følger efter en hjerneskade bl.a. vedrørende kommunikative, kognitive og adfærdsmæssige følgevirkninger. Denne manglende viden kan resultere i misforståelser og frustration både hos de ramte, de pårørende og personalet.

Hjernesagen anbefaler, at der oprettes flere specialiserede botilbud til hjerneskaderamte borgere med fysiske, kommunikative, kognitive og adfærdsmæssige følgevirkninger.

Desværre forhindrer den nuværende takstfinansiering af området en udvikling og etablering af nye tilbud. Evalueringsudvalget har heldigvis også peget på, at den nuværende takstfinansieringsmodel ikke har været egnet til det specialiserede socialområde.

4.2 Mangel på fagligt kvalificerede dagtilbud

I Hjernesagen møder vi alt for ofte hjerneskaderamte borgere, som enten ikke får et dagtilbud eller som får tilbud, som på ingen måde er fagligt kvalificerede.

Der er ingen tvivl om, at der er mange personer med følger efter en hjerneskade, som ikke efterspørger et dagtilbud, men der er også en del, som kan have stor glæde af at have noget at stå op til, som skaber helhed i deres hverdag og som kan være med til at opretholde deres funktionsevne både socialt, kognitivt og kommunikativt. Alligevel er det meget vanskeligt at finde egnede tilbud.

Når personer ramt af følger efter en hjerneskade endelig får tilbudt et dagtilbud, er der ikke sjældent tale om dagtilbud på plejehjem eller tilbud målrettet udviklingshæmmede, som alt andet lige er en anderledes målgruppe end personer med erhvervet hjerneskade.

4.3 Hjemtagning af borgere

Men Hjernesagen oplever desværre også, at nogle kommuner forsøger at trække velplacerede borgere hjem til egen kommune fra såvel botilbud som dagtilbud. Fx blev vi i 2012 kontaktet af en kvinde, hvis mand er velplaceret på et dagtilbud for meget svært hjerneskaderamte i en anden kommune, hvor han trives med at være, hvor han får optimal støtte, og hvor hans eneste sociale netværk udenfor familien befinder sig. Alligevel vælger kommunen - uden nærmere udredning - at meddele ægteparret, at manden hjemtages, da kommunen mener, at de har tilsvarende tilbud i egen kommune. Ægtefællen handler hurtigt og får undersøgt det tilbud, kommunen påtænker at flytte hendes mand til. Der er tale om et dagtilbud til udviklingshæmmede, hvor personalet intet kendskab har til hjerneskaderamte, og hvor der ikke er de samme personaleressourcer tilstede,

som i mandens nuværende dagtilbud. Da personalet på kommunens dagtilbud får oplysninger om mandens skader, protesterer de overfor sagsbehandleren og forlanger langt flere personaletimer for at kunne løfte opgaven. Det ender med, at kommunen foreslår, at manden får "en til en" personale samt skærmes fra de øvrige brugere. I sidste ende ender det dog med, at kommunen opgiver planen om en flytning. Hjernesagens vurdering er, at dette udelukkende skyldes, at hustruen var hurtig, fagligt og økonomisk velargumenteret. Sådanne sager bekræfter Hjernesagens opfattelse af, at kommunerne ikke har tilstrækkelig viden eller alene handler ud fra snævre, økonomiske hensyn.

4.4 Brugen af VISO

Der er ingen tvivl om, at VISO har haft en svær opstart, og at kommunerne ikke har været særligt ivrige for at bruge den viden og kompetence, VISO ligger inde med. Heldigvis har flere kommuner i de senere år valgt at benytte sig af VISO's dygtige og fagligt kompetente medarbejdere, men der er fortsat en del kommuner, som ikke ønsker at involvere VISO i særligt komplicerede enkeltsager. Hjernesagen oplever, at der i nogle kommuner er en frygt for, at VISO's udredning kan skabe en forventning hos borgeren om et fordyrende tilbud. Hjernesagen har oplevet kommuner, som har nægtet at samarbejde med VISO til trods for de involverede parters ønske herom. En beslutning, der er yderst uhensigtsmæssig, da målet må være at skabe det bedste tilbud, der tilgodeser borgernes behov for træning, hjælp og støtte.

4.5 Udvalgets forslag til koordination af udbud af højt specialiserede tilbud

Hjernesagen tror desværre hverken på en national koordinationsstruktur skabt på dialog med kommunerne eller fleksibel finansiering, der bygger på frivillighed.

Hjernesagen mener, at kommunerne har haft rig mulighed for at etablere frivillige tværkommunale samarbejder eller regionalt samarbejde, men at dette ikke er sket.

Med hensyn til den Nationale koordinationsstruktur virker det sympatisk med en dialogbaseret model, men Hjernesagen er skeptisk overfor kommunernes rolle og tror ikke på, at kommunerne formår at løfte opgaven. Hjernesagen tror på ingen måde, at en model uden reaktionsmuligheder vil have nogen effekt. Megen erfaring viser, at kommunerne alt for ofte kun handler, hvis det har økonomiske konsekvenser for kommunen, eller hvis der er et økonomisk incitament.

4.6 Placering af tilbud

Hjernesagen er enig i udvalgets vurdering af, at placeringen af de nuværende tilbud ikke bygger på en samlet overvejelse af, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere en given opgaveløsning. Udvalget kommer med tre forslag til løsning af de vanskeligheder, der opleves med placering af tilbud:

1. *Uændret opgavefordeling med mulighed for fredning af regionale tilbud i perioder på 4 år:* Hjernesagen har vanskeligt ved at se, at en uændret opgavefordeling vil medføre en samlet overvejelse om den mest hensigtsmæssige placering til opgaveløsningen, selv med en fredning af de regionale tilbud i en periode. Hjernesagen er desuden yderst tvivlende overfor, om der vil ske den nødvendige udvikling af området, som der er betydeligt behov for.

2. *En kommunal model:* Hjernesagen er bekymret for indførelsen af en ren kommunal model for placering af og udvikling af de sociale tilbud. Hjernesagen vurderer, at der er et behov for etablering og udvikling af både døgntilbud samt dagtilbud til moderat til svært hjerneskadede. Hjernesagen tvivler på, om den enkelte kommune vil tage ansvar for etablering af de nødvendige tilbud på hjerneskadeområdet. Hvis den enkelte kommune skal påtage sig etablerings- og driftsansvaret, vil selvsamme kommune nødvendigvis skulle være sikker på, at der vil være en garanteret søgning til stedet. Hjernesagen vurderer, at der kun vil være søgning til et specialiseret hjerneskadetilbud i en kommunal model, hvis der etableres et forpligtende samarbejde om forsyningsforpligtigheden mellem relevante kommuner, eller at flere kommuner påtager sig den økonomiske byrde ved driften.

Erfaringen fra de sidste fem år er, at kommunerne ikke har været i stand til at etablere den slags forpligtende samarbejde. Derfor er det Hjernesagens opfattelse, at en kommunal model kun kan fungere, hvis det som minimum bliver lovpligtigt for kommunerne at samarbejde og i fællesskab finansiere de specialiserede sociale tilbud på hjerneskadeområdet, samt at der bliver fastsat tydelige kvalitetskriterier for den socialfaglige indsats på området, således at der opnås en ensartethed i tilbuddene til borgerne. Kvaliteten i et hjerneskadetilbud må ikke være afhængigt af det postnummer, borgeren bor i.

3. *Styrket regionalt ansvar:* Hjernesagen mener, at regionerne qua deres geografiske udbredelse og størrelse har det nødvendige befolkningsgrundlag for at kunne tilbyde døgn- og dagtilbud til personer med moderate til svære følger efter hjerneskader. Hvis der desuden ses på målgruppens behov, så vil de specialiserede sociale tilbud ofte indeholde vedligeholdende træning eller decideret rehabiliteringsforløb, hvilket kræver sundhedsfaglig viden, som regionerne er i besiddelse af. Hvis regionerne skal have det fulde ansvar for at drive, udvikle og etablere tilbud, skal det ikke længere være muligt for kommunerne selv at oprette sociale tilbud på hjerneskadeområdet. Kommunerne skal desuden være forpligtet til at henvise borgere til de regionale tilbud, hvis borgeren har et behov for det. En anden model kan være, at regionerne får det fulde visitations- og finansieringsansvar. Hjernesagen vil igen opfordre til, at der bliver fastsat tydelige kvalitetskriterier for den socialfaglige indsats på området, så borgerne får ensartet tilbud.

Hjernesagen vil desuden pege på, at ovenstående modeller bygger på en antagelse om, at borgeren visiteres til et tilbud, der kan tilgodese borgerens behov. Desværre foregår visitationen ikke altid til tilbud, der kan tilgodese borgerens behov, hvilket er eksemplificeret tidligere i høringssvaret bl.a. ved visitering af hjerneskaderamte til tilbud for udviklingshæmmede eller til dagtilbud på plejehjem for almindelige ældre. Ingen af disse steder har som nævnt viden, om de følger personer kan have efter en hjerneskade fx af kognitiv, kommunikativ, adfærdsmæssig eller psykologisk art.

5. Specialundervisningsområdet

Hjernesagen finder det påfaldende, at udvalget på specialundervisningsområdet kun har udvalgt en flig af området, da hele området er hårdt presset.

5.1 Taleundervisning

Hjernesagen oplever særligt på den kompenserende specialundervisning for voksne, at området er under pres, og flere taleinstitutioner er blevet lukket siden kommunalreformen, eller er lukningstruede. Aktuelt kæmper Taleinstituttet under Region Nordjylland for sin overlevelse.

Udvalget nævner en række tendenser på det specialiserede specialundervisningsområde, som uden vanskeligheder kan overføres til den kompenserende specialundervisning for voksne:

- Stigning i hjemtagning til kommunalt regi – på det talepædagogiske område oplever Hjernesagen en stigning i antallet af hjemtagninger til kommunen af personer med afasi, hvilket har belastet de regionale tilbud voldsomt, og flere tilbud er lukket eller lukningstruede
- En uklar ansvarsfordeling på specialundervisningsområdet – internt i kommunerne har ansvarsfordelingen i perioder været ganske uklar i forhold til den kompenserende specialundervisning for voksne. Fx har Hjernesagen kendskab til, at visitationsansvaret i en kommune er blevet flyttet fire gange på fem år.
- Det faldende elevtal betyder, at praksiserfaring bygger på færre elever. På taleinstitutterne, der har specialiseret viden om fx afasi, er det sværere at opbygge og udbygge den specialviden, der er nødvendig for at bevare en kvalitet i undervisningen på området og at kunne give relevant rådgivning til kommunerne.
- Objektiv finansiering – desværre er der ikke objektiv finansiering på området for kompenserende specialundervisning for voksne, hvilket betyder, at det økonomiske grundlag for mange taleinstitutter efter kommunalreformen er blevet så dårligt, at flere er blevet lukket siden kommunalreformens indførelse.

Efter kommunalreformen har Hjernesagen oplevet, at flere kommuner har haft en opfattelse af, at kommunen selv kunne varetage det talepædagogiske område uden nødvendigvis at have de rette kompetencer, evner eller viden om den målgruppe, der har et behov for undervisning.

Fx havde en del kommuner i hovedstadsregionen en betalingsaftale med et taleinstitut om, at borgerne selv kunne henvende sig til taleinstituttet og få udarbejdet en udredning, hvorefter kommunen kunne tage stilling til en konkret ansøgning, hvis det var relevant. Denne ordning betød dels, at borgeren uden det store bureaukrati fik mulighed for at få råd, vejledning og vurderet deres behov af fagligt kompetente personer, dels at kommunen kun fik henvendelser fra de borgere, hvor det kunne være relevant at give et tilbud. Desværre mente en del af kommunerne, at de selv kunne løse denne opgave billigere og bedre. Det har indebåret, at alle borgere skal henvende sig i kommunen for at ansøge om en forundersøgelse med stort bureaukrati til følge, samt at de fagpersoner, der vurderer ansøgninger, ingen specialviden har om området.

Andre kommuner har handlet på samme måde med katastrofale konsekvenser for den enkelte borger. Bl.a. har en ældre afasiramt borger fået afslag på kompenserende specialundervisning for voksne alene med den begrundelse, at personen var over 65 år.

Desuden kan Hjernesagen oplyse, at når kommunerne hjemtager opgaver, vælger de at løse dem vidt forskelligt. En kommune har vurderet, at deres tre logopæder sagtens kan give kvalificeret og specialiseret undervisning til såvel børn som voksne med talevanskeligheder, ordblindhed og personer med afasi, selvom at der er betydelig forskel på målgrupperne.

Der er en række problemer ved den kommunale strategi, som skaber bekymring:

- hvordan kan man opretholde en specialiseret viden og et højt fagligt niveau, hvis der kun er en eller få logopæder i en kommune, der skal dække børn/voksen-området, afasi, stammen m.m.?
- hvordan sikres borgerne et ensartet tilbud uanset, hvor de bor, når kommunerne varetager opgaveløsningen vidt forskelligt?
- hvordan sikres en relevant vidensindsamling og etablering af fagligt netværk, hvor der nemt kan erfaringsudveksles og videndeles med andre kolleger i vanskelige sager?
- hvordan bliver arbejdet i kommunerne dokumenteret, når der kun er få til at gøre det, og der kun vil være et spinkelt datagrundlag at arbejde med i hver enkelt kommune?
- hvordan kan der etableres forskningsprojekter og andre projekter for at videreudvikle området, hvis der ikke længere findes regionale taleinstitutter?
- hvordan sikres et fortsat VISO-netværk uden de regionale taleinstitutter?

5.2 Specialundervisning i form af kognitiv træning

Hjernesagen har erfaret, at flere kommuner giver personer med kognitive følger efter en apopleksi eller anden hjerneskade tilbud om kognitiv træning efter specialundervisningslovgivningen.

For Hjernesagen er det ganske uklart:

- hvor mange tilbud, der findes på landsplan?
- hvem der får tilbudt et kognitivt træningsforløb?
- hvem der varetager undervisningen på disse tilbud?
- hvilke krav/retningslinjer, der ligger til undervisningen, for at undervisningen er fagligt kvalificeret?
- hvilken evidens er der for undervisningens effekt?

Ovenstående er eksempler på områder, hvor evalueringsrapporten ikke kommer med løsningsmodeller eller svar.

6. ViHS

Til slut vil HjerneSagen gerne kommentere den udvikling, der har været, efter at man i 2011 valgte at sammenlægge en række videnscentre – bl.a. Videnscenter for Hjerneskade - i et samlet Videnscenter - Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri – ViHS.

ViHS har til opgave at indsamle, bearbejde, udvikle og formidle praksisnær viden - både nationalt og internationalt. Formålet med sammenlægning af de 13 videnscentre og tre vidensnetværk var oprindeligt at sikre tværfaglighed og bedre udnyttelse af de enkelte centres viden.

Desværre oplever vi i Hjernesagen, at organiseringen i ViHS med forskellige faglige teams har medført en splittelse af den viden, der var på hjerneskadeområdet, og at området derfor er blevet svækket. Fx er Hjernekassen.dk ikke blevet opdateret regelmæssigt og systematisk siden nedlæggelsen af Videnscenter for Hjerneskade. Dette indebærer, at et vigtigt formidlingsorgan til ny viden er gået tabt for brugerne. Videnscenter for Hjerneskade arbejdede ligeledes på at få skabt et samlet overblik over, hvilke hjerneskadetilbud der fandtes i landet, men denne proces er ligeledes gået i stå. Ingen har i dag det fulde overblik over tilbud og tilbuddenes indhold på hjerneskadeområdet.

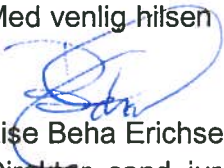
Tidligere havde Hjernesagen et tæt og godt samarbejde med Videnscenter for Hjerneskade, hvor vi oplevede betydningen af at få samlet viden om hjerneskader ét sted. Det var også her, viden på hjerneskadeområdet blev drøftet, bearbejdet, formidlet, og ny praksisnær viden blev udviklet i tæt samarbejde med brugerorganisationerne, politiske interessenter og de faglige miljøer på området. Det tætte samarbejde og medinddragelse af bl.a. brugerorganisationerne er ikke længere til stede.

Hjernesagen vil anbefale, at hjerneskadeområdet igen samles i en selvstændig enhed, da der er et stort behov for en samlet "vidensbank, hvis kvaliteten i indsatsen på hjerneskadeområdet skal løftes.

Hjernesagen finder det relevant, at opgaven med at indsamle, bearbejde og formidle viden på hjerneskadeområdet ligger i en organisation, hvor der i forvejen er stor erfaring med viden- og erfaringsindsamling via egen praksiserfaring og erfaring med dokumentation, metodeudvikling og forskning på hjerneskadeområdet. Som eksempel på en sådan organisation kan nævnes Center for Hjerneskade.

Det er Hjernesagens håb, at ovenstående kommentarer til evalueringen af kommunalreformen vil indgå i de videre overvejelser. Vi står gerne til rådighed med yderligere oplysninger.

Med venlig hilsen



Lise Beha Erichsen
Direktør, cand. jur.



Maja Klamer Løhr
Rådgiver

Margrethe Vestager, Økonomi- og indenrigsminister
Astrid Krag, Minister for sundhed og forebyggelse
Karen Hækkerup, Social- og integrationsminister
Mette Frederiksen, Beskæftigelsesminister

Revacenter
Hjerneskadecenter

Maglegårdsvej 15
4000 Roskilde

Telefon 46 34 86 60
Telefax 46 34 86 69

www.roskildebomi.dk
e-mail: bomi@bomi.roskilde.dk

Roskilde, den 8. april 2013

Om evaluering af kommunalreformen

Indledning

Hjerneskadecentret-BOMI har med interesse læst evaluering af kommunalreformen, afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet og afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på socialområdet samt af de specialiserede undervisningstilbud.

I evalueringen har indsats til mennesker med komplekse følger af en hjerneskade fået en fremtrædende plads, og det bemærkes, at indsatsen ikke i alle tilfælde har haft en tilstrækkelig kvalitet. Evalueringen peger på

1. Begrænsninger i genoptræningsplaner. Dette fører til anbefaling af en skærpet regional myndighedskompetence, hvor sygehusene får øget kompetence til at beskrive genoptræningsbehovet for patienter med komplekse genoptræningsbehov, herunder til at beskrive mål for indsats og med inddragelse af flere fagligheder
2. Manglende kommunale retningslinjer for, hvornår en indsats kan løses af kommunen selv, og hvornår en kommune bør gøre brug af mere specialiserede tilbud. Dette fører til anbefaling af udarbejdelse af vejledende centrale visitationsretningslinjer for borgere med komplekse behov – fx mennesker med erhvervet hjerneskade
3. Komplekse rehabiliteringsbehov betyder, at forskellige fagpersoner skal samarbejde, ofte både via sundhedslovens regler om genoptræning og regler i den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet. Dette fører til anbefaling af, at der sker en videreudvikling af den kommunale hjerneskadekoordinering.

Hjerneskadecentrenes indsats

Hjerneskadecentret-BOMI finder ikke, at de foreslåede tiltag i form af skærpede krav til sygehusenes genoptræningsplaner med udfoldelse af beskrivelser af mentale vanskeligheder, vejledende retningslinjer for kommunal visitation og videreudvikling af den kommunale hjerneskadekoordinator er tilstrækkeligt til at håndtere de eksisterende problemstillinger i forhold til mennesker med komplekse rehabiliteringsbehov efter en hjerneskade.

Det har sammenhæng med, at rehabilitering af mennesker med komplekse følger af en hjerneskade indeholder kompleksitet, mangfoldighed og forskellighed på 3 væsentlige områder:

1) hjerneskadens konkrete konsekvenser, 2) hjælpesystemernes struktur og 3) den lovgivning, som anvendes i et rehabiliteringsforløb

Hjerneskadecentret-BOMI ønsker at gøre opmærksom på, at der ud over sygehuse og kommuner eksisterer et specialiseret niveau, som gennem 25 år har stået for en brobygning mellem den behandlingsmæssige indsats på sygehusene og den sociale indsats i kommunerne til borgere med komplekse rehabiliteringsbehov efter en hjerneskade. Hjerneskadecentrene har således en betydelig viden om det kommunale opgavefelt – en viden som er udsprunget af et mangeårigt samarbejde i praksis.

Hjerneskadecentrene har bygget sin brobygningsfunktion på en neurospecialiseret tværfaglig viden og indsats, der ligger tæt på den sygehusbaserede tilgang, men har med sin specialiserede viden varetaget opgaver, som ligger i det kommunale felt: Støtte til udvikling af kompetencer, der øger mulighed for arbejdstilbagevenden, håndtering af familieroller, at kunne blive i eget hjem etc.

Hjerneskadecentrene har med sin opgavevaretagelse medvirket til at coache den ramte borger og dennes familie fra én instans til en anden, og har været bindeled mellem borgerens situation, som syg patient på sygehus og en mere normal hverdag på arbejde og i hjemmet. Denne brobygning efterlyses fortsat af mennesker med komplekse rehabiliteringsbehov efter en hjerneskade og deres pårørende, og kan ikke alene varetages af den kommunale hjerneskadekoordinator, der har behov for et specialiseret bagland.

Hjerneskadecentrene har i deres daglige virke arbejdet neurorehabiliterende - i den brede forståelse af begrebet - og har i sin daglige praksis integreret de forskellige regelsæt, som indgår i rehabilitering: Vi har behandlet og genoptrænet i sundhedslovens forstand, vi har arbejdsafklaret, arbejdsrehabiliteret og revalideret i beskæftigelseslovgivningens forstand, vi har undervist i kompenserende teknikker i specialundervisningslovens forstand og vi har trænet i sociale kompetencer i Servicelovens forstand.

Neurorehabiliteringen har taget udgangspunkt i den konkrete borgers individuelle behov. Den konkrete indsats til den enkelte borger er finansieret via forskellige lovregler ud fra den aktuelle kommunes vurderinger og beslutninger. Hjerneskadecentrene har således siden kommunalreformen indhentet finansiering i de konkrete tilfælde, fordelt på forskellige retsregler og konti. Dette har betydet, at kommunalreformens målsætning om sammenhængende kommunal rehabilitering på tværs af lovgivningsområder har været udfoldet og praktiseret i Hjerneskadecentrenes tværfaglige og holistiske indsats.

Hjerneskadecentrene har således gennem mere end 25 år arbejdet med borgere med ”komplekse problemer ud over ledighed, som ikke har kunnet løses alene efter beskæftigelseslovgivningen, men som har krævet et helhedsorienteret forløb med en kombination af indsatser af både beskæftigelsesmæssig, social og sundhedsmæssig karakter”. Hjerneskadecentrene har i deres opfølgning fungeret i en mentorrolle, hvilket har fremmet en endelig tilknytning til arbejdsmarkedet, helt svarende til intentionerne fra lovforslag om en førtidspensionsreform, som er citeret her.

Hjerneskadecentrenes samarbejde med kommuner og regioner

Hjerneskadecentrene har som følge af brobygningsfunktionen udviklet et betydeligt samarbejde med kommunerne, og har efter kommunalreformen videreudviklet dette samarbejde, så der i dag anvendes en række forskellige samarbejdsmodeller, som dækker forskellige kommuners forskellige behov:

1. Der er udviklet faste kontrakter mellem Hjerneskadecentre og kommuner, som definerer hvilke målgrupper og hvilke indsatsområder et hjerneskadecenter skal varetage både for, men samtidigt i tæt samarbejde med den enkelte kommune samt en klar økonomisk ramme for opgavevaretagelsen.

2. Der er via puljemidler fra staten arbejdet intensivt med opkvalificering af kommunale medarbejdere, koordinering af indsats på tværs af sektorer og afdelinger og evaluering af indsatsen.
3. Der er iværksat pulje eller fondsfinansierede projekter, som løfter indsatsen lokalt, også i udkantsområder som Lolland.
4. Individuelle centerbaserede rehabiliteringstilbud af konkrete borgere efter aftale med den aktuelle kommune.

I dette samarbejde er trukket på hjerneskadecentrenes specialiserede viden om neurorehabilitering, som kobles tæt med den kommunale know-how om almen rehabilitering og lovgivningens muligheder – og med respekt for begge parter særlige viden. Dette har været anvendt til at udarbejde rehabiliteringsplaner i fællesskab, til at differentiere indsatsen, hvor målet på sigt er en klar stratificering, og til at opkvalificere de kommunale fagpersoner med henblik på kapacitetsopbygning mv., så også borgere i udkantsområder får mulighed for en kvalificeret neurorehabilitering.

Hjerneskadecentrene løser også opgaver i forhold til mennesker med dobbelt- og tripeldiagnoser, dvs. i forhold til hjerneskadede borgere med meget komplekse problemstillinger, hvor der udover de kognitive og emotionelle vanskeligheder som følge af en hjerneskade også indgår egentlige psykiatriske lidelser, der kan komme i et efterforløb samt misbrugsproblemstillinger, som er hyppigt forekommende hos yngre hjerneskadede. I disse tilfælde integrerer og samarbejder Hjerneskadecentrene både den kommunale og den regionale indsats, således at brobygningsfunktionen ikke kun fungerer på tværs af lovgivninger men også på tværs af sektorer.

Endeligt indgår centerbaseret, tværkommunal nyudvikling, forskning og evaluering i Hjerneskadecentrenes opgavevaretagelse, også her med fokus på indsats efter udskrivelse og på tværs af kommuner, ligesom hjerneskadecentrene også indgår i internationalt samarbejde om neurorehabilitering.

Hjerneskadecentret-BOMIs forslag

Hjerneskadecentret-BOMI skal foreslå, at Hjerneskadecentrenes brobygningsfunktion får en central placering i den kommende organisering af rehabilitering af mennesker med komplekse følger af en hjerneskade, idet det er væsentligt at sikre et glidende og tæt samarbejde mellem kommunerne og centrenes særlige neurofaglighed, som gennem mange år er målrettet kommunale opgaveområder.

Hjerneskadecentret-BOMI kan derfor pege på en udvidelse af opgavefeltet for de nye kommunale rehabiliteringsteams samt en sikring af, at hjerneskadecentrene er repræsenteret i de kommunale rehabiliteringsteams, når det drejer sig om rehabiliteringsplaner for borgere med følger efter en hjerneskade.

Dette foreslås understøttet via forskellige modeller:

- 1) forpligtende retningslinjer for visitation
- 2) særligt understøttende finansieringsregler
- 3) en tværkommunal drift af centrene finansieret med en forsikringsmodel

Hjerneskadecentret-BOMI er naturligvis indstillet på at fremkomme med uddybende kommentarer, herunder i form af mødedeltagelse.

Med venlig hilsen

Henning Olsen, leder, neuropsykolog