

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

København, den 8. april 2013

Vedr.: Høringssvar om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Alzheimerforeningen takker for den fremsendte rapport om evaluering af kommunalreformen.

Det er i demenspatienter og pårørendes interesse, at kvaliteten af den offentlige sygdomsbehandling, pleje og omsorg til demenspatienter er høj. Derfor er Alzheimerforeningen enig i evalueringsudvalgets understregning af, at et af de centrale mål med reformen var at skabe kommuner med større faglig og økonomisk bæredygtighed.

Det er dog Alzheimerforeningens erfaring, at kommunalreformen på visse områder ikke lever op til denne målsætning. Der er i dag alt for store forskelle i kvaliteten af den kommunale behandling, pleje og omsorg til mennesker med en demenssygdom, hvad enten de bor hjemme eller på plejehjem. Den kommunale opgavevaretagelse på demensområdet sker desværre ikke altid på et tilfredsstillende kvalitetsniveau.

Tiltag der kan styrke kvalitetsudviklingen af især den kommunale sygdomsbehandling overfor demenspatienter er derfor nødvendig. Alzheimerforeningen har på den baggrund en række kommentarer til evalueringsrapporten og skal i den forbindelse især fremhæve tre forhold:

1. Sygdomsbehandlingen for kroniske patienter – herunder især demenspatienter – på plejehjem udgør et særligt vanskeligt problem. Langt hovedparten af plejhjemsbeboere lider af en fremskreden demenssygdom, der kræver velkvalificeret sundhedsfaglig behandling samt omfattende pleje og omsorg. Udviklingen i plejhjempersonalets sundhedsfaglige kompetencer har desværre ikke fulgt med forandringerne i plejhjemsbeboernes sundhedsmæssige tilstand. Manglende viden om demenssygdomme og fraværet af helt basale sundhedsfaglige kompetencer i observation og opfølgning på fysiske symptomer øger risikoen for komplikationer med hyppige hospitalsindlæggelser og i visse tilfælde øget mortalitet til følge.

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at, sygdomsbehandlingen af kroniske patienter, der bor på plejehjem, gøres til et særskilt og obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne.

2. Specialiseret eller almen genoptræning af demenspatienter efter indlæggelse byder på en række specifikke udfordringer grundet demenssygdommens særlige karakter og progression. Det er desværre Alzheimerforeningens erfaring, at demenspatienter ofte ikke tilbydes genoptræning – heller ikke i forhold til funktionstab som følge af andre sygdomme – alene med henvisning til, at demenssygdommen i sig selv forhindrer genoptræningsindsatsen. Alzheimerforeningen hilser på den baggrund evalueringssudvalgets forslag om styrkelse af sygehusenes kompetencer til at beskrive genoptræningsbehovet for gruppen af patienter med meget omfattende og komplekse genoptræningsbehov velkommen.

Alzheimerforeningen skal i den forbindelse opfordre til, at der for kroniske patienter med komplekse sygdomsforløb herunder især demenspatienter gøres en ekstra indsats for, at genoptræningsplanerne baserer sig på fagligt input fra alle relevante sygdomsspecialer.

3. Alzheimerforeningen er enig med evalueringssudvalget i, at sundhedsvæsenet fremover især udfordres af det stigende antal ældre samt væksten i patienter med kroniske sygdomme. Da der desværre ikke for nuværende er udsigt til, at der findes en helbredende kur mod Alzheimers og andre demenssygdomme, vil udgifterne til behandling og pleje af demenspatienter stige voldsomt. Udvalgets understregning af, at behandling og pleje skal udføres på lavest effektive omsorgsniveau (LEON) kan derfor ikke stå alene.

Alzheimerforeningen vil derfor opfordre til, at der i tilknytning til LEON princippet følger stærkere og mere forpligtende garantier, der sikrer, at den fagligt bæredygtige kvalitet ikke bare fastholdes men stiger som følge af kommende behandlingsmetoder og teknologiske udvikling til gavn for patienterne.

Alzheimerforeningen har på den baggrund følgende uddybende kommentarer og supplerende forslag:

Generelle bemærkninger

Den offentlige opgavevaretagelse på demensområdet er meget kompleks. Ansvar og myndighed fordeler sig på mange forskellige politiske og administrative niveauer indenfor flere ministeriers ressortområder herunder især Social- og integrationsministeriet samt Forebyggelses- og sundhedsministeriet. Denne komplekse ansvars- og opgavefordeling stiller store krav til koordinering og samarbejde.

Det er Alzheimerforeningens vurdering, at den nuværende fordeling af ansvar og myndighed på demensområdet har medført en række udfordringer som kommunalreformens samarbejdsstrukturer og styringsredskaber ikke fuldt ud har løst. Det handler bl.a. om udvikling og implementering af tværgående forløbsprogrammer for demens, herunder især den kommunale sygdomsbehandling og pleje samt implementering af anbefalingerne fra Den Nationale Handlingsplan for Demens som Folketinget vedtog i 2010.

Sygdomsbehandlingen for kroniske patienter – herunder især demenspatienter – på plejehjem udgør i den forbindelse et særligt vanskeligt problem. Langt hovedparten af plejehjemsbeboere lider af en fremskreden demenssygdom, der kræver velkvalificeret sundhedsfaglig behandling samt omfattende pleje og omsorg. I takt med at kommunerne målrettet arbejder efter ”længst muligt i eget hjem” vil sygdomstilstanden hos kommende plejehjemsbeboere blive yderligere forringet. Behovet for kvalificeret sygdomsbehandling vil derfor være stigende.

Kommunalreformens nuværende samarbejdsstrukturer har desværre vist sig utilstrækkelig til at løfte denne opgave. Kvaliteten af den kommunale sygdomsbehandling på plejehjem er for uensartet og ofte for ringe. Personalet mangler sundhedsfaglige kompetencer og samarbejdet mellem kommune, region og almen praksis vanskeliggør tværgående og sammenhængende patientforløb – herunder især i forhold til den palliative behandling og pleje af demenspatienter.

Alzheimerforeningen er derfor enig med evalueringsudvalget i, at der er behov for både opgavejusteringer og for justeringer i samarbejdsstrukturer og styringsredskaber fx i forhold til sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner samt den nationale kvalitetsstyring af behandling og pleje til demenspatienter. Der er endvidere behov for at sygdomsbehandlingen af kroniske patienter herunder især demenspatienter på plejehjem gøres til et særskilt og obligatorisk indsatsområde.

Sundhedsområdet – generelt

Antallet af demenspatienter vil blive fordoblet indenfor de næste 25 år fra nuværende 85.000 patienter til mere end 150.000 patienter i 2040. Alzheimerforeningen anser det derfor ikke for muligt at imødekomme forventningerne til den fagligt bæredygtige kvalitet i behandling af demenspatienter, der lægges op til både i evalueringsudvalgets egne anbefalinger - og i den Nationale Handlingsplan for demens - uden at der tilføres betydelige ekstramidler til opsporing, udredning, behandling og pleje af demenspatienter.

Udvalgets understregning af, at behandling og pleje - fx af demenspatienter - skal udføres på lavest effektive omsorgsniveau, kan derfor ikke stå alene, men skal følges af stærkere og mere forpligtende garantier, der sikrer, at den fagligt bæredygtige kvalitet ikke bare fastholdes men stiger som følge af kommende behandlingsmetoder og teknologiske udvikling til gavn for patienterne.

Alzheimerforeningen er derudover enig i udvalgets forslag om, at et mere forløbsbaseret fokus i afregningen mellem regioner og kommuner i forhold til kroniske og ældre patienter vil kunne tilskynde til øget samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor om mere sammenhængende og effektiv behandling af fx demenspatienter.

Sundhedsaftaler og samarbejde med almen praksis

Alzheimerforeningen er enig med evalueringsudvalget i, at 98 forskellige sundhedsaftaler ikke i tilstrækkelig grad kan sikre en ensartet kvalitet af behandlingen. Dette er især gældende for patienter med kroniske sygdomme fx demenspatienter, hvor der i dag er uacceptable forskelle i kvaliteten af især den kommunale sygdomsbehandling af demenspatienter fx på plejehjem..

Alzheimerforeningen støtter derfor evalueringsudvalgets anbefaling af, at der fremover kun laves én sundhedsaftale for hver region, og at det derved gøres eksplicit at målet er at sikre en ensartet behandling af kroniske patienter, herunder især demenspatienter.

Alzheimerforeningen er endvidere enige i behovet for ændringer i sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder især for at styrke den tværgående indsats overfor patienter med kroniske sygdomme. Alzheimerforeningen vil i den forbindelse pege på behovet for at udvide indsatsområdet ”træningsområdet” så det udvides til at omfatte hele rehabiliteringsindsatsen, da det nuværende fokus på genoptræning efter sygehusindlæggelse har betydet, at demenspatienter ofte ikke får kommunale tilbud om rehabilitering.

Alzheimerforeningen skal derudover især pege på de sundhedsmæssige udfordringer på kommunale plejehjem. Antallet af demenspatienter udgør i dag mellem 60 og 80 procent af alle plejehjemsbeboere og udviklingen på plejehjemsområdet har i de seneste år endvidere betydet, at demenspatienter, der i dag visiteres til plejehjem, generelt er meget længere henne i det fremadskridende sygdomsforløb og dermed meget svagere end tidligere.

Udviklingen i plejehjempersonalets sundhedsfaglige kompetencer har desværre ikke fulgt med forandringerne i plejehjembeboernes sundhedsmæssige tilstand. Manglende viden om demenssygdomme og fraværet af helt basale sundhedsfaglige kompetencer i observation og opfølgning på fysiske symptomer (smerter, feber, væskemangel, ernæringsdeficit, vejrtrækning mm.) øger ikke kun risikoen for komplikationer med hyppige indlæggelser og genindlæggelser til følge. De manglende sundhedsfaglige kompetencer risikerer desværre også at betyde, at demenspatienter ikke indlægges, selvom det kunne være relevant, hvilket i værste fald betyder øget mortalitet.

Alzheimerforeningen henviser til at mindre end 5 procent af personalet på plejehjem i dag har en sundhedsfaglig uddannelse svarende til sygeplejerske eller derover. Alzheimerforeningen har endvidere erfareret, at der på nogle plejehjem på visse tidspunkter af døgnet/ugen slet ikke findes sundhedsuddannet personale til stede, hvilket øger risikoen for både fejlbehandling og (gen)indlæggelser.

Alzheimerforeningen vil derfor foreslå, at sygdomsbehandlingen af kroniske patienter, der bor på plejehjem, gøres til et særskilt indsatsområde i sundhedsaftalerne. Der er i den forbindelse også behov for at styrke den palliative indsats overfor demenspatienter.

Alzheimerforeningen er endvidere enig med evalueringsudvalget i behovet for at styrke implementeringen af sundhedsaftalernes indhold herunder især behovet for at forpligte praktiserende læger i forhold til tværgående patientforløb. Praktiserende læger har en afgørende rolle i forhold til opsporing, diagnosticering og opfølgning af patienter med demenssygdomme. Alzheimerforeningen hilser derfor udvalgets forslag om at give regionerne større mulighed for at definere de opgaver som almen praksis skal løse i et sammenhængende patientforløb velkommen.

Alzheimerforeningen kan samtidig bakke op om udvalgets anbefaling af, at der skal opstilles konkrete mål for sundhedsaftalernes indhold samt at der systematisk følges op på implementeringen af aftalernes indhold.

Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Alzheimerforeningen er enig med evalueringsudvalget i, at der er behov for en styrket indsats især i forhold til den patientrettede forebyggelse, der foregår i kommunalt regi, og hilser derfor alle tiltag, der kan øge kvaliteten af den kommunale indsats i forhold til patientrettet forebyggelse, herunder en skærpelse af den regionale rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne, velkommen.

Manglende kendskab til behovet for patientrettet forebyggelse fører ofte til at demenspatienter ikke får adgang til kommunale tilbud, der eventuelt kunne forhindre at sygdommen forværres, medvirke til at undgå sygdomsmæssige komplikationer eller mindske risikoen for tilstødende sygdomme. Det drejer sig især om aktiverende behandlingstilbud, der lovgivningsmæssigt hører under Servicelovens bestemmelser, eller tilbud om andre former for rehabiliteringsaktiviteter.

Alzheimerforeningen henviser i den forbindelse til, at de direkte omkostninger for en demenspatient er betydelige og ifølge Nationalt Videnscenter for demens udgør mellem 100.000 og 112.000 kroner pr. demenspatient/år. Langt hovedparten af udgifterne vedrører den kommunale sygdomsbehandling, pleje og omsorg. Der er således tale om en betydelig udgift med stort potentiale for effektivisering af omsorgsnettet.

Genoptræning efter udskrivning fra sygehuse

Specialiseret eller almen genoptræning af demenspatienter efter indlæggelse byder på en række specifikke udfordringer grundet demenssygdommens særlige karakter og progression. Genoptræning i forhold til funktionstab som følge af demenssygdommen – eller som følge af andre sygdomme – skal derfor ses i sammenhæng med den generelle rehabiliteringsindsats, der sigter mod bedst mulig fysisk, psykisk, kognitiv eller social funktionsevne samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.

Alzheimerforeningen har derfor hæftet sig ved, at genoptræning af arbejdsgruppen vedr. sundhedsområdet, netop ses i sådan en sammenhæng som værende et element i en samlet rehabiliteringsindsats.

Det er desværre Alzheimerforeningens erfaring, at demenspatienter ofte ikke tilbydes genoptræning – heller ikke i forhold til funktionstab som følge af andre sygdomme – alene med henvisning til, at demenssygdommen i sig selv forhindrer genoptræningsindsatsen.

Alzheimerforeningen hilser på den baggrund evalueringsudvalgets forslag om styrkelse af sygehusenes kompetencer til at beskrive genoptræningsbehovet for gruppen af patienter med meget omfattende og komplekse genoptræningsbehov velkommen. Alzheimerforeningen skal i den forbindelse opfordre til, at der for kroniske patienter med komplekse sygdomsforløb herunder især demenspatienter gøres en ekstra indsats for at genoptræningsplanerne baserer sig på fagligt input fra alle relevante sygdomsspecialer.

Alzheimerforeningen ser frem til den videre behandling af rapporten fra udvalget om evaluering af kommunalreformen og deltager gerne i en yderligere dialog herom.

Har ministeriet spørgsmål eller kommentarer til ovenstående bemærkninger står vi naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen



Anne Arndal
Landsformand
Alzheimerforeningen



Nis Peter Nissen
Direktør
Alzheimerforeningen

Økonomi- Og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Att.: Kirsten Hoo-Mi Sloth

Deres ref.:

Vores ref.: CBJ/ubj

8. april 2013

Hørings svar fra Blå Kors Danmark omkring evaluering af kommunalreformen.

Behov for en bredere og dybere evaluering

Blå Kors Danmark noterer sig indledningsvis, at evalueringen af kommunalreformen er relativt ”smal” med hovedfokus omkring økonomi og styring. Det kunne have været interessant med en bredere analyse, herunder vurdering af udviklingen i kvaliteten samt om borgerne og brugerne oplever tilfredshed med den nye struktur- og opgavefordeling. Uden sådanne aspekter har evalueringen kun begrænset værdi. Blå Kors Danmark skal derfor opfordre til, at der bliver lavet sådanne mere dybdegående analyser af udviklingen på en række opgaveområder. Det er vores fornemmelse, at der på en række områder omkring blandt andet socialt udsatte og misbrugsbehandling har været vanskeligt at opretholde ensidige udvikle kvaliteten siden kommunalreformen.

Blå Kors Danmarks kommentarer vedrører især social- og sundhedsområdet, hvor organisationen har sit hovedvirke.

Sikring af tilbud til specialiserede indsatser og små målgrupper

Evalueringen fra marts 2013 hæfter sig i afsnit 2.3. ved den problematik, at der kan være ydelsesområder, hvor der ikke altid vil være den fornødne efterspørgsel eller interesse fra kommunerne i at opretholde tilbud, men hvor det alligevel er national eller fælles kommunal interesse i at der fortsat er en kapacitet. Blå Kors Danmark vurderer, at de dobbelt –diagnosticerede med psykiatri og misbrug hører til en sådan kategori, hvor det er vigtigt at opholde den fornødne kapacitet både i forhold til bo- og behandlingsindsatsen. Blå Kors Danmark oplever på den ene side, at belægningen på vore specialenheder for denne målgruppe falder grundet færre kommunale visitationer, men at kommunerne på den anden side jævnlige har meget akutte sager. Dette gør det vanskeligt at opretholde og skabe faglig og økonomisk bæredygtighed omkring sådanne tilbud.

Tydeliggørelse af opgaveansvaret for behandling af unge fra misbrugsfamilier

Et område, hvor der ikke efter kommunalreformen synes at være en klar fælles forståelse, er hvilken myndighed der har opgaveforpligtelsen for behandling af unge 14-35 årige, der er vokset op i misbrugsfamilier. Det er en meget nødvendig behandling og støtte for at sikre, at der ikke opstår senskader som følge af opvæksten i form af risiko for at selv at udvikle misbrug, psykiske problemer og at opretholde tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. Denne opgave løses i dag blandt andet i den til Blå Kors tilknyttede

organisation TUBA, hvor der aktuelt er en kapacitet på 800 behandlingspladser, men samtidig er 500 unge på venteliste. Opgaven løses fortrinsvis via psykologer og her er det opfattelsen i en række kommuner, at psykologbehandling er en regional opgave jf. sundhedslovens § 69. Der efterlyses en klar udmelding om opgaveplaceringen, så ansvaret er entydigt placeret og dette er kommunikeret ud til kommuner og regioner.

Eventuel overførsel af alkohol- og stofmisbrugsbehandling til regionerne

Det har i evalueringsdebatten været fremme - jævnfør boks 4.10 side 101 i rapporten fra underarbejdsgruppen omkring det sociale område - , at misbrugsbehandling ressortmæssigt med fordel kunne overføres til regioner med deraf følgende stærkere tilknytning til sundhedsområdet. Dette ville svare til opgavefordelingen i Norge.

Blå Kors Danmark kan se såvel fordele om ulemper ved en overførsel af opgaveansvaret til regionerne. En overførsel vil givetvis kunne medføre en kvalitetsmæssig højnelse af selve behandlingsindsatsen i tættere samspil med læger, psykologer og andet sundhedspersonale. Et andet moment, der taler for regional placering, er det sundhedsmæssige fokus og ligestillingen af alkoholafhængighed i forhold til andre centrale diagnosegrupper så som cancer og diabetes, hvor samfundet afsætter ressourcer meget målrettet på at få flere i behandling og øge behandlingsindsatsen.

Modsat vil en overførsel til regionerne kunne give nye snitflader i forhold til den supplerende sociale og beskæftigelsesmæssige rehabiliteringsindsats fra kommunal side. Ligesom der kan være en klar bekymring for om der kan blive langt til regionale behandlingstilbud, idet regionerne hverken på det sundhedsmæssige område (hospitaller) eller sociale område har en blot rimelig lokal tilstedeværelse. Let tilgængelighed og nærhed er afgørende faktorer for, at mange vælger at gå i behandling.

For få benytter sig af alkoholbehandling

Alkoholafhængighed/-misbrug er i Danmark en kraftig underbehandlet diagnose, hvilket også indikeres af Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering s. 15 (2007). Kun en begrænset procentdel af de alkoholafhængige er i behandling. Sundhedsstyrelsen/SFI har ligeledes anført, at de samfundsmæssige omkostninger ved alkoholafhængighed formentlig er omkring 10 mia.kr. om året, hvorfor der i tillæg til menneskelige gevinster er et betydeligt besparelspotentiale ved en mere proaktiv samfundsmæssig indsats.

For at opnå at få flere i behandling så skal afklaring og behandling være lettilgængelig - også uden nødvendigvis at skulle blive en del af det kommunale system. Det indebærer at behandling skal være hurtigt at opnå behandling uden bureaukratiske procedurer – helst fysisk i nærheden, på et højt kvalitetsniveau og på et tidspunkt, der passer borgeren. Derfor kan det være en fordel med adgang til flere operatører, herunder private, blot visse centralt fastsatte kvalitetsmål overholdes.

I dag er det en forudsætning at kommunen skal anerkende en privat operatør som en decideret del af det kommunale misbrugsindsats. At opnå denne status er ganske vanskelig efter kommunalreformen, hvor svaret fra kommunerne jo er, at man har det kommunale misbrugscenter. Det vil give mulighed for en bedre ligestilling mellem egne kommunale og andre operatører, såfremt området reguleres alene via fælles kvalitetskrav – og ikke en favorisering af egne kommunale tilbud. Denne problemstilling er accentueret i takt med omlægningen, hvor de ambulante behandlingstilbud skal dække en større del af opgaven på bekostning af døgntilbuddene.

Den forebyggende indsats i kommunerne skal sikres via et minimumsniveau

I forhold til den forebyggende indsats hilses det med stor tilfredshed, at Sundhedsstyrelsen har udformet en række forebyggelsespakker, der blandt andet på alkoholområdet tilkendegiver, hvad der er god evidens for i forebyggelsesarbejdet. Blå Kors Danmark ser gerne, at dette måtte blive en minimumsstandard for kommunerne for at sikre en klar prioritering af forebyggelsen. Vi er af den opfattelse, at centrale krav er en nødvendighed i en periode med markante driftsmæssige udfordringer for kommunerne.

Vedrørende takster og valg af tilbud

Blå Kors Danmark kan tilslutte sig forslaget om ændringer af de nuværende takstregler, jf. 2.3.3., som også foreslået i forslaget til det nye Socialtilsyn. De foreslåede ændringer vil øge incitamenterne for effektiv drift give mulighed for at ikke-offentlige operatører kan opnå en nødvendig ”buffer” i forhold til udsving i belægningen og have ressourcer til udvikling af rammer og indhold.

Det er væsentligt, at der gennemskuelighed og lige vilkår for alle operatører – offentlige som private. Derfor er det afgørende, at det specialiserede socialområde ikke fremover kommer til at blive domineret af kommunal selvtilstrækkelighed i forhold til at oprette og bruge egne tilbud, sådan som der har været klare tendenser til siden kommunalreformen i 2007.

Blå Kors Danmark står gerne til rådighed med uddybende oplysninger.

Med venlig hilsen

Blå Kors Danmark



Christian Bjerre
Generalsekretær

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 K

8. april 2013
j.nr.3.0.16 /sgh

Børnerådets kommentarer til Evaluering af kommunalreformen

Børnerådet knytter følgende kommentarer til rapportens kapitler om sundhedsområdet og socialområdet.

Ad kapitel 5. Sundhedsområdet

Med kommunalreformen fik kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, jf. sundhedsloven § 119, stk. 1 og 2. Det er overraskende og beklageligt, at evalueringen ikke omfatter dette område, som har stor betydning for børn i Danmark.

Med hensyn til fokusområde 1 om "Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis" kan Børnerådet tilslutte sig, at der er behov for et styrket samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. Det er u hensigtsmæssigt, at honoreringen af almen praksis står i vejen for samarbejdet omkring konkrete forløb - og inddragelse af de praktiserende lægers kompetencer i udviklingsforløb, projekter etc.

Kommunalreformens konsekvenser for sundhedsindsatsen i forhold til børn og unge er, bortset fra sporadiske sætninger, ikke belyst i evalueringen. Børnerådet ønsker særligt at gøre opmærksom på, at evalueringen mangler en kortlægning af følgende områder:

- Samarbejdet på svangreområdet, der særligt har betydning i forhold til de mest udsatte gravide
- IT understøttelse af kommunikationen mellem fødesteder og kommuner, der særligt har betydning ved de accelererede forløb, hvor mor og barn udskrives få timer efter fødslen
- Forløbsbeskrivelser/samarbejdsmodeller på børne- og ungeområdet

Børnerådet savner desuden en kortlægning af genoptræningen af børn og unge efter sundhedsloven, samt træning af børn og unge efter serviceloven. Her efterspørges særligt en vurdering af kvaliteten af den træning, der nu varetages i kommunerne. Også implementeringen af snitfladekataloget burde have været belyst i evalueringen.

Børnerådet finder endvidere evalueringen af misbrugsområdet mangelfuld og efterspørger særligt en undersøgelse af indsatsen i forhold til børn og unge i familier med alkohol/rusmiddelproblemer.

På psykiatriområdet afventer Børnerådet psykiatriudvalgets afrapportering medio 2013.

Ad kapitel 6. Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

Kapitel 6 omfatter nedenstående fire fokusområder:

- Understøttelse af den specialiserede indsats
- Placering af tilbud
- Drift af tilbud
- Specialiserede undervisningstilbud

Generelt er det rådets synspunkt, at det ikke nødvendigvis vil være til gavn for børn, hvis man igen flytter driftsansvar mellem offentlige myndigheder. De tilbud, som kommunerne har overtaget, bør forblive der, og kravene til kvalitet og opfølgning skal fastholdes og styrkes, hvilket særligt kan ske med den nye tilsynslov, med overgrebspakken (igangværende ændringer af serviceloven) og regelforenklingen i klagestrukturen.

Kommunalreformen har skabt rammerne for udviklingen af inklusionsindsatsen over for børn med særlige behov og børn i udsatte positioner. En vellykket indsats forudsætter fortsat udvikling af specialiseret viden i tæt samspil med mere specialiserede tilbud. Denne udvikling er ikke afhængig af en bestemt myndighedstilknytning, men af en bevidst prioritering af arbejdet med disse områder.

Regionerne har få meget specialiserede tilbud tilbage. På sigt, og i den takt som en region og en overtagende kommune bliver enige om det, bør tilbuddene overgå til kommunerne, fordi myndighedsansvaret derved samles på et nationalt defineret niveau. Det betyder, at modelovervejelserne om at frede placeringer i fire år efter Børnerådets mening ikke er optimal.

Evalueringen lægger op til, at der etableres en ny overordnet, koordinerende national instans, der skal have driftsansvar for sociale tilbud og for den mest vidtgående specialundervisning, begge dele som overbygninger på rammeaftalerne. Som baggrund for forslaget peger evalueringen på, at det ikke er lykkedes VISO at skabe et tilstrækkeligt overblik.

Børnerådet mener, at der behov for forbedringer. Rådet anbefaler imidlertid en model, der sikrer, at VISO, regionerne og kommunerne sammen indgår fælles og gensidigt forpligtende aftaler om, hvordan forbedringskravene indfries, og at det afrapporteres til ministeriet.

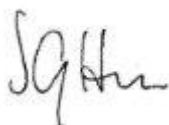
Med hensyn til forslag om takster, jf. kap. 6.4, tilslutter Børnerådet sig, at der ses på mere fleksible modeller. Derved understøttes incitamentet til tværkommunal opgaveløsning for de mest specialiserede tilbud. Børnerådet lægger vægt på, at det overvejende er de store kommuner, der bliver driftherre for de mest specialiserede tilbud for at sikre både faglighed og driftssikkerhed.

Med hensyn til kap. 6.6 om Familieretten henviser Børnerådet til rådets hørings svar af 22. januar 2013 om ændret organisering af statsforvaltningerne og desuden til dets kommentarer af 23. januar 2013 til forslag om forenkling af klagestrukturen på det sociale område¹.

Med venlig hilsen



Per Larsen
Formand for Børnerådet



Søren Gade Hansen
Chefkonsulent

¹ <http://www.brd.dk/nyt+fra+b%3%b8rner%c3%a5det/h%c3%b8ringssvar>

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Den 8. april 2013

Høringssvar vedrørende evaluering af kommunalreformen

Danmarks Apotekerforening har den 1. marts 2013 modtaget rapporten fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen i høring.

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at komme med kommentarer til evaluering af kommunalreformen. Apotekerforeningen vil i den anledning fremkomme med følgende bemærkninger til rapporten:

Sundhedsaftalerne

Apotekerforeningen støtter udvalgets forslag om at videreudvikle de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne. Antallet af kronisk syge stiger samtidig med, at befolkningen bliver stadig ældre. Det er en udfordring, der skal tages alvorligt, og det stiller store krav til samarbejdet og kompetencerne i sundhedsvæsenet. Apotekerforeningen anbefaler derfor, at udgangspunktet for sundhedsaftalerne i større omfang understøtter et bredere samarbejde med relevante aktører i sundhedssektoren.

Sundheds-it

Apotekerforeningen er enig i at velfungerede og sammenhængende sundheds-it løsninger, der sikrer effektiv og sikker informationsdeling i sundhedsvæsenet, er en helt fundamental forudsætning for at skabe grundlaget for sikker og sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Apotekerforeningen finder i den forbindelse, at det Fælles Medicinkort er et helt centralt værktøj, der rummer mulighed for, at alle sundhedspersoner på tværs af sektorer, som er involveret i en medicinbrugers behandling, arbejder ud fra det samme opdaterede og fyldestgørende informationsgrundlag vedrørende personens medicinering. En væsentlig fordel ved det Fælles Medicinkort i den sammenhæng er, at medicinkortet er udviklet til at skulle integreres i sundhedspersonernes egne it-systemer, hvilket medvirker til at sikre anvendeligheden af systemet bedst muligt.

Det er derfor utilfredsstillende, at udrulningen af det Fælles Medicinkort går væsentligt langsommere end planlagt, ligesom implementeringen har været ramt af tekniske problemer og tilbageholdenhed med at tage systemet i brug hos regioner og læger.

For at det Fælles Medicinkort skal kunne indfri målsætningen om at stille et ajourført og fyldestgørende datagrundlag til rådighed for de involverede sundhedspersoner, er det nødvendigt, at der stilles krav om, at systemet anvendes af alle læger og øvrige sundhedspersoner, der er involveret i beslutninger vedrørende en patients medicinering, herunder krav om korrekt og konsekvent indberetning til registret.

Apotekerforeningen lægger vægt på, at det Fælles Medicinkort også snarest muligt udvikles til integration i apotekssystemerne, så apotekspersonalet umiddelbart kan nyttiggøre oplysningerne i medicinkortet i forbindelse med receptekspedition og medicinrådgivning. Herigennem vil der kunne ske en forbedring af patientsikkerheden, reduktion af medicinfejl og en forøgelse af kvaliteten af apotekernes rådgivning om medicinanvendelse.

På denne baggrund er Apotekerforeningen enig i, at der er behov for en opprioritering af indsatsen i hele primærsektoren for at få det Fælles Medicinkort fuldt udrullet og ibrugtaget, at der fastsættes forpligtende datoer for udrulningen hos de forskellige aktører, samt at der etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter for at sikre en ensartet og koordineret implementering,

Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Apotekerforeningen er enig i, at der er behov for at styrke den forebyggende indsats for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Medicinfejl giver sundhedsvæsenet store og unødvendige udgifter, og indebærer store menneskelige omkostninger i form af sygefravær, dårligere sundhed og forringet livskvalitet. Hvert år dør op mod 5.000 danskere på grund af forkert brug af medicin og op mod 100.000 bliver hvert år indlagt på grund af medicinproblemer, der kunne være forhindret. Der er derfor behov for et større fokus på de store udfordringer, der er i forbindelse med lægemiddelbehandlingen.

Undersøgelser har vist, at ældre oplever flere utilsigtede hændelser end yngre på grund af deres medicin, og at disse oftere fører til indlæggelse. Alle borgere over 65 år, der bruger mindst 5 forskellige slags medicin, bør derfor have tilbud om en gang om året at få gennemgået deres medicin af en lægemiddelkyndig sundhedsperson. Ved at sikre at medicinbrugerne tager deres medicin rigtigt, bliver behovet for kommunal pleje, lægekontakter og hospitalsindlæggelser mindre

Foreningen ser positivt på en øget indsats for at udarbejde forløbsprogrammer, der sætter fokus på de store patientgrupper med kroniske sygdomme. Apotekerforeningen vil i denne forbindelse specifikt pege på behovet for, at der sættes større fokus på medicinområdet. Medicin er en integreret del af den kroniske patients hverdag. Det er dog en kendsgerning, at der er store udfordringer i forbindelse med lægemiddelbehandlingen. Hver tredje kroniske patient tager eksempelvis ikke sin medicin korrekt, og behandlingen får dermed ikke den tiltænkte effekt. Der er derfor behov for større fokus på medicinbehandling for at forhindre unødvendige indlæggelser på grund af medicinproblemer og bedst mulig behandlingseffekt.

Apotekerforeningen er enig i, at aktiviteter i forløbsprogrammerne skal være forankrede i det borgernære sundhedsvæsen. Det er i denne forbindelse udvalgets anbefaling, at den faglige indsats i kommunerne bør styrkes. Det er Apotekerforeningens vurdering, at den sundhedsfaglige indsats i den patientrettede forebyggelse bedst styrkes ved i højere grad at udnytte de sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede lokalt i sundhedsvæsenet.

Apotekernes lægemiddelfaglige kompetencer er til stede i det nære sundhedsvæsen i hele Danmark, og mange kronikere har fast gang på deres lokale apotek. Apotekerne har derfor en god føling med medicinbrugernes vanskeligheder i hverdagen, og flere apoteker har allerede gode erfaringer med at lave patientuddannelse om medicinanvendelse som en del af forløbsprogrammer for eksempelvis KOL-patienter. Apotekerforeningen opfordrer derfor til, at apotekernes lægemiddelfaglige kompetencer nyttiggøres, og at apotekssektoren benyttes bl.a. i forbindelse med medicinbehandling i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Dette kan være i form af patientundervisning eller ved hjælp af en medicinsamtale.

Som kronikere i fast medicinsk behandling er der mange nye rutiner, der skal læres, og borgeren skal forholde sig til virkning og eventuelle bivirkninger. Det kan skabe usikkerhed og misforståelser, som betyder, at mange ikke bruger deres medicin korrekt. Det foreslås derfor, at der i forløbsprogrammerne indarbejdes en samtale omkring medicin, hvor der rådgives om både de lægemiddelfaglige og de praktiske udfordringer, som medicinbrugerne står overfor. Det kan være praktiske forhold i forhold til hjemmeplejen, levering af medicin eller tilskudsansøgninger, der alt sammen påvirker borgernes evne til at tage hånd om deres egen medicinering. Medicinsamtaler bør generelt udbydes til kronikere, da den enkelte kroniker ikke nødvendigvis er omfattet af et forløbsprogram.

Faglighed og koordination

Som også beskrevet i evalueringen af kommunalreformen er gode patientforløb og behandling på lavest, effektive omsorgsniveau i kommunerne en forudsætning, at blandt andet de faglige kompetencer er til stede for at varetage den patientrettede forebyggelse, herunder tidlig

opsporing samt forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

Der er især mangel på lægemiddelfaglige kompetencer i de kommunale pleje- og behandlingstilbud. Kommunale og statslige tilsyn viser således, at der begås mange fejl i medicinbehandlingen i ældreplejen og på bostederne for fysisk og psykisk handicappede. I udkantsområder er der mangel på praktiserende læger. Andre steder har lægerne ikke ressourcer til at påtage sig opgaven med at styrke viden om medicin for den ældre eller på plejehjem og botilbud. Her kan apotekerne være en del af løsningen, fordi de både har en placering over hele landet, og fordi personalet på apoteket har en stor viden om medicin. Apotekerne kan således medvirke til at øge kvaliteten af lægemiddelbehandlingen i det nære sundhedsvæsen. Det foreslås derfor, at plejehjem, hjemmeplejeenheder og bosteder modtager undervisning om medicin, medicinanvendelse, bivirkninger, medicinbehandling og kvalitetssikring af medicinbehandling. I takt med at kravene til det nære sundhedsvæsen stiger, er det nødvendigt med et massivt kompetenceløft, hvis medicinbehandling skal foregå sikkert og kompetent.

Flere kommuner bruger i dag apotekerne til at undervise plejehjemspersonalet i medicinbehandling. Flere botilbud for fysisk- eller psykisk handicappede borgere bruger apotekerne til at hjælpe personalet med at forebygge medicinfejl og utilsigtede hændelser. Det har givet store resultater både menneskeligt og økonomisk, men der er brug for en landsdækkende indsats.

Den nye opgavefordeling kombineret med ændringer i sygehusstruktur og sygdomsmønstre har medført betydelige og ændrede krav om tværgående samarbejde og koordination. Af hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb og en optimal udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet er det derfor afgørende at tænke nye løsninger og involvering af forskellige relevante kompetencer i løsningen af de udfordringer som sundhedsvæsenet står overfor.

Det foreslås derfor, at sammenhængen med det øvrige sundhedsvæsen fremadrettet styrkes og det offentlige muligheder for at kunne definere opgaver hos eksempelvis apotekerne som en integreret del af opgaveløsningen i det nære sundhedsvæsen styrkes. Forhåbningen er derfor, at der fremadrettet sikres et bredt samarbejde, der nyttiggør de sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard

Sundhedsfaglig direktør

Danmarks Apotekerforening

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Att.: Kirsten Hoo-Mi Sloth
Slotholmsgade 10-12
1216 København K
komoko@oim.dk

5. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Dansk Erhverv takker for muligheden for at afgive høringssvar på ”Rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen”.

Rapporten giver en grundig og bredt favnende analyse og dokumentation af effekterne af den gennemførte kommunalreform, der er et solidt udgangspunkt for en vurdering af behovet for tilpasninger og ændringerne i organiseringen af opgaverne og ansvar mellem de respektive politiske fora og udførende operationelle institutioner.

Offentligt-privat samarbejde

Erhvervslivet havde den klare forventning til kommunalreformen, at der fremadrettet ville ske en positiv udvikling i omfanget af det offentligt-privat samarbejde. Det kan generelt konstateres, at det ikke er tilfældet, og Dansk Erhverv kan derfor tilslutte sig evalueringens konklusion om, at kommunalreformen ikke har bidraget til at øge omfanget af offentligt-privat samarbejde.

Kommuner og regioner har dermed forspildt et stort potentiale for gennem øget offentligt-privat samarbejde at realisere nødvendige effektiviseringer og styrkelse af kvaliteten i offentlige ydelser.

Dansk Erhverv finder det især bemærkelsesværdigt, at brugen af private leverandører på det regionale område endda er gået tilbage. Dansk Erhverv vil endvidere fremhæve, at den samlet set positive udvikling af konkurrenceudsættelsen på det kommunale område bør henføres til den nu udløbne politiske aftale mellem regeringen om KL om at øge konkurrenceudsættelsen med 5 procent. Det bør tillige nævnes, at væksten på det kommunale område også skal henføres til en teknisk omlægning af indikatoren på trafikområdet.

De forspildte muligheder understreger behovet for fastsættelse af klare politiske mål for udviklingen af konkurrenceudsættelsen i såvel staten som regioner og kommuner.

Evalueringen af kommunalreformen viser på flere punkter, at samarbejdet mellem kommuner og regioner ikke fungerer optimalt samt at der indenfor samme myndighed stadig er store udfor-

dringer med samarbejdet på tværs af forvaltninger. Offentligt-privat samarbejde er i den sammenhæng en på mange måder overset vej til at sikre tværgående koordination. Virksomheder på sundheds- og forebyggelsesområdet løser eksempelvis opgaver for både regioner og kommuner – og arbejder indenfor kommunen sammen med både jobcentret og sundheds- og omsorgsforvaltningen, og påtager sig i den sammenhæng gerne et koordinerende og tværgående ansvar. Flere erfaringer viser, at private virksomheder har bedre forudsætninger for at levere tværgående løsninger, bl.a. fordi de ikke er bundet af traditionelle sektor- eller fagskel.

Offentlig indkøbspolitik

Dansk Erhverv finder anledning til at rose både kommuner og regioner for den generelle oprustning af indkøbsafdelingerne. Der er sket en generel professionalisering på området, og der er kommet et øget toplederefokus på offentligt indkøbspolitik. Det er positivt.

Kommunalreformen har skabt grundlaget for at udvikle og afprøve nye samarbejds- og udbudsformer, der kan give bedre økonomiske og kvalitative effekter. Det kan imidlertid konstateres, at udviklingen generelt går meget langsomt. Der er i mange år talt meget om funktionsudbud og fx brug af totalomkostningsmodeller (TCO), men der er samlet set sket relativt lidt.

Dansk Erhverv efterlyser også på det område klare politiske mål for den offentlige indkøbspolitik. Dansk Erhverv har sammen med IT-Branchen lanceret et fælles udspil til 8 centrale principper for offentlig indkøb. Som led heri er det anbefalingen til regeringen, at der fx bliver fastsat det mål, at 40% af offentlige indkøb i 2015 skal gøre brug af smarte indkøbsformer.

Generelle udfordringer vedrørende finansiering:

Dansk Erhverv er bekendt med udgiftsstigninger på området, men vil gerne påpege, at dette ikke mindst skyldes de gensidige kommunale overheads. Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at der faktisk eksisterer et betydeligt marked på området, men at markedsmekanismen kan forbedres markant ved større prisgennemsigtighed og mere ensartet praksis for, hvad der skal medtages af omkostninger i takstfastsættelsen uagtet ejerformer.

Sundhedsområdet

Dansk Erhverv deler udvalgets opfattelse af, at det danske sundhedsvæsen grundlæggende set leverer behandling og service af høj kvalitet, og at sundhedsvæsenet efter kommunalreformen har udviklet sig i en positiv retning.

Evalueringen af kommunalreformen har haft til formål at vurdere, om opgavefordelingen mellem kommuner og regioner efter kommunalreformen kan struktureres på en mere hensigtsmæssig måde. Dansk Erhverv er enig med udvalgets opfattelse af, at opgavefordelingen mellem regioner og kommuner på sundhedsområdet er fornuftig og hensigtsmæssig, og at snitfladeproblematikker på sundhedsområdet ikke løses ved at flytte opgaver mellem myndigheder.

Udvalget har i evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet taget udgangspunkt i fem fokusområdet. 1. Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis, 2. Sundheds-it, 3. Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats, 4. Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus og 5. Psykiatri. Endvidere har udvalget vurderet finansieringen af sundhedsvæsenet.

Dansk Erhverv støtter udvalgets mange anbefalinger inden for de 5 fokusområder og støtter tillige, at finansieringen og honorering af sundhedsvæsenet fremover tilrettelægges således, at finansieringen understøtter fokus på kvalitet, sammenhængende patientforløb samt forebyggelse og rettidig genoptræning. Finansiering og honorering af sundhedsvæsenet behandles dog nærmere i Udvalget for Bedre Incitamenter i Sundhedsvæsenet. I forhold til kommunernes genoptræningsindsats er der også udfordringer i overgang mellem en borgers behandling på privathospital og kommunernes genoptræningsindsats, idet nogle kommuner afviser, at de er forpligtede til at tilbyde genoptræning til patienter behandlet på privathospital. Denne uklarhed skal afklares.

Endelig skal Dansk Erhverv fremhæve, at fortsat udvikling af det danske sundhedsvæsen og bedre samarbejde mellem kommuner, regioner og praksissektoren ikke alene løses med de mange gode forslag i evalueringsrapporten, men kræver et ledelsesmæssigt fokus og ansvar såvel politisk som administrativt.

Sociale område

Udviklingen i tilbudsstrukturen:

Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at kommunerne i høj grad hjemtager opgaver til egne tilbud ud fra en antagelse om, at dette er besparende. Dansk Erhverv har dog foretaget en stikprøveanalyse af regnskaber og budgetter i kommunale tilbud, der viser, at der i høj grad mangler sammenhæng mellem taksten og de budgetterede udgifter og endeligt regnskab. Der er således behov for langt større prisgennemsigtighed på området på tværs af ejerformer.

Dansk Erhverv kan ligeledes genkende en klar tendens til at gå mod mere afspecialiserede tilbud udelukkende af kortsigtede budgethensyn, hvilket har konsekvenser for de specialiserede tilbuds muligheder for at overleve. Vores medlemmer på området advarer mod en risiko for at miste højt specialiseret viden på socialområde. Det kan derfor være nødvendigt at give Socialstyrelsen yderligere kompetencer for at sikre, at kommunerne rent faktisk visiterer til de rigtige tilbud.

Identificerede udfordringer:

Dansk Erhverv mener, at kommunerne med fordel kan indtænke de private og selvejende aktører på området ikke, der langt lettere end kommunes egne tilbud kan bruges som buffer alt efter den konkrete efterspørgsel. Der eksisterer mange ikke-offentlige aktører på området, der har større incitamenter til at tilpasse pris og ydelser efter efterspørgslen på markedet. Det er Dansk Erhverv holdning, at kommunerne typisk er alt for dårlige til strategisk at indtænke private aktører som en naturlig og mere økonomisk effektiv måde at sikre forsyningspligten på.

Dette gælder både, når der skal koordineres og fastlægge rammeaftaler mellem kommuner og regioner, når der skal skabes et overblik over udbud og viden på området og for at skabe incitamenter for at sikre tilbud til mindre målgrupper

Forslag og vurderinger:

Såfremt der etableres en ny koordinationsstruktur er det helt afgørende at de private tilbud også indtænkes i denne, da kommuner og regioner ikke opretter nye tilbud, hvor der allerede eksisterer mange velfungerende ikke-offentlige aktører. Det vil være lagt nemmere at inddrage de private alt efter efterspørgslen.

Dansk Erhverv er stærkt kritisk overfor tiltag, som f.eks. lempelse af reglerne om takstfastsættelse eller andre tiltag, der i praksis skaber mindre økonomisk gennemsigtighed på området. Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at et af de helt store udfordringer for udvikling og kvalitet på området er, at der mangler en gennemsigtighed i den kommunale prissætning. Det gør det yderst vanskeligt at få et overblik over sammenhængen mellem kvalitet og den reelle pris.

Mulighed for supplerende beføjelser til Socialstyrelsen:

Dansk Erhverv støtter en styrket rolle for Socialstyrelsen, men advarer kraftigt mod alle tiltag, der giver en kunstig finansiering af offentlige tilbud og opfordrer ligeledes til, at de mange private og selvejende aktører indtænkes i eventuelt samlede vurderinger af udbud på området. Kommuner og regioner skal med andre ord ikke pålægges/opfordres til at etablere nye tilbud, hvor der allerede er tilstrækkeligt med ikke-offentlige aktører. Det skal understreges, at kommunerne ikke behøver at ære driftsherren for at sikre en forsyningssikkerhed, men ofte med fordel kan entre med eksterne aktører, når kommunen ikke selv har tilstrækkeligt med borgere på et område.

Forpligtende købsaftaler, finansieringsansvar og takstafvigelse:

Dansk Erhverv er meget kritisk overfor at give kommuner mulighed for at afvige fra principper om takstafregning, da dette i dag er den eneste måde at sikre gennemsigtighed i sammenhæng mellem pris og kvalitet. Sker det alligevel må det være med krav om klare og gennemsigtig økonomi.

Lettelse i etableringsomkostninger:

Dansk Erhverv mener dette vil stille kommunerne i en gunstig situation og forringe konkurrencevilkårene for de ikke-offentlige aktører.

I praksis forhandles der om priserne på områder, men Dansk Erhverv er meget skeptisk overfor anbefalinger, der går væk fra takstbaseret finansiering, idet det meget vel ville kunne føre til endnu mindre prisgennemsigtighed og øget krydssubsidiering af offentlige tilbud. Dansk Erhverv understreger, at der allerede er et etableret marked, og at tiltag, der går væk fra øget prisgennemsigtighed, er meget skadeligt for incitamenter for priskonkurrence, og at sikre den bedst mulige sammenhæng mellem pris og kvalitet.

Begrænsninger i markedsmekanismer:

Dansk Erhverv er enig i, at der har været væsentlige begrænsninger i markedsmekanismer, men dette skyldes hovedsageligt manglende prisgennemsigtighed samt forkert kommunal implementering af serviceloven, der blandt andet har betydet af mange kommuner fejlagtigt har blandet sig i ikke-offentlige aktørers ledelseskompetencer. Det er Dansk Erhvervs overbevisning, at den nye tilsynsreform i høj grad forholder sig til dette ved at sikre større krav til kvalitet og økonomisk afregning. Det skal dog understreges, at dette kun vil få effekt, hvis der er ensartede krav, der gælder alle uagtet ejerform.

Begrænset gennemsigtighed i pris og indhold:

Dansk Erhverv er enig i betragtning, men mener netop at den nemmeste måde at imødekomme udfordringen er ved at stille ensartede krav til, hvordan og hvilke poster der skal medtages i takstberegningerne. Det vil sikre, at priserne som minimum afspejler de reelle omkostninger. Dette gøres typisk i både regionale tilbud og i ikke-offentlige tilbud. Sidstnævnte er underlagt budgetgodkendelse, finansiel og forvaltningsrevision. Der er med andre ord væsentlig større synlighed i de krav, der stilles til de ikke-offentlige aktører prissætning.

Dansk Erhverv er meget uenig i, at ikke-offentlige tilbud ikke har incitamenter til at reducere udgifter – tværtimod er de private tilbud netop nødt til at gøre sig så billige som muligt ifht den ydede kvalitet for at kunne stå sig i konkurrence med kommunen og med andre leverandører. De sidste 2-3 år har netop vist, at når markeder er presset, når efterspørgslen falder, så gør de private også en effektiv indsats for at sænke priserne. Dette illustrerer, at markedet trods fejl, faktisk er delvist fungerende

Ensartede regelsæt:

Dansk Erhverv støtter derfor ensartede krav og fælles regelsæt for budget og regnskab til alle typer af aktører på området.

Vi er dog meget kritiske overfor forslagene på side 170-171 vedrørende, der alle lemper kravene til en effektiv økonomistruktur. Vi advarer stærkt imod en offentlige krydssubsidiering og dækning af underskud på offentlige tilbud – dette vil være meget ødelæggende for markedsstrukturene og for de ikke-offentlige aktørers konkurrencevilkår.

Regional Udvikling

Ansvars- og opgavefordelingen i arbejdet med regional erhvervsudvikling er med kommunalreformen blevet tydeligere og klarere. Dansk Erhverv kan tilslutte sig rapportens vurdering af, at langt flere kommuner har professionaliseret sin erhvervsservice, arbejder med strategier for erhvervsudviklingen i den respektive kommune og flere kommuner afstemmer i forskellig grad de kommunale erhvervsstrategier med de regionale erhvervsstrategier.

Etableringen af vækstforaerne har givet et forum, hvor erhvervslivet i dialog med øvrige interessenter og aktører drøfter og beslutter erhvervsfremmende initiativer tættere på erhvervslivets forretnings- og konkurrencevilkår.

Danmarks Vækstråds opgave med overordnet at rådgive omkring erhvervslivets udfordringer og i begrænset omfang igangsætte initiativer giver afsæt for at forholde sig til erhvervslivets udfordringer i et bredere strategisk perspektiv.

I forhold til rapportens forslag og vurderinger har Dansk Erhverv følgende bemærkninger:

Kommunale erhvervsservice:

Der er sket en professionalisering af den kommunale erhvervsservice generelt, men der erfares stadig en stor spredning mellem de enkelte kommunernes organisering af erhvervsservicen og tilgangen til erhvervsservicen herunder myndighedsbehandlingen. Flere kommuner har etableret fælles organisering af erhvervsservicen og erhvervsudviklingen og etableret forholdsvis store enheder. Disse enheders service- og opgaveløsning giver anledning til at vurdere, om der ikke er etableret konkurrence med kommercielle rådgivere – ca. 60% af udgifterne går til konkrete erhvervsfremmeydelser, jf. figur 8.1. Spørgsmålet er her, hvilken form og indhold disse reelt har.

Der erfares også en institutionel konkurrence mellem den lokale erhvervsservice og den specialiserede erhvervsservice. Hvilket giver grundlag for at vurdere organiseringen af den lokale og specialiserede erhvervsservice.

Regionale Vækstfora:

Vækstforaerne har over tid udviklet sig til et konstruktivt forum, hvor der arbejdes med de regionale erhvervsstrategiske problemstillinger og perspektiver. Dette forum giver erhvervslivet mulighed for at tydeliggøre de konkurrencevilkår, som virksomhederne virker under og dermed grundlag for regionale initiativer, der operationelt kan fremme og forbedre virksomhedernes rammevilkår. Vækstforaerne er ligeledes platformen for, at arbejde med erhvervslivets konkurrencevilkår og rammer i et internationalt og strategisk perspektiv, som den lokale erhvervsservice i et begrænset omfang har mulighed for. Vækstforaerne giver samtidig mulighed for at se udover snævre lokale interesser.

Den øgede forståelse for samarbejde på tværs af de regionale vækstfora, der anbefales af bl.a. OECD, vil styrke arbejdet med forbedring af virksomhedernes regionale rammevilkår.

Administrationen og sekretariatsbetjeningen af vækstforaerne er blevet markant mere professionaliseret og effektiv. Det er dog stadig vigtigt, at administrationen og sekretariatsbetjeningen stadig arbejder på at gøres enkel og overskuelig, jf. rapportens analyse af ressourceforbruget i de respektive regioner.

En mere central rolle for Danmarks Vækstråd i forhold til de regionale Vækstfora vil *ikke* fremme effektiviteten og resultatopnåelsen i arbejdet med regional erhvervsudvikling. En større koordinering vil effektivt kunne etableres mellem de respektive vækstfora – en udvikling, der allerede er igangsat.

Arbejdet med den regionale udviklingsplan bør fremmes til en model, der rummer både forslag 3 og 4 således, at der udarbejdes et solidt grundlag for udviklingen af den respektive region understøttet af og i overensstemmelse med lokale initiativer.

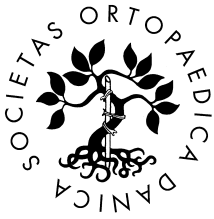
Indgåelse af vækstpartneraftalerne mellem regioner og regeringen har en række fordele, da der kan skabes fælles initiativer med afsæt i de regionale erhvervslivs konkurrencevilkår og rammevilkår. Disse vækstpartnerskaber bør naturligvis være konkrete og operationelle, men respektere de regionale vækstforas prioriteringer og initiativer. En større central interessevaretagelse gennem disse vækstpartnerskaber vil udfordre interessen for og engagementet i arbejdet i de regionale vækstfora.

Dansk Erhverv er enig i, at koordinationen på turismeområdet er en udfordring. Kommunerne bruger samlet set godt 200 mio. kr. på turismefremme årligt, og der sker tilsvarende en turismefremmeindsats på regionalt niveau. Ud fra et turistperspektiv bør indsatsen imidlertid ikke være bundet til en bestemt administrativ opdeling, men nærmere til en bestemt destination eller en bestemt ferieform. Dansk Erhverv ønsker derfor en styrket koordinering bl.a. ved, at flere midler bindes til tværkommunale/ tværregionale projekter frem for, at hver enkelt kommune og region opfinder identiske udviklingsprojekter mv.

Generelt bør det overvejes at ændre reglerne omkring udpegning til respektive fora således, at den udpegningsberettigede organisation bibeholder sin repræsentation i tilfælde af ændringer ved den udpegede repræsentants ansættelsesforhold/virksomhedsrelation. Ændringen vil dermed betyde en afvikling af den eksisterende form - ”personlig udpeget”.

Med venlig hilsen

Niels Milling
Underdirektør



Dansk Ortopædisk Selskab

Att.
Økonomi og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: komoko@oim.dk CC khs@oim.dk

Høringssvar vedr. kommunalreformen

Højbjerg den 6. april 2013

DOS er enige i de overordnede betragtninger om, at kommunalreformen grundlæggende har givet bedre muligheder for at samle specialer, og dermed grundlag for øget kvalitet i behandlingen i sundhedsvæsenet.

DOS mener, at der er behov for forbedringer på en række områder indenfor sundhedsvæsenet, der kan ske igennem revision af kommunal-reformen.

Det drejer sig især om samarbejdet og kommunikation mellem sektorer, særlig kommuner, almen praksis og sygehuse, hvor kommunal-reformen med fordel kan konkretisere ansvarsplacering i patientforløb.

Derudover finder DOS, at der er behov for en grundig vurdering af hele genoptræningsområdet efter udskrivelse fra sygehus, idet grundlaget for gennemoptræning ikke er tilfredsstillende dokumenteret.

Samtidig har kommunal-reformen ikke taget højde for at der sikres ens behandling af borgerne på hjælpemiddelområdet, hvor der i dag er en meget stor variation kommunerne imellem, hvilket giver ulighed i behandlingen.

Endelig ønsker DOS at påpege, at den manglende IT-funktionalitet i Sundhedsvæsenet er en dagligt belastende faktor, der kan give nedsat kvalitet og produktivitet.

Med venlig hilsen

Søren Overgaard,
Formand for DOS
Professor, overlæge, dr. med., forskningsleder

Claus Munk Jensen,
Formand for Kvalitetsudvalget for DOS
Ledende overlæge

Formand:
Søren Overgaard
Professor, overlæge, dr. med.
E-mail: president@ortopaedi.dk
Mobil: 2063 4079

Postadresse:
Sekretariatsleder Gitte Eggers
Lyngskrænten 17, 2840 Holte
E-mail: office@ortopaedi.dk
Mobil: 2367 9047



Til Økonomi- og Indenrigsministeriet

Høring over evaluering af kommunalreformen

Dansk Psykolog Forening sætter pris på invitationen til at kommentere på evalueringen og har følgende kommentarer:

1) Problemer med snitflader og opgavefordeling mellem regioner og kommuner

Dansk Psykolog Forening erfarer og er enig med evalueringsudvalget i, at der som følge af kommunalreformen er opstået betydelige snitfladeproblematikker på tværs af regioner og kommuner, der betyder, at alt for mange patienter tabes i overgangen mellem regioner og kommuner. Resultatet af dette er, at ellers gode patientforløb lider stor skade og ofte følges af en forværring i patientens tilstand, som relativt let kunne være undgået.

Dansk Psykolog Forening mener, at der er behov for justering af samarbejdsstrukturerne sektorerne imellem. Det er afgørende at opgavefordelingen bliver klar og at der skabes tilstrækkelige incitamenter til kvalitet og sammenhængende forløb. For den enkelte fagperson er det desuden væsentligt at have viden om viften af tilbud i de forskellige sektorer, ligesom det er vigtigt at personkendskab understøttes, fx via en mere formaliseret struktur omkring fælles faglig udvikling af sektorenes respektive medarbejdere.

2) Styrket specialisering i kommunerne

For at kunne varetage en tilstrækkelig og relevant rehabiliteringsindsats er det afgørende, at kommunerne har specialiserede kompetencer til rådighed. Dette har vist sig ikke at være muligt med kommunernes måde at forvalte fx hjerneskaderehabiliteringsindsatsen på. Der er sket en alvorlig afspecialisering, som mange borgere rammes af.

Dansk Psykolog Forening genkender således det behov, evalueringen identificerer, for en øget specialisering i kommunerne, og mener, at der bør være krav om, at kommunerne benytter sig af særligt specialiserede fagpersoner. Dansk Psykolog Forening foreslår, at dette sker på specialiserede enheder, som har et tilstrækkeligt optagegrundlag til at en fortløbende specialisering kan finde sted samt at disse enheder finansieres af permanente midler, som tillader dem at eksistere og udvikle sig over længere tid.

3) Formaliseret struktur for psykiatrisk rådgivning mellem psykiatri og kommuner

Den manglende specialisering og kompetence i kommunerne gør sig ligeledes gældende på psykiatriområdet i kommunerne indenfor voksen- såvel som børne- og ungeområdet. For at sikre kvalitet i rådgivnings-/behandlingsforløb såvel som forebyggelsesindsatser, er det afgørende, at kommunerne i langt højere grad end i dag får mulighed for at trække på viden og rådgivning fra voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien. På børne- og ungeområdet er det særlig væsentligt, at udrednings- og behandlingsindsatser kan foregå i barnets nærmiljø frem for fx via indlæggelse med reduceret kontakt til institutioner, kammerater, familie og andre pårørende til følge.



Dansk Psykolog Forening mener derfor, at der skal stilles rammer til rådighed for kommunernes rådgivningsbehov i forhold til psykiatriske problemstillinger, både den psykiatriske rådgivning på voksen og børne- og ungdomspsykiatri.

Dansk Psykolog Forening mener endvidere, at kommunerne - særligt på børne- og ungeområdet – bør have øget adgang til personalegrupper, som er i stand til at iværksætte forebyggende indsatser samt at identificere, udrede og behandle børn og unge, som er i risiko for at udvikle psykiske problemstillinger, der ellers kræver indlæggelse.



Dato 8. april 2013
HEN



Dansk Socialrådgiverforening
faglig handlekraft

Økonomi- og indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialrdg.dk · www.socialrdg.dk · CVR DK 6335 6018

Høring om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Dansk Socialrådgiverforening takker for muligheden for at afgive høringsvar til rapporten om evaluering af kommunalreformen.

Indledningsvis må vi påpege, at vi mener, at rapportens evaluering af kommunalreformen er mangelfuld, og at det præger rapporten og dens konklusioner. Der er ikke foretaget nogen effektundersøgelser af ændringerne i den førte socialpolitik, selvom det burde stå centralt i en evaluering. Det nærmeste, man kommer, er en rundspørge fra 2009 til kommunernes ledelser om deres oplevelse af reformens resultater. Det er et meget spinkelt og skævt grundlag at vurdere på, og det er ydermere relativt gamle svardata fra en periode, hvor reformen stadig var ny og i en form for indkøring. Der er heller ikke inddraget bidrag fra brugerorganisationer eller faglige organisationer, endsige nogen form for undersøgelse af brugertilfredshed. Dermed hviler vurderingen af den faglige bæredygtighed på et meget spinkelt grundlag.

Evalueringen burde have været underbygget med egentlige undersøgelser f.eks. gennemført af KORA, der med inddragelse af de berørte borgere og brugerorganisationer kunne sige noget om reformens resultat på det sociale område. Vi finder det overraskende og beklageligt, at det ikke er sket.

Kommunalreformens betydning for det sociale område

Dansk Socialrådgiverforening har siden 2007 fulgt udviklingen for at kunne vurdere den kraftige omlægning på det sociale område, som kommunalreformen lagde op til. Vi vurderer, at omlægningen på mange måder har medført en positiv udvikling, hvor der er blevet lagt vægt på forebyggelse, inklusion og på at udvikle nye tilbud, der i højere grad er integreret i de lokale samfund. Denne udvikling har vist sig stærkest på børne- og familieområdet.



Desværre har omlægningen i de seneste år været præget af, at kommunerne af regeringen er pålagt en meget stram økonomi, der har medført deciderede nedskæringer nogle steder. Udgifterne til det sociale område voksede umiddelbart efter reformen, men efter vores vurdering var det en omkostning ved at gennemføre den. Siden 2010 har vi set markante udgiftsfald på flere sociale områder, størst på børne- og familieområdet. Det er ikke overraskende, fordi reformens ændringer af finansiering og opgaveplacering på det sociale område lagde op til, at kommunerne skulle spare på indsatserne. Besparelserne må derfor tilskrives kombinationen af nedskæringer og omstillingerne efter reformen.

En undersøgelse blandt Dansk Socialrådgiverforenings medlemmer afdækker nogle af de mekanismer, der har bremset udgifterne. Undersøgelsen viser, at der er kommet en meget stærkere styring af visitationen til sociale tilbud, at visitationen i højere grad skal tage økonomiske hensyn, og at sagsbehandlerne i stigende grad bliver pålagt at benytte kommunens egne tilbud, fordi de typisk er billigere, men desværre ofte også mindre specialiseret. Dermed er det blevet sværere at visitere til tilbud uden for kommunen, uanset om kommunens egne tilbud måske ikke har en specialisering, der modsvarer borgerens behov. Undersøgelsen viser, at sagsbehandlerne ikke er tilfredse med, at de skal prioritere de lokale tilbud.

Imidlertid har de nye tendenser i visitationen også ført til, at en række mere specialiserede tilbud er blevet ændret, reduceret eller i værste fald lukket. Det har på enkelte områder ført til en alvorlig afspecialisering, som dels medfører, at nogle borgere ikke får den hjælp, de har behov for, dels at der forsvinder specialiseret viden og kapacitet. Det gælder f.eks. behandlingen af senhjerneskader og indsatsen over for mennesker med vidtgående kommunikationshandicap. Vi har også set beklagelige lukninger eller indskrænkninger af institutioner for skadede spæd- og småbørn. Vi vurderer, at denne afspecialisering og reduktion i kapaciteten af specialiserede tilbud stadig er i udvikling, og at den kan tage fart, hvis ikke revisionen af kommunalreformen stopper den.

Problemet forstærkes af, at de nogle kommuner mangler viden om det specialiserede socialområde med alle dets særlige målgrupper og faglige behov. De er simpelthen for små til at kunne opbygge en tilstrækkelig vidensbasis på alle områder, og kommunerne trækker stadig for lidt på VISO i krævende sager. Ydermere kan VISOs leverandørnet lide skade af nedlæggelse eller omdannelse af meget specialiserede institutioner, fordi det er dem, der skal levere meget af den konkrete viden, som kommunerne skal kunne trække på.



En anden konsekvens af den vidtgående decentralisering til kommunerne og deres prioritering af lokale og mindre specialiserede indsatser er, at det overordnede ansvar for at sikre og udvikle de specialiserede tilbud til særlige målgrupper forsvinder. Ingen enkeltkommune har umiddelbart noget incitament til at påtage sig opgaven med at udvikle og drive meget specialiserede tilbud, som de stort set ikke selv vil bruge, og som derfor reelt vil være et tilbud til andre kommuner. Den model, kommunalreformen har lagt ned over det sociale område, giver ikke en kommune grund til at tage risici ved at drive institutioner for andre kommuner. Det ville forudsætte en forpligtelse og koordinering kommunerne imellem, som vi slet ikke har set hidtil, og dertil en anden finansiering end den for driftsherren usikre takstfinansiering. Ydermere er der intet, der tyder på, at tilbudene kan udvikles på markedsvilkår, så privat initiativ ville kunne erstatte kommunernes (forståelige) passivitet ift. udvikling og drift af tilbud til særligt krævende små målgrupper.

Vi må således konstatere, at udviklingen af det sociale områdes mest specialiserede tilbud ikke kan sikres i den nuværende model, hvilket på længere sigt vil være fatalt for området.

Men vi vil også nævne, at omstillingen på det sociale område har medført relevante og ønskværdige faglige nyskabelser især på børne- og ungeområdet. Her har vi således set en øget integration med 'normalområdets' tilbud, der kan blive en fordel for mange børn og unge.

Tværasektorielt samarbejde bør være et centralt mål for revisionen

Hele diskussionen om kommunalreformen og nu om evalueringen har kredset om opgaveplacering og grænsedragningen mellem kommuner og regioner. Dermed får vi en konfronterende diskussion, som slet ikke kan åbne for den udvikling af et integreret, tværasektorielt samarbejde, som der er så massivt behov for. Borgerne har i mange tilfælde – ikke mindst i de komplicerede og dyre sager – sammensatte og flersidede problemer, som kræver hjælp fra en række forvaltninger og fagfolk. Nogle i kommunerne, nogle i regionerne. Det gælder især borgere med vidtgående sociale og helbredsmæssige problemer, og der er derfor behov for at udvikle faste samarbejdsstrukturer og en stærk samarbejdskultur på tværs af sektorer, forvaltninger og fagligheder. Dette behov understreges i de aktuelle beskæftigelsesreformer, som netop lægger op til tværgående løsninger, og et tværgående samarbejde er et stærkt tema i det rehabiliteringsarbejde, der er sat på dagsordenen i mange sammenhænge.

Det er derfor afgørende, at en revision af kommunalreformen fremmer samarbejdet. Fokus må være på løsninger, som kan fremme det tværasektorielle sam-



arbejde, ikke på, om et område skal 'erobres' af den ene eller anden part. Systemet skal tilrettelægges, så der kan skabes samarbejde mellem kommuner og regioner om borgere med sociale problemer, ikke mindst fordi mange borgere i et måske længere forløb skal gå fra at få hjælp i regionen til at få det i kommunen og evt. vice versa. Der er dermed vigtige 'overdragelser', som skal fungere.

Man bør tage afsæt i den tænkning, som ligger i førtidspensionsreformen, og som også vil komme ind i sygedagpengereformen og kontanthjælpsreformen. Disse reformer lægger op til, at der gennemføres en sammenhængende rehabilitering for de borgere, der har sammensatte problemer. Den skal fastlægges af et tværsektorielt og -fagligt team, som udarbejder en samlet plan for indsatsen, og som er fælles ansvarlige for at føre dens enkelte dele ud i livet. En koordinerende sagsbehandler er en krumtap i denne model.

Revisionen af kommunalreformen bør også fremme en udvidet brug af 'forløbsprogrammer'. De er en anden måde at skabe samarbejde om den enkelte borger, som vi har set i sundhedssektoren ift. borgere med bestemte diagnoser, men ideen bør udvides til også at omfatte den sociale indsats, når det er relevant. I så fald kan forløbsprogrammer blive et vigtigt værktøj i den sammenhængende, rehabiliterende arbejdsform, vi skal have udviklet.

Vidensgrundlag

Som nævnt må den enkelte kommune mangle en dybtgående viden om de mest specialiserede og komplekse sociale problemstillinger. De er hver for sig for små til at have den viden, amterne tidligere havde, og de har hidtil ikke brugt VISO på samme måde, som de brugte de amtslige eksperter. Det er derfor vigtigt at justere forholdene, så der i højere grad kan arbejdes vidensbaseret med de specialiserede sager.

Vi mener generelt, at det vil være nødvendigt at styrke VISOs og Socialstyrelsens rolle som videnscentre og -koordinatorer, fordi en mere sikker vidensbase forudsætter et nationalt overblik og en instans, der er ansvarlig for at tage initiativ, hvis der er huller.

Derudover er det nødvendigt, at der findes regionale eller nationale løsninger på drift og udvikling af de mest specialiserede tilbud, jvf. nedenfor. Det er en forudsætning for, at vi til stadighed kan have en dækkende og veludviklet vifte af tilbud med de rigtige specialiseringsgrader og dermed de faglige miljøer, som skal levere den viden, som kommunerne har behov for i løsningen af deres sociale



opgaver. Det vil også give VISO sikkerhed for at have et kvalificeret leverandør-netværk.

Endelig bør der arbejdes på at etablere vidensmiljøer i andre former. Det kan være som selvejende institutioner som f.eks. Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet. Brugerorganisationer og faglige organisationer vil med fordel kunne inddrages i at udvikle og drive sådanne vidensmiljøer.

Overvågning, koordinering og styring af en specialiseret tilbudsvifte

Sikring af en bred vifte af sociale tilbud til borgere med komplekse og sammensatte problemer må først og fremmest ske ved en forpligtende koordinering mellem kommunerne. Dansk Socialrådgiverforening mener, at det må bygge på en national overvågning og faglig vurdering af, om udbuddet af specialiserede tilbud er dækkende ift. de sociale problemer, der skal handles på. Overvågningen må også omfatte en løbende vurdering af behovet for faglig udvikling i erkendelse af, at de enkelte kommuner ikke kan løfte den opgave. Vi forestiller os en form for 'social specialeplanlægning', der indtænker målgrupper, indsatser og det vidensgrundlag, der skal arbejdes på.

Dansk Socialrådgiverforening mener, at koordineringen så langt som muligt skal ske i en dialog mellem kommunerne med inddragelse af regionerne for så vidt det drejer sig om de opgaver, de varetager, og at der derfor bør ske en udbygning af de strukturer, som en dialog og koordinering kan foregå i. Det gælder samarbejdet i KKR og rammeaftalerne. Vi vil foreslå, at en specialeplanlægning laves som en del af rammeaftalerne evt. med et 4- års interval, så der er ro til at arbejde og til at tage de nødvendige udviklingsskridt.

Den nationale overvågning og ansvaret for et dækkende vidensoverblik kan mest naturligt ligge i Socialstyrelsen, nøjagtigt som den på sundhedsområdet ligger i Sundhedsstyrelsen. Det er for os at se en logisk placering af en funktion, som har et nationalt perspektiv, og som skal have både faglig tyngde og styrke til at deltage i drøftelserne mellem kommunerne om koordinering af drift og udviklingsansvar for specialiserede sociale tilbud. Opgaven vil evt. kunne lægges i forlængelse af den audit-funktion, som styrelsen ifølge den nye tilsynsreform skal have ift. de fem tilsynskommuners arbejde.

Uanset vores prioritering af en dialogbaseret tilgang, så mener Dansk Socialrådgiverforening, at Socialstyrelsen skal have myndighed til at lave 'call-in' af de kommunale specialeplaner med henblik på at gennemgå dem og evt. sende dem tilbage til fornyet behandling i kommunerne. Socialstyrelsen skal også have



kompetence til at pålægge enkeltkommuner eller en region initiativpligt og driftsansvar ift. konkrete sociale tilbud. Det er en forudsætning for, at koordineringen og den faglige kvalitet i viften af specialiserede tilbud kan fastholdes.

Der kan i den forbindelse være behov for, at revisionen af kommunalreformen åbner for nye, forpligtende samarbejdsmodeller for leverandører af specialiserede sociale tilbud. Der skal åbnes for flere mellemkommunale løsninger, som kan gøre det muligt at oprette og drive tilbud, som de enkelte kommuner ikke vil kunne løfte. Det kan åbne for stærkere kommunale samarbejder, som kan være en sikker ramme for driftsherreopgaven. Man kan også forestille sig udvikling af OPP-projekter, hvor private aktører og kommuner sammen kan stå for drift af sociale institutioner.

Opgavefordeling

Drift og udvikling af specialiserede sociale tilbud vil i vid udstrækning kunne sikres med ovenstående model for overvågning, koordinering og styring. Men de mest specialiserede tilbud til små målgrupper vil ofte kræve et regionalt eller måske endda et nationalt underlag, og de vil derfor kun vanskeligt kunne ligge i kommunalt regi. Nogle af disse tilbud vil i stedet kunne ligge i regionerne.

Nogle af disse tilbud vil være ret tæt knyttet til sygehusbehandlingen, f.eks. behandling af senhjerneskadede, af personer med vidtgående spiseforstyrrelser, af skadede spæd- og småbørn samt af personer med alvorlige psykiatriske diagnoser. Men det bør også overvejes at flytte andre grupper til regionerne. Det gælder personer med sjældne og omfattende handicap, herunder kommunikationshandicap, unge kriminelle på de sikrede afdelinger, personer med vidtgående udviklingsforstyrrelser, domfældte udviklingshæmmede samt børn og unge med meget alvorlige og sammensatte problemer (f.eks. alvorlige personlighedsforstyrrelser, selvskadende adfærd og børn og unge udsat for alvorlige overgreb).

Det fremgår af de foreslåede grupper, at det ikke kun er personer med korte, intensive behandlingsforløb. For nogle af grupperne kan der være tale om lange eller måske livslange omsorgs- og behandlingsopgaver, som skal varetages af meget specialiserede tilbud. Dansk Socialrådgiverforening mener heller ikke, at der nødvendigvis skal være tale om tilbud, der ligger i direkte forlængelse af hospitalsbehandling. Nogle af de nævnte grupper kan have/have haft tilknytning til det regionale sundhedssystem, især psykiatrien, og man kan således forstå det som en ændring af grænsedragningen mellem hvad der er regionale og kommunale opgaver i et behandlingsforløb. Men andre af de nævnte grupper vil slet ikke være i kontakt med et hospital.



Begrundelsen for, at tilbud til disse grupper kan flyttes til regionerne er, at de er så små og har så specielle indsatsbehov, at det skaber store problemer at imødekomme dem i kommunalt regi, selv hvis der sker en vidtgående og forpligtende koordinering mht. drift og udvikling af tilbud. Det forekommer derfor mest logisk at lægge dem i de fem regioner, der har et befolkningsunderlag, der gør det muligt at løfte også meget specialiserede opgaver. Nogle af opgaverne er da også allerede i regionerne, f.eks. de sikrede afdelinger og institutioner til domfældte udviklingshæmmede.

Det skal understreges, at Dansk Socialrådgiverforening ønsker, at sociale tilbud, der overføres til regionerne, placeres i deres socialforvaltning, ikke i sundhedsforvaltningen, da de primært er sociale og dermed ikke hører hjemme i en sundhedsfaglig ramme.

Finansiering

Dansk Socialrådgiverforening foreslår, at der også foretages en revision af finansieringen på det sociale område. Den nuværende finansieringsmodel placerer meget store dele af udgiften i kommunerne, og det presser dem økonomisk og kan som nævnt få dem til at vælge tilbud til borgere med omfattende behov ud fra økonomiske hensyn snarere end faglige. Derfor er der behov for en ændring. Hvis opgaver flyttes fra kommuner til regioner, så skal der også ske en ændring af finansieringsordningen.

Vi foreslår derfor en højere statslig refusion i de dyre sager. Det kan f.eks. ske ved at føre grænserne for refusionen tilbage til det niveau, der var gældende i 2007. Udgiften til den højere statsrefusion kan evt. dækkes ved at reducere bloktilskudspuljen tilsvarende.

Derudover foreslår vi, at finansieringen af de tilbud, der skal ligge i regionerne, ændres. Det er nødvendigt, alene fordi de ikke kan finansieres takstmæssigt, fordi serviceniveauet og udgifterne i så fald vil skulle fastlægges af regionen, mens kommunen skal betale uden at have indflydelse på det. Man må fastholde princippet om, at den der betaler, bestemmer eller i det mindste har stor indflydelse på beslutningen om indsatsens omfang.

Finansieringen af regionale tilbud vil kunne løses med en af to måder. Der kan indføres en form for grundtakst – f.eks. på 600.000 kr. – som kommunerne skal betale for borgere, der visiteres til et regionalt tilbud. Resten af udgiften vil så være regional. Det forudsætter – ud fra princippet om sammenhæng mellem be-



taling og beslutning, at regionerne skal have indflydelse på visitationen til de regionale tilbud, da kommunerne ellers vil kunne beslutte frit over regionale tilbud og udgifter. De relativt gode erfaringer med grundtakster frem til 2007 taler for en sådan ordning.

Den anden måde at løse finansieringsproblemet på, er ved at give regionen hele udgiften til de opgaver, de løser, og så kompensere dem med en bloktilskudsydelse. En model, der ikke er så langt fra den, der anvendes til sundhedsområdet. Den ordning vil dog forudsætte, at der sker en præcis og så vidt muligt uan-gribelig visitation ind og ud af de regionale tilbud. Ud fra princippet om, at beta-leren bestemmer, må den foretages af regionerne, og de må ikke kunne kritise-res for at visiterer borgere ud eller ind, afhængigt af økonomien. Det er en nær-liggende risiko, fordi der vil være mange penge på spil, hver gang en borger med et vidtgående behov visiteres fra den ene aktør til den anden.

Endelig mener vi, at der ved revisionen af kommunalreformen tages skridt til at udvikle abonnementsordninger eller andre forpligtende købsaftaler for kommu-nale tilbud, modeller for objektiv finansiering, fælleskommunale fonde osv. Alt sammen for at gøre det lettere for kommunerne at samarbejde om de tilbud, de altså skal udvikle og drive i en eller anden form for fællesskab.

Med venlig hilsen

Majbrit Berlau
formand for Dansk Socialrådgiverforening



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.

Høring over rapport om evaluering af kommunalreformen

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst rapporten om evalueringen af kommunalreformen.

Vi har særligt kommentarer til to emner ventetid til genoptræning og håndtering af genoptræningsforløb, hvor patienten har behov for specialiserede kompetencer.

Ventetid

Ventetid på genoptræning skader patienter og giver dyrere forløb. Derfor er det bekymrende, at evalueringen af kommunalreformen, der ellers har mange gode takter, ikke lægger op til at garantere genoptræning inden for en uge.

Genoptræningen bliver dyrere og mere besværlig, for hver dag patienter venter. Det rammer patienterne i form af dårligere livskvalitet, men det koster også samfundet dyrt. Danske Fysioterapeuter anbefaler, at patienterne får en garanti for, at der højst går en uge, fra de er færdigbehandlede, til genoptræningen kan begynde. En målsætning, som KL da også har erklæret sig enige i.

Evalueringsudvalget kommer ikke med anbefalinger omkring ventetiden, men holder sig til at pege på, at der er brug for langt bedre overvågning af området. Det kan vi i Danske Fysioterapeuter kun være tilhængere af, men stærkere overvågning gør det ikke alene: Det kan være et skridt i den rigtige retning, men efter fem år har kommunerne haft mulighed for at tilrettelægge genoptræningen, således at der ikke er ventetid på mere end en uge. Dette lever 1/3 af kommunerne op til. Vi finder derfor, at tiden er kommet for, at det bør lovfæstes, at der alene skal være en uges ventetid til genoptræning efter såvel service- som sundhedslov.

Dato:
29. marts 2013

Kontaktperson:
Ann Sofie Orth

E-mail:
aso@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 33 41 46 35



Specialisering

Grundlæggende finder vi, at der i dag er mere og bedre genoptræning end før kommunalreformen. Samtidig er det godt, at genoptræningen er kommet tættere på borgerne. Men der udestår fortsat en diskussion om organisering af genoptræning af patienter med komplekse problemstillinger.

Kvalitet er det helt afgørende i evalueringen af kommunalreformen set med Danske Fysioterapeuters øjne. Det er afgørende, at man som borger kan være sikker på, at den sundhedsydelse, man får, er kvalitetsmæssigt i orden, lige meget hvor man bor.

Kommunernes overtagelse af opgaven giver udfordringer. Ud over den for lange ventetid er der for store forskelle i kvaliteten. Det kan for en stor del løses af nationale kliniske retningslinjer og en målrettet organisering i specialer, så borgerne bliver behandlet af sundhedspersonale med de rette kompetencer. Dette behov ser vi ikke direkte imødekommet i rapporten, hvor vi desværre heller ikke ser afspejlet, at der i nogle kommuner er gode erfaringer med tværkommunale samarbejder, der også adresserer spørgsmål om patientvolume.

For os at se bør målet være ens for det regionale og det kommunale sundhedsvæsen: At opgavevaretagelsen er styret af princippet om at "øvelse gør mester." Danske Fysioterapeuter anbefaler på den baggrund, at der sker en centralt koordineret specialisering af træningsområdet i det kommunale sundhedsvæsen med henblik på at skabe rette forudsætninger for høj og ensartet faglig kvalitet.

Specialisering bør følge principperne for specialeplanlægning i det regionale sundhedsvæsen og tage udgangspunkt i kriterierne forekomst, kompleksitet og effektiv ressourceudnyttelse. Specialisering bør endvidere omfatte kvalitetsstandard vedrørende specialisering i daglig opgavevaretagelse. Det bør ikke være frivilligt for kommunerne at følge

Danske Fysioterapeuter er derfor ikke afvisende over for stratificeringsmodellen, som vi kan se gode perspektiver i også for at opnå et ensartet højt kvalitetsniveau, men vi mangler beskrivelser på case-niveau for at kunne vurdere perspektiverne.

I dialogen med evalueringsudvalget har vi gjort os til talsmænd for, at opgaven er rigtigt placeret i kommunerne, men at der bør stilles nationalt fastsatte og evidensbaserede krav til behandlingen. Samt at patientvolumen bør spille en rolle. Dette ser vi ikke afspejlet umiddelbart, og det er en svaghed ved evalueringen.



Øvrige kommentarer

Danske Fysioterapeuter har i øvrigt en række kommentarer til rapporten.

Styring og finansieringsmodeller

Danske Fysioterapeuter ser gerne, at arbejdet i Incitamentsudvalget bliver mere åbent, og at udvalget optager dialog med f.eks. de faglige organisationer om de væsentlige overvejelser.

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

Danske Fysioterapeuter ser gerne, at der alene skal være én sundhedsaftale pr. region, da dette vil være med til at ensartede sundhedstilbuddene til borgerne uanset hvilken kommune, de bor i.

Sundheds-it

Danske Fysioterapeuter er enig i behovet for øge fremdrift på IT-området, herunder de tværsektorielle behov.

Det er vanskeligt at få adgang til journaler og notater på tværs af sektorerne, hvilket i praksis betyder at fysioterapeuter m.fl. må forlade sig på patientens hukommelse, hvilket ikke er rimeligt over for patienten.

Dokumentation og dataindsamling

Danske Fysioterapeuter savner et eksplicit fokus på dokumentation og systematisk dataindsamling vedrørende de kommunale genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser. Det er god praksis i fysioterapi at teste patienter før, under og efter træningsindsatser med henblik på valg og dosering af indsats og på dokumentation for effekt. Der findes imidlertid ikke databaser i kommunerne til opsamling af disse data, hvorfor kommunerne aktuelt går glip af værdifuld dokumentation for effekten af træning og rehabilitering.

Det er en nødvendighed, hvis kvaliteten af genoptræningen skal sikres fremadrettet, at der stilles krav til begge sektorer om en ensartet dokumentation og dataindsamling. Danske Fysioterapeuter opfordrer til, at der hurtigst muligt etableres databaser for kommunal træning og rehabilitering.



Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Danske Fysioterapeuter er enig i anbefalingerne, men vi savner et højere ambitionsniveau. Der tales alene om at kunne trække på erfaringerne fra andre, men vi ser gerne, at man også her arbejder på baggrund af kliniske retningslinjer. Vi finder, at der også her må arbejdes henimod en ensartet høj faglig kvalitet.

Danske Fysioterapeuter finder det endvidere beklageligt, at den fysioterapeutiske praksissektor ikke er omtalt, hvilket i relation til de mere end 55.000 patienter, der modtager vederlagsfri fysioterapi, forekommer besynderligt.

Genoptræningsplaner

Evalueringen fastslår, at genoptræningsplanerne vurderes som et godt redskab.

Den samme tilbagemelding får Danske Fysioterapeuter fra sine medlemmer ansat i kommune og på sygehus. De giver udtryk for, at genoptræningsplanen i sin nuværende form fungerer godt og opfylder formålet som beskrevet i bekendtgørelse og vejledning. Når genoptræningsplanen udfyldes på sygehuset, så udfyldes kun felter, der giver mening i forhold til patienten som vurderes relevante. Der er dog udfordringer, når det drejer sig om komplicerede forløb. Terapeuterne fra kommunen vurderer, at de oplysninger de modtager fra sygehuset - når genoptræningsplanen er udfyldt af ergo- og fysioterapeuter - alle er relevante med henblik på at igangsætte en intervention af høj kvalitet.

Derfor opfordrer Danske Fysioterapeuter til at inddrage faglige organisationer og andre relevante parter, hvis der skal iværksættes et arbejde, der specifikt skal se på genoptræningsplanerne og deres udformning.

Psykiatri - genoptræningsplaner

Vi har noteret os, at der er et arbejde i gang i et særligt psykiatriudvalg. Vi skal dog her gentage vores opfordring til, at der indføres genoptræningsplaner for psykiatriske patienter.

Vi finder, at mennesker med psykisk sygdom skal have vurderet behovet for en genoptræningsplan på lige fod med personer med en somatisk lidelse. Genoptræningsplanen skal sikre, at den fysioterapeutiske behandling ikke afbrydes ved udskrivelse fra sygehuset. Indholdet i genoptræningen skal være rettet mod de spor den psykiske sygdom kan sætte i kroppen som eksempelvis manglende kroppsafgrænsning, tunghed, træthed mv.



Alt i alt er der mange gode takter i udvalgets evaluering. Og vi mener i Danske Fysioterapeuter, at kommunalreformen har trukket i den rigtige retning. Men der er brug for håndfaste tiltag, der kan sikre en ensartet høj kvalitet for borgerne i hele landet.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
komoko@oim.dk med kopi til khs@oim.dk

8. april 2013
aw@danskepatienter.dk

Høring over evalueringen af kommunalreformen

Overordnede og tværgående kommentarer

Styrket samarbejde

Danske Patienter finder, at Økonomi- og Indenrigsministeriets evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet er et rigtig godt grundlag til at styrke kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

Danske Patienter er overordnet enig i, at flytninger af opgaver mellem myndigheder ikke isoleret løser de grundlæggende udfordringer, som i vid udstrækning knytter an til manglende sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer. Derfor er Danske Patienter glad for, at evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet lægger op til en række stramninger af og forpligtigelse til samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører.

Brugerrepræsentation

Danske Patienter anbefaler, at brugernes (patienter og pårørendes) perspektiv får en formel plads i udvikling af sundhedsaftalerne gennem brugerrepræsentation i sundhedskoordinationsudvalgene.

Brugerne af sundhedsvæsenet har et andet syn på kvalitet end fagprofessionelle og administratorer, og deres viden kan bidrage til at sikre en mere patientorienteret tilgang til arbejdet omkring sundhedsaftalerne.

Rehabilitering

Evalueringen peger på, at der er potentiale for at målrette indholdet af sundhedsaftalerne mod de områder, hvor der er særlige tværgående udfordringer. Det er Danske Patienter meget enig i og anbefaler i forlængelse heraf, at rehabilitering får en langt mere tydelig placering, som en vigtig og samlet opgave, som skal løses mellem sundhedsvæsenets aktører.

Sundhedsaftalerne bør omfatte rehabilitering, som kan samle centrale og sammenhængende indsats på tværs af bl.a. patientrettet forebyggelse, træning og hjælpemidler og dermed sikre en bedre koordinering af de mange patientforløb, som trækker på elementer inden for alle tre områder.

En voksende gruppe af borgere i Danmark har behov for ydelser, som ikke kan afgrænses til fx fysisk genoptræning eller patientuddannelse, men som målretter sig både den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne gennem et samlet forløb. De har således behov for ydelser på tværs af sektorer og specialer inden for sundhedsområdet – og på tværs af uddannelses-, service- og beskæftigelseslovgivningen. Herunder hører også de lindrende/pallierende indsatser, som en integreret del af rehabiliteringsforløbene, som man kender det fra både KOL og kræftområdet.

Derfor er der behov for, at man skaber et bedre samarbejdsgrundlag for rehabiliteringsforløb, som rummer sammenhængende, tværsektorielle og tværfaglige indsatser. Disse vil med fordel kunne organiseres i koordinerende enheder eller team, hvor bl.a. de norske erfaringer med *Koordinerende enhed for habilitering og rehabilitering* kan være til inspiration.

Rehabiliteringsplan

Danske Patienter er glad for, at evalueringen flere steder peger på behovet for at sikre bedre kvalitet og sammenhæng - bl.a. i relation til genoptræning og den patientrettede forebyggelse. Danske Patienter anbefaler, at dette bl.a. sikres ved, at patienter får ret til en rehabiliteringsplan på linje med retten til en genoptræningsplan under § 140 i sundhedsloven, men med større krav til indhold og opfølgning.

En rehabiliteringsplan skal indeholde en angivelse af konkrete rehabiliteringsbehov i forbindelse med eller efter endt behandling på et hospital eller i almen praksis. Rehabiliteringsindsatsen skal følge nationale retningslinjer, som systematisk dokumenteres gennem monitorering ud fra nationale indikatorer for både den organisatoriske, faglige og patientoplevede kvalitet, og underlægges tilsyn fra en national statslig instans.

Nationale retningslinjer for rehabilitering bør formulere krav til indholdet af en rehabiliteringsindsats i relation til forskellige målgrupper og til de kompetencekrav, der er nødvendige for at varetage opgaven. Herunder retningslinjer for om rehabilitering, under hensyntagen til om indsatsen kræver særlig ekspertise eller udstyr, skal løses regionalt eller kommunalt. I forlængelse heraf bør dele af rehabiliteringsindsatsen være diagnosespecifik. Eksempelvis har lungekræftpatienter glæde af at indgå i et patientuddannelsesforløb. Men da der ofte er få ny diagnosticerede lungekræftpatienter i den enkelte kommune, er det ikke muligt for kommunen at lave et aktuelt uddannelses tilbud. I sådanne tilfælde er det relevant, at hospitalet varetager en del af den diagnosespecifikke, tidlige patientuddannelse.

Således er Danske Patienter principielt enig i de anbefalinger, som ligger under afsnittet om *Genoptræning og Patientrettet forebyggelse*, hvad angår skærpede kvalitetskrav samt til monitorering, men så det gerne overført til et samlet rehabiliteringsområde under en ret til en rehabiliteringsplan.

Klageadgang

Kommunale sundhedsydelser spiller en stadig større rolle i patienters samlede behandlingsforløb. Derfor mener Danske Patienter, at klageadgangen til Patientombuddet bør udvides til også at omfatte kommunale ydelser, som indgår som del af et samlet behandlings- og rehabiliteringsforløb. Det vil både gøre

klagesystemet mere enkelt set fra et patientperspektiv, samt give mulighed for en mere ensartet vurdering af, hvilke krav der kan stille til kvalitetsstandarder på fx genoptræningsområdet – uanset om indsatser sker under servicelovens § 86 eller sundhedslovens § 140.

Konkrete kommentarer til rapportens fem afsnit

1. Sundhedsaftalerne

Danske Patienter er enig i analysen af problemfelterne for sundhedsaftalerne, som bl.a. peger på behovet for, at almen praksis bliver en mere forpligtet part, at der mangler data fra almen praksis og kommuner, og at der i dag ikke opstilles fælles og forpligtende målsætninger for indsatsområderne.

Danske Patienter mener endvidere, at der er behov for et styrket fokus på krav og incitamenter til samarbejde. Herunder finder vi det fornuftigt, at der mere systematisk igangsættes projekter, som tager afsæt i mere faste samarbejdsmodeller, herunder samfinansierede projekter og afregning for forløb på tværs af sektorer og specialer.

Fra 98 til 5 aftaler

Danske Patienter støtter, at de nuværende 98 sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner skæres ned til fem basisaftaler for at sikre større ensartethed. Men det er helt afgørende, at det følges op med skærpede, nationale krav til indholdet, så de ikke bliver defineret ud fra den mindst ambitiøse kommune i en region.

Almen praksis

Danske Patienter finder det helt rigtigt, 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. Almen praksis har en central rolle i relation til langt de fleste patientforløb – ikke mindst i relation til de mange forløbsprogrammer, som nu skal implementeres i regi af sundhedsaftalekredsen. Det er derfor uholdbart, at almen praksis i dag ikke kan forpligtes til de aftaler, som skal sikre patienter sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Incitamenter

Danske patienter deler evalueringens konstatering nederst på s. 113: "at honoreringssystemerne i sundhedsvæsenet ikke i dag har elementer, der tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhæng". Danske Patienter støtter også udvalgets forslag om, at der i relation til incitamentsudvalgets arbejde overvejes afregning med afsæt i forløb på tværs af sektorer for derved at skabe mere ensrettede incitamenter- koblet op på samlede forløb. Herunder bør uklarheder mht. afholdelse af udgifter også adresseres (f.eks. tvivl om hvilken myndighed, der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab eller hjælpemiddel).

Nationale indikatorer for kvalitet

Danske Patienter finder det rigtigt at indføre nationale indikatorer for sundhedsaftalernes områder for at sikre større ensartethed, vidensbaseret praksis og bedre grundlag for sammenligning på tværs. Danske Patienter vil gerne understrege potentialet i kvalitetsindikatorer, som led i at skabe bedre incitamenter for samarbejde – og dermed sammenhæng. Dette kræver dog, at indikatorer bliver mere forpligtende for parterne at handle på. Danske Patienter foreslår i forlængelse heraf, at der lægges større vægt på resultatindikatorer for kvalitet frem for procesindikatorer. Danske Patienter foreslår, at der opstilles flere resultatindikatorer, som afspejler patienters samlede udbytte af sundhedsvæsenets indsats, fx indikatorer for livskvalitet og funktionsniveau. Der er i dag god dokumentation for, at systematisk brug af patienters oplevelser af livskvalitet og funktionsniveau både er valide mål for sygdomsstatus, og derfor relevant som del af den kliniske praksis, og kan anvendes som kvalitetsmål for behandling.

2. Sundheds-IT

Danske Patienter deler evalueringens fremstilling af de mange udfordringer, som eksisterer på IT-området, som både handler om manglende ensartethed, forskydning i implementeringshastighed på tværs af sektorerne og forsinkelse i allerede planlagte tiltag, bl.a. FMK.

Danske Patienter er principielt enig i den arbejdsdeling, der i dag ligger mellem stat, region og kommune i udvikling af sundheds-IT. Danske Patienter er også enig i evalueringens forslag til en række stramninger af både den nationale, regionale og kommunale indsats, som både sigter mod et styrket samarbejde mellem regioner og kommune og mere transparens i udviklingen gennem indikatorer.

For patienter og deres pårørende er sundheds-IT et afgørende redskab. Det er et vigtigt redskab for patienter og deres pårørende i forhold til at orientere sig gennem et forløb. Desuden er sundheds-IT et vigtigt grundlag for at følge behandlingsplaner, yde den nødvendige egenomsorg mv. og sikre opdaterede og korrekte informationer på tværs af sundhedsvæsenets mange aktører. Manglende IT er således kilde til betydelige kvalitetsbrister, og det kan ikke siges tydeligt nok, at en operationel og sikker IT-infrastruktur er nødvendig for at sikre, at de rigtige data er til stede for både patienter og de sundhedsprofessionelle.

3. Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse er en del af den samlede rehabiliteringsindsats, og Danske Patienter støtter fuldt ud intentionerne om større forpligtigelse omkring samarbejdsmodeller, finansiering og dokumentation.

Danske Patienter ser positivt på, at forløbsprogrammer indgår i sundhedsaftalerne med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. En sammenhængende indsats kræver større videndeling og kompetenceudveksling på tværs af sektor- og specialegrænser – ikke mindst i mellem almen praksis og den specialiserede sygehusindsats. Det gælder bl.a. for det stigende antal patienter, som har flere sideløbende diagnoser – multisygge. Herunder er det væsentligt, at der også kommer fokus på progredierende, kroniske sygdomme som f.eks. MS og Parkinson, som grundet deres progressive karakter har været fravalgt i udviklingen af forløbsprogrammer for rehabilitering af voksne med erhvervet

hjerneskade. Det er vigtigt, at de særlige - ofte komplekse - forhold, der gør sig gældende ift. disse sygdomme, ikke overses i arbejdet med at udvikle sammenhængende rehabiliterings- og patientforløb.

I relation til den patientrettede forebyggende indsats bør også tænkes på, at kronisk syge borgere ofte har brug for støtte til fastholdelse af effekterne af den patientrettede forebyggende indsats over en længere periode, og at behovet for forebyggende indsatsen kan være livslang for nogle patientgrupper inden for fx KOL-patienter, gigtpatienter og mennesker med progredierende sygdomme. Den vedligeholdende træning skal derfor ses som led i rehabiliteringsforløb og organiseres i et formaliseret samarbejde med kommunerne.

Danske Patienter mener, som det også fremgår af ovenstående afsnit om rehabilitering, at kvaliteten af den patientrettede forebyggelse skal sikres gennem større forpligtigelse til at følge nationale retningslinjer for indsatsen, og at denne løbende monitoreres og evalueres. Herunder er det vigtigt, at der stilles større krav til indhentning af data fra specielt kommunerne, som ikke har samme tradition for at indsamle data for kvalitet, hvilket er et nødvendigt grundlag for en systematisk monitorering og systematisk kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets indsatser. På KOL-området er fx KOALA-databasen i samarbejde med RKKP ved at udvikle denne funktionalitet bygget på indikatorer for proces, struktur og resultat for rehabiliteringsforløb.

4. Genoptræning

Danske Patienter mener, at det er et rigtigt skridt frem mod større kvalitetssikring af genoptræningsindsatsen, at kravene til genoptræning strammes, ved at regionerne får øget kompetence til at beskrive genoptræningsbehovet og kompetencekrav til genoptræning for mennesker med komplekse genoptræningsbehov. Danske Patienter mener endvidere, at regionerne i genoptræningsplanen i højere grad bør kunne specificere indsatsen og den forventede effekt af indsatsen. I dag skal genoptræningsplanen hverken beskrive hvilken funktionsevne, patienten forventes at få som følge af genoptræningen eller metode, omfang og karakter af den genoptræningsindsats, der fagligt vurderes behov for.

Det er i den sammenhæng vigtigt at understrege, at gruppen af patienter med komplekse genoptræningsbehov omfatter patienter inden for flere patientgrupper end mennesker med hjerneskade – fx har 10 % af alle kræftpatienter komplekse genoptræningsbehov. Men de større kvalitetskrav for mennesker med komplekse genoptræningsbehov må ikke forhindre en udvikling mod, at genoptræningsindsatsen generelt, også over for alle patienter med mindre komplekse genoptræningsbehov, underlægges kvalitetskrav, som afspejler dokumenteret viden.

Nationale retningslinjer

Danske Patienter støtter anbefalingen om en styrkelse af monitoreringen af hele genoptræningsområdet, herunder ventetider, antal og indsatser samt de dermed forbundne udgifter i kommunerne.

Derfor anbefaler Danske Patienter, at genoptræningsindsatsen, som del af en samlet rehabiliteringsindsats, understøttes af nationale retningslinjer, som både beskriver indholds- og kompetencekrav til genoptræningsområdet – uanset om det konkret foregår i regionalt- eller kommunalt regi – og at der i

forlængelse heraf defineres kvalitetsindikatorer, som afspejler patienternes udbytte af indsatsen. Indikatorer som fx antallet af eller fordeling af andel af specialiserede og almene genoptræningsplaner, som bruges i dag, udtrykker ikke i sig selv noget om kvalitet.

I forlængelse heraf stiller Danske Patienter spørgsmål ved konklusionen på s. 136, hvor det fremgår, at man på baggrund af det faktum, at der på tværs af regioner er stor forskel på andelen af specialiseret ambulans genoptræning, konkluderer, at der er indikation for, at en større del kan foregå som almen genoptræning. Det mener vi ikke, at der er belæg for, da andelen i sig selv intet siger om den rigtige snitflade – set ud fra et kvalitetsperspektiv. Det indikerer alene, at der vurderes meget forskelligt, hvilket Danske Patienter mener, giver anledning til, at området i langt højere grad styres ud fra nationale retningslinjer – end kvantitative opgørelser af antal planer.

Danske Patienter er i tvivl om meningen med 3. afsnit på s. 138, hvor det fremgår, hvad en monitorering bl.a. skal bruges til: *"Det skal blandt andet muliggøre en løbende vurdering af behovet for supplerende initiativer i tilfælde af en uhensigtsmæssig udvikling i antallet af genoptræningsplaner"*.

Danske Patienter vil i forlængelse heraf gerne tydeliggøre, at et stigende behov for genoptræningsplaner kan være hensigtsmæssigt, set i lyset af en stigende andel af mennesker med en kronisk sygdom, hvor genoptræning har dokumenteret effekt.

Danske Patienter foreslår, at alle patienter senest ved deres udskrivning fra sygehuset skal have en afklarende samtale om deres genoptræning. Herunder skal der være krav om, at der altid skal registreres, om samtaler med patienter om deres behov for genoptræning har fundet sted. Bl.a. viste Kræftens Bekæmpelses seneste Barometerundersøgelse, at der er et problem på sygehusene med at få vurderet kræftpatienters behov for genoptræning. Kun 30 % oplevede, at sundhedspersonalet tog stilling til genoptræningsbehov. 41 % oplevede at have haft et behov for genoptræning. Det er Danske Patienters erfaring, at undersøgelsen blandt kræftpatienter afspejler et generelt problem for en række patientgrupper.

Da det hverken i genoptræningsplanen eller andre steder bliver registreret, hvilken sygdom der har været afgørende for, at der er opstået et genoptræningsbehov, er det i dag vanskeligt at kortlægge omfanget af genoptræningsindsatsen inden for de forskellige sygdomsområder og diagnoser. Det er efter Danske Patienters opfattelse uheldigt, fordi man herved savner viden og overblik over, i hvilket omfang de forskellige sygdomme og diagnoser udløser en genoptræningsindsats.

Danske Patienter foreslår derfor, at man fremover i forbindelse med udfærdigelsen af genoptræningsplanen og den efterfølgende indberetning til Sundhedsstyrelsen, registrerer, hvilken sygdom eller diagnose, der ligger til grund for udfærdigelsen af genoptræningsplanen.

Ventetid som indikator

Danske Patienter er meget enig i ventetid som en vigtig indikator for kvalitet, da det er veldokumenteret, at

der er direkte sammenhæng mellem funktionsniveau og ventetid på genoptræning – samt at faglige eksperter anbefaler genoptræning inden for en uge. Danske Patienter anbefaler derfor, at netop ventetider bliver omfattet af en kvalitetsstandard, som alle aktører forpligtes af, nemlig genoptræning inden for en uge, og at denne bliver omfattet af klageadgang til Patientombuddet.

Stratificering

Det er fornuftigt at udvikle værktøj til stratificering af patienter med henblik på at udvikle mere målgruppespecifikke tilbud. Stratificering må dog ikke afløse sikring af processer, hvori den enkeltes behov afdækkes. Sygdomsmønstret er i dag præget af stor kompleksitet, hvor fx ca. 500.000 danskere (National Sundhedsprofil, 2010) har fire eller flere sideløbende sygdomme, herunder vil mange patienter opleve sygdomme på tværs af psykiatri og somatik. Kompleksiteten og det faktum, at der for de fleste er tale om lange eller kroniske forløb, hvor den enkeltes ressourcer til at håndtere en dagligdag med sygdom er afgørende for behandlingskvaliteten, gør, at stratificering ikke alene kan opfange patienter og deres pårørendes behov.

Der er god dokumentation for, at individuelt tilrettelagte indsatser med inddragelse af brugernes viden (patienter og pårørende) sikrer både bedre patienttilfredshed og bedre behandlingseffekt. Derfor er det en vigtig del af tilbuddene, at de rummer mulighed for inddragelse – både organisatorisk og i den faglige planlægning. Bl.a. viste en case-beskrivelse fra 2010 af genoptræningsindsats under § 140, at alene organiseringen af genoptræning er en barriere for inddragelse i dag – på trods af, at genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten (Morten Knudsen, 2010: Patienten i centrum – nye styringsformer i sundhedsvæsenet).

Kommunikation på tværs

Danske Patienter er enig i, at kommunikationen mellem sygehus og kommune om patientens genoptræningsbehov, som led i en samlet rehabilitering, kan forbedres. Danske Patienter anbefaler derfor, at kommunerne bruger kommunale rehabiliteringskoordinatorer til organisering af rehabiliteringsindsatsen. Erfaringer fra bl.a. kræftområder viser, at en rehabiliteringskoordinator kan være med til at minimere de snitfladeproblematikker, som går på tværs af sektor-, fag- og specialegrænser, da samarbejdet og koordineringen systematiseres.

5. Psykisk sygdom

Danske Patienter mener, at rapporten peger på nogle centrale udfordringer omkring sammenhængen mellem indsatser på tværs af bl.a. sektorer og aldersgrænser. Herunder er det vigtigt, at der sættes fokus på udfordringerne for de mange patienter, som har diagnoser på tværs af de somatiske og psykiatriske områder. Vi ved i dag, at der er øget risiko for somatisk sygdom, når man har en psykiatrisk diagnose, ligesom der er øget risiko for en psykiatrisk diagnose, når man har en somatisk sygdom – og at mennesker med sygdomme på tværs af det psykiatriske og somatiske område ofte oplever kvalitetssvigt.

Således er det vigtigt, at psykiatri ses i relation til andre sundhedsaftaleområder og i relation til områderne under afsnittet *Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud*. Rehabilitering er et eksempel på et

tværgående område. Her er der både behov for styrkelse af sammenhæng, og at der sættes fokus på at sikre høj og ensartet faglig kvalitet af behandlings- og rehabiliteringstilbuddene. Fx viser en ny rapport fra *Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskaade*, at mindre end 25 % af landets kommuner har specialiserede rehabiliteringstilbud til mennesker med spiseforstyrrelser eller selvskaade – på trods af, at der er dokumenteret effekt af en specialiseret indsats.

Danske Patienter ser frem til rapporten fra Psykiatriudvalget, som kommer til efteråret, hvor Danske Patienter bl.a. ud fra ovenstående betragtninger vil forholde sig til de foreslåede løsninger på psykiatriområdet.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



05-04-2013

Sag nr. 12/102

Dokumentnr. 16427/13

Høringssvar vedr. evalueringen af kommunalreformen

Hermed fremsendes Danske Regioners høringssvar til afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen ”Evaluering af kommunalreformen” Marts 2013. Høringssvaret er udarbejdet med bidrag fra de fem regioner.

Indledende bemærkninger

Danske Regioner er enig i de overordnede konklusioner omkring strukturreformen, som vurderes at have skabt rammerne for en robust offentlig sektor, som både er fagligt og økonomisk bæredygtig.

Danske Regioner noterer, at evalueringen generelt tegner et positivt billede af den regionale opgaveløsning.

Danske Regioner kan ikke støtte alle de konkrete forslag, der præsenteres i evalueringen, men samlet set udgør evalueringen et godt grundlag for den efterfølgende politiske proces.

Danske Regioner mener endvidere, at det på nogle områder, blandt andet på natur-, miljø- og socialområdet, er en mangel, at der ikke er lavet særskilte faglige analyser til formålet. Dermed er nogle emner behandlet ud fra et begrænset eller et forældet fagligt grundlag.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

4. Udviklingen efter reformen på udvalgte tværgående felter

Side 2

4.1. Udviklingen i politisk styring

Danske Regioner er enig i, at det fleksible forretningsudvalgsstyre generelt er velfungerende.

Danske Regioner støtter forslaget om at give de enkelte regionsråd mulighed for at nedsætte stående udvalg med eller uden umiddelbar forvaltning for hele eller dele af udvalgets ansvarsområde. Justeringerne af regionernes styrelsesforhold vil styrke den demokratiske legitimitet og den politiske styring i regionerne.

Danske Regioner gør opmærksom på, at den samlede ramme til vederlæggelse ikke i tilstrækkelig omfang afspejler opgavetyngde eller transportafstande for regionale politikere, ligesom der er et efterslæb i forhold til reguleringen.

Danske Regioner finder principielt, at regionerne bør have en fuldmagt svarende til kommunernes, men er positive overfor, at de anbefalede justeringer af adgang til at indgå i samarbejder og udføre opgaver for andre offentlige myndigheder gennemføres. Der opfordres dog til, at tærskelværdien i lov 548 hæves eller ophæves, hvis ændringen skal løse de udfordringer, som den er tiltænkt.

4.4. Udviklingen i det administrative ressourceforbrug i kommuner og regioner

Danske Regioner bemærker, at analysen samlet set afspejler, at regionerne har fokus på at begrænse udgifterne til både administrativt personale og øvrige dele af administrationen, som varekøb og konsulentydelse. Den afspejler også, at regionerne i kraft af deres størrelse ofte løser opgaver "in house", hvilket giver øget administrativt personaleforbrug, men sparer på udgifter til eksterne konsulenter.

Danske Regioner bemærker, at stigningen i antallet af administrative medarbejdere skyldes en prioriteret, indsats omkring sundhedsplanlægning, kvalitetsudvikling, fælles indkøb og opbygning af professionelle byggeorganisationer. Ser man på administrationens omfang, er det administrative personales andel af alle ansatte lavest i regionerne. I 2011 er administrationsprocenten i kommunerne 20,55 mod 6,7 i regionerne.

4.6. Udviklingen i strukturen vedrørende dagtilbud, folkeskoler og sygehuse
Danske Regioner er tilfreds med de positive konklusioner i forhold til regionernes omlægning af sygehusstrukturen.

5. Sundhedsområdet

Danske Regioner er tilfreds med, at evalueringen på sundhedsområdet overordnet konkluderer, at sundhedsområdet er velfungerende. Evalueringens anbefalinger vil - hvis de føres ud i livet under de rette betingelser - kunne sikre en bedre sammenhæng for borgerne og styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis. Mange af forslagene mangler dog at blive konkretiseret, og man kan stille spørgsmål ved, om forslagene uden en ændring af finansiering og styringsmuligheder vil have den ønskede effekt.

Danske Regioner finder det imidlertid beklageligt, at centrale emner omkring styring og incitament på sundhedsområdet, herunder de negative incitamentsvirkninger af den kommunale medfinansiering, ikke er behandlet i evalueringen, men må afvente regeringens incitamentsudvalg, der afrapporterer i foråret 2013.

5.2. Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

Danske Regioner er enig i, at sundhedsaftalerne i endnu højere grad kan bruges til at styrke det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen.

Danske Regioner er enig i, at det er nødvendigt at opstille målsætninger og sikre opfølgning af sundhedsaftalerne, men påpeger, at forudsætningerne herfor er, at kommunerne systematisk opsamler og indberetter de relevante data.

Forslaget om at styrke regionernes mulighed for at definere og styre almen praksis er efter Danske Regioners opfattelse et helt nødvendigt skridt for at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Regionerne har bl.a. brug for at kunne definere, hvilke opgaver lægerne skal løse ud fra hensynet til den samlede sundhedsplanlægning, og hvor lægepraksis skal placeres fremover.

5.3. Sundheds-it

I internationale sammenhæng fremhæves det danske sygehøusvæsen som værende helt i front med sundheds-it.

Danske Regioner finder, at sundheds-it-området i evalueringen nedtoner betydningen af, at staten leverer den lovede nationale infrastruktur til regionerne. Staten er bagud med mange af de leverancer, som regionerne er afhængige af og øget fremdrift forudsætter en styrket indsats i staten..

Danske Regioner påpeger, at der er mulighed for at styrke samarbejdet om sundhedsaftalerne med anvendelse af it.

5.4. Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Danske Regioner er enig i, at der i forhold til den patientrettede forebyggelse og ”de fælles patienter” er behov for at sikre, at opgaven udføres der, hvor den faglige ekspertise er i form af det rette tilbud af høj kvalitet.

Danske Regioner er derfor også enig i, at der er behov for nytænkning i opgaveløsningen i forhold til sårbare patientgrupper, som er særligt afhængige af, at samarbejdet mellem kommune, sygehuse og almen praksis fungerer.

Danske Regioner er desuden enig i, at regionernes rådgivningsforpligtelse skal systematiseres og målrettes kommunernes behov, og at kommunerne og almen praksis i højere grad skal gøre brug af den viden og de tilbud, der stilles til rådighed.

Danske Regioner ser også positivt på anbefalingen om, at kommunerne skal sikre en bedre sammenhæng og kompetenceudvikling i den kommunale opgaveløsning, hvad angår opgaver i patientens eget hjem.

5.5. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Danske Regioner er enig i evalueringens anbefaling om, at genoptræningsområdet styrkes ved at udvikle et værktøj til stratificering af patienter med genoptræningsbehov. Det anbefales, at modellen udvikles, så den kan anvendes på et bredt område.

Danske Regioner er enig i, at indsatsen for patienter med meget komplekse genoptræningsbehov skal styrkes, men påpeger også, at der bør udvikles faglige anbefalinger for patienter med mindre komplekse behov.

Danske Regioner er tilfreds med, at der lægges op til, at regionerne får mulighed for at fastsætte en frist for, hvornår den kommunale genoptræning senest skal påbegyndes for patienter med komplekse genoptræningsbehov.

Danske Regioner er enig i anbefalingen om, at monitoreringen af hele genoptræningsområdet skal styrkes. Der er i dag store kommunale forskelle i ventetid på kommunal genoptræning.

Målgruppen af patienter med komplekse behov er bred og rummer mange forskellige diagnosegrupper. Det er for Danske Regioner afgørende, at den styrkelse af indsatsen, der lægges op til i evalueringen ikke afgrænses for snævert, men kommer til at gavne alle patienter med behov for en særlig indsats.

5.6. Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

Danske Regioner konstaterer, at evalueringen af kommunalreformen i relation til indsatsen for patienter med psykisk sygdom, herunder de nuværende problemer vedrørende patienter med dobbeltdiagnoser, behandles i regeringens psykiatriudvalg, som afrapporterer i sommeren 2013.

Danske Regioner ønsker alligevel at pege på, at når det drejer sig om patienter med misbrug og samtidig alvorlig psykisk sygdom, bør det være psykiatrien, der har ansvaret for den samlede behandling af både den psykiske sygdom og misbruget. Der er i dag betydelige snitfladeproblematikker knyttet til behandlingen af denne patientgruppe. Der er tale om en meget sårbar og ofte ustabil gruppe patienter, som vanskeligt kan overskue at samarbejde med to forskellige systemer, der pga. forskellige behandlingsparadigmer ikke nødvendigvis understøtter hinanden – og i værste tilfælde modarbejder hinanden og den samlede behandlingsindsats.

Endvidere ønsker Danske Regioner at understrege vigtigheden af at rette fokus på patienter med psykisk sygdom. Danske Regioner opfordrer derfor til, at psykiatrien fortsat indgår som et obligatorisk indsatsområde i sundhedsaftalerne. Endvidere bør psykiatri indgå i den styrkede integration mellem almen praksis, sygehuse og kommunale tilbud og indtænkes i arbejdet med behandlingsforløb og forløbsprogrammer..

6. Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

Evalueringen bekræfter bekymringen for udviklingen af på specialiserede socialområde i flere henseender. Konkret har det vist sig, at der er nedlagt en række specialiserede tilbud, og at der i dag ikke eksisterer nogen dokumentation for, at disse er erstattet af andre tilbud, der sikrer samme kvalitet for borgerne. Evalueringen fastslår desuden, at det rammeaftalesystem, der var tænkt som en garanti for at fastholde og udvikle området, ikke har været tilstrækkeligt.

6.2. Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

Danske Regioner mener ikke at, den foreslåede model for en national koordinationsstruktur vil være tilstrækkelig til at sikre fagligheden og udbuddet af indsatser på det højt specialiserede socialområde. Koordinationsmodellen tager først hånd om problemerne, når specialiseret viden er ved at forsvinde. Danske Regioner mener, at der bør ske en langt mere fremadrettet og systematisk planlægning og udvikling af indsatserne på det højt specialiserede socialområde. Danske Regioner opfordrer til, at der - med inspiration fra sundhedsområdet - sættes på en egentlig planlægning af de specialiserede indsatser på det højt specialiserede socialområde.

6.3. Placering af tilbud

Evalueringen bekræfter, at den nuværende placering af tilbud ikke er et resultat af en samlet vurdering af faglig og økonomisk bæredygtighed. Danske Regioner peger på den model, der placerer et klart og entydigt ansvar for det højt specialiserede socialområde i regionerne (model 3). Drift og udvikling af højt specialiserede tilbud fordrer et geografisk og befolkningsmæssigt stort grundlag, faglige videnmiljøer og tæt tilknytning mellem socialektoren og sundhedssektoren, som kun findes i regionerne.

Danske Regioner fremhæver, at en intensiv og en højt specialiseret hjælp og støtte til mennesker med f.eks. en kompleks hjerneskade eller svær spiseforstyrrelse er helt afgørende for den enkeltes og de pårørendes livskvalitet. På dette område er det hverken menneskeligt, fagligt eller økonomisk fornuftigt at prioritere det kortsigtede budgethensyn over hensynet til at bringe borgeren tilbage til livet og om muligt arbejdsmarkedet. Danske Regioner vurderer, at målgrupperne i modellen med fordel kunne udvides i overensstemmelse med Danske Regioners udspil 'Klart ansvar for de svageste'.

Danske Regioner påpeger, at det er vigtigt, at den regionale forsyningspligt opretholdes, så der sikres mulighed for regional drift af tilbud, som kom-

munerne ikke kan eller vil overtage, ligesom der i regionerne sikres et vist bæredygtigt miljø (ikke mindst i lyset af skærpede kvalitetskrav), så der både fagligt og politisk set er udviklingsmuligheder og det nødvendige fokus på området.

Danske Regioner advarer mod en kommunalisering af det højt specialiserede socialområde (model 2). Det vil bidrage til yderligere afspecialisering, fordi der ikke er et fagligt og økonomisk bæredygtigt grundlag for driften. Den enkelte kommune har for få borgere med så komplekse problemer til at løfte opgaven, ligesom de mangler et incitament til at satse udviklingsmidler på en så lille gruppe af borgere. Modellen savner generelt en kvalitativ begrundelse og vil give problemer i form af mangel på demokratisk kontrol.

6.4. Effektiv drift af tilbud

Danske Regioner er enig i, at der bør skabes større gennemsigtighed i forhold til økonomi og takstberegninger. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt, at der bl.a. foreslås ensartede regler for takstberegning mv. Samtidig advares der mod helt individuelle takster på området, som vil give øget administration.

6.5. Specialiserede undervisningstilbud

Danske Regioner mener, at der kun ved en fortsat regional drift kan sikres en opretholdelse af højt specialiserede faglige videnmiljøer. Danske Regioner påpeger, at der fortsat er børn, der har så komplekse tale-, høre- og synshandicap og ofte andre handicap, at der er behov for højt specialiserede indsatser. For dem går vejen til inklusion via en højt specialiseret indsats og stærke faglige miljøer. Disse faglige miljøer kan samtidig sikre materialeproduktion og efteruddannelse af de lærere og pædagoger, der arbejder med inklusion af børn med mindre svære handicap. Modellen inkluderer et formaliseret samarbejdsforum, og det bemærkes at der i den sammenhæng kan skabes en formaliseret dialog med kommunerne om efterspørgslen.

7. Natur- og miljøområdet

7.2. Grundvand

Danske Regioner mener, at den fremtidige vedligeholdelse af grundvandskortlægningen bør udføres af regionerne. Det er en forudsætning for at beskytte drikkevandsressourcen, at vi har en opdateret viden om den. Grundvand er ikke en statisk størrelse. Det ændrer sig – bl.a. som følge af vandindvinding og forurening. Vores viden om undergrunden ændres også – bl.a.

som følge af regionernes forureningsundersøgelser og kortlægninger. Samtidigt er det primært regioner, kommuner og vandværker, der har behov for grundvandskortlægningen. Derfor bør den udføres decentralt, så tæt som muligt på dem, der skal anvende kortlægningen. Det giver synergi, den mest effektive ressourceanvendelse og den bedste sammenhæng til brugernes behov. Regionerne har med deres kortlægning af jordforurening vist, at de kan lave en landsdækkende ensartet kortlægning. En regional placering af opgaven vil skabe et mere klart myndighedsansvar, idet regionerne da vil have ansvaret for kortlægning af undergrunden til alle formål – eksempelvis vandindvinding, håndtering af jordforurening og råstofkortlægning. Eftersom den indledende kortlægning af grundvandet er sat til at ophøre i 2015, så haster det med at få lovgrundlaget på plads for den fremtidige vedligeholdelse.

7.5. Råstoffer

Danske Regioner anbefaler, at man følger udvalgets model 2 og samler råstofområdet i regionerne, da det er uhensigtsmæssigt at have området fordelt på to niveauer. Såvel økonomiske, erhvervs-mæssige og overordnede miljøhensyn taler for en flytning af tilladelsesgivning til regionerne.

Forsyningssikkerheden for råstoffer til kommende byggerier og infrastrukturprojekter er en samfundsmæssig nødvendighed, som sjældent er populær i lokalområdet. Derfor kan det være svært at få indvindingstilladelse fra en kommune. Endvidere udgør råstoffer, der skal transporteres over store afstande på grund af manglende lokal forsyning, i sig selv et problem både i forhold til miljø og økonomi, da transportomkostningerne udgør en stor andel af råstofprisen.

Den nuværende myndighedsfordeling gør det endvidere vanskeligt, at give borgere og virksomheder klare horisonter for, hvor længe der graves efter råstoffer i graveområder, og hvad der skal ske med områderne efter endt gravning. Flytning af tilladelsesgivning til regionerne vil skabe sammenhæng til råstofplanlægningen og give bedre muligheder for at styre rækkefølgen af indvindingen. Dermed mindskes generne ved, at der åbnes for mange spredte råstofgrave, som er i drift over lang tid. Herudover giver det bedre muligheder for at tænke efterbehandling af råstofgravene sammen med udlægningen af graveområder.

8. Regional udvikling

8.2. Opgavefordelingen i erhvervsudviklingsindsatsen

Danske Regioner finder det positivt, at evalueringen konkluderer, at det er lykkedes at indfri målet om en énstrengt og mere sammenhængende indsats på erhvervsområdet.

Danske Regioner finder, at aftalerne om vækstpartnerskaber mellem de regionale vækstfora og regeringen er et godt redskab til at styrke sammenhængen mellem den statslige og regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling. Danske Regioner går gerne i dialog med staten om at videreudvikle rammerne for vækstpartnerskaberne. Eksempelvis kan aftalerne gøres mere konkrete ved at der i fællesskab og i god tid udvælges temaer.

Evalueringen peger på, at fortsat koordination og samarbejde mellem vækstforaene er væsentligt, men at dette ikke må medføre et unødigt administrativt merarbejde. Danske Regioner er enig heri og vil fortsat sætte fokus på videndeling, erfaringsudveksling og mulige samarbejdsfelter i politiske og administrative fora.

Danske Regioner støtter forslaget om at udvide regionernes nuværende indstillingsret til også at omfatte nedlæggelse af udbud af ungdomsuddannelser for at opnå et tilstrækkeligt og varieret udbud af ungdomsuddannelser i regionerne. Det vil sikre, at regionernes viden inddrages i forhold til at understøtte et tilstrækkeligt og varieret udbud i regionen.

Danske Regioner peger på, at det i forlængelse heraf bør overvejes at give regionerne mulighed for at afgive indstilling om længerevarende eller gentagne kapacitetslofter på de enkelte uddannelsesinstitutioner. I dag kan regionerne kun en enkelt gang indstille om midlertidigt kapacitetsloft på 2 år.

8.3. De regionale vækstforas indsats

Danske Regioner finder det positivt, at evalueringen af de regionale vækstfora konkluderer, at målet med etablering af de regionale vækstfora er indfriet.

Danske Regioner er enig i, at effektmålingen kan forbedres, og vurderer endvidere, at det kan ske via det udviklingsarbejde, der er sat i gang mellem Erhvervsstyrelsen og regionerne. På sigt kunne det være hensigtsmæssigt

med et fælles effektmålingsredskab for den samlede offentlige indsats på tværs af stat, regioner og kommuner.

Side 10

I forhold til det administrative arbejde med bl.a. projektmodning og sagsbehandling vedr. EU-midlerne bemærkes det, at regioner og vækstfora er underlagt et omfattende tungt regelsæt fra staten og EU. Danske Regioner opfordrer til yderligere administrative forenklinger i den nye strukturfondsperiode.

8.5. Regionale udviklingsplaner

Danske Regioner er enig i evalueringens konklusion om, at de regionale udviklingsplaner har levet op til formålet, og at de har været med til at sikre, at den regionale og kommunale planlægning peger i samme retning.

Håndtering af regionale udfordringer som omstilling til væksterhverv, adgang til kvalificeret arbejdskraft, jobskabelse i alle dele af landet, trafikal tilgængelighed m.v., kræver et dedikeret og klart placeret politisk ansvar i regionerne. Derfor mener Danske Regioner, at det er vigtigt med en styrkelse af de regionale udviklingsplaner.

De regionale udviklingsplaner kan styrkes ved, at:

- der etableres tættere sammenhæng til erhvervsudviklingsstrategierne. I den forbindelse kan navnet den regionale udviklingsplan ændres til Den regionale vækst- og udviklingsstrategi
- der etableres en tættere kobling til nationale målsætninger, og ved at samarbejdet med staten udbygges for eksempel i forhold til 95 procentmålsætningen på ungdomsuddannelsesområdet, i forhold til strategier for kollektiv trafik og infrastruktur, samt i forhold til landsplanredegørelsen
- de regionale vækst- og udviklingsstrategier i endnu højere grad bliver et forpligtende udtryk for den fælles udviklingsindsats, som region og kommuner er enige om.

Danske Regioner advarer imod at afskaffe den regionale udviklingsplan (model 2). Det ville betyde, at væsentlige planlægningsmæssige opgaver ikke ville blive løftet, for eksempel aftaler om infrastruktur og klimastrategier med kommunerne.

Den regionale udviklingsplan er det eneste redskab til at sikre sammenhæng på tværs af kommuner, områder og sektorer. Det understøttes af en OECD-rapport fra 2012, som konkluderer, at den regionale udviklingsplan tager hånd om alle de væsentlige faktorer, der ligger udover den traditionelle erhvervs politik, og at de har haft stor betydning for den regionale vækst. Uden en regional udviklingsplan vil landsdelene stå uden en forankret plan, der samler visioner og målsætninger og giver retning for samarbejdet på tværs af sektorer.



Bent Hansen
Formand



Carl Holst
Næstformand

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K
Pr. mail til: komoko@oim.dk; khs@oim.dk

4. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Ministeriets j.nr. 2013-05751

DANSKE ÆLDRERÅD takker for muligheden for at afgive høringssvar til rapporten.

DANSKE ÆLDRERÅDs svar vil tage udgangspunkt i to områder med særlig relevans for de områder de folkevalgte kommunale ældreråd beskæftiger sig med som ældrepolitiske rådgivere for kommunale beslutningstagere.

Ad pkt. 4.1. Udviklingen i politisk styring

DANSKE ÆLDRERÅD gennemførte en undersøgelse om udviklingen i ældrerådernes opgaver i slutningen af 2011. Det fremgik af ældrerådernes besvarelser, at ¼ af rådene oplevede, at flere beslutninger nu træffes på forvaltningsniveau. Organisationen tilslutter sig derfor evalueringens resultat, og finder det positivt, at kommunalbestyrelsens medlemmer nu har fokus på at vedtage strategier og politikker snarere end beslutninger om enkeltsager.

DANSKE ÆLDRERÅD har observeret, at der i disse år afskediges "varme hænder" i kommunerne på bekostning af "kolde hænder". Denne udvikling har DANSKE ÆLDRERÅD i flere høringssvar peget på som meget uheldig. DANSKE ÆLDRERÅD ser gerne, at evalueringsrapporten mere tydeligt integrerer dette synspunkt.

Ad. Pkt. 5. Sundhedsområdet

Såvel Folketingets som DANSKE ÆLDRERÅDs forventning om, at kommunalreformen kunne skabe en sammenhængende og effektiv patientbehandling er desværre ikke blevet opfyldt. Det er ikke acceptabelt, og bør efter DANSKE ÆLDRERÅDs opfattelse føre til at området bliver stærkt prioriteret i de kommende år. Overgangen fra patient til borger og fra borger til patient skal opleves problemløs for den enkelte.

DANSKE ÆLDRERÅD finder igen grund til at pege på, at patientens behov må og skal stå i centrum for hele sundhedsvæsenets indsats på alle niveauer og i alle situationer.

DANSKE ÆLDRERÅD ser gerne, at evalueringen indeholder dette hensyn.

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk

Ad pkt. 5.4. Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

DANSKE ÆLDRE RÅD har løbende fulgt udviklingen af medicinkortet, og har efterlyst ministerens initiativer på området. Det skete for 2 år siden. Det er ikke acceptabelt, at ældre borgere modtager en ringere behandling, fordi kommunikationen mellem aktørerne på området ikke er bedre koordineret. DANSKE ÆLDRE RÅD ser gerne, at evalueringen indeholder konkrete forslag, der gør iværksættelse af medicinkortet muligt inden årets udgang.

Ad pkt. 5.5. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Det er opfattelsen i DANSKE ÆLDRE RÅD, at kommuner har haft en stor udfordring med at overtage sundhedsområder fra amterne, men at fagligheden nu er øget, og planlægningen blevet væsentlig bedre. Logistik vedrørende (genop-)træning er også styrket. Der opstår dog stadig uacceptable situationer for ældre, der udskrives fra sygehus, men ikke modtages af kommunale hjælpeforanstaltninger.

Stort set alle kommuner har indført den rehabiliterende tankegang og tilgang indenfor hjemmehjælpsområdet. Det medfører, at borgere i større grad trænes til selv at klare praktiske opgaver i hjemmet. Derfor er der langt større behov for, at genoptræningsindsatsen sker rettidigt og på et højt niveau.

DANSKE ÆLDRE RÅD finder behov for, at evalueringsrapporten også hér sætter borgeren i centrum for indsatsen. Evalueringsrapportens forslag om regler og ensartethed passer ikke godt til ældre borgere med meget individuelle behov og ofte flere kroniske tilstande, der hver især kræver sin opmærksomhed og genoptræning.

Med venlig hilsen

Marianne Lundsgaard
Sekretariatsleder